



Ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet
- sammenlignende case studie av to norske sykehus

Inger Johanne Bergerød

Masteroppgave i Helsevitenskap

Universitetet i Stavanger, Samfunnsvitenskapelig fakultet

Institutt for helsefag

Stavanger, 15.november 2012

Veileder:

Siri Wiig

Post Doktor i Pasientsikkerhet

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Høst 2012

(vår/høst – årstall)

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Inger Johanne Bergerød

VEILEDER: Siri Wiig

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet – sammenlignende case studie av to norske sykehus

Engelsk tittel: Leadership, Quality and Patient safety – comparative case study of two Norwegian hospitals

EMNEORD/STIKKORD:

Ledelse, kvalitet, pasientsikkerhet

ANTALL SIDER: 98

STAVANGER 15.november 2012

DATO/ÅR

Innhold

Forord	4
Sammendrag	5
1.0 Innledning	7
1.1 Bakgrunn og relevans	7
1.2 Formål og problemstilling	8
1.3 Avgrensing og begrepsavklaring	9
1.4 Oppbygging av oppgaven	10
2.0 Tidligere forskning og teoretisk fundament	10
2.1 Teorier om ledelse	10
2.2 Ledelse i helseorganisasjoner	14
2.3 Ledelsens rolle og betydning i kvalitet og sikkerhetsarbeid	15
2.4 Ledelse av kvalitet og sikkerhet – en integrert modell	17
2.5 Forskningsspørsmål	21
3.0 Metode	22
3.1 Forskningsstrategi	22
3.2 Forskningsdesign	22
3.3 Valg av case og kontekst	23
3.4 Datainnsamling	24
3.5 Data analyse	27
3.6 Metodisk refleksjon	29
4.0 Resultat	32
4.1 Funn sykehus A	32
4.1.1 Organisering av kvalitets- og sikkerhetsarbeidet	32
4.1.2 Organisering og infrastruktur	32
4.1.3 Styringsdokumenter	34
4.1.4 Forbedringsprogrammet som kvalitetsstrategi	35
4.1.5 Utvalg og forum for kvalitet og sikkerhet	36
4.2 Ledelsesprosesser i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet	37
4.2.1 Strategiske prosesser	37
4.2.2 Politiske prosesser	40
4.2.3 Kulturelle prosesser	42
4.2.4 Pedagogiske prosesser	43
4.2.5 Motivasjon og emosjonelle prosesser	45
4.2.6 Fysiske og teknologiske prosesser	46
4.3 Funn sykehus B	47

4.3.1	Organisering av kvalitets- og sikkerhetsarbeidet	47
4.3.2	Organisering og infrastruktur	47
4.3.3	Styringsdokumenter.....	48
4.3.4	Utvalg og forum for kvalitet og sikkerhet.....	49
4.4	Ledelsesprosesser i kvalitetsarbeidet	49
4.4.1	Strategiske prosesser	49
4.4.2	Politiske prosesser	51
4.4.3	Kulturelle prosesser	53
4.4.4	Pedagogiske prosesser.....	54
4.4.5	Motivasjon og emosjonelle prosesser.....	55
4.4.6	Fysiske og teknologiske prosesser	56
5.0	Diskusjon	58
5.1	Likheter og forskjeller i organisering og betydning for ledelsens bidrag til kvalitets- og sikkerhetsarbeid. 58	
5.2	Likheter og forskjeller i ledelsesprosesser og betydning for ledelsens bidrag til kvalitets- og sikkerhetsarbeid.	60
5.2.1	Strategisk ledelse	60
5.2.2	Politisk ledelse	63
5.2.3	Verdi – og symbolbasert ledelse.....	64
5.2.4	Pedagogisk ledelse.....	66
5.2.5	Inspirasjonsledelse.....	68
5.2.6	Teknologisk designet ledelse.....	70
5.3	Ledelse av kvalitet og sikkerhet i lys av den integrerte modellen.....	72
6.0	Konklusjon	74
6.1	Ledelsesbetydning for kvalitet- og sikkerhetsarbeid.....	74
6.2	Implikasjoner for praksis	77
6.3	Videre forskning.....	77
	Referanseliste.....	79
	Vedlegg 1: Informasjon til informanter.....	84
	Vedlegg 2: Samtykkeskjema.....	87
	Vedlegg 3: Intervjuguide for mesosystemet	88
	Vedlegg 4: Intervjuguide for mikrosystem.....	93
	Vedlegg 5: Intervjuguide for fokusgrupper.....	96
	Vedlegg 6: Observasjonsguide/skygging	99

Forord

Universitetet i Stavanger er med i et europeisk forskningsprosjekt som baserer seg på en studie av kvalitet og sikkerhet på sykehus i fem europeiske land (Norge, Sverige, England, Portugal og Nederland). Denne masteroppgaven er knyttet til dette prosjektet: *Quality and Safety in European Union Hospitals (QUASER)*. Oppgaven tar for seg temaene ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet. Dette hadde ikke vært mulig uten bidrag fra velvillige informanter på de to sykehusene som min oppgave er basert på. Jeg vil gjerne takke dem for refleksjon, engasjement og prioritering av dette studiet i en ellers travel hverdag.

Jeg vil også gi en stor takk til min veileder Siri Wiig for hennes tålmodighet, solide veiledning, strenge blikk og varme omtanke. Det har vært lærerikt og inspirerende å bli inkludert og fått mulighet til å bidra i programområdet “Kvalitet og sikkerhet i helsesystemer” ved Universitet i Stavanger. Til sist vil jeg takke kolleger ved avdeling for blod- og kreftsykdommer på Universitetssykehuset i Stavanger, venner og familie for støtte underveis i en lang prosess.

Stavanger, 15. november 2012

Inger Johanne Bergerød

Sammendrag

Kvalitet og pasientsikkerhet blir betraktet som en av de store internasjonale og nasjonale satsingsområdene innen helsesystemer. Nasjonalt ble dette bekreftet i 2011 da Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 -2015) ble vedtatt i Stortinget. I denne planen blir det beskrevet nye og høyere krav enn tidligere til helseinstitusjoner og ledelse innenfor systematisk arbeid for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet. En trygg pasientbehandling er nå forankret til ledernes overordnede ansvar. I kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid skal det ikke bare fokuseres på den tjenesten som ytes, men hvordan tjenesten er organisert og hvordan den blir ledet.

Formålet med denne masteroppgaven er å studere ledelse av kvalitets- og sikkerhetsarbeid ved to norske sykehus. Mer spesifikt er formålet å studere organisering av kvalitets- og sikkerhetsarbeid og avdekke ledelsesprosesser som er avgjørende for dette arbeidet på case sykehusene. Denne masteroppgaven vil studere følgende problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål a, b og c:

På hvilke måter har ledelse betydning for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid på to norske sykehus?

- a) Hvordan organiseres kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet ved to norske sykehus?
- b) Hvilke prosesser mener ledere er viktige for kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet i sitt sykehus?
- c) Hvilken betydning har likheter og forskjeller i organisering og prosesser for ledelsens bidrag i kvalitets – og pasientsikkerhetsarbeidet i to norske sykehus?

Den teoretiske tilnærmingen baserer seg på Bate, P., Mendel, P & Roberts, G. (2008) og anvender en integrert modell for ledelse av kvalitet og sikkerhet. I modellen fokuseres det på ulike ledelsesprosesser. Disse er struktur, politikk, kultur, utdanning, inspirasjon og fysisk utforming/ teknologi.

Metodisk tilnærming og design i denne studien er en komparativ flernivå case studie av to sykehus i Norge. Sykehusene er valgt basert på fem nasjonale kvalitetsindikatorer. Det ene sykehuset leverte i toppskiktet og det andre ble rangert som å være i en utviklingsfase. Begge sykehus studeres på mesonivå (toppnivå/organisasjon) og mikronivå (kliniske team). I det ene sykehuset studeres to kliniske mikrosystem (føde/kreft) og i det andre sykehuset studeres ett klinisk mikrosystem (føde).

Problemstillingen er belyst ved å anvende triangulering av kvalitative metoder i form av individuelle intervjuer, fokusgruppe intervjuer, observasjoner og dokumentanalyser i datainnsamlingen. Informantene har i hovedsak vært topp- og mellomledere, stabspersonell i begge sykehus, samt sykepleiere og jordmødre. Gjennom analyser av det empiriske materialet har hensikten vært å få innblikk i organisatoriske, strukturelle, sosiale og menneskelige prosesser i relasjon til ledelsens interaksjon og innflytelse på kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid på ulike nivå i to organisasjoner.

De undersøkte case sykehusene er svært ulike i overordnet organisasjonsstruktur, størrelse og i kontekstuelle omgivelser. Resultatene viser at den overordnede organisasjonsstrukturen ser ut til å ha mindre betydning for arbeidet med kvalitet og sikkerhet og faktorer som er viktigst er åpenhet og god dialog mellom ledere og ansatte på alle nivå. Dette studiet viser at tillit til toppledelsens håndtering av strategi og metode innenfor den valgte organisasjonsstrukturen har stor betydning for hvordan arbeidet med kvalitet og sikkerhet blir ivaretatt på mikronivå. Det kan se ut som om dette har like stor betydning som ildsjeler, indre motivasjon og kunnskap hos de ansatte. Ledelsesprosessene basert på Bate m.fl., 2008 seks universelle utfordringer er derfor viktige i kvalitet- og sikkerhetsarbeidet på de to case sykehusene. Dette studiet viser at toppledelsens vekting av de ulike ledelsesprosessene har vesentlig betydning for hvordan ledelsen rolle og bidrag blir i arbeidet med kvalitet og sikkerhet på de to sykehusene. På sykehus A er hovedvekten i ledelsesprosesser knyttet til struktur, kultur og følelser og i sykehus B hovedvekten på ledelsesprosesser knyttet til politikk, kultur og utdanning. De ulike måtene å organisere kvalitets- og sikkerhetsarbeidet, og den ulike vektingen av ledelsesprosesser viser hvordan ledelse av kvalitet og sikkerhet er kontekstavhengig, personavhengig og avhengig av fleksibilitet og tilpasningsdyktighet.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og relevans

Rydd opp eller gå! Dette var den klare meldingen til daværende helseminister Anne-Grete Strøm- Erichsen fra opposisjonen og riksmidlene etter sykehuskandalen ved Akershus Universitetssykehus. Nesteleder i sykehusstyret Leif Frode Onarheim hadde da trukket seg fordi han mente at han burde sagt kraftigere i fra om den uholdbare situasjonen ved sykehuset. Dette kom frem etter at fylkeslegen i Oslo og Akershus la frem sin endelige rapport som slo fast at lav bemanning og mangelfull behandling var direkte årsak til at tre pasienter omkom ved sykehuset i tidsrommet fra januar til september 2011.

Denne studien startet med en interesse for ledelsens rolle og ansvar i kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid. Flere spørsmål knyttet seg opp til dette, blant annet hvilken betydning organisering, struktur og ledelse egentlig hadde og hvilke ledelsesprosesser som var viktig i dette arbeidet.

I 2011 ble Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 - 2015) vedtatt i Stortinget. I denne planen blir det beskrevet nye og høyere krav til helseinstitusjoner og ledelse innenfor systematisk arbeid for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet. I planen sies det blant annet om ledelse:

“Systematisk kvalitetsforbedringsarbeid forutsetter at ledelsen har oversikt over kvalitet og pasientsikkerhetsnivå i virksomheten, at resultatene brukes til å iverksette tiltak og at tiltakene følges opp og etterspørres” (Meld. St.16 (2010-2011) Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015)).

Gjennom denne planen og den Nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2005) blir kravet til styret og lederne i helseinstitusjoner synliggjort og styrket. En trygg pasientbehandling er nå forankret til styret og ledernes overordnede ansvar. I planen heter det at god ledelse er en forutsetning for å oppnå kvalitet i tjenestetilbudet. I kvalitetsarbeid skal det ikke bare fokuseres på den tjenesten som ytes, men hvordan tjenesten er organisert og hvordan den blir ledet. Som følge av planen har også lovfesting av systematisk kvalitet og sikkerhetsarbeid blitt innført i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten (Lov om helse- og omsorgstjenester, 2011, kap.4; Lov om spesialisthelsetjenester, 1991).

Kvalitet og pasientsikkerhet blir betraktet som en av de store nasjonale satsingsområdene og for å styrke denne målsetningen ble det i januar 2011 startet den første nasjonale pasientsikkerhetskampanjen “*I trygge hender*”. Kampanjens målsetning er å redusere unødige skader på pasienter som følge av helsehjelp og etablere gode mål for pasientsikkerhet i Norge. Ledelsesaspektet er en viktig del av kampanjen og det finnes flere veiledere, råd og tidligere forskning på kampanjens hjemmeside som underbygger tanken om ledelsens betydning for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid (Netthenvising 1). I tillegg har ett av pilotsykehusene i kampanjen et prosjekt der toppledelsen går pasientsikkerhetsvisitter. Resultater fra dette pilotsykehuset viser at dette er et krevende arbeid (Netthenvising 2). Dette samsvarer med andre studier som viser at implementering og opprettholdelse av nye metodiske strategier krever betydelig ledelsesengasjement, prioritering og entusiasme til tross for at en kan vise til gode resultater på både reduksjon i pasientdødelighet og infeksjonsrate (Frankel, Grillo m.fl., 2008; Bate m.fl., 2008).

Internasjonalt er kvalitet og sikkerhet på dagsorden med økende krav og fokus på ledelsens overordnede ansvar og rolle i arbeidet med kvalitet og sikkerhet (Leape, Berwick m.fl.2009; Levey, Vaughn, 2007). Videre finnes det flere studier som identifiserer viktige prosesser for kvalitet og sikkerhet i helsesystemer, som for eksempel struktur, politikk, verdier, inspirasjon, åpenhet, tillit og kultur (Kohn m.fl., 2000; WHO, 2008; Goeschel, Roberts m.fl., 2009; Kunzle, Kolbe m. fl., 2009; Ovretveit, 2010). En studie som er spesielt interessant for denne oppgaven er Hockey, Bates m.fl., (2010). Her blir ledelse identifisert som ett av temaene som har betydning for om sykehuset scorer høyt eller lavt på kvalitets- og sikkerhetsmål. I sykehusene som scorer lavt vises det til i hyppige lederbytter og lite samarbeid med klinikerne. Hva ledelse faktisk gjør i organisering av arbeidet med kvalitet og sikkerhet og ledelsesprosesser knyttet til dette finnes det få studier i som adresserer i et flernivå design (Bate, Mendel m.fl., 2008).

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med denne masteroppgaven er å studere og sammenligne ledelse av kvalitets- og sikkerhetsarbeid ved to norske sykehus. Mer spesifikt er formålet å studere organisering av kvalitets- og sikkerhetsarbeid og avdekke ledelsesprosesser som er avgjørende for dette

arbeidet på case sykehusene. Målet er å drøfte problemstillingen gjennom å sammenligne resultatene fra to sykehus. Videre knytte dette opp mot eksisterende forskning og aktuell teori for å rette oppmerksomheten mot ledelsens betydning for kvalitets – og sikkerhetsarbeid. Denne masteroppgaven vil studere følgende problemstilling:

På hvilke måter har ledelse betydning for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid på to norske sykehus?

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

Universitetet i Stavanger er med i et europeisk forskningsprosjekt som baserer seg på en studie av kvalitet og sikkerhet på sykehus i fem europeiske land (Norge, Sverige, England, Portugal og Nederland). Denne masteroppgaven er knyttet til dette prosjektet: *Quality and Safety in European Union Hospitals (QUASER)*. QUASER studien fokuserer på hvordan organisatoriske og kulturelle faktorer påvirker kvalitet og sikkerhet i europeiske sykehus. Denne masteroppgaven er avgrenset til ledelsens betydning for kvalitets- og sikkerhetsarbeidet på de to norske case sykehusene i QUASER prosjektet.

Kvalitet er et begrep som er mye brukt i oppgaven. I litteraturen defineres begrepet på ulike måter (Se Kohn m.fl., (2000); Helsedirektoratet (2005)). I denne masteroppgaven blir kvalitet definert som klinisk effektivitet, pasientsikkerhet og pasienterfaringer. Dimensjonene samsvarer med kvalitetsbegrepet som QUASER prosjektet har valgt og er nærmere beskrevet i Roberts, Anderson, m.fl., (2011). Klinisk effektivitet betyr effektiv ressursutnyttelse og bruk av den beste tilgjengelige kunnskapen i praksis. Pasienterfaringer betyr på hvilken måte pasienter og pårørende er involvert i kvalitetsarbeid i en organisasjon. Pasientsikkerhet og sikkerhet vil i denne oppgaven inneholde det samme og defineres som:

“det å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av helsetjenesteprosesser”(Vincent, 2006 side 14 i Aase (red) side 26).

En kunne ha valgt å bruke kun kvalitetsbegrepet som inkluderer sikkerhet som en delmengde. Jeg har likevel valgt å bruke begge begreper fordi jeg mener det dekker bedre fokuset i oppgaven. Klinisk effektivitet og pasienterfaringer er ikke fokus i denne oppgaven og vil i liten grad adresseres.

I oppgaven vil tre ulike systemnivåer i helsevesenet bli brukt. De ulike nivåene er makro, meso og mikro. Med makronivå menes nasjonalt nivå (nasjonale helseinstitusjoner og regelverk). Med mesonivå menes sykehusnivå (organisasjon/toppnivå). Med mikronivå menes helsepersonell eller ansatte (klinisk team/ansattnivå).

Det finnes ulike måter å definere ledelse på. Teorier om ledelse er nærmere beskrevet i kapittel 2.1. Denne oppgaven støtter seg til Bass & Stogdill (1990) innhold i begrepet.

1.4 Oppbygging av oppgaven

Kapitel 1 beskriver oppgavens bakgrunn og relevans. Videre defineres problemstillingen med tilhørende avgrensning og begrepsavklaring. Kapitel 2 tar for seg tidligere forskning og aktuell teori. Basert på dette presenteres forskningsspørsmål. I kapittel 3 beskrives og drøftes den metodiske tilnærming. I kapittel 4 presenteres funn fra begge sykehusene. I kapittel 5 blir funnene fra begge sykehus sammenlignet og drøftet. I kapittel 6 presenteres konklusjon med svar på problemstillingen, implikasjoner for praksis og videre forskning.

2.0 Tidligere forskning og teoretisk fundament

I dette kapitlet presenteres tidligere forskning og det generelle teoretiske fundamentet for denne masteroppgaven. Første del av kapitlet inneholder teorier om ledelse. Deretter presenteres tidligere forskning omkring ledelse i helseorganisasjoner og ledelses betydning i kvalitet og sikkerhetsarbeid. Andre del av kapitlet inneholder presentasjon av en ledelsesmodell som integrerer både generelle ledelsesteorier og knytter dem til kvalitets – og sikkerhetsperspektivet. Til slutt vises det hvordan de teoretiske tilnærmingene har bidratt til å utlede forskningsspørsmål som skal belyse problemstillingen.

2.1 Teorier om ledelse

Det finnes ulike definisjoner for hva ledelse er (se f.eks. Stogdill, 1974; Janda, 1960; Roach og Behling, 1984). De fleste av disse har elementer som mål, resultat, gruppe eller

organisasjon, struktur og mellommenneskelig relasjon i seg. Denne kompleksiteten kommer til syne i Bass & Stogdill (1990) forsøk på 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 structure” (Bass & Stogdill, 1990, side 20).

Gary Yukl som regnes som en av klassikerne i ledelsesforskning, mener at det hverken er mulig eller ønskelig å benytte seg av en definisjon på ledelse. Fenomenet er for komplisert og har for mange nyanser til det. En bør se på definisjonene sammensatt og bruke de som en kilde til forståelse (Yukl, 1989).

De tidligste bidragene innenfor ledelsesforskning var såkalte trekkteorier (trait theories). Gjennom disse empiriske arbeidene mente forskerne at de var sikre på at enkelte trekk ved ledere hadde betydning for effektivitet. Disse trekkene var blant annet høyde, utseende, sider ved personligheten som selvspekt, dominans og følelsesmessig stabilitet samt evner som kunne måles ved hjelp av psykologiske tester som for eksempel intelligens, kreativitet og artikulasjon. Tankegangen i disse studiene var at noen var naturlige ledere. Svært mye av ledelsesforskningen frem til 1940- tallet var slik forskning (Andersen, 2011). Selv om denne forskningen ikke viste seg å være konsekvent gav den en pekepinn på noen egenskaper og trekk ledere bør inneha for å være effektive og høste suksess.

I 1969 oppsummerte Gibb forskning omkring ledelse og trekk med at det ikke var mulig å isolere noen personlige egenskaper som karakteriserer ledere og dermed ikke forklare ledelse slik (Høst, 2009). Nyere studier viste at de fleste egenskapene og trekk som skulle være typiske for ledere også ble funnet hos mange som ikke var ledere. Selv om noen trekk synes å øke effektiviteten hos enkelte er det ingen garanti. Stillingsnivå, type arbeid og andre situasjonsfaktorer vil også ha betydning (Stogdill, 1948; Bass, 1985; Bass, 2008). Mange organisasjoner bruker i dag personlighetstester for å velge ut kandidater til organisering eller ledelse som har betydning for sikkerheten. Dette kjenner vi igjen fra oljeindustrien og luftfarten (Glendon, Clarke, m.fl., 2006).

Teorier basert på antagelse om at ledere må tilpasse sin atferd til konteksten ble mer vanlig etter trekkteoriene. Disse ble kalt kontingensteorier. Felles for disse er at de konkretiserer

ledelsesadferd ved å dele den inn i to kategorier. Den første er *oppgaveorientert* som innebærer at lederen er opptatt av resultatene virksomheten skal skape og det organisasjonen produserer eller yter. Den andre er *relasjonsorientert* som innebærer at lederens oppmerksomhet er rettet mot samhandlingen mellom nivå, seg selv og medarbeiderne. Dette er en mer prosessorientert atferd (Høst, 2009).

Det er flere bidrag i kontingens antagelsene (Se for eks. Fiedler, 1967; Hersey & Blanchard, 1977, Vrom & Yetton, 1973). I denne forskningen beskrives det sammenheng mellom leder stil, relasjon til medarbeidere, jobb- og oppgave struktur og hvordan dette påvirker lederens mulighet til å oppnå effektivitet og produktivitet. Videre blir det tatt inn dimensjonen som omfatter de ansattes kompetanse eller modenhet. Modenheten kan variere hos de ansatte og dette krever endret ledelsesadferd. Lederen bør redusere sin oppgaveorienterte ledelsesadferd og øke den relasjonsorienterte etter hvert som de ansattes modenhet øker. Dette skal foregå inntil et visst nivå der begge skal avta og en skal da basere seg på en høyere grad av delegering og autonomi for den enkelte ansatte eller arbeidsgruppe. I tillegg skal lederen hjelpe med å øke modenheten blant de ansatte gjennom utfordrende oppgaver, veiledning og opplæring. Teori knyttet til hvordan en skal ta beslutninger i forhold til problemer en leder står i til daglig blir også sett på. Det blir skissert problemer og løsningsforslag som er aktuelle. Antakelsen er at beslutningsdeltakelse fra de ansatte øker aksepten for en beslutning. Hvis de ansatte har stor påvirkning vil motivasjonen til å gjennomføre beslutningen være høyere.

Selv om noen av disse teoriene hadde sterk empirisk støtte er de blitt kritisert av flere for ikke å måle godt nok det som skal måles. Teorienes sterke side er at de sier noe om i hvilke situasjoner oppgaveorientert- og relasjonsorientert ledelse fungerer best. Både styrken og svakheten til kontingens antagelsene er at de krever fleksibilitet av lederen og er knyttet til kompetanse og modenhet til de som skal ledes. Det krever ledere som kan skifte lederstil raskt og at det kontinuerlig gjøres analyser av modenhetsnivået i gruppen ansatte for å justere seg etter det. Dette er krevende for den enkelte leder og forutsetter at de ansatte deler lederens mål og at relasjonen er preget av gjensidig tillit (Høst, 2009; Andersen, 2011; Glendon m.fl., 2006).

Nye lederteorier hadde sitt utspring fra 1980 - tallet. Felles for disse er at de har et topp-leder nivå fokus. Visjon, verdier, motivasjon, følelser, tillit og makt blir forsket på og kvalitative forskningsstrategier blir valgt (Bryman, 1992). Disse teoriene er opptatt av at ledere må ha visjoner og verdier som gir mening for de ansatte. På den måten vil de ansatte føle at det

organisasjonen holder på med er viktig, de kan identifisere seg med den og engasjere seg i den. Karismatisk ledelse og transformasjonsledelse er to av retningene som ofte blir beskrevet her (House, 1977; Bass, 2008). Karismatisk ledelse forstås i dag ofte som en person som er i stand til å begeistre, inspirere, påvirke og forandre til noe som er bedre enn det har vært før. Karisma anses i dag som et resultat av hvordan medarbeidere oppfatter lederen, lederens trekk og adferd, konteksten til ledelsen og individuelle og kollektive behov hos de ansatte (Høst, 2006).

Flere ledelsesforskere har utropt den transformative ledelsesteorien som den mest betydningsfulle innen fagområdet (Andersen, 2011). Den transformative lederen oppmuntrer til engasjement og forpliktelse til organisasjonen gjennom å appellere til verdier og idealer hos de ansatte. Tillit, lojalitet og rettferdighet er stikkord som er viktige og hvis de ansatte føler dette vil de blir mer motiverte til å jobbe for lederen og organisasjonen. Transformativ ledelse er også beskrevet som bestående av fire hovedkomponenter: 1) idealisert påvirkning 2) inspirerende motivasjon 3) intellektuell stimulans 4) individuell tilpasning (Bass & Reggio, 2006). Den sterkeste argumentasjonen mot denne teorien er at den ikke klart beskriver de underliggende prosesser i ledelse og at transformativ ledelse derfor ikke kan betraktes som en ledelsesteori (Yukl, 2009).

Det finnes et stort mangfold i ledelsesforskningen, men i stor grad kan en si at ledelsesteoriene handler om endring, forbedring, vekst og utvikling. De fleste har løsningen på hvordan ledelse kan føre til mer produktive og effektive organisasjoner uansett om de mener at det er en ledertype som er den beste eller om løsningen finnes i teorier om relasjons – og situasjonstilpasset ledelse. I vår tids lederteorier fremgår det at lederens betydning oppfattes som sentral og avgjørende for organisasjoners fremgang. Dette er omdiskutert i ledelsesforskningen og det beskrives flere antakelser til hvorvidt lederskapet er avgjørende for foretakets eller organisasjonens effektivitet (Andersen, 2011).

Den teoretiske forståelsen som er presentert i dette delkapitlet viser at de valg ledere gjør reflekterer en grunnholdning hos den enkelte enten den er bevisst valgt, en naturlig egenskap eller et resultat av en kultur i organisasjonen. Dette har betydning for hvordan ledelsen blir oppfattet i organisasjonen og hvilken posisjon ledelsen får. Dermed er det viktig for denne oppgaven å snakke med lederne selv for å finne ut hvilke prosesser de selv ser på som viktige for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

2.2 Ledelse i helseorganisasjoner

Helseorganisasjoner er i stadig endring og preges ofte av innsparing, nedskjæring, endring av maktforhold og nye teknologiske krav. På den ene siden finner en den “kalde” formelle struktur og organisering, mens på den andre siden finner vi prioriteringer, tilpasninger, visjoner, verdier og helhet. Ledelse i helseorganisasjoner befinner seg ofte i spennet mellom disse (Irgens, 2000). Det er mye som tyder på ledelse betyr mindre i organisasjoner der det er stabile forhold og lite endringer. Derimot ser det ut til at ledelse er spesielt viktig i endringsprosesser der stabile rutiner og strukturer brytes opp (Jacobsen, 2008; Irgens, 2000).

Mange helseorganisasjoner bruker i dag en hierarkisk organisering, gjerne i form av en linje organisering. Denne organiseringen forutsetter at makt og myndighet er klart definert og lar seg illustrere som en pyramide med den øverste ledelsen på toppen. Planleggingen skal hovedsakelig gjøres på toppen og følge linjene ned i organisasjonen. Informasjon og rapportering skal følge tjenestevei opp og ned i linjen. Denne organisasjonsformen blir beskrevet i litteraturen som å være god når forholdene er stabile og arbeidet er rutinebasert (Irgens, 2007). I de siste årene har det blitt presentert flere organisasjonsmodeller som er flatere og har færre formelle ledere. Kommunikasjonen kan her gå friere og myndigheten er i stor grad lagt til de som arbeider nærmest brukerne. Det beskrives også at modellen kan i praksis være like preget av en like “top-down” ledertilnærming og styring som den en finner i den hierarkiske organiseringen (Irgens, 2007).

I en gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus blir det påpekt at det finnes store motsetninger mellom faglig ledelse og administrativ ledelse i sykehusene i dag. Der det tidligere var snakk om reformer og fornyelse i sykehusene var fagfolk ekspertisen. I dag etterspørres det i større grad ledere som kan lede helheten. Omstillingsevne og myndighet blir større vektlagt enn faglig kyndighet. Etter helseforetaksreformen i 2002 ble det lagt nye premisser for ledelsesområde i sykehusene. Hensikten var å erstatte den tidligere medisinske- og sykepleiefaglige lederstrukturen til ett enhetlig hierarki. Linjeledelsen ble gitt et betydelig større totalansvar for personal, fag, økonomi og budsjett. De fleste sykehus i dag har tilpasset seg denne lederreformen. Nyere studier viser at den faglige styringstradisjonen fortsatt gjelder på sykehusene. Dette kan koples til et stadig større fokus på kvalitet og sikkerhet i helseorganisasjoner (Torjesen, Byrkjeflot m.fl., 2011; Mordal, 2009).

Det er mye som tyder på at ledelse av helseorganisasjoner er komplisert. En studie gjort i 2009 viste at av 60 toppledere som har ledet helseforetakene etter innføring av reformen i 2002, hadde bare fem sittet sammenhengende frem til 2009 (Mordal, 2009). Dette viser at ledelse i sykehus er en svært utsatt posisjon når en ser hvordan strategier som skal brynes opp mot politikk, kvalitet, lokalsamfunn og ansatte. I tillegg er helseforetakene bevilgningsstyrte bedrifter (Netthenvising 5). Økonomi og budsjett er satt av andre enn de som leder sykehusene, med påfølgende høye krav til kutt, innsparinger og nedskjæring. Dette bidrar til ulik metodisk og teoretisk tilnærming lokalt for å manøvrere innenfor de økte kravene. Den største påvirkningen har nok New Public Management (NPM) tanken bidratt med. Dette er en samlebetegnelse på hvordan offentlig sektor bør styres, og blir beskrevet til å ha påvirket alle styrende nivåer i Norge. Disse ideene hadde sine røtter blant annet i USA og kom som et svar på økonomisk underskudd og problemer med å lede offentlig sektor effektivt (Irgens, 2007).

Dette kapitlet har vist at ledelse av helseorganisasjoner er komplekst og i stadig endring på de fleste sykehus i Norge etter helseforetaksreformen. Krav til målstyring, planlegging og resultat, også i relasjon til kvalitet og sikkerhet, har økt betraktelig. Det finnes ulike måter å manøvrere ledelsesutfordringene i denne sektoren og teorier rundt dette diskuteres i de to neste kapitlene.

2.3 Ledelsens rolle og betydning i kvalitet og sikkerhetsarbeid

Vi har sett tidligere at det er omdiskutert hvilken betydning ledelsen har i en organisasjon, men at vår tids lederteorier stort sett er av den oppfatning at ledelsen er sentral og avgjørende for organisasjoners fremgang. Kvalitet og sikkerhetsarbeid i helseorganisasjoner knyttes ofte til ledelsesinvolvering og utvikling av struktur og kultur for kvalitet og sikkerhetsarbeid (Leape m.fl.2009; Levey m. fl., 2007; Goeschel m.fl., 2009; Kunzle m. fl., 2009; Ovretveit, 2010; Irgens, 2007). Dette viser hva teorien sier om ledelsens rolle og betydning i kvalitet – og sikkerhetsarbeidet.

Det eksisterer relativt lite forskning på toppledelsens betydning for kvalitet og sikkerhet (Mordal, 2009; Flin, 2010). I de studiene som finnes ser det ut til å være viktig med en bevisst verdiskapende holdning til prioritering av arbeid med kvalitet og sikkerhet. For ledelsen er det nødvendig med aktiv involvering og ha en åpen, ekte og jevnlig kommunikasjon om kvalitet og sikkerhet. For toppledelsen er det nødvendig å sette tone fra toppen, etablere og

kommunisere ut tydelige mål og forventninger til dette arbeidet gjennom en nær relasjon til de ansatte. Det er også viktig at det ikke legges for stort press på mellomlederne uten å bidra til at de har de riktige ressursene tilgjengelig (Cignetti, 2008 i Flin, 2010; Kunzle, 2008; Vaughn m.fl., 2006; Levey m.fl., 2007).

Studier har vist at for å bygge en kultur der kvalitet og sikkerhet er høyt vektlagt er ledelsen viktig. Deres holdninger og handlinger bidrar til engasjement og at det prioriteres høyt i organisasjonen. Dedobbeleer & Bèland (1991) fant i sine studier flere faktorer hos ledelsen som hadde betydning for hvordan de ansatte så på sikkerhet. Disse var blant annet holdninger til sikker praksis, holdninger til sikkerhet for de ansatte, tilgjengelige guider, riktig utstyr og jevnlig møter med tema sikkerhet fast på agendaen.

Det ser også ut til at valg av lederstil også har betydning for hvordan holdninger og handlinger blir oppfattet av de ansatte. Zohar (2002) konkluderte med at det var sammenheng mellom lederstil og hvor godt organisasjonen tok sikkerhet på alvor. Transformativ ledelse skapte ofte et mer positivt klima for sikkerhet selv i de organisasjoner der det ikke var prioritert. Dette kan ikke sies å være konsekvent og det finnes andre undersøkelser som ikke finner signifikans mellom lederstil og forebygging av skader (Barling, Loughlin m.fl., 2002).

Det ser ut til at ledelsens evne til å etablere tillit i en organisasjon er en de viktigste grunnfaktorene for hvor høyt kvalitet og sikkerhet blir prioritert av de ansatte (Firth – Cozens, 2004; Kunzle m.fl., 2008). Mye tyder på at nøkkelfaktoren til å skape tillit er kommunikasjon. Schindler & Thomas (1993) har identifisert viktige faktorer som har betydning for tillit. Integritet, kompetanse, målrettet adferd, lojalitet og åpenhet. I trekkteoriene har vi tidligere sett at høy integritet og ærlighet blitt assosiert med effektive ledere og koplet til hvordan organisasjonen yter. Nyere studier viser at dette også har betydning for kvalitet og sikkerhetsarbeidet. For å bygge et tillitsforhold i en organisasjon har Robbins, Millett m.fl., (2011) presentert prinsipper som ledere bør følge:

1. informasjon til alle
2. vær objektiv og rettfærdig
3. bygg et nettverk for å dele følelsene dine
4. fortell sannheten og vær konsekvent
5. vær målrettet
6. ha eller skaff deg kompetanse.

Forholdet mellom de ansattes tillit og engasjement til kvalitet og sikkerhet, og hvordan ledelsen organiserer arbeidet, styrker eller svekker fokuset på sikkerhet hos den enkelte (Whitener, 1997). Dette kan tyde på at organisatoriske forhold, som for eksempel strukturelle forhold, kulturelle forhold og maktrelasjoner, kan ha like stor betydning som individuelle faktorer som for eksempel indre motivasjon, ildsjeler og kunnskap hos de ansatte (Zacharatos, Barling m.fl., 2005; Mastal, Joshi m.fl., 2007).

I relasjon til problemstillingen viser teorien i dette kapitlet at ledelsens rolle i kvalitet -og sikkerhetsarbeid er sentral. Forskning understreker betydningen av at kvalitet og sikkerhet defineres som virksomhetens fremste verdi. Engasjementet må frontes av toppledelsen og forankres i alle ledd. Ved å se på hvordan ledelsen har organisert og strukturert arbeidet med å ivareta kvalitet og sikkerhet vil det gi mulighet til å få svar på hvilken betydning denne organiseringen har for ledelsens bidrag i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Det er også andre momenter herfra som går på tillit, oppmerksomhet, kulturbygging, kommunikasjon, åpenhet og prioriteringer som er nøkkelfaktorer fra forskningen som er viktige å se på i forhold til ledelsesprosesser. I neste kapittel vil jeg presentere en integrert modell jeg mener tar opp i seg disse utfordringene.

2.4 Ledelse av kvalitet og sikkerhet – en integrert modell

For å opprettholde og øke kvalitets – og sikkerhets fokus i en organisasjon er det tydelig at det krever at en ser på dette arbeidet som mer enn en metode eller evne fra ledelsen. Det ser ut til at ytre faktorer som politiske avgjørelser, nedskjæringer, omstrukturering, endringsprosesser og andre kontekstuelle faktorer også har betydning for dette arbeidet. I tillegg kan en se at indre faktorer som organisasjonens kultur og interne prosesser som tillit og kommunikasjon også påvirker arbeidet med kvalitet og sikkerhet.

Bate m.fl., (2008) har i sin forskning sett på utfordringer som har betydning for kvalitet og sikkerhet i helsesystemer. Studiet var designet med den hensikt å hjelpe helsearbeidere og forskere til å forstå faktorer og prosesser for å oppnå og beholde høy kvalitet i behandling og pleie av pasienter. Dette flernivå case studiet ble gjort i en periode over tre år på syv sykehus i Europa og USA. Studiene viste at sykehus som ble karakterisert til å være de beste på kvalitet og sikkerhet hadde organisert sitt arbeid godt med hensyn til seks universelle utfordringer som ble identifisert gjennom studiet. De seks universelle utfordringene er:

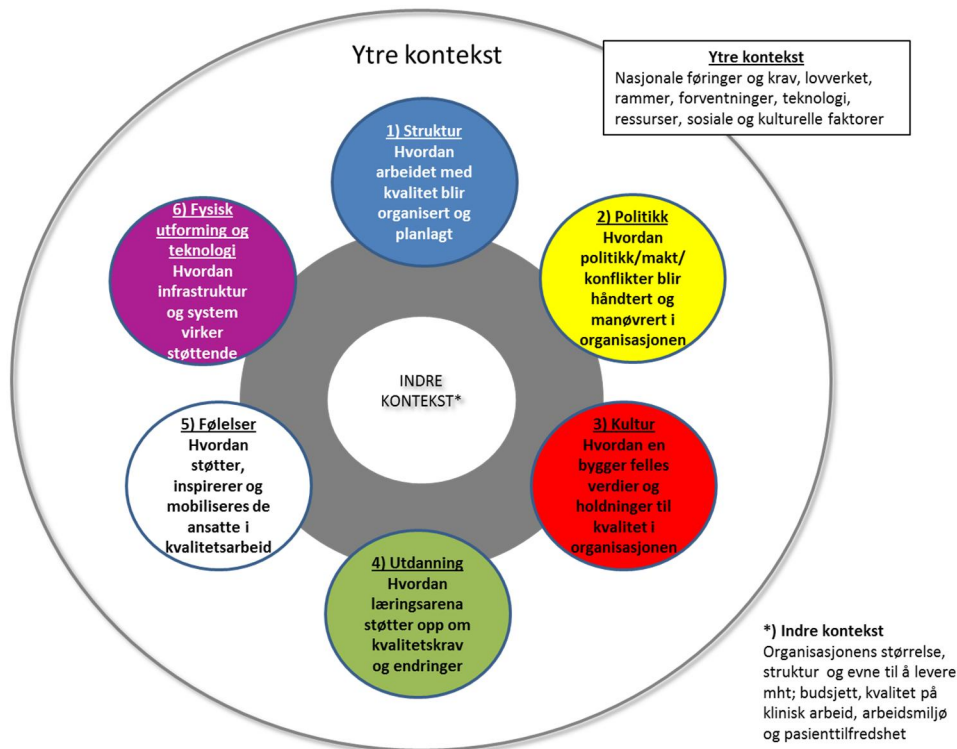
- 1) struktur - hvordan arbeidet med kvalitet blir organisert, planlagt, gjennomført og behandlet i organisasjonen,
- 2) politikk - hvordan politiske krav blir håndtert, implementert og manøvrert i organisasjonen
- 3) kultur - hvordan bygge felles verdier og holdninger til kvalitet i organisasjonen,
- 4) utdanning - hvordan skape og bygge en læringsarena som støtter opp om og møter kvalitetskrav og endringer,
- 5) følelser - hvordan en støtter, inspirerer og mobiliserer organisasjonen og den enkelte ansatte i kvalitetsarbeid og sikkerhet
- 6) fysisk utforming/teknologi - hvordan organisasjonens infrastruktur bidrar til å møte teknologiske og fysiske utfordringer knyttet til kvalitet.

Tradisjonell forskning på kvalitet og sikkerhet i helseorganisasjoner har oftest studert et nivå i organisasjonen, enten overordnet eller på ansattnivå. I dette studiet viser de til sterke argumenter for at nøkkelen til forståelse ligger i interaksjonen mellom flere nivåer. Det hevdes at en ikke kan studere nivåene separat, for så å påstå at en har forstått hvordan organisasjonen fungerer.

“It is our argument that micro and macro processes cannot be treated separately and then added up to understand behavior in organizations” (Bate m.fl., 2008, side 7).

I tillegg til å studere flere nivåer har de også sett på menneskelige og organisatoriske faktorer. Dette blir betraktet som et paradigme skifte i hvordan det har vært tenkt om kvalitet og sikkerhet i tidligere forskning og åpner for temaer og problemstillinger som ikke har vært belyst før. I Figur 1 blir dette illustrert som indre og ytre kontekst med gjensidig påvirkning. Dette viser en mye mer integrert modell for hvordan kvalitet og sikkerhet skapes og gjenskapes, og hvordan mennesker og organisasjoner interagerer i disse prosessene:

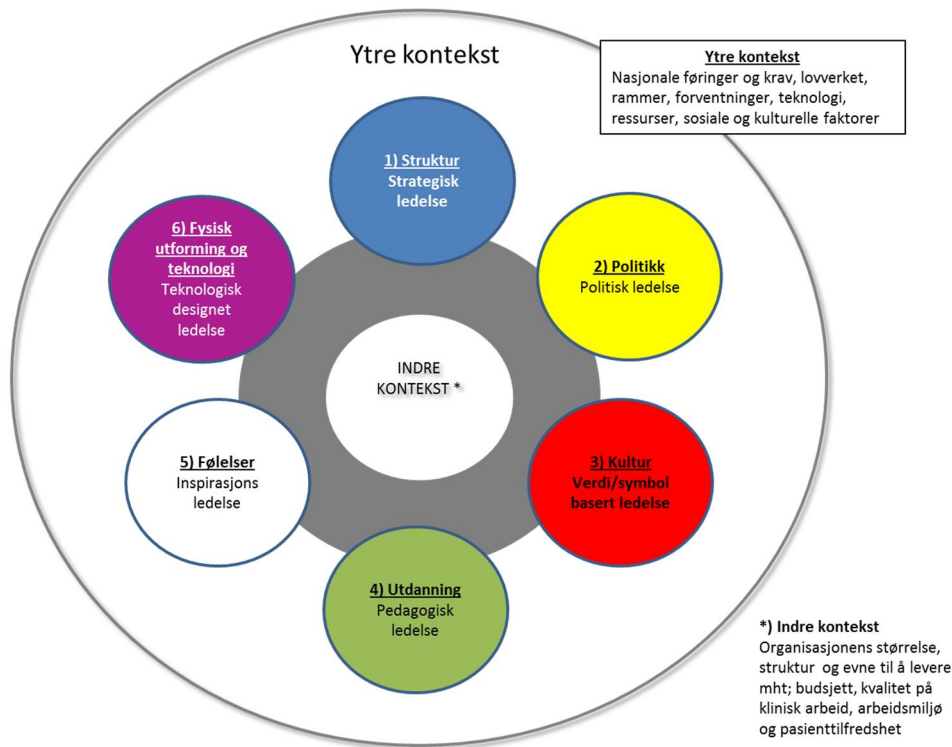
“...., we see quality as not just a method, technique, discipline or skill, but as an human and organizational accomplishment, something that is constructed by people in every day action, and interactions with and for each other – a social process”
(Bate m.fl., 2008, side 8).



Figur1. Modell av de seks utfordringene basert på Bate m. fl., (2008) side 194.

Denne modellen har ikke ledelse som egen utfordring på lik linje med de seks utfordringene. Det finnes ulike oppfatninger om dette. Dette er diskutert i studiet til Bate m. fl., (2008). For dem var dette et bevisst valg basert på det hensyn at en ikke kan betrakte noen av de seks utfordringene uten å ha med ledelsesperspektivet. Med andre ord er ledelse integrert i alle de seks utfordringene og har betydning for alle. For å oppsummere denne argumentasjonen sies det:

“In short, leadership, whether defined as a person or a process, is the means for delivering success on these challenges, not an abstract or independent challenge in its own right” (Bate m.fl., 2008, side 176).



Figur 2. Modell av ledelse som integrert faktor i utfordringene inspirert av Bate m.fl.,(2008).

Som vist i Figur 2 er ledelsesaspekter og prosesser integrert i de seks utfordringene og innebærer ulike metoder for å møte utfordringen på.

Strategisk ledelse innebærer sterk og beslutningsmyndig ledelse som har klare og strategiske mål og disiplin rundt fokuset på kvalitet og sikkerhet. Topplederne er i fokus her.

Politisk ledelse innebærer ledere med autoritet og evne til å møte kvalitets- og sikkerhetsutfordringer med tyngde og overbevisning. Klinisk engasjement er viktig og evne til å formidle budskapet til ulike grupper på sykehuset.

Verdi/ symbolbasert ledelse innebærer ledere som vil jobbe med å utvikle en kultur hvor kvalitet er nøkkelen og en av de viktigste oppgavene. Gode rollemodeller er viktige her.

Pedagogisk ledelse innebærer innflytelsesrike ledere i organisasjonen som jobber med beste praksis og oppmuntrer til læring og utvikling rundt kvalitet og sikkerhet.

Inspirasjons ledelse innebærer ledere som ser på kvalitet som et mål eller som "et prosjekt". De har evne til å fremme ideer og implementeringsmåter for kvalitetsprosjekter og sikkerhet samt evne til å motivere de ansatte til å bistå eller lede. Klinikere og ildsjeler er viktige her.

Teknologisk orientert ledelse innebærer ledere som forstår viktigheten av å bygge en kultur med både funksjonelle, etiske, kliniske og informative teknologier basert på pasienterfaringer og implementere disse i organisasjonen. Her kan det være snakk om systematisk bruk av kvalitetsdata (f.eks. kvalitetsindikatorer) i kvalitets – og sikkerhetsarbeidet, men det fokuseres også på fysisk miljø og arkitektur som en del av kvalitets- og sikkerhetsarbeidet (Bate m.fl., 2008).

I denne oppgaven brukes den integrerte tilnærmingen som vi ser av denne modellen fordi det er en tilnærming som bidrar til et helhetlig perspektiv på ledelse og som samtidig synliggjør kompleksiteten i ledelse av helseorganisasjoner. Den integrerte modellen tar opp i seg ledelsesteorier på generelt nivå og viser spesielt hvordan ulike ledelsesfaktorer har betydning for organisering av kvalitet og sikkerhetsarbeidet.

2.5 Forskningsspørsmål

Dette teorikapitlet har demonstrert at det finnes et stort spekter av teorier og definisjoner omkring ledelse og ledelsesforskning. Hvordan en ser på ledelse har betydning for hvordan ledelse blir studert. Mye av forskningen har vært rette mot suksesshistorier og hvilke egenskaper lederen har hatt for denne suksessen. Det finnes mindre forskning på organisering og prosesser for ledelse som har betydning for kvalitet og pasientsikkerhet. Det som eksisterer er ofte undersøkelser fra et nivå. Det er behov for mer forskning som har en flernivå tilnærming, og som tar hensyn til endringer i paradigme med tanke på hvordan en ser på kvalitet og sikkerhet som prosesser som skapes i organisasjoner og systemer.

Denne oppgaven vil, basert på den teoretiske tilnærmingen og tidligere forskning, anvende de seks utfordringene i den integrerte modellen og studere følgende forskningsspørsmål:

- a) Hvordan organiseres kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet ved to norske sykehus?
- b) Hvilke ledelsesprosesser mener ledere er viktige for kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet i sitt sykehus?
- c) Hvilken betydning har likheter og forskjeller i organisering og ledelsesprosesser for ledelsens bidrag i kvalitets – og pasientsikkerhetsarbeidet i to norske sykehus?

Følgende faktorer som denne oppgaven har til hensikt å belyse er forskjeller eller likheter i struktur, kontekst, organisering og ledelsesprosesser på to norske sykehus.

3.0 Metode

I dette kapitlet presenteres den metodiske tilnærmingen i studiet. Dette blir gjort for å gi leseren mulighet til å vurdere forskningens kvalitet gjennom å sette seg inn i fremgangsmåte, hvilke avgjørelser som er tatt og hvilke kritiske refleksjoner som er gjort gjennom prosessen.

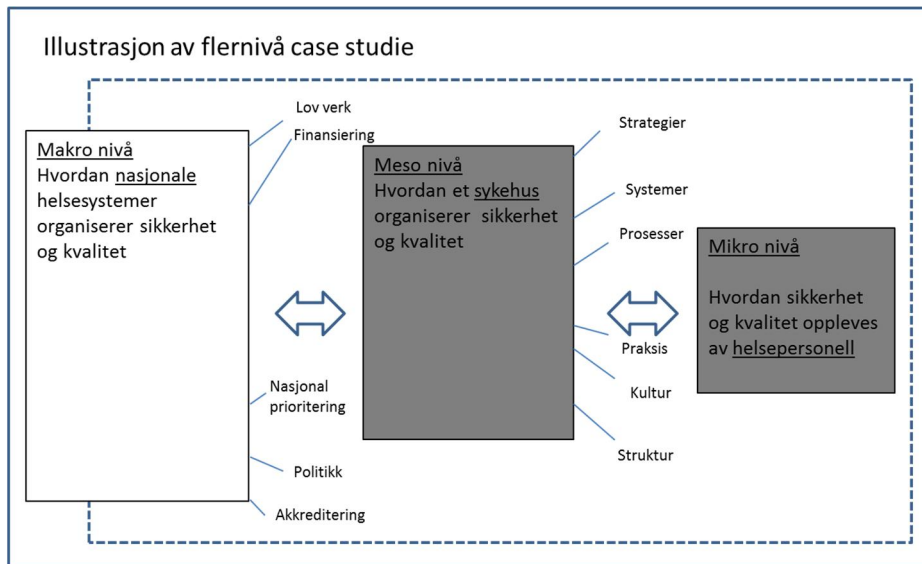
3.1 Forskningsstrategi

For å besvare problemstilling og forskningsspørsmålene ble casestudie valgt som forskningsstrategi i denne studien. Case studie er en undersøkende studie basert på empirisk materiale. Case strategien egner seg til å undersøke fenomener som ikke lar seg løsrive fra konteksten eller at grensene mellom fenomen og kontekst ikke er tydelige nok. Med andre ord bruker en case strategien der en vil dekke kontekstuelle forhold og en mener at det har stor betydning for det fenomenet som skal studeres. Det som kjennetegner studier som passer til case studie strategi er der forskningsspørsmålene har et “hvordan” eller “hvorfor” spørsmål. Case studier kan ha ulike tekniske karakteristika, men felles er at resultatene i stor grad er avhengige av forskningstriangulering i datainnsamling og analyse. Case studier blir dermed mer en strategi enn en metode for forskning (Yin, 2003). I denne sammenheng er case studie valgt fordi jeg ikke kan undersøke ledelsens bidrag i kvalitets- og sikkerhetsarbeid løsrevet fra der det skjer. Med andre ord kan en si at grensen mellom fenomenet *ledelsens bidrag* og *organisasjonen*, som i dette tilfellet er konteksten, er utydelig og dermed åpner det for case studie strategien. Gjennom et stort empirisk materiale er hensikten å få innblikk i de seks utfordringene i Bate m.fl., (2008) i relasjon til ledelsens interaksjon og innflytelses på kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet på ulike nivå i to sykehusorganisasjoner.

3.2 Forskningsdesign

Det finnes to primære måter å designe case studier. Disse kalles for enkelt eller flernivå case studier (singel/multiple case studies), og holistiske eller studier av enkeltelementer i case studie (holistic/embedded case studies)(Yin, 2003). Dette forskningsdesignet er en komparativ flernivå case studie av to sykehus i Norge. Det skal studeres to sykehus på mesonivå (organisasjon/toppnivå) og de samme sykehusene på mikronivå (kliniske team/post). I sykehus A studeres to mikrosystemer og i sykehus B blir det studert ett mikrosystem. De ulike

nivåene som inngår i studien min er illustrert med grå farge i Figur 3. Det komparative designet vil sammenligne de to sykehusene og har til hensikt å finne betydningen av likheter og ulikheter i organisering og prosesser for ledelsens bidrag i kvalitets – og sikkerhetsarbeid på begge sykehus.



Figur 3. Flernivå case studie basert på Roberts m.fl., (2011).

3.3 Valg av case og kontekst

QUASER-teamet i Norge valgte ut to norske sykehus med ledelse, stab og helsepersonell på ulike nivå basert på en felles prosess på tvers av alle fem deltakerlandene (Roberts m.fl., 2011). Prosessen tok utgangspunkt i nasjonale kvalitetsindikatorer. Hensikten med de nasjonale kvalitetsindikatorerene er å gi pasienter, brukere, helsepersonell og ledere informasjon om kvaliteten på helsetjenesten. Helsedirektoratet publiserer data for nasjonale indikatorer. Indikatorerene er publisert og tilgjengelig for de siste tre år og rapporteres av sykehusene til Norsk pasientregister og Helsedirektoratet (netthenviing 3). Det var krav i QUASER prosjektet at sykehusene skulle ha fødeavdeling. Alle sykehusene ble rangert på fem indikatorer og det ble valgt ett sykehus som var rangert i toppskiktet og ett som var i en utviklingsfase. Disse to valgt sykehusene ble valgt fordi oppgaven er koplet til QUASER prosjektet. De nasjonale kvalitetsindikatorerene er omdiskuterte og kritisert for ikke å måle

kvalitet på en ordentlig måte (Wiig, Harthug m.fl., 2011; Kunnskapssentret, 2010), men denne fremgangsmåten ble valgt i QUASER prosjektet for å ha en lik utvelgelsesprosess i alle land.

Beskrivelse av konteksten til de to sykehusene vises i Tabell under.

Kontekst	Sykehus A	Sykehus B
Lokalisasjon	Liten by i utkant Norge	Stor by i Norge.
Populasjon	Omkring 10.000 innbyggere	Omkring 260.000 innbyggere
Størrelse på helseforetak	6 klinikker og 1 divisjon fordelt på 4 sykehus. Andre somatisk og psykiatriske institusjoner. Ambulansetjenesten i fylket.	Universitetssykehus. Behandler 600.000 pasienter i året. 28 enheter rundt om i 23 kommuner.
Case sykehus	Største sykehuset i fylket. Administrasjonen av det lokale Helseforetaket er lokalisert her.	Største sykehuset i regionen. Administrasjonen av det lokale helseforetaket er lokalisert her.
Antall ansatte	2200 ansatte	11500 ansatte 7700 årsverk
Budsjett	1,4 millioner NOK	8,4 millioner NOK
Rangering kvalitet	Toppskikt	Utviklingsfase

Tabell 1. Kontekstuell beskrivelse av de to casene

3.4 Datainnsamling

Datainnsamlingen som ble gjort i begge case baserer seg på metodetriangulering av kvalitative intervjuer, dokumentanalyse, observasjon i feltet og fokusgruppe intervju, over en 12 måneders periode i 2011-2012.

I Tabell 2. og 3. finnes en skjematisk oversikt over antall informanter og metoder som er brukt i de to casene fordelt på de ulike systemnivåene som er brukt i denne oppgaven. Hensikten med å ha datainnsamling fra flere nivåer er i tråd med det teoretiske perspektivet som er valgt i oppgaven der Bate m. fl., (2008) betrakter kvalitet som en sammensatt oppgave som går over flere nivåer. Tabellen viser også variasjonen i metoder. Metodetriangulering er en del av case studie strategien (Yin, 2003).

Sykehus A			
Meso nivå			
	Antall	Metoder	Kilder
Ledelse	2	Dokumentanalyse, organisasjonskart, 2 semistrukturerte kvalitative intervjuer. Intervjuguide for meso nivå. Feltnotat.	Administrerende direktør (AD) og vise administrerende direktør
Stab	2	Semistrukturerte kvalitative intervjuer, organisasjonskart. Intervjuguide for mesonivå. Feltnotat.	Fagdirektør og utviklings direktør
Kvalitets personell	2	Semistrukturerte kvalitative intervjuer. Tilpasset intervjuguide på meso nivå pga ikke direkte ledere. Såkornmiddeloversikt. Feltnotat.	Administrasjons sekretær og seniorrådgiver
Andre	3	Semistrukturerte kvalitative intervjuer. Intervjuguide for mesonivå. Feltnotat	Klinikk direktører
Mikro nivå			
Mikrosystem 1 Kvinneklinikk		Metoder	
Ledelse	1	Semistrukturert kvalitativt intervju med tilpasset intervjuguide for mikrosystemene fordi det var en leder. Feltnotat.	Assisterende klinikkssjef
Ansatte	3	2 semistrukturerte kvalitative intervju. 1 fokusgruppeintervju med intervjuguide for fokusgruppe. Feltnotat.	Jordmødre, sykepleiere og barnepleiere
Mikrosystem 2 Kreftavdeling			
Ansatte	3	Semistrukturerte kvalitative intervju med intervjuguide fra mikronivå. 1 skygging av ansatt med bruk av QUASER observasjonsguide. Feltnotat.	Kreftsykepleiere, sykepleiere
Re intervjuer meso nivå 5 intervju foretatt av andre forskere			

Tabell 2. Datainnsamlingsmetode og oversikt over kilder i sykehus A

Sykehus B			
Meso nivå			
	Antall	Metoder	Kilder
Ledelse	1	Dokumentanalyser, organisasjonskart, 1 semistrukturert kvalitativt intervjuer. Intervjuguide for mesonivå. Feltnotat.	Administrerende direktør (AD)
Stab	1	1 semistrukturert kvalitativt intervju. Intervjuguide for mesonivå. Feltnotat	Fagdirektør
Kvalitets personell	3	3 semistrukturerte kvalitative intervju. Tilpasset intervjuguide for mesonivå pga ikke direkte ledere. Feltnotat	Kilder fra seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet og seksjon for styringsdata
Andre	4	4 semistrukturerte kvalitative intervju. Intervjuguide for mesonivå. Feltnotat.	Klinikk direktører og oversykepleiere
Mikronivå			
Mikrosystem 1 Kvinneklinikk		Metoder	
Ansatte	6	5 semistrukturerte kvalitative intervjuer med intervjuguide for mikrosystem. 1 fokusgruppeintervju med intervjuguide for fokusgruppe. Intervjuene gjort av andre forskere.	Jordmødre og sykepleiere
Re intervjuer meso nivå 5 intervju foretatt av andre forskere			

Tabell 3. Datainnsamlingsmetode og oversikt over kilder i sykehus B

For å oppsummere det totale materiale for datainnsamlingen på begge sykehus så inneholder den 18 intervjuer på meso nivå og 10 intervjuer på mikronivå. I tillegg inkluderer den 10 re intervjuer, 2 fokusgruppe intervjuer, 1 skygging og dokumentanalyser. Selv har jeg gjennomført 8 intervju, vært deltaker i 14 intervjuer og har hatt to times skygging av en ansatt. Jeg har transkribert 15 intervjuer. Transkriberingen ble gjennomført underveis og var helt ferdig i april 2012. Jeg har tilgang til 99 intervjuer på de to valgte nivåene.

I QASER prosjektet var det bestemt at fødselsomsorg skulle være et av mikrosystemene som skulle undersøkes. Det andre mikrosystemet ble en kreftavdeling. Valget av det andre mikrosystemet (kreft) ble valgt etter gjennomgang av de 10 første mesonivå intervjuene i begge sykehus. Mikrosystemene blir videre i oppgaven kalt mikrosystem 1 for kvinneklinikk og mikrosystem 2 for kreftavdeling. I sykehus B er det kun studert mikrosystem 1.

I begge sykehus ble informantene identifiseres innledningsvis gjennom diskusjoner med kontaktperson ved institusjonene, deretter ble snøballmetoden (Andrews, 2007) anvendt der det var nødvendig. Informantene var voksne over 18 år. Informanten hadde på forhånd fått tilsendt informasjonsskriv om studiet, deres rolle og ble bedt om å signere samtykkeskjema (vedlegg 1 og 2). Datainnsamlingen foregikk i tre samlinger a to dager fra april 2011- mars 2012. Intervjuene varte fra 1 – 2 timer og foregikk i et nøytralt rom på sykehusene. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Dette hadde informantene samtykket til. All deltakelse i studiet er basert på prinsippet om frivillighet og svarene har blitt behandlet konfidensielt. Alle data og feltnotater har blitt gitt en kode for å sikre konfidensialitet og har vært lagret i et låst arkivskap eller på passord beskyttet pc som er sikret mot uautorisert tilgang. Navnelister ble kategorisert eller slettet der det var indirekte personidentifiserbare opplysninger. Anonymisert materiale oppbevares på UIS til 2016. Denne oppgaven er godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD referanse: 26636).

Datainnsamlingen på meso nivå i begge sykehus og på mikronivå i sykehus A ble gjort i forskningstriangulering med flere erfarne forskere. Intervjuguidene som ble anvendt på begge sykehus baserer seg på de seks utfordringer i Bate m.fl., (2008). Det ble brukt forskjellige intervjuguiden til meso og mikronivå (vedlegg 3 og 4). Intervjuguidene var felles for alle deltakerlandene i QUASER prosjektet. De opprinnelige guidene var på engelsk. Disse ble oversatt og tilpasset til norske forhold. Intervjuguiden på meso nivå er bygd opp med innledningsspørsmål som går på rolle og ansvarsområde i forhold til kvalitet, videre går den inn på organisasjonens historie frem til i dag, organisering av kvalitetsarbeid og

kvalitetsstrategier, støtte til helsepersonell, kvalitetsinformasjon og kvalitetsmåling, deling av beste praksis, læring og ressurser og til slutt litt om nasjonale strategier som er til støtte eller hinder eller annet eksternt miljø eller nettverk av betydning for kvalitetsarbeidet. Intervjuguiden på mikro nivå har innledningsspørsmål som går på rolle og ansvarsforhold i forhold til kvalitet og hvordan det er å arbeide ved den enkelte enhet. De store temaene videre er teamarbeid, kultur, lederrelasjoner, kvalitet og kvalitetsforbedring, bruk av kvalitetsguider og IT systemer. I mikrosystemet på sykehus B ble intervjuene utført av andre forskere. Denne datainnsamlingen ble gjort med lik metode og bruk av de samme intervjuguidene som ved sykehus A.

I mikrosystem 2 på sykehus A ble det gjennomført en skygging av en ansatt over to timer. Hensikten med dette var å få innsikt i daglig praksis i mikrosystemet og prøve å fange opp temaer som ikke ble dekket i intervjuer eller samtaler. I denne oppgaven er dette brukt for å øke valideringen for forståelse i analyseprosessen. Temaene som ble fokusert på i denne observasjonen var struktur/planer som den ansatte jobbet med, maktforhold i samhandlingsrelasjoner, delte verdier/forståelse/adferd i kvalitetsforbedringsarbeidet, kurs/opplæring, motivasjon, barrierer, IT tilgjengelighet, læringsarenaer, samhandling, kommunikasjon, tidsfaktorer og stressелеmenter (vedlegg 6 observasjonsguide).

I mikrosystem 1 på sykehus A gjorde vi et fokusgruppeintervju med tre ansatte. Hensikten med dette var å få en bedre forståelse av hvilke faktorer som bestemmer effektiviteten til mikrosystemet, undersøke hva som karakteriserte deres avdeling, finne og mer ut om indre mekanismer, og hva slags normer, verdier og kultur som rådet i den. Dette ble gjort for å øke valideringen og forståelsen i analyseprosessen (vedlegg 5 fokusgruppe intervjuguide).

3.5 Data analyse

Den kvalitative forskningen anvender ulike metoder for dataanalyse. Analysen skal bidra til å sortere eller organisere tekstens essens. Uansett hvilken analyse strategi en velger må en sikre at analysen har en høy kvalitet (Yin, 2003). Kvaliteten på datainnsamlingen har betydning for kvaliteten på analysen (Kvale, 2002). Analysen må vise hvordan en har brukt alle dataene slik at en ikke har gått glipp av viktige funn. Den må beskrive mulige parallellforklaringer og ta hensyn til disse. Den må alltid ta utgangspunkt i forskningsspørsmålene og ta hensyn til at forskeren tolker ut fra selvforståelse, allmenforståelse og teoretisk forståelse (Yin, 2003).

Analyse prosessen kan beskrives som en analytisk trapp. Etter gjennomført datainnsamling skal dataene transkriberes og organiseres. Etter funn av meningsbærende enheter i den rene teksten, kondenserer en ut fortettede enheter, som betyr at en beskriver kort hva informanten har sagt. Etter dette setter en kode på hva dette handler om. Kodene står for redskaper til bruk videre i analysen med å finne tema og kategori som skal understreke det manifeste innholdet i teksten (Graneheim & Lundman, 2004).

Analyser er ofte utfordrende. I mitt arbeid har jeg samlet inn en stor mengde empiri sammen med flere forskere, det er brukt flere metoder og det er flere nivåer inkludert i studien. Dataene er blitt systematisert og analysert hver for seg innenfor hver case (within case) som og til sist analysert på tvers av sykehusene (across case) (Yin, 2003). Jeg har sett etter strukturer og prosesser i organiseringen kvalitet og sikkerhetsarbeidet i sykehusene. I tillegg har jeg sett på ledelsens betydning for dette arbeidet innad og på tvers av nivåer. Til slutt har jeg gjort en sammenligning mellom de to sykehusene for å se hvilken betydning forskjellene og likhetene har.

Det finnes forskjellige måter å kategorisere i en analyse. Jeg har valgt å kategorisere etter de seks universelle utfordringene knyttet til ledelsesaspektet illustrert i Figur 2.(kap. 2.4) i det teoretiske rammeverket. Fordi rammeverket som er valgt er omfattende har det vært nødvendig å gå konkret inn på hver av utfordringene for å klare å holde oversikt. Det betyr at analysen har blitt gjort 6 ganger innenfor hver utfordring og i tillegg har det samme vært gjort på de to valgte nivåene i begge sykehusene. Analysen har foregått i fire trinn.

Trinn 1: Funn av meningsbærende enheter i ren tekst knyttet opp mot utfordringene i Figur 2

Trinn 2: Fortetting til kort sammendrag av det informanten har beskrevet i trinn 1

Trinn 3: Kode for hvilke prosesser som utpekte seg.

Trinn 4: Resultatbeskrivelse av de ulike prosessene innenfor hver utfordring.

Til sist i innholdsanalysen gjorde jeg en analyse på tvers av casene. Hensikten med dette var å besvare det siste forskningsspørsmålet gjennom å analysere betydningen av likheter og forskjeller i de to organisasjonene. Dette har vært utgangspunktet for drøftingsdelen. Den komparative analyse delen har hatt tre trinn:

Trinn 1: Finne likheter i organisering og prosesskategoriene.

Trinn 2: Finne ulikheter i organisering og prosesskategoriene

Trinn 3: Sammenligne likheter og forskjeller i organisering og prosesskategorier.

Utfordringer jeg møtte på i analyseprosessene var flere. På grunn av et stort materiale hadde jeg tilgang til intervjuer jeg selv ikke hadde transkribert. Flere av disse transkriberte intervjuene hadde dårlig kvalitet. Dette løste jeg med å lytte til lydfiler for å unngå feil tolkning av informanten. Rammeverket jeg hadde valgt for analyseprosessen var omfattende. Flere av kategoriene var vanskelig å skille fra hverandre som for eksempel politikk/ politisk ledelse og følelser (verdi- og symbolbasert ledelse). I tillegg var materialet jeg hadde tilgang til stort og det var en utfordring å begrense seg. Analysen har vært en krevende prosess. Den er krevende fordi den har en flernivå tilnærming og en kryssanalyse på tvers av to case, men det er også resultatenes styrke.

3.6 Metodisk refleksjon

Det finnes mange kriterier for hvordan en kan bedømme om forskning har god kvalitet. (Lincoln & Guba, 1985; Yin, 2003; Kvale, 2002) Kriteriene varierer mellom de ulike tradisjonene og de fleste kjenner vi igjen fra den kvantitative forskningen slik som for eksempel validitet, reliabilitet og objektivitet. Det er ikke alltid like lett å overføre disse direkte i den kvalitative tradisjonen.

I denne studien har jeg lagt til grunn kriterier utviklet av Graneheim & Lundman (2004). De beskriver fire måleredskap for å skape validitet i forskning. Måleredskapene er *troverdighet*, *overførbarhet*, *verifiserbarhet* og *pålitelighet*. Disse reflekterer bedre utfordringene en finner i den kvalitative forskningen og jeg vil forklare hvordan jeg har ivaretatt kvaliteten i studiet gjennom disse.

Troverdighet betyr at forskningen skal inneholde og handle om det som er forskerens fokus. En må vurdere hvor godt data og analyseprosessen ivaretar dette fokuset (Graneheim & Lundman, 2004). Metoder som en kan ta i bruk for å øke troverdigheten i forskningen kan være samarbeid med erfaren forsker i intervjusituasjon, triangulering i datainnsamling og analyse, observasjoner i feltet, tilgang til et stort materiale med data som er systematisk lagret, mulighet til å diskutere feltarbeidet med andre forskere og nye intervjuer av de samme informantene for å presentere foreløpige funn. Dette studiet har brukt mange av disse

metodene. Store deler av datainnsamlingen min ble gjort sammen med en erfaren forsker med god kjennskap til område som skulle studeres og som var erfaren med kvalitative intervjuer. Dette tror jeg hadde betydning for tillit hos informantene og ikke minst betydning for at svarene handlet om det som var forskningens fokus. Det er lett at en som uerfaren intervjuer ikke klare å sikre at informantene holder seg til spørsmålet og det kan dermed føre til at en ikke får svar på det som forskningen handler om. Det har derfor blitt anvendt triangulering i datainnsamling og analyse.

Overførbarhet betyr at overføringen til praksis er et viktig moment for å øke kvaliteten. Har ikke forskningen noen overføringsverdi til praksis er den i utgangspunktet ikke valid nok uten videre undersøkelser (Graneheim & Lundman, 2004). I mitt arbeid har jeg inkludert to sykehus og har kryss analysert med den hensikt å forsøke å finne likheter og ulikheter som kan ha betydning for kvalitets- og sikkerhetsarbeid. Det har overføringsverdi gjennom å reflektere nøkkelfaktorer til suksess eller andre organisatoriske trekk eller menneskelige egenskaper som bidrag i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet.

Verifiserbar betyr at studien bør være generaliserbar og så objektiv som mulig slik at andre kan være med på forskerens reise i materiale. Det skal være tydelighet omkring hvordan forskeren har gått frem i prosessen og begrunnelsene for valgene skal være synlige for alle. Det vil si begrunnelse for tema, utvelgelse av informanter, forskerens forforståelse og erfaring, og evne til å være objektiv i analysen og tolkningen av denne (Graneheim & Lundman, 2004). I mitt arbeid har jeg gitt en detaljert oversikt over hvordan data ble innsamlet og hvilke metoder som er benyttet slik at det skal være klart for leseren hvilken fremgangsmåte som er valgt og hvorfor. Alle data som er tatt opp på bånd er transkribert og oppbevart slik at det kan etterprøves. Jeg har gjennom prosessen vært klar over at min bakgrunn som helsearbeider og leder kan gjøre meg forutinntatt i rollen som forsker. Jeg har gjennom skriftlige gjennomgang av min forforståelse før datainnsamlingen og analyse tatt hensyn til dette. I litteraturen blir dette beskrevet som fenomenologisk reduksjon eller epoche. Denne tanken ble presentert av Edward Husserl og kalles gjerne Husserls epoche. Han mente at en måtte forsøke å sette sin egen forforståelse i parentes, ikke i betydning av at den ikke var viktig, men for at den ikke skulle virke forstyrrende for å ta inn nye perspektiver fra den andre. Han mente også at det ikke var mulig å være objektiv uten å være bevisst sin forforståelse (Thornquist, 2010). I kvalitativ forskning vil det aldri være mulig og være helt objektiv, men gjennom å ta hensyn til sin forforståelse øker sannsynligheten for å unngå bias basert på dette.

Pålitelighet betyr at det er viktig at det er informantenes mening som kommer frem og ikke forskerens mening som kommer frem i materialet. I tillegg må funnene være stabile, det vil si at utvalget må være stort nok til å kunne si at funnene er stabile nok til å kunne stoles på (Graneheim & Lundman, 2004). Metoder en kan benytte seg av for å sikre pålitelighet er store utvalg, flernivå tilnærming, intervjuguider som er tilpasset de ulike nivåer, kryssanalyser og triangulering, studier av dokumenter og member check (utsjekk med informanter). I mitt arbeid har jeg mulighet til å jobbe i triangulering og hatt kvalitetskontroll gjennom diskusjon av felt, metode, analyse, funn og resultater med andre forskere og lederne av EU prosjektet. Jeg har hatt tilgang på re intervjuer som er gjort på mesonivå i begge sykehus. Her ble det presentert foreløpige konklusjoner, gjort på bakgrunn av de første intervjuene, for å sikre at det som ble sagt er forstått på riktig måte. Dokumenter og feltobservasjoner med skygging, samtale og fokusgruppeintervju er brukt til forståelse. Deler av materialet er også sent til informanter for gjennomlesning. Utvalget er stort og jeg har tilgang til 99 intervjuer som er gjort ved de to sykehusene.

Jeg vil nå oppsummere styrker og mulige svakheter ved studien og metoden som er valgt. Styrkene ved denne studien er at det har vært studert to sykehus på to ulike nivåer. Gjennom intervjuer av ledere og ansatte har det gitt et nyansert bilde av ledere sier og hva de ansatte opplever. Flernivå case design har en fordel med at en kan sammenligne på tvers av nivåer og på tvers av case i motsetning til enkel case. På bakgrunn av dette kan studiet oppleves mer robust (Herriott & Firestone, 1983). Det finnes flere måter å studere lederpraksis på. Hvis jeg hadde valgt for eksempel etnografisk studie ville jeg studert lederpraksis over lengre tid. Dette designet hadde kanskje vært mer hensiktsmessig hvis jeg hadde gjort denne studien alene. Utfordringene med det valgte designet er at det kreves mye tid og ressurser som gjør det vanskelig å gjennomføre for en enkelt forsker eller student (Yin, 2003). I mitt arbeid har jeg vært en del av et større forskningsteam. Dette har gitt meg mulighet til å undersøke et større materiale, men det har også gitt meg utfordringer. Noe av materialet som jeg har brukt er både gjort og transkribert av andre forskere. Dette kan ha bidratt at jeg har mistet en menneskelig dimensjon fordi andre har tolket og vurdert i prosessen. Gjennom forskningstriangulering, stort materiale, metodetriangulering og grundig forberedelse av alle forskere og assistenter før datainnsamling tror jeg sannsynligheten for at mye har gått tapt er liten. I tillegg har det vært utført re intervjuer av informantene på meso nivå for å øke troverdigheten. På grunn av stor reiseavstand til de ulike sykehusene har jeg ikke hatt mulighet til å gjøre flere observasjoner selv og heller ikke deltatt på noen møter som kunne bidratt til ytterligere kvalitetssjekk.

De fleste av intervjuene er gjort i forskningstriangulering med en erfaren forsker. Det tror jeg hadde stor betydning for innholdet i intervjuene. Intervjueren er forskningsinstrumentet og en dyktig intervjuer er ekspert på emne og menneskelige interaksjoner (Kvale, 2002). I mitt arbeid mener jeg forskningstriangulering i denne sammenheng bidro til større tillit hos informantene, tyngre refleksjon rundt temaene i intervjuguidene og presiseringer som var viktig for forståelse og validering av informasjon. Å være en del av et større forskningsteam har også gitt mulighet for å få testet data og analyser på andre for å øke troverdigheten og minke sannsynligheten for at min bakgrunn kunne ha bidratt til de resultater jeg har fått.

4.0 Resultat

I dette kapitlet presenteres først resultater som viser hvordan sykehusene organiserer kvalitets- og sikkerhetsarbeidet og deretter ledelsesprosesser som ledelsen mener er sentrale for arbeidet. Først presenteres resultater fra sykehus A deretter sykehus B.

4.1 Funn sykehus A

4.1.1 Organisering av kvalitets- og sikkerhetsarbeidet

4.1.2 Organisering og infrastruktur

Norge er delt i fire helseregioner etter en nasjonal helsereform i 2002¹. I hver av regionene er det et regionalt helseforetak (RHF) som skal sørge for at befolkningen blir tilbudt spesialiserte helsetjenester der de bor². Staten eier de regionale helseforetakene. I tillegg til det regionale helseforetaket er det opprettet lokale helseforetak som igjen eies av det regionale helseforetaket.

Det lokale helseforetaket har ansvaret for de offentlige spesialisthelsetjenestene i fylket. Helseforetaket som sykehus A tilhører ble opprettet i 2002, og overtok da ansvaret for sykehusene og de psykiatriske institusjonene i fylket. Dette omfatter seks klinikker og en divisjon fordelt på fire sykehus. I tillegg har det ansvaret for andre somatiske og psykiatriske institusjoner fordelt på tre steder i fylket og for ambulansetjenesten. Helseforetaket har omkring 2200 ansatte og et samlet budsjett på omtrent 2 milliarder kroner. Administrasjonen

¹ Henviser her til sykehusreformen som kom i forbindelse med lovendring knyttet til Ot.prp.nr 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m (Helseforetaksloven).

² I tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1.

holder til ved det største sykehuset i fylket. Dette sykehuset er et av de to som studeres i denne masteroppgaven og kalles *Sykehus A*.

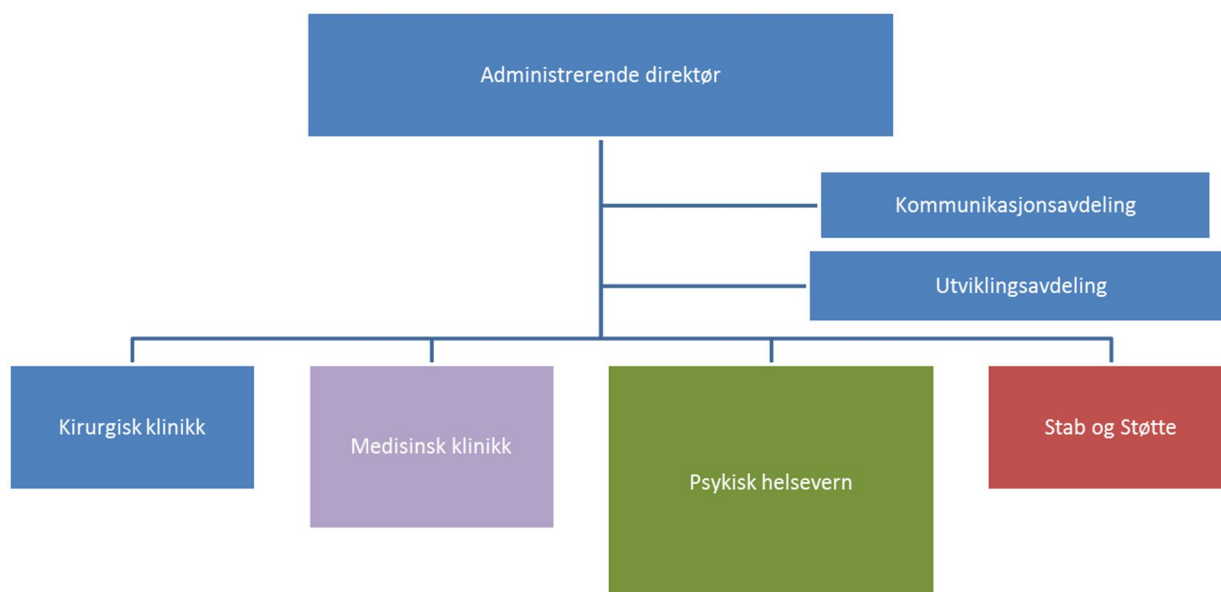
Helseforetaket har en hierarkisk oppbygd organisasjon med fire divisjoner som rapporterer direkte til administrerende direktør. I tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 er sykehus A organisert med enhetlig ledelse som innebærer en ansvarlig leder på alle nivåer. Strukturen i forhold til kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er videre basert på en linjeledelse modell. Linjeledelsen er ansvarlig for kvalitet på sitt sted. Linjeledelsen er også ansvarlig for systemene som er nødvendig for å utøve kvalitetsstyring.

Sykehus A har en liten kvalitetsstab som i hovedsak sitter i utviklingsavdelingen. Det er 5-6 personer som jobber direkte med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid overordnet. I tillegg finnes det støttesystemer i Stab og støtte avdelingen som blant annet er fagdirektør, rådgivere med systemansvar til avvikshåndtering³, IKT⁴ og kvalitetshåndboken⁵. Ledelsen benytter seg i stor grad av styringsdata i form av rapporter og statistikk fra disse støttesystemene.

³ Avvikssystemet på sykehus A heter synergi. Synergi er et IT basert verktøy for rapportering og håndtering av uønskede hendelser og avvik. Dette anvendes og behandles på ulike organisatoriske nivåer.

⁴ Informasjon- og kommunikasjonsteknologi som blant annet har oppfølging av DIPS systemer. DIPS er forkortelse for Distribuert Informasjon og Pasientdatasystem i Sykehuset. DIPS er leverandør for ehelse system til mange sykehus i Norge. Programvaren inneholder blant annet elektronisk pasientjournal, pasientadministrative systemer samt ulike løsninger for samhandling mellom aktørene i helsevesenet.

⁵ Elektronisk kvalitetshåndbok er et fleksibelt dokumentstyringsverktøy som er bygd opp i form av prosedyrer og retningslinjer for hele organisasjonen. Dette er en dynamisk håndbok som er avhengig av kontinuerlig revisjon.



Figur 4. Organisasjonskart sykehus A. Gynekologisk- og fødeavdeling er en del av kirurgisk klinikk og kreftavdelingen er en del av medisinsk klinikk.

4.1.3 Styringsdokumenter

Aktivitetene i sykehus A er basert på overordnede strategier fra det regionale- og lokale helseforetaket. Hvert år får helseforetakene et styringsdokument fra det regionale helseforetaket. I styringsdokumentet for 2011 er et av hovedmålene kvalitet og pasientsikkerhet. Om dette sies det i dokumentet:

“Tjenesten som blir tilbudt skal være av god kvalitet, trygge og sikre. Det er et ledelsesansvar å ha oversikt over tilstanden når det gjelder kvaliteten på tjenestene og pasientsikkerheten. Mangelfull kommunikasjon og språkforståelse er en risikofaktor og en viktig kilde til feilbehandling”
(Styringsdokument fra RHF knyttet til sykehus A).

Kvalitetssatsingen i styringsdokumentet fra det RHF er forankret i *Helse 2020 – Strategi for helseregionen* som igjen bygger på *Nasjonal helse – og omsorgsplan*⁶ og målene i den nasjonale kvalitetsstrategien.⁷

4.1.4 Forbedringsprogrammet som kvalitetsstrategi

Kvalitetsstrategien som er beskrevet i *Helse 2020* og styringsdokumentet fra RHF er overordnet for det lokale helseforetaket og sykehus A. Ledelsen forteller at de ikke har formalisert sin egen kvalitetsstrategi ut over dette, men de har etablert et forbedringsprogram som tilsvarer en kvalitetsstrategi og en metodisk fremgangsmåte for kvalitetssatsingen i dette sykehuset. Sykehuset har også vært pilotsykehus for forbedringsprogrammet.⁸

Målet med forbedringsprogrammet er at ansatte på alle nivå skal delta i utvikling av faglig kvalitet, pasientsikkerhet og effektiv utnytting av ressursene med en systematisk og kunnskapsbasert tilnærming⁹. I søknaden til departementet om å bli pilotsykehus blir den metodiske tilnærmingen til programmet beskrevet slik:

“I forbedringsprogrammet ønsker vi gode resultater av de konkrete forbedringsprosjektene, men vi ønsker også å utvikle en metode som har en helhetlig tilnærming og som er forankret fra topp til bunn i organisasjonen. Denne tilnærmingen tar de ansatte på alvor og benytter de som strategikonsulenter for å nå målet om å sikre folk likeverdig tilgang på helsetjenester av god kvalitet”.

Med bakgrunn i de utfordringer de ansatte møter blir ulike prosjekter meldt som aktuelle til styringsgruppen for forbedringsprogrammet. Samtlige prosjekter drives etter prinsippet om partssamarbeid som innebærer at prosjektene “eies” og drives frem av yrkesgruppene selv. Forbedringsprosjektene kan være av ulik art, enten rene pasientforløp prosjekter eller prosjekt for å forbedre støttetjenestene rundt pasienten. I styringsgruppen sitter foretaksledelsen, to foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud. Styringsgruppen møtes ved behov og minst hver andre måned. Her blir prosjektene prioritert opp mot hverandre. Alle prosjekter skal ha en prosjektleder fra linjeledelsen og deltakerne skal speile de utfordringene som prosjektet skal

⁶ Meld. St. 16 (2010-2011) Melding til stortinget. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

⁷ ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, Veileder IS-1502, Helsedirektoratet

⁸ Pilotsykehus er et samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, regionale helseforetak, KS/kommuner, representanter for brukerorganisasjoner og arbeidstakerorganisasjoner i helseforetakene. Pilotsykehusene skal prøve ut nye driftsformer, og endringsprosessene skal bygge på samarbeid mellom partene. Det er også et mål at prosjektet skal bidra til utviklingsmuligheter for de ansatte. En nasjonal referansegruppe velger ut pilotsykehusene. Ett for hver region.

⁹ Kunnskapsbasert refererer til kunnskapsbasert praksis (netthenvising 4)

løse. Det vil si at en i et prosjekt kan ha flere faggrupper på ulike nivå involvert. Vernetjenesten og tillitsvalgte er alltid involvert og representert i prosjektet (*Presentasjon fra helseforetaket på Helsekonferansen – sammen for en bedre helsetjeneste 25.05.2010*).

4.1.5 Utvalg og forum for kvalitet og sikkerhet

I relasjon til kvalitet og sikkerhet sitter topplederne og stabspersonell på sykehus A i lovpålagte eller lokalt opprettede utvalg og forum som har fokus på kvalitet og pasientsikkerhet. På sykehus A er disse:

Kvalitetsutvalget: Spesialisthelsetjenesteloven § 3.4 pålegger helseinstitusjoner som omfattes av loven plikt til å opprette kvalitetsutvalg.¹⁰ Kvalitetsutvalget har som mandat å utvikle kvalitetsmål og strategier for å bedre kvaliteten på tjenesten. De har ansvar for å utvikle en plan for internrevisjon og årlig rapportere til styret i helseforetaket om kvalitetsarbeid. Utvalget behandler saker fra Helsetilsynet og Norsk Pasientskadeerstatning. I tillegg gjennomgår de klagesaker, tilsynssaker og rapporter fra interne og eksterne kvalitetssystemer.

Pasienttrygghetsutvalget: Dette utvalget er basert på en delegert myndighet fra administrerende direktør til å vurdere avviksmeldinger om pasientskader og fatte vedtak etter gjeldende lovverk og faglige vurderinger i utvalget. Pasienttrygghetsutvalget skal gi råd og tilbakemelding til kvalitetsutvalget basert på problemstillinger som kommer ut av avvikene. Pasienttrygghetsutvalget skal behandle avvik, vurdere læringspotensial og gjøre prosedyre endring eller andre tiltak. De skal gi uttalelse i saker om uønskede hendelser som skal meldes etter § 3-3 i Spesialisthelsetjenesteloven, i saker fra Norsk pasientskadeerstatning, klager fra brukere, individtilsynssaker og ved eksterne tilsynssaker.¹¹ Det er fagdirektøren som er leder for utvalget. Videre er det fagrepresentanter fra lege- og sykepleiergruppen representert bredt fra hele helseforetaket.

Kvalitetsforum: Dette forumet er lokalt opprettet i 2011. Mandatet er å være et rådgivende organ for utviklingsdirektør og foretaksledelsen innen kvalitet- og pasientsikkerhetsområde. Kvalitetsforum skal sikre at helseforetaket har oversikt over kvalitets- og pasientsikkerhetsområde. Det skal gi råd og forslag til tiltak for å løse utfordringer knyttet til

¹⁰ Dette er en del av internkontrollen institusjonen er pliktige til å føre. Internkontroll er forankret i helsetilsynsloven (1984).

¹¹ Meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 skal fra 1.juli 2012 sendes til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Helsedirektoratet har publisert ny veileder IS-1997 for meldeplikt etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Helseforetaket som sykehus A er tilknyttet har besluttet å fortsatt se på disse sakene internt i tillegg til denne ordningen for å opprettholde fokuset og refleksjonen rundt denne typen saker.

kvalitet og sikkerhet både regionalt og lokalt med bakgrunn i styringsdokumentet. Kvalitetsforumet har ingen vedtaksmyndighet. De rapporterer til sin linjeleder og har til hensikt å styrke lederen til å utføre sine oppgaver knyttet til kvalitet på en god måte. Leder for forumet er seniorrådgiver i utviklingsavdelingen med ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet i helseforetaket. Andre deltakere er samhandlingssjef, fagdirektør, rådgiver fra fagavdelingen med systemansvar for synergi og leder for senter for kliniske systemer. Utviklingsdirektør og representant fra høyskolen har møterett.

4.2 Ledelsesprosesser i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet

4.2.1 Strategiske prosesser

Ledelsen ved sykehuset beskriver at de har gjennomgått store organisatoriske endringer etter at den nye administrerende direktør overtok i 2004. Det første året gjorde direktøren endringer i ledergruppen og ansatte blant annet en sentral stabsperson med egenskaper som administrerende direktør så på som viktige for struktur og organisering. Denne personen hadde helsefaglig bakgrunn og ansettelsen var omstridt blant ledere og befolkningen. Denne personen skulle seinere vise seg å ha stor betydning for at tanken om helhetlig tilnærming til kvalitetsperspektivet ble etablert i organisasjonen.

(...) dette var en ekstremt analytisk person, som dukket ned i databasene våre og trakk ut informasjon og satt sammen informasjon på en ny måte. (...) For uten at folk vet det så er det den de bruker i dag. Det var starten på et arbeid som var interessant (toppleder).

Ledelsen mener at de i dag har en organisering med enhetlig ledelse og linjeledelse som fungerer godt i organisasjonen. De viser til at dette er ikke noe som har kommet av seg selv, men er et resultat av systematisk jobbing:

Vi har en ganske klar linje som går. Der var det veldig mye uklarheter tidligere. En har jobbet med å få til at lederen har både ansvar og myndighet. At det skulle være en balanse i det på alle ledernivåer (konstituert avdelingssjef).

Toppledelsen er i dag representert i alle råd og utvalg for kvalitet og sikkerhet. Dette gjenspeiler en bevisst styring og forankring fra toppen av organisasjonen. Ledelsen trekker frem dette som en av de viktigste prosessene i forhold til strategi:

Vi har jobbet mye med organisasjonsutvikling, ledelse, delegasjon og rolleforståelse. Jeg tror det har vært viktig også når det gjelder utvikling av kvalitetsarbeid.(...)Det tror jeg er viktig fordi vi tidligere satt med et inntrykk at vi kunne sitte på toppen å bestemme ting (toppleder).

Ledelsen trekker frem at systematisk arbeid med organisasjonsforståelse og organisasjonsutvikling har bidratt til en helhetlig tilnærming der kvalitet blir sidestilt med drift. I de tider da økonomien var på det verste utviklet de forbedringsprogrammet som kvalitetsstrategi. Resultater viser at lederne har en sterk identitet rundt forbedringsprogrammet og flere mener at denne metodikken kan brukes uavhengig av størrelse på organisasjonen:

Jeg mener jo at dette er den beste måten å gjøre det på. De sier jo at de store organisasjonene har problemer med å få til den helhetlige tankegangen. Jeg er overbevist om at du ikke kan drive med et eller annet kvalitetsgreie her og så skal du utvikle organisasjonen der og ledelsesfokus der, uten å vite om hverandre (seniorrådgiver).

En av de viktigste prosessene de videre forteller om i relasjon til forbedringsprogrammet er at det bidrar til multinivå tilnærming og involvering av hele organisasjonen. Ledere forteller at det er god gjennomslagskraft for de prosjekter som blir satt i gang i programmet. Disse prosjektene blir sjelden stanset på grunn av økonomi, frikjøp eller negativitet nettopp fordi de er integrert i hele organisasjonen og forankret i en toppstyrt strategi:

Det at vi klarte å få denne organisasjonen til å ta tak i dette, det tror jeg vi klarte fordi vi har jobbet en del med organisasjonsforståelse og organisasjonsutvikling over tid. (...)Det har skjedd noe med organisasjonen vår i forhold til involvering og forankring (toppleder).

Resultatene viser at i tider med endringsprosesser og implementering av ny struktur er det nødvendig med tydelig ansvarfordeling og rolleavklaring. Det er også nødvendig å ha en ledelse som står sterkt sammen, støtter hverandre og har tro på mål og retning. I dette sykehuset blir administrerende direktør trukket frem som en nøkkelperson for å sette kvalitet på agendaen og til å tro på sine medarbeidere. Dette har bidratt med motivasjon, trygghet og myndiggjøring av ledere i omstillingsprosesser:

Når forbedringsprogrammet var i starten var det ganske mye motstand i toppledelsen. Jeg husker at jeg hadde administrerende direktør på kontoret mitt en dag, og så sier

jeg “ Direktør, jeg skal gjøre dette her, men hvis vi skal gjøre dette her, at vi skal få til dette, så må jeg vite at du står i ryggen på meg. Det er jeg helt nødt til å vite og da skal jeg stå for det (seniorrådgiver).

Det er få ansatte i staben som jobber med direkte med kvalitet. Dette er en bevisst strategi fra toppledelsen. Det argumenteres for at det er et linjeansvar og strategien er å styrke fagutviklere på klinikkene slik at utfordringene løses der de har oppstått. Flere av lederne uttrykker likevel en bekymring over den lille staben som inneholder nøkkelpersoner med informasjon, kompetanse og et totalbilde for mål og retning som i stor grad ikke er formalisert. Resultatene viser også at det er stor belastning og mye ansvar lagt til disse nøkkelpersonene:

Jeg har så mange baller i luften at jeg må lage meg en liste (...) Jeg føler kanskje at jeg har litt vel mye å si i forhold til hvilke saker som skal opp fordi disse sjefene sier bare ja og amen til det jeg kommer med (stabsperson).

Lederne beskriver at tydelige linjer for hva som skal gjøres med for eksempel avvik er nødvendig. Lederne mener at aktivt bruk av en arbeidsprosess i forhold til rapporteringsverktøy er med på å styrke avvikssystemet fordi en til en hver tid vet hvem som har ansvaret, hvilket lovverk som er involvert og hvem eller hvor det eventuelt skal meldes videre.

Resultater fra mikronivå viser at det er få ansatte som har kjennskap til forbedringsprogrammet hvis de ikke direkte er delaktig i et prosjekt. De forteller at de setter stor pris på nyopprettede stillinger med fagutviklingspsykepleiere, men de viser til at de er usikre på stillingsbeskrivelsen deres fordi de går inn og ut av den daglige drift. Fagutviklerne blir sett på som ildsjeler som bidrar til å opprettholde fokuset på kvalitet, sikkerhet og holde de oppdatert på beste praksis. I tillegg bekrefter de ansatte at det er viktig med en tydelig og stabil ledelse i endringsprosesser som for eksempel sammenslåing av avdelinger:

Det (ledelse) har nå veldig mye å bety. For hvis vi ikke har en stabil og klar ledelse så føler jeg det rakner fullstendig. I alle fall nå i denne prosessen med samkjøringen der gyn (gynekologisk avdeling) måtte flytte til oss (fødeavdeling) så må det jo være de som har hatt det aller verst (jordmor).

4.2.2 Politiske prosesser

Sykehuset har, i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-9, lagt om til enhetlig ledelse som strategi. Lederne mener at dette er ikke noe som kommer av seg selv gjennom en endring av lovverk og organisasjonsstruktur. Det krever innsats fra toppledelsen for å få dette til i praksis. De mener at på sitt sykehus har en fått til dette gjennom en helhetlig tilnærming til kvalitet som en kan se igjen i forbedringsprogrammet. Dette skaper involvering og forankring fra toppledelsen og ut i organisasjonen:

Det har aldri vært noen tvil hvor han (AD) har stått i forhold til det (forbedringsprogrammet). Det tror jeg er ekstremt viktig å si. Så tror jeg det andre som har skjedd i organisasjonen er dette med enhetlig ledelse (...). Jeg tror det at vi har jobbet i foretaksledelsen og snakket om enhetlig ledelse, forankring, involvering og disse tingene og begrepene som ligger i forbedringsprogrammet gjør at det befester seg i stor grad i toppledelsen og et godt stykke ut (toppleder).

Selv om sykehus A har vist seg å være langt fremme på mange områder relatert til kvalitet og sikkerhet slik som forbedringsprogrammet og gode resultater på nasjonale kvalitetsindikatorer kan det virke som de får lite anerkjennelse for dette i regionen. Dette kaller de for et "Lille bror – syndrom". Sykehus A har i flere år vært pilotsykehus for forbedringsprogrammet, men det har vært lite interesse i egen region for å høre mer om det. Til gjengjeld har andre sykehus rundt om i landet vist interesse og de har også presentert dette på internasjonale arenaer. Dette beskriver lederne som prosesser som virker inn på det regionale engasjementet og kommunikasjonen. Flere av lederne kritiserer også kvalitetsstrategien fra det regionale helseforetaket og mener at de burde vært tatt med på råd før den ble laget:

Da vedtok de (RHF) en kvalitetsstrategi, og jeg var ganske forbannet, fordi jeg syntes jo at de snublet med en gang, fordi de ikke involverte oss på en ordentlig måte.(...) Styret (helseforetaket) laget et vedtak om kvalitet. På region nivå. Hallo? Tenkte jeg. Men jeg er jo lojal, så jeg tenkte at dette skal vi omsette. Så omsatte vi i henhold til vår egen. (...)En kan være enig med disse stolpene som henger rundt, hele grunntanken er god, men de mangler organisasjonen. Altså, det virker kanskje litt feil å si det på den måten, men de mangler egentlig den der dypere forståelsen for hvordan mennesker er altså. Litt kald sak, for å si det slik (toppleder).

Konflikten relatert til sentralisering og nedlegging av flere lokalsykehus i Norge har vært med på å prege ledelsen ved sykehus A i stor grad. Tiltakene knyttet til dette har vært toppstyrt fra

det lokale helseforetaket og har blant annet ført til omlegging av et sykehus til nærsykehus, nedlegging av ortopedisk avdelingen ved et annet sykehus og ved et tredje sykehus fikk fødeavdelingen endret status til fødestue. Dette har bidratt til interne konflikter i helseforetaket og mye oppmerksomhet fra media. Resultater viser at informasjon og kommunikasjon er viktige prosesser for ledelsen å vise at de er samlet om endringen for å beskytte fagkompetansen og for å skape et miljø som bærekraftig over tid.

Vi blir beskyldt for at de som er på lokalsykehusene ikke er flinke fagfolk og ikke er dyktige og den type ting når vi sier at ting skal sentraliseres. For meg er det ikke sånn. Vi har kjempemasse flinke folk ute, men det er noe med at vi må ha et miljø å være i. De kan ikke komme inn fra fem forskjellige sykehus for å ta et hastekeisersnitt når de ikke har sett hverandre før (toppleder).

Lederne forteller at sykehuset har blitt større og mer spesialisert de siste årene. Ledelsen beskriver utfordringer med å skaffe kvalifisert personale. På bakgrunn av mer spesialiserte avdelinger og omlegging av drift fra døgn behandling til dagbehandling har dette medført ny sammensetning av avdelinger. I endringsprosesser som disse trekker ledelsen frem av det er nødvendig å ha tillit og tro på systemet, informere selv om det ikke er noe nytt og ha klare forventninger til de ansatte at de er nødt til å jobbe slik det er bestemt. Under forteller en av lederne om sykehusets vekst og endring:

Vi var et team i fra portør til direktør faktisk. Vi var faktisk et så lite team til å begynne med at vi ble godt kjent. Det ser jeg nå at dette har endret seg veldig disse årene og det vil jo være naturlig også. Avstanden er jo på mange måter blitt større til de ulike greinene, ulik faggruppene og kanskje de ulike avdelingene også (leder).

Til tross for de store endringene som har preget sykehus A, kan det i stor grad se ut til at det bidrar til en sammensveiset, styrket og stolt ledelse som ønsker å verne om sykehuset og fagmiljøet gjennom å ta grep for å tilfredsstille nasjonale, regionale og lokale krav.

På den sammenslåtte føde/gynekologiske avdelingen forteller ansatte på mikronivå om endringer i struktur og organisering i sykehuset. Intervjuer med helsepersonell viser at de opplever å ha hatt en svært velfungerende gynekologisk avdeling. På grunn av omstrukturering har denne blitt sammenslått med kvinneklinikken. I fokusgruppeintervju fra den kombinerte føde/gyn avdelingen viser de til at de fremdeles 1,5 år etter sammenslåingen har utfordringer med å se på hverandre som en hel avdeling. De referer til "oss og de".

Jordmødre og barnepleiere vegrer seg for å ta gynekologiske pasienter fordi de ikke føler de har nok kompetanse på feltet:

Det er vel det at en blir pålagt ansvar som en ikke føler seg kompetent til. En må stadig strekke seg. Jeg føler jeg ofte sier at du er jo sykepleier og bør jo kunne gå overalt, men slik er det jo ikke. Det er jo store krav til oss både når det gjelder kvalitet og kunnskaper. Skulle en lege gå over fra medisin til kirurgen og tatt visitten der? Det er veldig store utfordringer som blir gitt oss (sykepleier).

Likevel trekker de frem at de har satt pris på at ledelsen holder en streng kurs fordi de ikke har noe annet valg enn å jobbe sammen. Ledelsen har prioritert kurs og utdanning på tvers av fagområdene og det har også blitt invitert til seminar for å øke samholdet og forståelsen mellom faggruppene. I seminarene har de hatt mulighet for å sette ord på utfordringene de møter i det daglige og komme med forslag til tiltak.

4.2.3 Kulturelle prosesser

Intervjuene viser at lederne jevnt over er stolte av sykehuset og av det de får til av resultater. De har tillit og tro på egen strategi og en sterk identitet spesielt til forbedringsprogrammet som metode. Gjennom tydelig rolle og ansvarsfordeling i organisasjonen, delegering av myndighet og konkrete forventninger til de ansatte for å levere på kvalitet engasjerer direktøren i sykehus A sine ledere. Toppledelsen mener at verdibasert ledelse i form av å gjøre ting forståelig for alle, informasjon og en etablere en kultur der de ansatte er involvert bidrar til å styrke kvalitetsarbeidet i organisasjonen. Ansvarliggjøring av ledere på alle nivåer kan gjøres enkelt ved at de får utvikle sin egen stillingsbeskrivelse. Lederutviklingsprogram må ikke bare bestå av opplæring i bruk av verktøy, men bestå av elementer som visjoner og målsetninger som gjør at lederne blir involvert og engasjer i sin egen organisasjon. De skal ha mulighet for å utvikle seg selv og blir gode rollemodeller slik at det igjen får ringvirkninger i hele organisasjonen. Forbedringsprogrammet er en av de store kulturprosessene som trekkes frem av lederne:

(...) jeg har opplevd dette (forbedringsprogrammet) som en veldig positiv måte å jobbe på, og det går jo også i forhold til kvalitet og direkte rettet mot pasientbehandling hvor en har jobbet systematisk med å få innspill fra de ansatte (avdelingsjef).

I flere av intervjuene snakker lederne om at organisasjonen har et “eget språk” som gjør at det blir større tilhørighet og forståelse i organisasjonen. Det handler i stor om å verne om

grunnleggende verdier som respekt, tillit og ærlighet gjennom å skape et felles “språk” eller en plattform som har til hensikt å inkludere og involvere den enkelte ansatt uansett bakgrunn:

(...) jeg er ikke så jålete at jeg må bruke disse fine begrepene. Så jeg tenker at vi må skape vårt eget språk. Bruke våre egne ord, men det er jo det samme som ligger bak (toppleder).

En seniorrådgiver beskriver det på en annen måte:

En handlingsplan er lettere for dem å forstå enn et prosjektdirektiv. Det er slike ting det er snakk om.

Intervjuene fra mikronivå viser sterk identitet rundt fag og bevaring av fagmiljøet. I forhold til forbedringsprogrammet bekrefter resultater at det har hatt kulturelle innvirkninger på miljøet og egen motivasjon hos de ansatte:

Dette var vårt prosjekt og det skulle vi gjøre kjempebra. Vi fikk liksom den gnisten (jordmor).

De ansatte på mikronivå opplever at ledelsen gjør så godt de kan med de forutsetningene de er gitt. De viser til mange ildsjeler både blant ledere og ansatte. De snakker i liten grad om toppledelsen, men refererer til den nærmeste ledelsen. I tillegg uttrykker de bekymring over at den nærmest ledelsen har stor arbeidsbelastning og sjelden blir erstattet ved sykdom. Dette har betydning for hvor godt de blir sett av ledelsen i det daglige. Tilbakemeldinger på egen innsats fra kollegagruppen er et godt substitutt i tider der ledelsen ikke er tilgjengelig.

4.2.4 Pedagogiske prosesser

Intervjuene viser at ledelsen har stor velvilje når det gjelder utdanning og økt fagkompetanse, men resultatene viser også at det ikke er enkelt å få til i en presset hverdag:

Kvalitetsarbeid vil alltid konkurrere litt med alt det andre som foregår på sykehuset. (...) Det vil alltid være litt sånn at en må bruke albue litt for å komme frem i mylderet av alt som er viktig (seniorrådgiver).

Gjennom forbedringsprogrammet har vi tidligere sett at det er mer legitimt i en presset hverdag å prioritere kvalitetsforbedring, fordi det er forankret i en toppstyrt strategi. Ledelsen forteller at de i tillegg har et prinsipp om at opplæring skal skje “just in time”. Dette betyr at det den enkelte har bruk for av opplæring får den når det er nødvendig, for eksempel når de

jobber med et forbedringsprosjekt. Dette prinsippet bidrar spesielt til mindre belastning for klinikkens drift i forhold til antall ansatte på jobb:

I tillegg ligger det en forventning i forbedringsprogrammet om læring i og ut av organisasjonen. Dette innebærer at de som er med i prosjekter skal undervise og dele kunnskapen. Ledelsen forteller at dette bidrar til motivasjon i form av det å bli sett og anerkjent for det som er blitt gjort i prosjektene og at undervisningene blir en tverrfaglig arena for erfaringsutveksling på tvers av faggrupper, klinikker og sykehus.

Ledelsen har en forventning om at de alle ansatte skal se på jobben sin som todelt og at kvalitet i form av fagutvikling skal være en like selvsagt del som pasientbehandling. Dette mener de har betydning for bevisstgjøring av den enkeltes ansvar for faglig oppdatering.

Når en ser på mikronivå og linjeledelsen er de preget av stort press og selv om de ønsker faglig oppdatering for sine ansatte kan det av være vanskelig å la de få lov fordi driften må komme først. Ledelsen ønsker fleksible ansatte som kan få den fagutviklingstiden på kort varsel uten at det har vært planlagt på forhånd:

Så er vi ikke alltid like flink til å bruke ledige stunder. De vil jo gjerne ha alt... hvis vi skal jobbe med den og den oppgaven eller undervisning så er vi nødt til å få avspaserer, sånn og sånn... Folk er jo etter hvert blitt veldig opptatt med det. Fritiden har blitt veldig kostbar(leder).

De ansatte på mikronivå bekrefter at det er mulighet for faglig oppdatering, men at det krever en ekstra innsats av den enkelte. Det er sjelden direkte tilrettelagt i forhold til arbeidstid eller med mulighet for å gå fra og hvis det er utenfor arbeidstid er det som regel ulønnet:

Da må vi på en måte komme litt før og det er ikke alltid like enkelt. Det er ikke alltid så kjekt. For å være helt ærlig så orker vi ikke komme tidligere for å få ulønnet undervisning (kreftsykepleier).

I tillegg trekker helsepersonell frem positive prosesser som kommer ut av tverrfaglige team som de mener bidrar til kompetanseheving, erfaringsoverføring og større trygghet i hverdagen.

4.2.5 Motivasjon og emosjonelle prosesser

Resultatene viser at inspirasjon og motivasjon i kvalitets- og sikkerhetsarbeid er viktige prosesser. Lederne beskriver et systematisk arbeid og en drivkraft for å få kontroll over økonomien samtidig som de fokuserer på kvalitetsprosjekter, organisasjonsopplæring, enhetlig ledelse, linjeledelse og avklaring av rolle og forventning i alle nivåer. Som vi har sett tidligere er nettverk og støtte i ledergruppen beskrevet som viktige prosesser i innføringen av forbedringsprogrammet. Dette var spesielt viktig i implementeringen av programmet og daværende utviklingsdirektøren blir beskrevet som en nøkkelperson med motivasjon, engasjement og egenskaper til å få ledere og ansatte til å trekke i samme retning. Måling av resultater knyttet til nasjonale kvalitetsindikatorer har gitt oversikt og tro på at ledelsen var på rett vei. Informasjonsverktøy og rapporteringsverktøy som er tatt i bruk og utviklet på sykehuset har bidratt til synliggjøring av resultatmålinger for alle. Dette beskrives som inspirasjon og motivasjonsprosesser som bidrar til tiltro til toppledelsen og til den valgte strategien.

En av topplederne forteller under om en filosofi for sykehuset. Vedkommende har lest om et fremgangsrikt sykehus i Gønkøping.

“Look to Gønkøping” stod det og jeg tenkte; Hva i svarte? Hvorfor ikke “Look til dette fylket”? Og den har jeg brukt. Et av mine første foredrag her i min tid i auditoriet... Hva var det egentlig som var så spesielt med Gønkøping? Ingenting. De gjorde ikke så mye fantastisk. De gjorde det systematisk. Gjorde det strukturert. Og så skapte det noen kulturer (toppleder).

Denne filosofien er trukket frem i flere intervjuene som en inspirasjon og motivasjon til kvalitetsarbeid og ikke minst tillit og tiltro til toppledelsen og valg av strategi for kvalitet og sikkerhet. Lederne forteller at det er mange drivkrefter for at de har kommet dit de er i dag. De viser til at den største inspirasjonen for lederne kommer fra toppledelsen, men også i stor grad fra kvalitetsforkjempere på ansattnivå. Andre prosesser som blir trukket frem som er inspirerende for lederne er såkornmidler fra det regionale helseforetaket. Disse midlene gir lederne en mulighet til å tillate nye initiativer og prosjekter fra de ansatte fordi det følger økonomisk støtte med. Såkornmidlene er en av de store inspirasjonsprosessene som blir trukket frem av ledere og skaper ringvirkninger i alle nivåer.

I intervjuene av ansatte på mikronivå trekker de i liten grad frem toppledelsen som betydning for inspirasjon og motivasjon i hverdagen. Det er den nærmeste ledelsen,

fagutviklingssykepleiere og engasjerte kolleger blir trukket frem som de som har størst betydning i hverdagen.

4.2.6 Fysiske og teknologiske prosesser

Lederne forteller at det har vært store endringer i måten å jobbe på ved sykehus. I tillegg til en total omlegging av organisasjonsstruktur har det vært store utfordringer når det gjelder systematisering av data. Nasjonale og regionale krav til blant annet dokumentasjonssystemet er fulgt opp og implementert i organisasjonen. Gjennom systematisk jobbing har de nå en god oversikt over sykehuset og en utstrakt felles bruk av dataprogram og rapporter knyttet til de nye programmene.

Arbeidsmengden når det gjelder rapportering og bruk av IT verktøy har økt betraktelig den seinere tiden. Dette er prosesser som krever mye tid av lederne. En leder forteller under om et sykehus i endring:

Det må jeg bare si at det med epost og det med at du jobber så mye fremfor pcen, det har gjort slik jeg opplever det, at samarbeidet som vi hadde før med ledere på de andre avdelingene har blitt mer borte. (...)Du mister disse personlige relasjonene og støtten som du som leder ofte trenger fordi du ikke kan gå ut å snakke med hvem som helst med det som du opplever som tungt.

Resultater fra mikronivå bekrefter at det er utstrakt bruk av informasjonsverktøy. Spesielt et system på kreftavdelingen blir trukket frem som de mener har stor betydning for kvalitet og sikkerhet. Dette systemet heter Cytodose.¹² Cytodose beskrives som et vendepunkt i forhold til kvalitet og sikkerhet. De ansatte forteller at det bidrar til større oversikt, kontroll og trygghet. Stress knyttet til usikkerhet i forhold til ansvarsforhold og forventninger til den enkelte blir redusert ved tydelige rutiner, rolle- og ansvarsfordeling. Dette blir beskrevet som prosesser som har spesielt betydning for pasientsikkerheten. Intervjuene viser også at det har vært utfordringer i forbindelse med innføring av blant annet DIPS og Cytodose. Det er ikke blitt satt av midler eller vesentlig tid i opplæringsprosessen. De ansatte forteller at noen systemer har tungvinte søkemotorer og det et generelt problem at systemer som ikke kommuniserer med hverandre, noe som medfører dobbeltføring, eller at det ikke blir tid til å gå inn på alle systemene på en dag.

¹² Cytodose er et elektronisk verktøy som skal kvalitetssikre cytostatikabehandling for kreftpasienter i alle ledd. Her finner en blant annet definisjon av kurer, dosering, ordinasjon, bestilling til apotek, administrering og pasientdokumentasjon.

4.3 Funn sykehus B

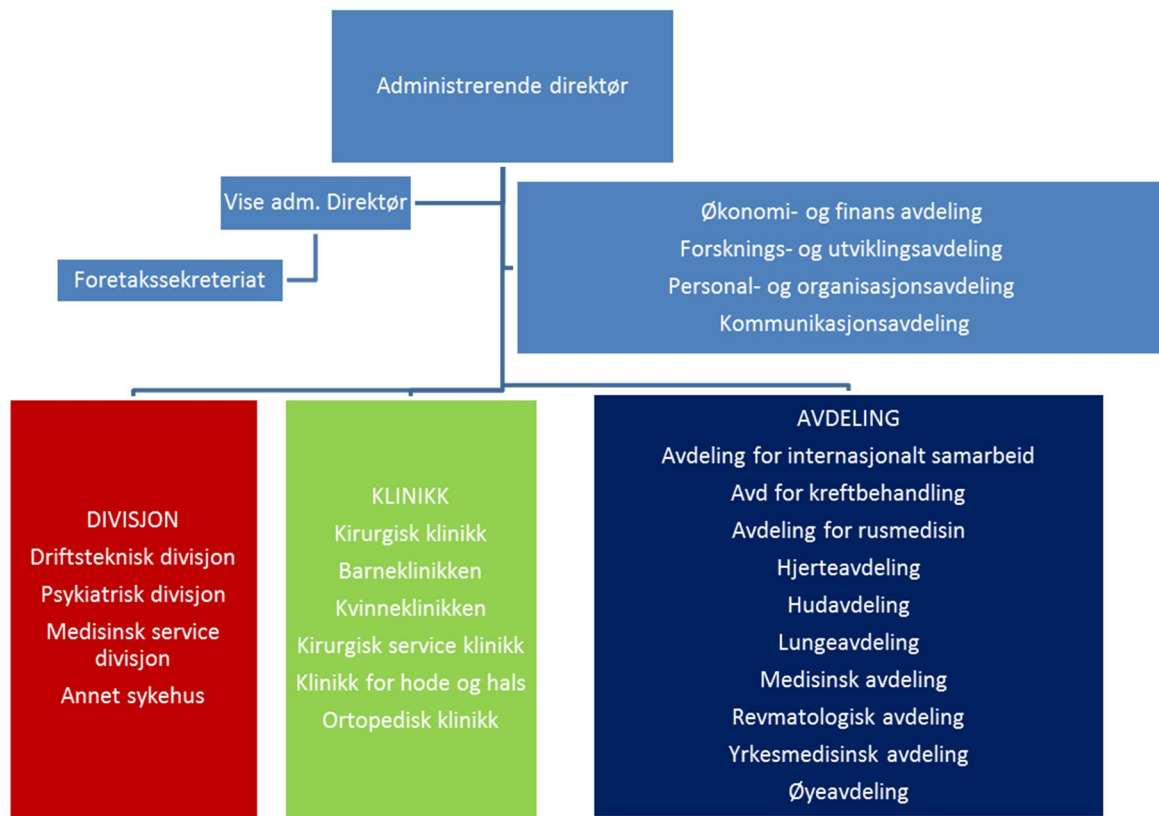
4.3.1 Organisering av kvalitets- og sikkerhetsarbeidet

4.3.2 Organisering og infrastruktur

Sykehus B tilhører det samme regionale helseforetaket som sykehus A, men tilhører et annet lokalt helseforetak. Det lokale helseforetaket som sykehus B tilhører har sin administrasjon lokalisert til sykehus B som også er det største sykehuset i regionen. Foretaket har 28 enheter som til sammen har ansvaret for spesialisthelsetjenesten og driver pasientbehandling og støttefunksjoner rundt om i 23 kommuner. Sykehus B har omtrent 11 500 ansatte fordelt på 7 700 årsverk og har et budsjett på 8,4 milliarder kroner. Hvert år behandler sykehuset 600.000 pasienter.

I tillegg til pasientbehandling er sykehuset klassifisert til å være et universitetssykehus. Dette innebærer at sykehusets viktigste ansvarsområde i tillegg til pasientbehandling er forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende. Sykehuset har det neste største medisinske forskningsmiljøet i Norge. Sykehuset er i tillegg pilotsykehus for den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender".

Helseforetaket og sykehus B er organisert med en flat struktur der i alt 27 direktører på divisjon-, klinikk- og avdelingsnivå som rapporterer direkte til administrerende direktør. Sykehus B har enhetlig ledelse og har organisert ansvarsforhold i en linjeledelsesmodell.



Figur 5: Organisasjonskart for sykehus B.

Organisering for kvalitet og pasientsikkerhet er underlagt Forsknings- og utviklingsavdelingen. Seksjon for pasientsikkerhet og infeksjonsmedisin og har omkring 17 ansatte. Seksjonen skal utvikle og bidra i implementering av system og verktøy for å forbedre pasientsikkerheten. Oppgavene til seksjonen er rådgiving i smittevern, registrering av sykehusinfeksjoner, rådgiving i bruk av antibiotika, ansvar for elektronisk kvalitetshåndbok, ansvar for synergi, koordinering av pasientsikkerhetskampanjen i foretaket, regionale kvalitetsprosjekter, strukturert journalundersøkelser og internkontroll. Seksjonen skal fungere som rådgivere for klinikkene, men i tråd med linjeledelsesmodellen er det lederne på alle nivå som har det overordnede ansvaret for kvalitet og sikkerhet på sitt sted.

4.3.3 Styringsdokumenter

Aktivitetene i sykehus B er basert på overordnede strategier fra det regionale – og lokal helseforetaket. Fra regionalt hold er Helse 2020 og Styringsdokumentet til det lokale helseforetaket viktige. Styringsdokumentet fra det regionale helseforetaket til det lokale er et

svært detaljert dokument, med tydelige oppdrag, krav og strategi for videre virksomhet. I relasjon til kvalitet og sikkerhet blir dette området definert som et av hovedmålene til helseforetaket. Det blir det blant annet beskrevet at ledelsen har ansvar for å forankre kvalitetssatsingen på alle nivå i foretaket og sørge for at ledelse og ansatte har det nødvendige fokuset rundt kvalitet.

Det lokale helseforetaket har på bakgrunn av disse to, Styringsdokumentet og Helse 2020, laget sin egen strategiplan som går over 4 år. Det er denne planen som er overordnet for sykehus B. Strategiplanen fremstår som et visjonsbasert dokument som viser de store linjene i styringsdokumentet uten å referere til spesifikke styringskrav som er målbare eller konkrete oppdrag som er referert i styringsdokumentet. Dette er i tråd med det regionale helseforetakets krav til fremstilling av styringsdokumentet i organisasjonen.

4.3.4 Utvalg og forum for kvalitet og sikkerhet

Sykehus B er en stor organisasjon som har tre utvalg og forum for kvalitet og sikkerhet på lokalt og regionalt nivå.

Kvalitetsutvalget er et lovpålagt utvalg som på sykehus B finnes på foretaksnivå, der foretaksledelsen sitter representert. I tillegg finnes det flere lokale kvalitetsutvalg på de store klinikkene som er oppnevnt av direktør på det aktuelle sted.

Pasientsikkerhetsutvalget er et utvalg som i stor grad behandler saker som kommer under spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Etter den nye ordningen om hvem som kan melde saker til helsetilsynet og at kunnskapssentrene skal behandle disse¹³ vil mandatet til dette organet endres, men det kommer likevel til å eksistere bare i en annen form.

Kvalitetsforum er et regionalt organ som skal være et bindeledd på tvers av de lokale helseforetakene og det regionale helseforetaket. Det skal bidra til lokal forankring og fungere som en referansegruppe for kvalitetssatsingen i regionen.

4.4 Ledelsesprosesser i kvalitetsarbeidet

4.4.1 Strategiske prosesser

Sykehus B har en flat organisasjonsstruktur der 27 direktører rapporterer til administrativ leder. Lederne forteller at det at de er en stor organisasjon gjør at det er vanskelig å se helheten, men

¹³ Se forum og utvalg for sykehus A i kap. 4.1.4

gjennom tydelige stillingsinstruksjoner og oppdragsdokumenter er det ingen tvil om hvem som skal gjøre hva og hvem det skal rapporteres til. Lederne på mellomledernivå beskriver at de har mistet den daglige dialogen med toppledelsen og at det i stor grad styres gjennom rapportering, noe de også mener er nødvendig for å få en flat organisasjonsstruktur til å fungere. Dialogen er savnet, men rapporteringen og klinikkbarometret¹⁴ som verktøy gjør at de føler at de har en god oversikt over sitt sted. Direktørene er i stor grad fagpersoner og leger:

Vi har en flatere organisasjonsstruktur i dag enn det var da jeg begynte.(...) Det var mer uformelt tidligere. Det har jo vært både fordeler og ulemper med det. Du mister litt av den daglige dialogen, korreksjonen og samtidig så er det jo kanskje litt klarere når du har litt klarere mål for hva vi skal levere på nivå 2 (klinikkdirektør).

Etter en feilslått kvalitetsstrategi på 90- tallet trår toppledelsen varsomt frem med topp styrte aktiviteter innad og har stort fokus på organisasjonsforståelse, involvering, begeistring og utdanning av flere innen samme felt for å få gjennomslag i organisasjonen for endringstiltak eller nye prosjekter. Ledelsen mener at anerkjennelse av fagpersoner i organisasjonen er en nøkkel for å unngå mye motstand i organisasjonen til endringer og bedre forankringen av kvalitetsarbeid i klinikkene. En toppleder forteller under om den feilslåtte kvalitetsstrategien på 90-tallet:

Det ble et sånt skjellsord (kvalitet). Du nevnte jo ordet kvalitetsutvikling her i mange år og helt inntil nylig så var det mange som fikk ut piggene og en måtte omskrive begrepet litt.(...)Det var vel for mye top- Down den gangen. Gode intensjoner og den daværende direktøren hadde veldig mange gode tanker rundt dette, men det vel kanskje en følelse av at det for mye top- down og at en ikke anerkjente det som var... det var liksom: Har vi ikke alltid drevet med dette da?

Resultatene av leder intervjuene viser at seksjonen for pasientsikkerhet og infeksjonsmedisin spiller en vesentlig rolle i det systematiske kvalitetsarbeidet for lederne ved sykehuset. Det har vært en økning i antall stillinger ved seksjonen i kraft av økt etterspørsel av hjelp fra seksjonen. Der de før drev med oppsøkende virksomhet og reklame for seg selv, har seksjonen nå måtte sette grenser, spesielt i undervisningsdelen, på grunn av kapasitetshensyn.

¹⁴ Klinikkbarometeret er et verktøy som viser nøkkeltall fra den enkelte klinikk samlet i et skjermbilde. Det viser blant annet egenaktivitet i forhold til døgn/dag, poliklinikk, øyeblikkelig hjelp, elektiv virksomhet, trendutvikling, prognose for året, DRG og fordeling av DRG poeng utover året (mer om DRG i fotnote 14).

Toppledelsen og seksjonen jobber med å forankre kvalitetsarbeidet i linjen i stede for å ha en stor seksjon som skal ta seg av alt kvalitetsarbeid i organisasjonen. Ledelsen mener at dette vil bidra til en mer helhetlig tilnærming og forankring av kvalitet og sikkerhet på alle nivåer. Dette er også i tråd med det regionale styringsdokumentet.

Lederne forteller at økonomisituasjonen for sykehuset har vært presset over de siste fem årene, men mye tyder på at det er i bedring og de forteller at dette åpner opp for mer kvalitetsarbeid og endret fokus:

Vi snakker om noe helt annet enn økonomi. Vi snakker også om det, men det er ikke bare det. Vi snakker mye om fag, vi snakker mye om faglig utvikling, pasientkvalitet, pasientsikkerhet, hvordan få de gode pasientforløpene, les de effektive pasientforløpene. Ja, og hvordan skal vi løse de utfordringene som står i oppdragsdokumentet som ventelister, prioritering, som epikriser og epikrisetid (klinikkdirektør).

Intervjuene fra mikronivået viser at det er få som vet at det finnes en kvalitetsstrategi ved sykehuset. Når en spør om dette refererer de ansatte ofte til kvalitetshåndboken som finnes på intranett. Flere beskriver at det er lagt stort ansvar til mellomlederne både i forhold til drift, økonomi og kvalitet. En avdelingssykepleier beskriver at hun har personalansvar for 40 personer i tillegg til generell drift og kvalitetsansvar på sitt sted. Hun forteller at på grunn av stort arbeidspress blir drift prioritert og kvalitetsarbeid blir ivaretatt hvis en har tid. Fagutviklingssykepleierne blir verdsatt høyt av de ansatte og av mellomlederne. Disse er ikke bare nøkkelpersoner i kvalitetsarbeidet, men i ivaretagelsen av personalet og som støtte til lederen på dette nivået:

Jeg vet ikke hva det heter, den ledelsesstrukturen de har valgt nå på dette huset. Altså: Alle mellomledere er med på alle avgjørelser, ned til den minste detalj. Så dermed er det en forferdelig stor møteaktivitet de har her. Hun er på møter hele tiden, så hun har personalansvar og ledelsesansvar (jordmor).

4.4.2 Politiske prosesser

Sykehus B er et sykehus som har tatt store grep når det gjelder økonomisituasjonen og etter endrede krav og forventninger fra RHF. Intervjuene viser at det er stor vilje på toppledernivå til endring, men resultater viser også at det er forsiktighet i organisasjonen med for mye toppstyrt virksomhet før det er bred støtte for det i organisasjonen. Ledelsen er preget av nye typer ledere etter sykehus reformen og de jobber oftere i tverrfaglig i team. De har rettet

blikket sterkt mot egen organisering og jobber med hvordan de skal få klinikerne begeistret og motivert til kvalitetsforbedring etter den feilslåtte strategien:

For fagfolkene så har det alltid vært en faglig stolthet og du ønsker å fremstå som faglig god, eller med høy faglig kvalitet. (...) Mye av de parameterne som i dag defineres som kvalitetsparameter, defineres veldig for fagmiljøene, for før var det vel fagfolkene selv som satte standard for hva som var godt. Nå er det byråkrater, politikere og styrer som definerer hvilke kvalitetsparameter som styrer (klinikkdirektør).

Sykehuset har på grunn av finanssituasjonen vært nødt til å gjøre endringer i struktur og organisering. Det har for blant annet kvinneklinikken, der det studerte mikrosystemet tilhører, betydd en kraftig reduksjon i antall årsverk og en helt ny måte å organisere seg på. Lederne forteller at omstillinger og endringstiltak krever ledere som er godt forberedt gjennom å sette seg inn i lover, forskrifter og reguleringer slik at de pedagogisk blir i stand til å målbære det inn i organisasjonen. Det beskrives som tøffe tak for ledere i slike situasjoner og som leder er en nødt til å være tydelig og tålmodig. Lederne beskriver at viktige prosesser for denne klinikken har vært langsiktig planlegging, involvering av ledergruppen og de ansatte, informasjon og aktiv bruk av lovverk og forskrifter.

Lederintervjuer forteller at det er gjort et stort arbeid i forhold til omlegging til DRG poeng ordningen¹⁵. Det er delte meninger om dette systemet på ledernivået. Hovedmålet den siste tiden har vært å kode riktig og at det ikke skal være en økonomisk styrt koding. Dette undersøkes ved systematisk gjennomgang av journaler, men her er det delte meninger og store utfordringer. Dette ser en igjen i intervjuene av helsepersonell på mikronivå. Flere av de ansatte viser frustrasjon over DRG poeng ordningen som de mener “favoriserer det patologiske”. På fødeavdelingen beskriver de at normale fødsler får lite uttelling i poeng og det oppleves som om alt det arbeidet som de legger ned i å forsøke å få til normale fødsler ikke blir anerkjent på samme måte som hvis de fødende får epidural for eksempel. I flere av intervjuene beskriver de at de “leter” etter kategorier i DRG systemet for å øke inntjening, selv om de faglig sett ønsker normale fødsler uten komplikasjoner. I tillegg beskriver de at det brukes mye tid på koding og dokumentasjon:

¹⁵ DRG står for Diagnose Relaterte Grupper. DRG ordningen gir en beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene. DRG gir både medisinsk og økonomisk informasjon. DRG brukes ofte som grunnlag for aktivitetsbasert finansiering. Les mer om DRG på www.helsedirektoratet.no

Koder favoriserer patologi: du diagnostiserer patologien og så beskriver du den og så får du uttelling for det du gjør (i DRG poeng). Mens vi har jo en normalenhet, med en omsorgsbit som jeg synes vi ikke får noe som helst igjen - veldig lite gjenklang i et økonomisk forvaltningssystem.(...)Og det roper vi veldig høyt om, og det - og nå er vi inne på kjernepunktet, det er en definisjonsmakt i dette: Hvem er det som verdsetter hva? Og i hele helsevesenet så er det omsorgen det blir kuttet ned på (jordmor).

4.4.3 Kulturelle prosesser

Administrerende direktør er en forkjemper for kvalitet og sikkerhet. Mesonivå resultater bekrefter dette. Administrerende direktør argumenterer for at organisasjonen er i en positiv utvikling, men at endringsprosesser tar tid for å få synlige resultater. Vedkommende beskriver en organisasjon på vei opp gjennom fremtidstro og positive prosesser. Viktige prosesser som beskrives er toppledelsens betydning og ansvar, ansvarfordeling i linjen, langsiktig planlegging, anerkjennning av fagfolk og tålmodighet i endringsprosesser:

Det er så gjennomgripende, det tema at du skal jo bearbeide denne kulturen og disse systemene over tid for at du skal få effekt av det, og at du skal se synlige resultater.

Men det er åpenbart for meg at det er et toppledelses ansvar, og at du må bruke linjen i organisasjonen for å få gjennomført det du vil (toppleder).

Lederne forteller at en av de store kulturelle prosessene knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet er tydelig organisering som er sterkt knyttet opp mot systemperspektivet på sikkerhet. Det er en stor selvtillit rundt dette hos lederne og det bidrar til at de tror på organisasjonen og at dens struktur og perspektiv kommer til å bære frukter i fremtiden.

Seksjon for pasientsikkerhet og infeksjonsmedisin er en avdeling som fremmer systemperspektivet og ser ut til å ha innvirkning på kulturen i organisasjonen. Seksjonen bidrar til å holde kvaliteten oppe gjennom praktisk støtte, hjelp, råd og bistand til ledere på alle nivåer. I denne seksjonen og i seksjon for styringsdata som en finner i forsknings – og utviklingsavdelingen, er de opptatt av klinikkbarometret og styrer i stor grad etter rapporter og uttrekk fra dette og andre kvalitetsverktøy. Gjennom disse systemene er målet å få en helhetlig oversikt over alle sykehusets aktiviteter knyttet til kvalitet og sikkerhet. Dette er en kultur som preger sykehuset i den grad at det finnes mange ulike verktøy som det forventes at ledelsen kan og er avhengig av at de rapporterer i for å få et riktig helhetsbilde av organisasjonen. Dette beskrives som en utfordring for både leder nivå og ansattnivå. En toppleder beskriver konsekvensen av feil bruk av verktøy:

(...) det er litt feilbruk av parameter i DIPS som gjør at en ikke har god oversikt. Der er det et stort behov som jeg tror går ut over pasientsikkerheten, blant annet hvis det skulle oppstå noe som gjør at en da ikke vet nøyaktig hvor pasienten faktisk er (seksjonsleder).

Til tross for ulike utfordringer de siste 5 årene kan en se av dokumenter at det har vært gjennomført mange kvalitetsprosjekter, elektroniske forbedringer, utvikling av guider, utvikling av rapporteringssystemer og dokumentasjonssystemer. Det har i tillegg vært 13 såkornprosjekter ved sykehuset. Dette er resultater som vitner om stort kvalitativt engasjement og prioritering som består selv i tøffe økonomiske tider. Lederne trekker frem at en inkluderende lederstil hvor en anerkjenner fagpersonell og inkluderer alle er en av nøkkelfaktorene i kulturelle prosesser:

Kulturbygging, god ledelse som inkluderer, altså du må ha en inkluderende lederstil. At ikke yrkesgrupper føler seg ekskludert. Det er farlig (seniorrådgiver).

Intervjuene av ansatte på mikronivå i fødeavdelingen bekrefter at det er en inkluderende lederstil i organisasjonen. Det er en stolt kultur som verdsetter å være best på det de driver med:

Vi er nok en gjeng som er veldig glad i jobben vår, alle sammen. Selv om vi selvfølgelig er «åh, så travelt», og kanskje ikke har fått gjort den jobben så bra som vi ønsker, så er vi veldig glad i jobben og det er veldig sjelden at noen vil slutte for de ikke gidder å jobbe her mer. Så jeg tror det har med selve jobbens kultur - eller innhold. Også synes jeg at ledelsen er flink til å holde fokus på faglige ting og dette her med fagdage som vi har begynt med (jordmor).

4.4.4 Pedagogiske prosesser

Ledelsen forteller at de ønsker å skape en kultur der flere deler samme type opplæring. Dette skal bidra til at de ikke skal føle seg alene når de kommer “begeistret” tilbake til organisasjonen og dermed øker sannsynligheten for å danne en positiv kultur og et miljø rundt den nye kunnskapen. Resultater i flere lederintervjuer viser at ledelsen er opptatt av å bevare fagmiljøet, utdanne personell og alltid være engasjert i hva som er beste praksis i pasientbehandlingen. Det er en stor stolthet rundt opplæring og utdanning av helsepersonell i organisasjonen og ledelsen har et mål at de skal bli nasjonalt og internasjonalt anerkjent for dette. Resultater viser at også at ledelsen oppfordrer til master – og PhD utdanning av de ansatte. Ved Kvinneklinikken bruker de dette også i rekrutteringsøyemed:

Vi har veldig mange som disputerer til en hver tid (...) Vi skal lære opp for å levere til hele distriktet fordi at det vi ser når vi lyser ut stillinger er at de står i kø andre steder i landet, men gynekologer og fødselsleger vil ikke over hit. Sånn at det er en del av vår politikk å utdanne våre egne. Derfor legger vi til rette for at en skal kunne ta doktorgrader hos oss. Det igjen rekrutterer. Ungdommen av i dag som kommer de har forventninger til arbeidsgiver (klinikkdirektør).

Intervjuene av helsepersonell på fødeavdelingen bekrefter at det er store utfordringer med å skaffe kompetent personale. Det beskrives som den største bekymringen. Bemanningen er lav og med høyt sykefraværet øker presset på de som er igjen:

Hovedutfordringen min er at jeg synes at bemanningen er så lav som jeg kan komme.(...) Det er dette å håndtere og å kommunisere at jeg synes vi har en for lav, eller helt i grenseland, bemanning. Det er det vi jobber aller mest med (leder).

Resultatene på mikronivå viser i tillegg stolthet over sykehuset og en stor grad av selvtillit på at de er best på mange områder. Helsepersonell uttrykker faglig stolthet og forståelse for den enkeltes betydning i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet.

4.4.5 Motivasjon og emosjonelle prosesser

Sykehuset har vunnet flere regionale kvalitetspriser, blant annet for avviksrapporteringssystemet, trygg kirurgi og kollegastøtteprosjektet. Lederne forteller at disse prisene er med på å anerkjenne de som har gjort det lille ekstra i forhold til kvalitet og sikkerhet. I tillegg bidrar det til nasjonal og internasjonal oppmerksomhet som er et mål for sykehuset. Resultater viser at dette virker motiverende for ledere, kvalitetsforkjempere, ildsjeler og andre ansatte. Ikke minst bidrar prisene til overføring av kunnskap, synliggjøring og verdsetting av den enkelte ansatt.

Ledelsen fokuserer på utdanning av hele organisasjonen og prioriterer organisasjonslæring for å få til en kultur som er preget av beste- praksis og evidens basert praksis. Lederne mener dette bidrar i å styrke inspirasjonen og skape en fellesskapsfølelse av at vi er best i landet eller regionen på enkelte områder:

Systemtenkning, kvalitetstenking, og internkontrollsystemer... jeg tror det har hatt en annen fremtredende plass høyt oppe på dette sykehuset enn det har hatt på en del

andre sykehus rundt om i Norge. Det er i alle fall den følelsen jeg sitter med når jeg snakker med andre kolleger rundt om (klinikk direktør).

Resultater fra ansatte på mikronivå viser at det er bred støtte for tanken om at sykehuset skal være oppdatert på beste praksis blant helsepersonell. Det er tydelig i intervjuene at fokuset på kvalitet, fagutvikling og identiteten rundt faggruppene er sterke, spesielt på lege og jordmor siden. De er opptatt av å være best for pasientene. De referer ikke direkte til verdiene for sykehuset som presenteres i kvalitetsstrategien, men det er tydelig at “pasienten først” prinsippet er ledende:

Noen ganger har vi det veldig travelt, slik at vi ikke får gjort jobben vår så godt og trygt som vi ønsker, dessverre. Men pasientsikkerheten er gjerne det som står veldig høyt og som vi vil ivareta. Det går kanskje utover vår egen sikkerhet, kanskje... ikke sikkerhet, det er ikke riktig ord, men det går vel utover vår... når vi er på jobb, så spiser vi ikke, går ikke på do... vi løper for pasientens skyld (jordmor).

4.4.6 Fysiske og teknologiske prosesser

Det har vært stadige ombygginger og endringer av de eksisterende bygninger på sykehusområdet i tråd med endringer i pasientflyt, nasjonale- og lokale krav. Klinikken bærer preg av å bli mer spesialiserte og det er utstrakt bruk av teknologiske hjelpemidler som pumper, respiratorer, spialsenger osv. Lederne forteller også at det har vært store endringer knyttet til dokumentasjon av pasientforløp, avvik og rapportering til andre helseinstanser. De har gått fra dokumentasjon på papir til at det meste er elektronisk i dag. Flere av lederne mener at dette har bidratt til en større oversikt og en bedre kvalitet på pasientbehandlingen:

Tidligere var det papirbasert styring til nå hvor det er mye mer elektronisk hjelpemidler. Det gjør at ting går fortere. At en har bedre oversikt og større tilgang til informasjon. Jeg tror også at det har gitt en bedre kvalitet på pasientbehandlingen ved at du har mer informasjon tilgjengelig (klinikkdirektør).

Mesonivå resultatene viser også at flere ledere er bekymret over utfordringer i den elektroniske informasjonsoverføringen og i bruken av IT verktøy. Flere av datavareprogrammene kommuniserer ikke med hverandre, noe som igjen gjør at det blir dobbelføringer, økt tidsbruk fordi en skal inn i flere programmer. Dette utgjør en fare for at det ikke blir dokumentert slik det skal. Sykehuset har opplevd fristbrudd som ikke har vært fristbudd på grunn av feil bruk av DIPS systemet. Dette har igjen ført til at fristbruddstatestikken har vært feilaktig høy. Sykehuset har også hatt media pågang etter at

det er avdekket at pasientopplysninger har blitt liggende ubehandlet i systemet for lenge og pasienter har fått behandling for sent i forhold til krav om ventetid. Viktige prosesser som trekkes frem i dette arbeidet er systematisk arbeid, undervisning og støtte til brukerne, ansvarliggjøring av den enkelte arbeidstaker og en jevnlig påminning om viktigheten av å bruke systemene riktig:

Vi begynte i høst med fristbrudd. Da hadde vi 2900 fristbrudd av alle rettighetspasienter som stod på venteliste og enormt mange av disse var avviklet, men var ikke riktig registrert. (...)Det har vært DIPS utfordringer både i forhold til konverterte data fra det forrige pasientsystemet vårt, opplæring og riktig bruk av DIPS fremover. Bruk av gamle henvisinger er noe som blir gjort. Plutselig så kan det dukke opp en pasient som har ventet i 5000 dager og det er ikke riktig, men det trekker jo veldig opp gjennomsnittet når slike ting skjer. Det er viktig å ha fokus på det. At avdelingene ser det og at de kan rydde selv (seksjonsleder).

I mesonivå intervjuene forteller lederne om forbedringer i meldekultur i avvik systemet etter at seksjon for styringsdata har gjort en opprydding i samarbeid med mellomlederne. Lederne mener at flaskehalsen har vært i behandlingen av avvikene:

Synergi har vi folk på her nede som jobber med. Meldekulturen har vært god og økt opp. Det som har vært katastrofalt er behandlingen av de (avvikene)så vi har hatt en opprydding nå der mange saker har blitt behandlet (toppleder).

Mikronivå resultater viser at blant annet avvikssystemet er lite brukervennlig og kan være vanskelig å forstå. Helsepersonell beskriver at de har en travel hverdag med mange systemer og verktøy å holde seg oppdatert. Økte krav til dokumentasjon og avviksregistrering kan bli en stressfaktor. En jordmor forteller under om økte krav til dokumentasjon bidrar til at de ansatte mister verdifull tid med pasientene:

Det er jo bra det, det skal være sånn. Men det er litt sånn at når du bare har lyst å hjelpe damene å føde, så kan det blir en stressfaktor (Jordmor).

I tillegg finnes det ulike dokumentasjonssystem for jordmødre og leger. Disse systemene kommuniserer ikke. I praksis betyr dette jordmødrene er nødt til å forholde seg til to datasystemer. Dette medfører dobbeltføring som tar tid både i skriveprosess, men også med hensyn til å få oversikt over den enkelte pasient:

Vi bruker NATUS¹⁶, legene bruker ikke NATUS. De nekter å bruke NATUS, så de bruker DIPS. Det er litt tungvint, for de skriver i DIPS, vi skriver i NATUS. Vi skriver ikke sykepleienotat i DIPS, vi skriver i NATUS. Så vi har to systemer å forholde oss til, og det er klart at det er jo... altså dokumentasjonen er utrolig viktig, men av og til så føler jeg at vi sitter for mye med de datamaskinene. Jeg ville heller sittede inne hos en dame og fått ammingen til å fungere enn at det skulle stå mest mulig dokumentasjon på det (jordmor).

I tillegg bekreftes det av ansatte på mikronivå at det er flere utfordringene knyttet til bygg som ikke tilfredsstiller dagens krav. Jordmødre opplever at de har for få rom til de fødende og at det er lange avstander for å transportere for tidlig fødte barn eller dårlige barn til nyfødtavdelingen som er lokalisert et annet sted

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres likheter og forskjeller i organisering og ledelses prosesser i de to sykehusene. Videre diskuteres det hvilken betydning dette har for ledelsens bidrag i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet.

5.1 Likheter og forskjeller i organisering og betydning for ledelsens bidrag til kvalitets- og sikkerhetsarbeid.

I Tabell 4 under oppsummeres hovedresultatene av likheter og forskjeller i organisering.

Organisering	Sykehus A	Sykehus B
Ledelsesform	Enhetlig ledelse	Enhetlig ledelse
Formelt ansvar for kvalitet	Linjeansvar	Linjeansvar
Tilnærming til kvalitet	Helhetlig	Helhetlig
Bruk av kvalitetsdata/rapporter	Stor grad	Stor grad
Lovpålagt kvalitetsutvalg	Ja	Ja
Organisasjonsstruktur	Hierarkisk	Flat
Organisasjonsstørrelse	Liten	Stor

Tabell 4. Organisering

¹⁶ NATUS brukes her av informanten som en forkortelse for Imatus Natus som er en elektronisk journal for svangerskap, føde og barsel.

Da jeg startet denne studien hadde jeg en formening at funnene ville indikere store forskjeller i organisering av kvalitets- og sikkerhetsarbeidet basert på at de to sykehusene er svært ulike i størrelse, organisasjonsstruktur og kontekstuelle omgivelser. Tidligere forskning indikerer at i en flat organisasjonsstruktur skal kommunikasjonen være friere og at myndigheten til lederne er større kontra en hierarkisk modell (Irgens, 2007). Tidligere forskning viser også at kommunikasjon er nøkkelfaktor for tillit på ledernivå (Whitener, 1997) og at tillit og engasjement fra toppledelsen spiller en vesentlig rolle for hvordan kvalitet og sikkerhetsarbeid blir ivarettatt av de ansatte (Dedobbeleer & Bèland, 1991; Leape m.fl.2009; Levey m.fl., 2007). Etter å ha sammenlignet de to sykehusene viser resultatene at organiseringen av kvalitet og sikkerhetsarbeidet er ulik, men det har ikke de effekter på åpenhet som jeg antok ut fra litteraturen (Irgens, 2007). Der den flate organiseringen i sykehus B skulle ført til større åpenhet og kortere vei opp i systemet viser funnene at den daglige dialogen uteblir og det blir i stor grad kommunisert gjennom linjeledelsen som har formelt ansvar for kvalitet på sitt sted. Hvis en bare skulle se på valg av organisasjonsstruktur ville det være riktig å konkludere med at den hierarkiske modellen er å foretrekke fordi kommunikasjon har en tendens til å flyte lettere i sykehus A enn i sykehus B. Dette er ikke en riktig konklusjon. Størrelsen på organisasjonen spiller en vesentlig rolle her. Sykehus A kommuniserer åpnere fordi det er færre personer i ledergruppen. I sykehus B har administrerende direktør et stort antall ledere å forholde seg til og har dermed en større utfordring i hvordan alle disse skal bli hørt i det daglige. Sykehus B har løst dette med tydelige linjer og spesifikke stillingsbeskrivelse for resultat og innhold. Lederne i sykehus B trekker dette frem som en forutsetning for å få den flate organisasjonsstrukturen til å fungere.

I forhold til den videre organiseringen av kvalitet og sikkerhetsarbeid er de to sykehusene er like i relasjon til hvor det formelle kvalitetsansvaret bør ligge, men organisatorisk har de lokalt løst dette ulikt. Begge sykehus mener det er viktig at problemer og utfordring knyttet til kvalitet og sikkerhet løses der de er oppstått og at linjeledelsen har formelle ansvar for dette. Overordnet har de organisert støttestaber som er svært ulike i størrelse. Sykehus A har en liten kvalitetsstab som inneholder noen få nøkkelpersoner som skal ivareta blant annet opplæring og lederstøtte ut i sykehuset og opp i linje. Sykehus B har en stor kvalitetsstab som ivaretar mange av de samme oppgavene. I dette studiet er organiseringen av den store kvalitetsstaben på sykehus B en suksessfaktor gjennom systematisk lederstøtte på alle nivåer, kulturbygging, systemfokus, opplæring og undervisning. Dette bidrar til at kvalitet og sikkerhet er fast

agenda i sykehuset og til å fremme budskapet fra toppledelsen om at kvalitet og sikkerhet er virksomhetens fremste verdi.

Dette studiet finner ingen holdepunkter for at valg av overordnet organisasjonsstruktur har sentral betydning for kvalitet og sikkerhet. Avgjørende faktorer er toppledernes evne til å manøvrere utfordringene innenfor den valgte struktur. Ledelsesprosesser ser ut til å ha en større betydning for kvalitets- og sikkerhetsarbeidet enn den overordnede organiseringen. Dette diskuteres i det neste kapitlet der jeg tar for meg de seks ulike lederprosessene som er brukt i denne oppgaven (Bate m.fl., 2008).

5.2 Likheter og forskjeller i ledelsesprosesser og betydning for ledelsens bidrag til kvalitets- og sikkerhetsarbeid.

5.2.1 Strategisk ledelse

I Tabell 5 under oppsummeres hovedresultatene av likheter og forskjeller i strategisk ledelse.

Strategisk ledelse	Sykehus A	Sykehus B
Betydning av nasjonale krav og reguleringer	Stor	Stor
Betydning av RHF	Betydelig for organisering, struktur og prioritering	Betydelig for organisering, struktur og prioritering
Forankring i toppledelsen (kvalitet og sikkerhet)	God	God
Strategi for involvering	Bruk av formell linjevei	Bruk av formell linjevei
Kvalitetsstrategi	Forbedringsprogrammet	Skriftlig verdibasert kvalitetsstrategi
Lederrepresentasjon i råd og utvalg	Toppleidelse i alle råd og utvalg	Toppleidelsen i kvalitetsutvalget Klinikere i pasientsikkerhetsutvalg
Kvalitet og sikkerhet fast på agendaen	Tydelig	Tydelig
Størrelse på kvalitetsstab	5-6 ansatte	17 ansatte

Tabell 5. Strategisk ledelse

Forholdet mellom hvordan de ansattes tillit og engasjement til sikkerhet og hvordan ledelsen organiserer arbeidet styrker eller svekker fokuset på sikkerhet hos den enkelte (Whitener, 1997). Med andre ord er strategiske ledelsesprosesser viktige for kvalitet og sikkerhetsarbeidet. Begge sykehusene har gjennomgått strukturelle endringer knyttet til kravet om enhetlig ledelse (jmf kap 5.1). Nasjonale krav og regionale styringsdokumenter har en vesentlig påvirkning på hvordan kvalitet og sikkerhet blir gjennomført. Det regionale helseforetaket styrer de lokale helseforetakene gjennom spesifikke krav og forventninger, noe

som medfører at lederne i stor grad blir bundet av kravene fra styringsdokumentet. Hvordan de metodisk og praktisk løser dette i sykehuset er opp til ledelsen. På mange måter kan dette virke hensiktsmessig, men det forutsetter at det finnes kvalitetsforkjempere i alle nivåer av sykehusene (Mastal m.fl., 2007; Zacharatos m.fl., 2005). Det krever også fleksible ledere som kan balansere endringsprosesser, økonomi og samtidig opprettholde nødvendig fokus på kvalitets- og sikkerhetsarbeidet praktisk og metodisk (Mordal, 2009; Torjesen m.fl., 2011). Ledere i begge sykehus beskriver dette som en av de store utfordringene.

På sykehus B har de formalisert en egen kvalitetsstrategi som lederne skal jobber etter. I tillegg har sykehus B en stor kvalitetsstab som spiller en viktig rolle i den systematiske tilnærmingen til kvalitetsarbeidet gjennom støtte til ledere og sikre at kvalitet og sikkerhet er fast agenda i sykehuset. På sykehus A har de forbedringsprogrammet som kvalitetsstrategi. Den store forskjellen i disse to strategiene grad av ledelsesinvolvering. Sykehus A sin strategi er på nåværende tidspunkt mindre grad er avhengig av ildsjeler eller tydelige evner fra lederne til å “selge” inn kvalitetsforbedringsprosjekter. Slik var det ikke i innføringen av forbedringsprogrammet. I implementeringen av programmet ser en at den daværende utviklingsdirektøren var svært sentral og en nøkkelperson med motivasjon, engasjement og egenskaper til å få en hel organisasjon til å trekke i lik retning gjennom en felles metodikk. Dette beskrives som et krevende arbeid som har vært avhengig av støtte fra toppledelsen og å få klinikerne med på lag (Frankel m.fl., 2008). Oppfølgingsintervjuene ved sykehus A bekrefter at forbedringsprogrammet er gått over i en ny fase og er nå mindre avhengig av ledernes egenskaper for at prosjekter skal gjennomføres i programmet. I sykehus B er strategien i større grad avhengig av ledernes evner til å få de ansatte til å tro på prosjektene for å få gjennomslag i organisasjonen for disse. Sykehus A jobber med å styrke fagutviklerne på mikronivå og “selger” forbedringsprogrammet til lederne, mens på sykehus B jobbes det i større grad med å “selge” inn prosjektene for så å bistå med oppfølging og strategiske valg som lederen gjør på sitt sted. Når en sammenligner kvalitetsstrategiene i disse to sykehusene fremstår forbedringsprogrammet til sykehus A i dette studiet som en suksess med tanke på tillit og engasjement på alle nivåer til kvalitet og sikkerhetsarbeid. Forbedringsprogrammet er en toppstyrte strategi som har betydning for hvordan kvalitetsarbeidet blir forankret på alle nivåer, engasjerer ledere og ansatte og bidrar til en felles målsetning og metodikk for hele organisasjonen. I tillegg fremstår det også som et svar på økonomisk underskudd gjennom å forankre kvalitet og sikkerhet metodisk som virksomhetens største verdi.

Tidligere forskning viser at det er lite heldig å legge for stort press på mellomledere i forhold til resultater innen kvalitet og sikkerhet (Cignetti, 2008 i Flin, 2010; Kunzle, 2008; Vaughn m.fl., 2006). Forbedringsmetodikken og strategien med å styrke fagutviklerne i klinikkene på sykehus A kan se ut til å minske presset på mellomlederne i forhold til oppfølging av kvalitetsprosjekter. Kvalitetsstrategien på sykehus B kan i noen grad se ut til å øke presset på mellomlederne fordi de sitter med det formelle ansvaret. Dette bidrar til at vi ser ulik metodisk tilnærming innad i sykehus B og mellomlederne spiller dermed en betydelig rolle i det strategiske arbeidet.

En annen viktig forskjell mellom sykehus A og B er lederrepresentasjonen i råd og utvalg. På sykehus A har de en strategi om at alle toppledere skal sitte i de overordnede råd og utvalg for kvalitet og sikkerhet. Dette understreker at toppledelsen setter kvalitet og sikkerhet som virksomhetens største verdi. Dette bidrar i denne studien til økt lederdialog med involverte parter og en større forståelse for uttrekk og rapporter fra styringsverktøy for kvalitet og sikkerhet. Vi har sett i resultatene at den relativt lille kvalitetsstaben på sykehus A som skal gi råd til mål og retning i dette arbeidet samt sette agenda for møtene er avhengig av få nøkkelpersoner. Her kan en stille spørsmål om en kan og bør legges et så stort ansvar og myndighet til få personer som eksempelvis stabspersonen som er sekretær i kvalitetsutvalget. På sykehus B er kvalitets- og sikkerhetsstaben mye større og det er flere som samarbeider i uttrekk og rapporter som bidrar til mål og retning for sykehuset arbeid med kvalitet og sikkerhet, noe som øker troverdigheten på det som vektlegges i organisasjonen. På den andre siden kan mye tyde på at dialogen med toppledelsen går gjennom uttrekk og rapporter siden toppledelsen kun er representert i kvalitetsutvalget. Basert på funn i dette studiet kan det være hensiktsmessig med en større representasjon av toppledelsen i råd og utvalg for kvalitet og sikkerhet for å øke lederdialog og forståelse av kvalitet og sikkerhet i organisasjonen (Whitener, 1997; Leape m.fl.2009; Levey m. fl., 2007; Goeschel m.fl., 2009). I tillegg viser dette studiet at i implementeringen og opprettholdelsen av nye strategier for kvalitet og sikkerhet er lederfokus og inspirasjonsprosesser viktig for å få organisasjonen til å trekke i samme retning (Ovretveit, 2011; Bate m.fl., 2008; Frankel m.f., 2008).

5.2.2 Politisk ledelse

I Tabell 6 under oppsummeres hovedresultatene av likheter og forskjeller i politisk ledelse.

Politisk ledelse	Sykehus A	Sykehus B
Betydning av nasjonale krav og reguleringer	Betydelig for økonomi og resultatforventning	Betydelig for økonomi og resultatforventning
Oppfatning av regionalt samarbeid og tilhørighet	Lite samarbeid Lite tilhørighet	Tilhørighet og samarbeid Søker samarbeid ut av helseforetaket
Ledertilnærming i kvalitetsarbeidet	Top- Down	Bottum-up
Støttespillere som “selger saken” for topledere	Liten avhengig av støtte fra klinikerne	Stor avhengighet av støtte fra klinikerne
Ledelsens betydning for “å selge” strategi for kvalitet og sikkerhet	Mindre avhengighet av rolle og ferdigheter	Viktig som støttespiller og facilitator i meso og mikronivå
Vanskeligheter med å beholde fagkompetansen lokalt	I stor grad	I noen grad

Tabell 6. Politisk ledelse

I forrige kapittel og i tidligere forskning har vi sett at topledelsen evne til å fronte kvalitet som virksomhetens fremste verdi og et nært samarbeid med de ansatte er avgjørende moment i arbeidet med å skape en bevisst verdiskapende holdning til kvalitet og sikkerhet (Whitener, 1997; Leape m.fl.2009; Levey m. fl., 2007; Goeschel m.fl., 2009; Ovretveit, 2010). I begge sykehusene trekker ledelsen frem topledelse forankring som en av de viktigste forutsetningene for at dette arbeidet skal ha nødvendig fokus i organisasjonen, prosjekter skal gjennomføres og kontrollrutiner skal gis større oppmerksomhet. I tillegg beskriver de at forankring av kvalitetsarbeidet i linjen øker myndiggjøringen av den enkelte leder og gir nødvendig anerkjennelse av de utfordringene de enkelte profesjonene i sykehuset kjenner på. I politiske lederprosesser (Bate m.fl., 2008) er ledertilnærmingen i kvalitetsarbeidet er en av de store forskjellene mellom sykehusene i denne studien. Begge sykehusene beskriver økende krav til økonomisk balanse og resultatfokus knyttet til nasjonale kvalitetsindikatorer. Sykehus A har en top-down ledertilnærming som er mindre avhengig av kliniske entusiaster for å “selge” inn nye tiltak, endringer eller prosjekter relatert til kvalitet og sikkerhetsarbeidet. Forbedringsprogrammet bidrar til involvering fra topp til bunn i organisasjonen gjennom en felles metodikk og dermed får dimensjonen med lederens evne og rolle til å “selge” budskapet inn i organisasjonen en mindre betydning i sykehus A enn i sykehus B. Sykehus B har en mer bottum- up tilnærming som i større grad er avhengig av klinisk støtte og dermed øker betydningen av lederens evne til å “selge” inn nye tiltak, endringsprosesser og prosjekter i kvalitet og sikkerhetsarbeid. Til tross for at sykehus B har løst dette med en stor kvalitetsstab som deltar aktivt i dette arbeidet viser dette studiet at ledertilnærmingen i sykehus B bidrar til

at linjeledelsen blir gitt en mer betydelig rolle i arbeidet med kvalitet og sikkerhet enn i sykehus A. Dette krever gode støtteordninger rundt mellomlederne (Kunzle, 2008; Vaughn m.fl., 2006; Levey m.fl., 2007; Cignetti, 2008 i Flin, 2010)

En annet aspekt er lederadferd i ledertilnærmingen. Sett i lys av kontingensteoriene (Fiedler, 1967; Hersey & Blanchard, 1977, Vrom & Yetton, 1973) ser det ut til at sykehus B har toppledelsen og stab en mer oppgaveorientert ledelsesadferd som innebærer fokus på de resultatene virksomheten skal skape og det organisasjonen produserer og yter. De har en stor stab som jobber med kvalitet og styringsverktøy og fronter *klinikkbarometret* som et av de viktigste teknologiske lederverktøyene for oversikt og helhet. I sykehus A ser en også den oppgaveorienterte ledelsesadferden gjennom bruk av styringsverktøyer og stort fokus på nasjonale kvalitetsindikatorer, men her ser en i tillegg større grad av prosessrettet adferd. Denne adferden viser seg bant annet gjennom forbedringsprogrammet der man fokuserer på involvering av ansatte tverrfaglig og problemløsning. Dermed kan en si at sykehus A har en mer relasjonsorientert ledelsesadferd i form av sammensetning av ulike faggrupper i prosjektene, prosessflyt og toppledelses representasjon i alle råd og utvalg for kvalitet. Lederne på sykehus A retter i større grad oppmerksomheten mot samhandling mellom nivå, seg selv og medarbeiderne i tillegg til den oppgaveorienterte ledelsesadferden. I relasjon til tidligere forskning er det mye som tyder på at den relasjonsorienterte lederorienteringen skaper et bedre grunnlag for de ansattes tillit til ledelsen og holdninger til sikker praksis (Firth-Cozens, 2004; Kunzle m.fl., 2008; Dedobbeleer & Bèland, 1991).

5.2.3 Verdi – og symbolbasert ledelse

I Tabell 7 under oppsummeres hovedresultatene av likheter og forskjeller i verdi – og symbolbasert ledelse.

Verdi- og symbolbasertledelse	Sykehus A	Sykehus B
Betydning av leder stil og verdier	Bidrar til identitet og fellesskapsfølelse	Bidrar til identitet og fellesskapsfølelse
Systemperspektiv eller individperspektiv i kvalitetsarbeid	System	System
Inkluderende leder stil avhenger av ildsjeler	Mindre grad	Større grad
Fagmiljøets betydning og verdi	Viktig å bevare	Viktig å bevare
Ildsjelers betydning og verdi	Høyt verdsatt	Høyt verdsatt

Tabell 7. Verdi - og symbolbasert ledelse

De to sykehusene som er studert har mange likheter i de kulturelle prosessene (Bate m.fl., 2008). Den viktigste prosessen som trekkes frem i forhold til verdi – og symbolbasert ledelse er engasjement og forpliktelse hos lederne gjennom å appellere til verdier og idealer i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet (Bryman, 1992; Høst, 2006; Bass, 2008). I tillegg beskriver de at inkludering og anerkjennelse av alle fagprofesjoner har stor betydning for fellesskapsfølelsen og identitet for egen rolle i kvalitet og sikkerhetsarbeidet. Med andre ord beskriver lederne i begge sykehus det vi har sett i litteraturen at valg av lederstil har betydning for identitet og fellesskapsfølelse i en organisasjon (Irgens, 2007). Dermed støtter denne studien Zohar (2002) som i sin studie konkluderte med at det er klar sammenheng mellom valg av leder stil og hvor godt organisasjonen tar sikkerhet på alvor. I sykehus A finner man en inkluderende leder stil. Denne viser seg gjennom en systematisk top-down kvalitetsmetodikk i forbedringsprogrammet. Dette er i høy grad en selvmotsigelse, men i sykehus A virker top-down ledertilnærmingen inkluderende fordi de har en prosessrettet adferd gjennom en felles forbedringsmetodikk. Alle prosjektene som inngår i forbedringsprogrammet involverer ulike faggrupper i sykehuset. I ett og samme er prosjekt kan det være alt fra overleger til renholdspersonale representert, avhengig av problemstillingen. Verdier og mål for sykehuset kommer tydelig frem gjennom en felles metodikk og forpliktelse fra de ansatte. I sykehus B finner man også en inkluderende lederstil. Denne viser seg gjennom at ansvar og tillit er delegert til klinikkene for å løse sine egne utfordringer. Dette bidrar til at ledertilnærmingen i større grad er avhengig av toppledelsen evne til å forankre kvalitetsarbeidet til klinikkene og få mellomlederne og klinikerne “ på lag” gjennom lederadferd og evne til å bygge en kultur rundt budskapet fra mesonivå til mikronivå (Firth-Cozens, 2004; Kunzle m.fl., 2008; Dedobbeleer & Bèland, 1991; Whitener, 1997). I denne studien er det mye som tyder på at forbedringsprogrammets metodikk på sykehus A er en suksessfaktor i forhold til å skape en inkluderende kultur gjennom en prosessrettet adferd til tross for top-down ledertilnærming.

I tidligere forskning kom det frem at indre motivasjon, ildsjeler og kunnskap hos de ansatte så ut til å ha like stor betydning for kvalitet og sikkerhet som organisatoriske forhold som for eksempel, lederbetingelser og kulturelle forhold (Zacharatos m.fl., 2005; Mastal m.fl., 2007) I begge sykehus beskrives det sterke faggrupper med ildsjeler og entusiaster som bidrar til at fokuset på kvalitet og sikkerhetsarbeid er høyt både hos ledelsen og de ansatte. Med sterke fagprofesjoner og sterkt engasjement følger også konflikter i begge organisasjonene. Ledelsen beskriver i begge sykehusene at et større fokus på systemperspektiv i konflikter bidrar til å

løfte diskusjonen ut av individfokusert noe som gjør at kulturen for å ta opp utfordringer knyttet til kvalitet og sikkerhet mer åpen. I sykehus A finne man en mer åpen kultur enn den en i sykehus B. Dette kan ha mange årsaker, og en av disse kan være at det finnes et større fagmiljø av spesialister innenfor mange fagområder i sykehus B, som i stor grad er gitt myndighet og ansvar innenfor kvalitet og sikkerhet på sitt sted. Dette bidrar til sterkt engasjement og konkurranse i organisasjonen, noe som igjen kan bidra til at nyansatte eller mindre erfarent personale ikke “tørr” ta opp problemer eller utfordringer som de ser fra sitt ståsted. Dette har mye med tillit å gjøre og studier viser at åpenhet er en av faktorene som har betydning for tillit (Schindler & Thomas, 1993). I tillegg ser man av nyere studier at ledelsens evne til å etablere tillit i en organisasjon er en av de viktigste grunnfaktorene for hvor høyt kvalitet og sikkerhet blir prioritert av den enkelte (Firth- Cozens, 2004; Kunzle m.fl., 2008).

5.2.4 Pedagogisk ledelse

I Tabell 8 under oppsummeres hovedresultatene av likheter og forskjeller i pedagogisk ledelse.

Pedagogisk ledelse	Sykehus A	Sykehus B
Betydning av fagutviklere	Avlastning for leder og støtte for kvalitetstiltak på mikronivå	Avlastning for leder og støtte for kvalitetstiltak på mikronivå
Forventning om faglig oppdatering	Høy forventning	Høy forventning
Fokus i lederopplæring	Rolle, selvutvikling, visjon og målsetning	Rolle, selvutvikling, visjon og målsetning
Pedagogisk strategi	Just-in time opplæring	Lik opplæring til mange gir sterkere tro på ny kunnskap
Klinisk støtteapparat/spesialister	Få spesialister Lite fagmiljø	Stort fag- og forskningsmiljø

Tabell 8. Pedagogisk ledelse

Pedagogisk ledelsesprosesser (Bate m.fl., 2008) er høyt prioritert på begge sykehusene og det er store forventninger fra ledelsen til ansatte for at de skal holde seg faglig oppdatert. På sykehus A beskriver ledelsen at de ansatte skal se på sin stilling som todelt, der fagutvikling og oppdatering har en like stor plass som det pasientrettede arbeidet. I praksis viser det seg annerledes på mikronivå, der det er vanskelig å fratre primære pasientrettede oppgaver uten mulighet for vikar eller annen kompensasjon som avspasering eller lønn. Dette er utfordringer som skaper et krysspess mellom prioritering av kvalitet og sikkerhet og drift/økonomi (Aase, Wiig m.fl., 2009). Disse utfordringene finner en også igjen i mikronivå på sykehus B. På sykehus A forsøker de å redusere belastningen i den daglige driften med *just in time* opplæring. Dette er et nytt begrep som kom opp som en viktig ledelsesprioritering ved dette

sykehuset. Dette er et spennende funn fordi resultatene indikerer at det som ofte stopper klinikkene fra fagutvikling på sykehus B er at mange går fra på samme tidspunkt til den samme opplæringen. Dette gir utfordringer i økonomien og ikke minst i forhold til drift (Torjesen m.fl., 2011). Analyser fra mikronivåene i sykehus A viser at just in time opplæring ikke alltid løser problemene med mangel på kvalifisert personale i avdelingen når kurs og utdanning prioriteres. Årsaken til dette kan være flere, men den største er nok knyttet til at det er få spesialister ved sykehus A til å overta hvis noen ansatte prioriteres til å delta på fagutviklingsaktiviteter. Dette kommer spesielt til syne i kreftavdelingen på sykehus A, der ingen kan overta hvis legespesialisten er borte. Dette studiet indikerer at utdanning og opplæring ofte vil være et problem i mindre sykehus fordi det er færre ansatte og få spesialister, men i større organisasjoner kan *just in time* opplæringen trolig bidra til en noe mindre belastning på klinikkene i forhold til drift og økonomi.

Ledelsen i begge sykehus beskriver at fagutvikling og utdanning av helsepersonell er viktige prosesser i denne kategorien blant annet for å skaffe og beholde fagkompetansen i sykehusene. På kvinneklinikken i sykehus B har de en strategi om å bruke master og PhD i rekrutteringsøyemed for å beholde fagkompetansen. Dette er en viktig pedagogisk lederprosess som har stor betydning for å beholde fagkompetansen lokalt og øke fokus på beste praksis i klinikken.

Begge sykehus har valgt en organisasjonsform i en linjeledelsestab der mye av det formelle ansvaret og myndighet i forhold til kvalitet og sikkerhetsarbeid er i lagt til klinikkene. Det finnes støttesystemer for klinikkene og lederne i begge sykehusene i form av kvalitetsstaber. I sykehus A har vi tidligere sett at de har en liten kvalitetsstab og sykehus B har de en stor kvalitetsstab. Forventningen innledningsvis var at det skulle være mange færre pedagogiske utfordringer å finne ved sykehus B på grunn av størrelsen på den overordnede kvalitets- og sikkerhetsstaben. Derimot viste resultatene seg overraskende like. Den største utfordringen på begge sykehus er undervisning av ledere og helsepersonell i bruk av IT verktøy. I begge sykehus baserer de sitt arbeid i stor grad fra uttrekk og rapporter fra disse verktøyene og er derfor avhengige av at de blir brukt riktig for at uttrekkene skal stemme. Undervisning i bruk av verktøy blir derfor sentral. I kvalitetsstaben til sykehus B har de begynt å begrense undervisningsdelen til tross for det økende behovet i mikrosystemet. På sykehus A kan en se at nøkkelpersoner i kvalitetsstaben ikke har mulighet til å følge opp den stadig økende etterspørselen av undervisning fordi de er for få personer. For å forsøke å løse dette har sykehus A i den senere tid hatt en strategi som innebærer å styrke fagutviklingstillinger på

klinikkene. Denne studien bekrefter at det er et steg i riktig retning så lenge strategien er at kvalitet og sikkerhet er et linjeansvar og et klinikkanliggende. Her kan en stille spørsmål om det kanskje også bør opprettes egne undervisningsstillinger på klinikkene for å bistå behovet for undervisning til ledere og helsepersonell. Denne studien indikerer at belastningen på mellomlederen i begge sykehus vil øke betraktelig hvis mer av undervisningsansvaret blir lagt til klinikkene uten styrking av fag- og undervisningsstillinger på lavere nivå i organisasjonene. I relasjon til tidligere forskning er økt belastning på mellomlederne lite gunstig for kvalitet og sikkerhet uten å bidra til at de har de nødvendige ressursene tilgjengelig (Cignetti, 2008 i Flin, 2010; Vaughn m.fl., 2006; Levey m.fl., 2007). I dette tilfelle er det snakk om undervisnings- og fagutviklingsressurser som eventuelt kan bidra til å redusere belastningen for mellomlederen for å løse dette lokalt.

5.3.5 Inspirasjonsledelse

I Tabell 9 under oppsummeres hovedresultatene av likheter og forskjeller i inspirasjonsledelse.

Inspirasjonsledelse	Sykehus A	Sykehus B
Administrerende direktør forkjemper for kvalitet	Ja	Ja
Fremtidstro	Stor	Stor
Betydning av såkornmidler og kvalitetspriser	Stor	Stor
Rolle og ansvarsavklaring	Tydlig	Tydlig
Empowerment av klinikerne	Lite fokus	Stort fokus
Organisasjonsopplæring og organisasjonsforståelse	Stor oppmerksomhet	Stor oppmerksomhet
Avhengighet av lederens autoritet, myndighet og evne til å "selge" endringer inn i organisasjonen	Liten avhengighet på grunn av felles metodikk i forbedringsprogrammet	Stor avhengighet for å få klinikerne med på lag Kontinuerlig utfordring med å unngå økonomi stempel på kvalitetstiltak.

Tabell 9. Inspirasjonsledelse

Tidligere forskning viser at tillit, lojalitet og rettferdighet er stikkord som er viktige for å få den ansatte motivert til å jobbe for lederen og organisasjonen. Den karismatiske og den transformativ ledelsesteorien appellerer til verdier og idealer hos de ansatte (Bass & Reggio, 2006). Denne studien bekrefter at verdier og idealer har betydning for å få ledergruppen og de ansatte til å jobbe for samme mål og trekke i samme retning. I begge sykehusene beskrives administrerende direktør som en entusiast og en inspirasjon i arbeidet med kvalitet og sikkerhet. Intervjuene fra begge sykehus viser i stor grad at de ansatte på meso nivå deler

topplederens mål og at relasjonen er preget av gjensidig tillit (Schindler & Thomas, 1993). Toppledelsen på sykehus B trekker frem verdier og idealer som viktige inspirasjonsprosesser til arbeidet med kvalitet og sikkerhet, men det i seg selv er ikke nok hvis en ikke har en bottum-up forankring som fungerer. Da kan det virke mot sin hensikt, noe som en kan forstå ut fra den feilslåtte kvalitetsstrategien på 90-tallet som beskrives på sykehus B. Strategien beskrives som feilslått fordi det var for mye top-down styring uten å anerkjenne fagfolkene. Intensjonen, verdiene og idealene var gode, men fagfolkene var ikke på lag. Kvalitet ble et skjellsord i organisasjonen og dette har preget inspirasjonen rundt kvalitetstiltak på sykehus B over lang tid. I dag er dette sykehuset mindre preget av den feilslåtte strategien og mye av årsaken til dette er en bevisst bottum-up strategi fra toppledelsen ved sykehuset. Historien blir likevel levende fortalt på alle nivåer i organisasjonen og er til en viss grad med på å prege ledertilnærmingen i dag. Dette bekrefter at inspirasjonsprosesser er svært viktige for hvordan de ansatte oppfatter ledelsens intensjoner (Bate m.fl., 2008; Flin, 2010; Kunzle, 2008; Irgens 2007).

På sykehus A viser administrerende direktør til en tydelig visjon "*Look to sykehus A*" og verdiene for kvalitet og sikkerhetsarbeid gjenspeiler seg i forbedringsprogrammet. Forankringen, identiteten og stoltheten rundt dette programmet er betydelig og bidrar til inspirasjon hos ledelse, stab og ansatte. I tillegg kan en trekke frem det systematiske arbeidet med organisasjonslæring og forståelse som et ledd i å se helheten i organisasjonen. Dette har gitt lederne mulighet til å få oversikt og det jobbes systematisk med nasjonale kvalitetsindikatorer. Høyt score på nasjonale indikatorer virker til å gi inspirasjon til ledelsen på sykehus A og brukes også i motivasjonsøyemed nedover i organisasjonen. Det kan i tillegg se ut til at forbedringsprogrammets metodikk frigjør tid hos ledere til å jobbe med helhet, organisasjonsutvikling og forståelse isteden for å bruke mye tid på å "selge" inn kvalitetsprosjekter. I sykehus B spiller entusiaster og kvalitetsforkjempere en viktig rolle som inspirasjonskilde. Disse finnes i alle nivåer i organisasjonen. Strategien om å forankre kvalitetsarbeidet til de ulike klinikkene er selve ryggraden i organiseringen, men her ser en at det er en kontinuerlig utfordring for ledelsen å unngå økonomistempel på kvalitetstiltak. Her spiller ledelsens evne til å skape inspirasjon en viktig rolle fordi strategien er avhengig av å få entusiaster med på lag i klinikkene. Dette er et krevende arbeid og bekrefter tidligere forskning som viser at ledelse av helseorganisasjoner er krevende nettopp fordi den trenger fleksible ledere som tåler omstilling godt og har evne til å lede en profesjonsorganisasjon helhetlig og fremtidsrettet (Torjesen m.fl.2011; Mordal, 2009).

På begge sykehus trekkes de regionale såkornmidlene og kvalitetspriser frem som en stor inspirasjonskilde for ledere fordi det gir en unik mulighet til å anerkjenne fagmiljø og ildsjeler i organisasjonene. Her ser man også betydningen av interaksjon med den ytre konteksten i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet (Bate m.fl., 2008) at RHF inspirerer til kvalitets- og sikkerhetsarbeidet på meso og mikronivå i sykehusene.

Et av de store funnene på mikronivå som ser ut til å bidra negativt i forhold til inspirasjon og motivasjon er DRG poeng ordningen. Selv om det på ledernivået jobbes for å unngå en strategisk økonomisk koding av DRG, viser resultatene at det stadig skjer en slik økonomisk koding. Dette kommer tydeligst frem i intervjuene fra kvinneklinikken på sykehus B. Dette baserer seg på gode intensjoner hos de ansatte for å øke inntjeningen til sykehuset. De ansatte på mikronivå beskriver DRG poeng ordningen som frustrerende av to årsaker. Den første er tiden de bruker på selve kodingen og det andre er frustrasjon over at det de som profesjon ønsker er normale fødsler. Det oppleves som en divergens mellom det profesjonen ønsker å ha som øverste mål og det de gjør i det daglige når de leter etter DRG kategorier i pasientbehandlingen for å tjene penger til sykehuset (Aase, Wiig m.fl., 2009). Det er en bekymring på bakgrunn av funn i dette studiet at kommunikasjonen ut til mikronivå ikke ser ut til å ha nådd frem og kan ha betydning for tilliten til ledelsen, motivasjon og inspirasjon hos de ansatte i organisasjonen.

5.2.6 Teknologisk designet ledelse

I Tabell 10 under oppsummeres hovedresultatene av likheter og forskjeller i teknologisk designet ledelse.

Teknologisk designet ledelse	Sykehus A	Sykehus B
Økning antall IT verktøy for dokumentasjon og rapportering siste år	Betydelig	Betydelig
IT verktøy og systemer bidrar til oversikt og helhetsbilde	Ja	Ja
Mulighet for feil i rapporter og uttrekk pga underrapportering og feil bruk av IT verktøy og systemer	Stor	Stor
Oppmerksomhet på bruk av IT verktøy	Helhet som gir mål og retning for hele organisasjonen	Praktisk bruk for den enkelte leder til å holde oversikt over sitt sted
Teknologiske endringer, opplæringsressurser, og krav til dokumentasjon	Betydelig	Betydelig
Fysisk design	En stor bygning	Gamle bygninger og flere hus. Mange ombygginger for å tilfredsstille teknologiske krav, pasientforventning og mer spesialiserte tjenester

Tabell 10. Teknologisk designet ledelse

Funn på begge sykehusene understreker at IT verktøy og systemer bidrar til oversikt og helhetsbilde i organisasjonen (Bate m.fl., 2008). Helhetlig oversikt over styringssystemene er et langsiktig mål i begge organisasjonene og fremstår som en svært viktig ledelsesprosess i forhold til teknologisk ledelse. Denne studien viser at det er store utfordringer med riktig bruk av styrings- og rapporterings- og dokumentasjonsverktøyene i alle nivåer. På mikronivå er utfordringen å få tid til å dokumentere, anvende forskjellige systemer og riktig bruk av systemene. På mesonivå kan en se ringvirkninger i form av bias i rapporter og uttrekk på grunn av underrapportering og feil bruk av systemene. På makronivå kan dette gi et feilaktig bilde av organisasjonen basert på innrapporteringer til nasjonale systemer og score på de nasjonale kvalitetsindikatorerne (Wiig, Harthug m.fl., 2011). På sykehus A har det blitt jobbet for å skape anvendelige systemer som gir helhetlig og systematisert informasjon vedrørende kvalitet og sikkerhet. Den systematiske bruken av data og rapporter direkte knyttet opp mot nasjonale kvalitetsindikatorer har bidratt til at sykehus A scorer best eller blant de beste på disse indikatorene på datainnsamlingstidspunktet. Sykehus B har i større grad jobbet med et system som gir helhet og praktisk bruk for den enkelte leder til å holde oversikt over sitt sted.

I begge sykehusene er det store frustrasjoner vedrørende datasystemene. Frustrasjonene går i stor grad ut på at flere av systemene ikke kommuniserer med hverandre, antall systemer er økende, dobbeltføring på grunn av ulike systemer for ulike faggrupper og at det minsker tiden helsepersonell er hos pasienten. I tillegg er det satt av liten tid til opplæring av de ulike verktøyene. Tidligere forskning har vist at ledelsen evne til å sikre blant annet riktig utstyr til de ansatte bidrar til hvordan de ansattes holdninger til bruken av utstyret blir og har dermed betydning for kvalitet og sikkerhet (Dedobbeleer & Bèland, 1991). Funn i dette studiet indikerer at det foregår stor grad av underrapportering i avvik, dokumentasjon og rapportering. Dette har tydelig sammenheng med antall verktøy ansatte på alle nivå skal forholde seg til, opplæring i de ulike systemene og ikke minst den praktiske nytten systemene oppleves å ha i hverdagen. Her har ledelsen i begge sykehus store utfordringer fremover med å samordne verktøyene slik at blir praktisk anvendbart i et sykehus, skape enhetlige systemer som kommuniserer med hverandre, nok undervisning og støtte til brukerne, ansvarliggjøring av den enkelte arbeidstaker og en jevnlig påminning om viktigheten av å bruke systemene riktig.

Andre ting som er viktig i forhold til teknologiske ledelsesprosesser er det fysiske designet av sykehusene (Bate m.fl., 2008). På begge sykehusene forteller lederne at det er en forstyrrende faktor for kvalitet og sikkerhetsarbeidet at de fysiske forholdene ikke er tilrettelagt for nye teknologiske innretninger. Dette ser vi mest i sykehus B. Sykehus B er et gammelt sykehus med flere bygninger som ikke oppfyller teknologiske- og pasientrettede forventninger. Det pågår stadige ombygninger for å tilfredsstille krav. På fødeavdelingen ved dette sykehuset beskriver de ansatte blant annet for få rom til de fødende og for lang avstand for å transportere for tidlig fødte eller dårlige barn til nyfødtavdelingen som er lokalisert et annet sted. Disse forholdene peker i retning av at fysisk design, arkitektur og prioritering av dette i hverdagen kan ha stor betydning for kvalitet og sikkerhetsarbeidet, men det når ikke alltid opp i prioriteringer mellom drift og investering.

5.3 Ledelse av kvalitet og sikkerhet i lys av den integrerte modellen

Det er flere fordeler med å bruke rammeverket Organizing for Quality basert på Bate m.fl., (2008). Den største og den viktigste fordelen er at rammeverket er et godt utgangspunkt for refleksjon. Hver av utfordringene krever en helhetlig forståelse av hvordan organisasjonen fungerer, hvordan menneskene som arbeider der påvirker den og hvordan kontekstuelle omgivelser og andre ytre faktorer er med på å gi innhold til tjenesten. Gjennomarbeidet gir de seks utfordringene samlet sett et nyansert, konstruktivt og helhetlig bilde av hvordan ledelsesprosesser i organisasjonen fungerer. Gjennom dette bilde gir det meg som forsker en større mulighet til å identifisere hva som er de store utfordringene i organisasjonen og ikke minst løfte frem det som fungerer godt. Ulempene ved rammeverket er at det er komplekst med overordnede kategorier. De seks utfordringene inneholder store spørsmål som ikke bare handler om den enkelte organisasjon, men som involverer allmen menneskelige dimensjoner som for eksempel etikk, prioriteringer og hvordan den enkelte blir møtt, sett og tatt vare på. Andre dimensjoner er politikk, økonomi og forventninger fra arbeidsgiver, samfunn og enkeltmenneske. Det er krevende å gå i dybden på hver av utfordringene og i mitt arbeid har det vært en stor fordel å ha vært en del av et større fagmiljø som har undersøkt de samme organisasjonene. Gjennom fagmiljøet har jeg fått innsikt i like og ulike vinklinger knyttet til min problemstilling og det har bidratt til en så riktig fremstilling som mulig av hvert enkelt sykehus.

I arbeidet med Organizing for Quality rammeverket i Bate m.fl., (2008) kom jeg over et aspekt som i liten grad er reflektert i de seks utfordringene, men som har hatt stor betydning i analysen av begge sykehusene. Dette er historie. Det er helt tydelig at sykehusets historie “sitter i veggene” over lengre tid og dette studiet viser at historie har stor betydning for hvordan ledelsen manøvrerer sitt arbeid innenfor de seks ledelsesprosessene. Dette er mest fremtredende i sykehus B eksempelvis med historien om den feilslåtte kvalitetsstrategien som skjedde på 90-tallet og som også i dag preger organisasjonens ledelses tilnærming til kvalitet- og sikkerhetsarbeidet.

Ledelse er ikke en egen utfordring i det valgte rammeverket. Dette har ikke vært en begrensning i dette studiet. Rammeverket tar høyde for at ledelse er et komplisert og sammensatt fenomen som må angripes helhetlig og integrert gjennom de seks utfordringene (Bate m.fl., 2008). Rammeverket er godt egnet for å undersøke ledelsesprosesser i helseorganisasjoner i Norge selv om det kan være overlapp mellom kategoriene og hvordan man skal tolke ledelsesprosesser eksempelvis politikk eller inspirasjon når man viser til å “selge et budskap” og få organisasjonens medlemmer til å dra i samme retning.

Til slutt kan en spørre seg om resultatene i denne undersøkelsen er avhengig av valg av rammeverk. I en nylig publisert artikkel diskuteres det om valg av teoretiske rammeverk har betydning for å studere kvalitet og sikkerhet i sykehus. Her er det gjort sammenligning av to ulike teoretiske modeller der Organizing for Quality (Bate m.fl., 2008) er en av modellene. Konklusjonen etter sammenligningen er at valg av modell er mindre viktig så lenge viktige aspekt som organisasjons struktur, kompleksitet, lederskap, kultur, makt, mindfulness og læring er representert (Wiig, Aase m.fl., 2012). Dette kan likevel ikke utelukke at om man hadde valgt en annen teoretisk modell og en annen metodisk tilnærming ville fått et annet resultat.

6.0 Konklusjon

Dette kapitlet vil besvare problemstillingen og redegjøre for implikasjoner av denne studien for praksis og videre forskning.

6.1 Ledelsesbetydning for kvalitet- og sikkerhetsarbeid

Gjennom en komparativ case studie av to sykehus i Norge har vi sett at nasjonale krav og regionale styringsdokumenter har en vesentlig innvirkning på hvordan kvalitet og sikkerhet blir gjennomført i helsesystemene. Hvordan de organisatorisk og metodisk løser dette i sykehuset er opp til ledelsen lokalt. Dette krever fleksible ledere som kan lede helheten gjennom å balansere organisatoriske faktorer som for eksempel økonomi, prioritering og endringer opp mot krav til kvalitet og sikkerhet.

De undersøkte case sykehusene er svært ulike i overordnet organisasjonsstruktur, størrelse og i kontekstuelle omgivelser. Resultatene viser at den overordnede organisasjonsstrukturen ser ut til å ha mindre betydning for arbeidet med kvalitet og sikkerhet og faktorer som er viktigst er åpenhet og god dialog mellom ledere og ansatte på alle nivå.

Dette studiet viser at tillit til toppledelsens håndtering av strategi og metode innenfor den valgte organisasjonsstrukturen har stor betydning for hvordan arbeidet med kvalitet og sikkerhet blir ivaretatt på mikronivå (kliniske team). Det kan se ut som om dette har like stor betydning som ildsjeler, indre motivasjon og kunnskap hos de ansatte. Ledelsesprosessene basert på Bate m.fl., 2008 seks universelle utfordringer (struktur, politikk, kultur, utdanning, følelser og fysisk utforming/teknologi) er derfor viktige for kvalitet- og sikkerhetsarbeidet på de to case sykehusene. Dette studiet viser at toppledelsens vekting av de ulike ledelsesprosessene har vesentlig betydning for hvordan ledelsen rolle og bidrag blir i arbeidet med kvalitet og sikkerhet på de to sykehusene. I Tabell 11. er vektingen av ledelsesprosessene opp mot hverandre på de to sykehusene fremstilt:

Vekting av lederprosesser:	Sykehus A	Sykehus B
Strategi (strategisk ledelse)	Stor	Mindre
Politikk (politisk ledelse)	Mindre	Stor
Kultur (verdi – og symbolbasert ledelse)	Stor	Stor
Utdanning (pedagogisk ledelse)	Mindre	Stor
Følelser (inspirasjonsledelse)	Stor	Mindre
Fysisk utforming og teknologi (teknologisk designet ledelse)	Mindre	Mindre

Tabell 11. Vekting av ledelsesprosesser basert på Bate m.fl., (2008).

På sykehus A er hovedvekten av lederprosessene innen strategi, kultur og følelser. Innenfor disse lederprosessene er forbedringsprogrammet, som også er sykehusets kvalitetsstrategi, en sentralt og viktig lederprioritering. Studiet viser hvordan forbedringsmetodikken i dette programmet bidrar til at en top-down ledertilnærming blir inkluderende og engasjerer ledere og ansatte til å dra i samme retning i arbeidet med kvalitet og sikkerhet. Toppledelsesforankring i denne metodikken ser også ut til å bidra med at kvalitetsprosjektene sjelden blir stoppet eller nedprioritert på mikronivå (kliniske team/post). I tillegg viser studiet at metodikken i forbedringsprogrammet er med på å frigjøre tid for lederne til å jobbe med helhet, organisasjonsforståelse og mer konkret opp mot nasjonale kvalitetsindikatorer. Dette bidrar til at de scorer best eller blant de beste i Norge på de utvalgte kvalitetsindikatorer. I innføringen og opprettholdelsen av forbedringsprogrammet bekrefter dette studiet tidligere forskning om at nye metoder og strategier krever en ekstra lederinvolvering. På sykehus A har vi sett dette gjennom ledere med visjoner, engasjement og inspirasjonsegenskaper for å få en hel organisasjon til å jobbe sammen i en felles metodikk. Visjoner og engasjement for kvalitet og sikkerhet hos toppledelsen, samt høyt score på kvalitetsindikatorer virker inspirerende på ledere og ansatte i sykehus A. Det ser ut til å skape identitet til den enkelte ansattes rolle i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet.

Et annet viktig funn ved sykehus A er toppledelsens representasjon i alle råd og utvalg for kvalitet og sikkerhet. Dette ser ut til å bidra til større åpenhet i organisasjonen og en større forståelse for mål og retning i arbeidet med kvalitet og sikkerhet. I tillegg understreker det budskapet om at arbeidet med kvalitet og sikkerhet skal prioriteres like høyt som andre pasient- og driftsrettede oppgaver i sykehuset.

På sykehus B er hovedvekten av lederprosessene innen politikk, kultur og utdanning. Her kommer det tydelig frem at sykehusets historie “sitter i veggene” over lang tid. Sykehuset er fremdeles preget av en feilslått kvalitetsstrategi på 90- tallet der begrepet kvalitet ble et skjellsord i organisasjonen. Toppledelsen håndterer dette nå med en bevisst bottom-up tilnærming for å få klinikerne på lag i arbeidet med kvalitet og sikkerhet. Vektingen av kulturelle ledelsesprosesser ser ut til å bidra til økt tillit til toppledelsens strategi og større engasjement på mikronivå til arbeidet med kvalitet og sikkerhet.

Sykehus B er en mye større organisasjon enn sykehus A og det gir utfordringer i å få til en jevnlig dialog med toppledelsen. Ledelsen har gjennom å etablere klare linjer og spesifikke stillingsbeskrivelser med tydelig ansvar og rolleavklaring gitt gode føringer i arbeidet med kvalitet og sikkerhet. Dialogen går i stor grad gjennom uttrekk og rapporter og det kan se ut som at dette er en forutsetning for å få den flate organisasjonsstrukturen til å fungere. I tillegg har de etablert en stor kvalitetsstab som jobber systematisk med kvalitet og sikkerhet. Dette viser seg blant annet gjennom lederstøtte, undervisning og høyt fokus på rapporter/ uttrekk fra kvalitetssystemer. Den store kvalitetsstaben på sykehus B er også en suksessfaktor i å “selge” budskapet fra mesonivå (organisasjon/toppnivå) til mikronivå. Dette ser ut til å bidra til at kvalitet og sikkerhet er i fokus på alle nivåer i organisasjonen.

Det formelle ansvaret for kvalitet ligger til klinikken og linjeledelsen på begge sykehus. Mellomlederne får derfor en betydelig rolle for arbeidet med kvalitet og sikkerhet på sitt sted. Undervisning i IT verktøy og systemer for kvalitet og sikkerhet er en stadig økende etterspørsel på mikronivå og dette studiet viser bekymring for en økt belastning på mellomlederne på grunn av denne etterspørselen. I tillegg viser studiet at fysisk design, arkitektur og ledelsesprioriteringer mellom drift og investering kan ha stor betydning for kvalitet og sikkerhet i hverdagen for pasientene.

De ulike måtene å organisere kvalitets- og sikkerhetsarbeidet, og den ulike vektingen av ledelsesprosesser viser hvordan ledelse av kvalitet og sikkerhet er kontekstavhengig, personavhengig og avhengig av fleksibilitet og tilpasningsdyktighet.

6.2 Implikasjoner for praksis

Basert på funn i denne masteroppgaven gis det anbefaling til ledere i helseorganisasjoner om å ha eierskap til kravet om kvalitet og sikkerhet som virksomhetens fremste verdi. Toppledelsesforankring er viktig for gjennomføring av kvalitetsstrategi på alle nivåer i en organisasjon.

En overordnet kvalitets- og sikkerhetsstab kan bidra som lederstøtte gjennom å “selge budskapet” inn i organisasjonen for å få alle til å dra i samme retning. I en forlengelse av dette kan det være nyttig å styrke fagutviklings- og undervisningsstab på avdelingsnivå for å bøte på den stadig økende etterspørselen av undervisning i IT systemer og kvalitetsverktøy. Dette kan trolig bidra til å avlaste mellomlederne, redusere stress hos ansatte knyttet til riktig bruk av systemer og frigjøre mer tid til pasientrettede aktiviteter.

Det er en styrke å involvere hele organisasjonen fra topp til bunn gjennom en felles forbedringsmetodikk. Dette kan skape fellesskapsfølelse og entusiasme i arbeidet med kvalitet og sikkerhet. Lederopplæringsprogrammer kan bidra til å bygge et nettverk av ledere som deler lik agenda/metodikk og disse kan videre være med på å skape eller mobilisere ildsjeler og entusiaster ute i klinikkene. I tillegg kan det lønne seg å se på om “*just in time*” opplæring kan bidra til at spennet mellom drift/ økonomi og utdanning/opplæring kan få en bedre balanse.

6.3 Videre forskning

Dette studiet viser ikke hvilket innhold begrepet kvalitet har for den enkelte leder eller ansatt. Intervjuene viser implisitt at begrepet kvalitet kan ha et annet innhold enn det som er beskrevet i definisjonen for denne oppgaven i forhold til hvem som intervjues (toppleder, mellomleder, helsearbeider). Det kunne vært interessant å se på hva begrepet kvalitet inneholder for den enkelte leder og ansatt, og hvilken betydning denne forståelsen har for innholdet i helsetjenestene og på kvalitet og sikkerhetsarbeidet.

I denne studien har man ikke hatt anledning til å følge topplederen i jobben over tid for å se mer tydelig hva de gjør og hvordan de jobber for å omsette sine visjoner og mål til mikronivå. Det finnes relativt få studier av toppledere og basert på denne studien er det behov for mer forskning gjennom ulike metodiske tilnærminger (etnografi, survey) for å få økt kunnskap om hvordan ledelsen jobber med kvalitet og sikkerhet i et longitudinelt forskningsdesign.

Dette studiet viser heller ikke hvilken betydning styret i helseforetakene og arbeidsgiver har i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Men i dag ser vi eksempler på at det er disse personene som blir holdt direkte ansvarlige med store konsekvenser (ref. sak om krav til helseministers avgang) Det hadde vært interessant å studere den samme problemstillingen med fokus på makro nivå og dets innvirkning på kvalitets- og sikkerhetsarbeid på meso og mikro nivå.

Referanseliste

- Aase, K. (red.) (2010). *Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet*. Universitetsforlaget.
- Aase, K., Wiig, S. & Høyland, S. (2009). *Safety first!?! Organizational efficiency trends and their influence on safety*. Safety Science Monitor, vol.13. no 2, 7. http://ssmon.chb.kth.se/vol13/issue2/7_Aase.pdf
- Andersen A. J. (2011). *Ledelsesteorier. Om ledelse skal lede til noe*, Fagbokforlaget.
- Andrews, T. & Vassenden, A. (2007). *Snøballen som ikke ruller. Utvalgsproblemer i kvalitativ forskning*. Sosiologisk tidsskrift, nr. 2, side 151 – 162.
- Barling, J., Loughlin, C. & Kelloway, E.K. (2002). *Development and test of a model linking safetyspecific transformational leadership and occupational safety*. Journal of Applied Psychology, 87, side 488 – 496.
- Bass, B.M. (1985). *Leadership and Performance Beyond Expectations*. New York: Free press.
- Bass, B.M. & Bass, R. (2008). *Bass Handbook of leadership-Theory, Research, & Managerial Applications. Fourth edition*. Free Press. New York.
- Bass, B.M. & Reggio, R.E. (2006) *Transformational leadership*. Erlbaum, Mahwah, N.J.
- Bass, B.M. & Stogdill, R.M. (1990) *Bass and Stogdill's handbook of leadership: theory, research and managerial applications*. Free press. New York.
- Braut, G. S., & Holmbo, J. (2010). *Den norske helsetjenesten – struktur og kultur i et sikkerhetsperspektiv*. I Aase, K. (red.) (2010). *Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet*. Universitetsforlaget.
- Bate, P., Mendel, P., & Roberts, G. (2008). *Organizing for Quality the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*. Radcliffe Publishing Ltd.
- Bryman, A. (1992). *Charisma and leadership in Organizations*. London: Sage.
- Cignetti, C., 2008 I Flin, R. (2010). *Senior managers `safety leadership: identifying the active ingrediens*. Industrial Psychology Research Center University of Aberdeen. Presentasjon holdt på PTIL konferanse “ Leadership and Major accident Risk”, Stavanger, 31. August 2010.
- Dedobbeleer, N., & Be`land, F. (1991). *A safety climate measure for construction sites*. Journal of Safety Research, 22 side 97 – 103.
- Fiedler, F.E. (1967). *A Theory of Leadership Effectiveness*. McGraw- Hill, New York.
- Firth- Cozens, J. (2004). *Organisational trust: the keystone to patient safety*. Qual Saf Health Care, 2004; 13, side 56 -61.

Flin, R. (2010). *Senior managers` safety leadership: identifying the active ingrediens*. Industrial Psychology Research Center University of Aberdeen. Presentasjon holdt på PTIL konferanse “ Leadership and Major accident Risk”, Stavanger, 31. August 2010.

Frankel, A., Grillo, S.P., Pittman, M., Thomas. E.J. m. fl., (2008). Patient safety and medical errors. *Revealing and resolving patient safety defects: The impact of leadership walkrounds on frontline caregiver assessments of patient safety*. Health services research 43:6, side 2050 – 2066.

Glendon, I.A., Clarke, S.G., & Mckenna, E.F. (2006). *Human safety and risk management. Second edition*. Taylor & Francis Group.

Goeschel, C.A., Wachter, R.M. & Pronovost, P.J. (2010). *Responsibility for quality improvement and patient safety. Hospital board and medical staff leadership challenges*. CHEST, 138, 1, side 171 – 177.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nursing education today 24, side 105-112.

Helse 2020 – Kvalitetsstrategi for helseregionen

Helsedirektoratet (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten...og bedre skal det bli! (2005-2015)*.

Herriott R.E., & Firestone, W.A. (1983). *Multisite qualitative policy research: Optimizing description and generalizability*. Educational Researcher, 12, side 14-19.

Hersey, P., & Blanchard, K.H. (1977). *Management of organizational behavior*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Hockey, P.M. & Bates, D.W. (2010). *Physicians` identification of factors associated with quality in high- and low-performing hospitals*. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, vol.36,5, side 217 - 223.

House, R.J. (1977). *A 1976 theory of charismatic leadership*. Working papir series 76-06. Toronto University. Ontario.

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

Irgens, E.J. (2000). *Den dynamiske organisasjon. Ledelse og utvikling i et arbeidsliv i forandring*. Abstrakt forlag AS.

Irgens, E.J. (2007). *Profesjon og organisasjon. Å arbeide som profesjonsutdannet*. Fagbokforlaget.

Jacobsen, D. I. (2008). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Fagbokforlaget.

Janda, K.F. (1960) *Toward the explication of the concept of leadership in terms of the concept of power*. Human relations, Vol. 13, s. 345 – 363.

Kerr, S. & Jermier, J.M. (1978). *Substitutes for leadership: Their meaning and measurement*. Organizational Behavior and Human Performance, 22 side 375 – 403.

- Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson M.S (Red.) *To err is human. Building a safer health system.* Institute of medicine. National academy press. Washington, D.C.
- Kvale, S.(2001). *Det kvalitative forskningsintervju.* Gyldendal Norsk forlag AS.
- Kunnskapssentret. Rapport nr 16. Kvalitetsmåling. (2010). *Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten.*
- Kunzle, B., Kolbe, M., Grote, G. (2010). *Ensuring patient safety through effective leadership behavior: A literature review.* Safety science 48, side 1-17.
- Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Gluck, P. m.fl., (2009). *Transforming healthcare: a safety imperative.* Qual Saf Health Care 2009; 18 side 424 – 428.
- Levey, S., Vaughn, T., Koepke, M., Moore, D. m. fl., (2007). *Hospital leadership and quality improvement: Rhetoric versus reality.* Patient saf, vol. 3, side 9 – 15.
- Lincoln, Y.s., & Guba, E.G. (1985) *Naturalistic inquiry.* Newbury Park, Sage Publications.
- Lov - 2001-06-15-93 Helseforetaksloven
- Lov - 1999-07-02-63 Pasient- og brukerrettighetsloven
- !Lov - 1999-07-02-61 Spesialisthelsetjenesteloven
- Lov-1984-03-30-15 Helsetilsynsloven
- Lov-2011-06-24-30 Helse- og omsorgstjenesteloven
- Mastal, M.F., Joshi, M. & Schulke, K. (2007). *Nursing leadership: Championing quality and patient safety in the boardroom.* Nursing economics, vol. 25, no. 6, side 323 – 330.
- Meld.St.16 (2010-2011) Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015)
- Mordal, E. (2009). *Mange gå – noen står. Hva kjennetegner ledelses- og organisasjonsforståelsen til toppledere som har “overlevd” i helseforetakene etter 2002?* Masteroppgave, Samfunnsendring, organisasjon og ledelse, Høgskolen i Molde.
- Ovretveit, J. (2010). *Improvement leaders: what do they and should they do? A summary of a review of research.* Qual Saf Health Care 2010; 19, side 490 – 492.
- Roach, C.F., & Behling, O. (1984). *Functionalism: Basis for an alternate approach to the studie of leadership.* I Hunt, J. G., Horsking, D.M., Schriesheim, C.A. & Stewart, R. (red.). *Leaders and managers: International perspectives on managerial behavior and leadership.* Pergamon press. New York.
- Roberts, G.B., Anderson, J.E., Burnett, S.J., Aase. K., Boel Andersson-Gare., m.fl. (2011). *A longitudinal, multi-level comparative study of quality and safety in European hospitals: the QUASER study protocol.* BMC Health Service Research 2011, 11: 285.

- Robbins, S.P., Millett, B., Cacioppe, R., & Waters-Marsh, T. (2011). *Organizational Behavior: Leading and Managing in Australia and New Zealand* (3. utgave). French Forest, NSW: Pearson Education Australia.
- Schindler, P.L., & Thomas, C.C. (1993). *The structure of interpersonal trust in the workplace*. Psychological Reports, 73, side 563-573.
- Stogdill, R.M. (1948). *Personal factors associated with leadership: A survey of the literature*. Journal of Psychology, 25, side 35-71.
- Stogdill, R.M. (1974). *Handbook of leadership: A survey of Theory and Research*. The free press, New York.
- Thornquist, E. (2010). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*, Fagbokforlaget.
- Torjesen, D.O., Byrkjeflot, H., & Kjekshus, L.E. (2011). *Ledelse i helseforetakene. En gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus*. I Gammelsæter, H. (red.) m.fl. (2011). *Kunnskap om ledelse – festskrift for Torodd Stand*. Fagbokforlaget.
- Vroom, V.H., & Yetton, P.W. (1973). *Leadership and decision-making*. University of Pittsburg Press, Pittsburg, PA.
- WHO. (2008). Jha, A.K., Praspopa-Plaizier, N., Larizgoitia, I. & Bates, D.W. (2008). *Patient safety research: an overview of the global evidens*. Qual Saf Health Care 2010; 19, side 42- 47.
- 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, side 515-535.
- Wiig, S., Aase, K., Pietikainen, E., Reiman, T. m .fl., (2012). *Studying quality and safety in hospitals by using different theoretical frameworks - does it matter?* In Proceedings of the 11th International Probabilistic Safety Assessment and Management Conference and The Annual European Safety and Reliability Conference, Helsinki, Finland 25–29 June.
- Wiig, S., Harthug, S., von Plessen, C., & Burnett, S. (2011). *Measuring quality and safety in Norwegian health care - time for a change?* I Albolino, S., Bagnare, S., Bellani, T., Llanaza, J., m.fl. (red.). (2011). *Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety 2011 – An alliance between Professionals and Citizens for Patient Safety and Quality of Life*. CRC Press, Taylor & Francis Group, London, UK. Side 151-155.
- Yin, R.K. (2003). *Case study research. Design and Methods*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Yukl, G.A. (1989). *Managerial Leadership: A review of theory and research*. Journal of Management, 15 (2) side 251 – 289.
- Yukl, G.A. (2009). *Leadership in organizations*. Prentice-Hall, Upper Saddle River, New York.

Zacharatos, A., Barling, J., & Iverson, R.D. (2005). *High- performance work systems and occupational safety*. Journal of Applied Psychology, 90, side 77-93.

Zohar, D. (2002). *The effects of leadership dimensions, safety climate, and assigned priorities on minor injuries in work groups*. Journal of Organizational Behavior, 23 side 75-92.

Netthenvising:

1. http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/Ledere/Materiell/_attachment/485?_ts=132c8afafb
2. http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/Helsepersonell/Artikler/_attachment/495?_ts=132d8e92302
3. <http://www.frittsykehusvalg.no/Kvalitet/>
4. www.hib.no/senter/kunnskapsbasert/om/strategi.html
5. http://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett_2012/dokumenter/pdf/hod/hod.pdf

Vedlegg 1 Informasjon til informanter

Vedlegg 2 Samtykkeskjema

Vedlegg 3 Intervjuguide for mesosystemet

Vedlegg 4 Intervjuguide for mikrosystemet

Vedlegg 5 Intervjuguide for fokusgrupper

Vedlegg 6 Observasjonsguide / skygging

Vedlegg 1: Informasjon til informanter

Kvalitet og sikkerhet i europeiske sykehus (QUASER)

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

Hva er hensikten med prosjektet?

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

Hvorfor blir jeg invitert til å delta?

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

På hvilken måte kan jeg bli involvert i prosjektet?

Dersom du ønsker å delta i forskningen innebærer det å dele dine synspunkter på ulike aspekter ved gjeldende praksis i din organisasjon. Du kan bli invitert til å delta på inntil fire ulike måter:

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

Observasjon: Vi vil delta som observatører på relevante møter over en ettårsperiode. Alle notater og data som innsamles, blir anonymisert senest ved prosjektslutt, 31.12.2013. Den enkelte ansatte står fritt til når som helst å be om å ikke lenger bli observert.

Fokusgrupper: Det kan bli avholdt et antall fokusgruppediskusjoner med sykepleiere, leger og annet helsepersonell. Diskusjonene blir ledet av medlemmer i forskningsteamet. Vi vil gjerne ta opp diskusjonene på bånd, slik at vi får en nøyaktig oversikt over hva dere forteller oss. Opptakene blir transkribert og anonymisert senest ved prosjektslutt, 31.12.2013. Opptakene blir slettet etter at de er transkribert, senest ved prosjektslutt, 31.12.2013. Dataene blir deretter analysert av forskningsteamet. Med din tillatelse blir de anonymiserte dataene (data som ikke identifiserer noen av deltakerne) arkivert i opptil tre år etter at prosjektet er fullført, slik at de kan brukes av andre forskere til andre formål. Vi vil be deg om å signere et samtykkeskjema hvor du aksepterer deltakelse i fokusgruppediskusjonen.

”Skygging”: Vi kan også invitere deg til å la en forsker ”skygge” eller følge deg gjennom en arbeidsdag eller et skift. Alle notater og data som innsamles, blir anonymisert senest ved prosjektslutt, 31.12.2013. Den enkelte pasient og ansatte står fritt til når som helst å be om å ikke lenger bli ”skygget”/fulgt av forskeren. Hvis du takker ja til dette, vil vi be deg om å signere et samtykkeskjema hvor du aksepterer å bli ”skygget”.

Får jeg noen fordeler ved å delta?

Du får ingen direkte personlige fordeler ved å delta. Det kan imidlertid bli fordeler for sykehuset ditt, fordi denne studien vil kunne legge grunnlag for fremtidige kvalitetsstrategier og forbedring av kvaliteten på helsetjenesten.

Vil min deltakelse i studien holdes konfidensiell?

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

Har denne studien blitt kontrollert av en etisk komité?

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

Hva skjer med resultatene av forskningsstudien?

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

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

Hvem organiserer og finansierer prosjektet?

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

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

Mer informasjon

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

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Deltakerens ID-nummer for denne studien:

Kvalitet og sikkerhet i europeiske sykehus (QUASER)

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

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

Vennligst signer med initialer i boksen

1. Jeg bekrefter at jeg har lest og forstått informasjonsskrivet av [15. april 2011, versjon 1] for den ovennevnte studien, og har fått mulighet til å stille spørsmål.
2. Jeg forstår at min deltakelse er frivillig og at jeg står fritt til å trekke meg når som helst uten å oppgi noen grunn og uten at mine arbeidsrettigheter eller andre juridiske rettigheter påvirkes.
3. Jeg aksepterer å bli intervjuet av ovennevnte forsker og at intervjuet blir tatt opp på bånd. Jeg forstår at jeg når som helst kan be forskerne om å stoppe.
4. Hvis jeg trekker meg fra studien, blir opplysningene jeg har avgitt anonymisert. Opplysningene kan i anonymisert form likevel benyttes i analyser.
5. Jeg godkjenner at dataene oppbevares i anonymisert form i tre år før de slettes og forstår at all identifiserende informasjon om meg blir fjernet for å beskytte min identitet.
6. Jeg aksepterer å delta i den ovennevnte studien.

Navn på deltaker

Dato

Signatur

Forsker

Dato

Signatu

Vedlegg 3: Intervjuguide for mesosystemet

INTERVJUGUIDE – MESOSYSTEM

Kvalitet og sikkerhet i europeiske sykehus (QUASER)

Finansiert av EU

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

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

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

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

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

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

Innledningsspørsmål

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

1. Historisk kontekst: historien til nå

- a) Hvilke faktorer har i løpet av de siste årene brakt dette sykehuset dit det er i dag når det gjelder kvalitets og kvalitetsforbedring? Kan du fortelle historien om hvordan dette sykehuset kom seg dit det er nå?
- b) Vet du når og hvorfor sykehuset satte i gang med kvalitetsforbedringsaktiviteter? Hvem og hva var drivkreftene bak dette? Hvilke var de første aktivitetene som ble utført, og hva var grunnen til at nettopp disse ble valgt?
- c) Skiller dette sykehuset seg fra andre du har arbeidet i? Noen særegne faktorer? [be om eksempler]

2. Hva skjer nå?

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

3. Hvordan organiseres "kvalitet" her?

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

4. En kvalitetsstrategi?

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

5. Hvordan støtter du helsepersonell?

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

6. Kvalitetsinformasjon og -måling

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

7. Deling av beste praksis

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

- d) Hvor henvender øverste ledelse ved dette sykehuset seg for å lære om kvalitet og kvalitetsforbedring?

8. Ressurser

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

9. Eksternt miljø, større nettverk

- a) Hvilke nasjonale strategier opplever du at støtter/hindrer sykehusets kvalitetsarbeid?
- b) Finnes noen spesielle EU initiativ eller guider som bidrar ifht hvordan dette sykehuset arbeidet med kvalitetsforbedring?
- c) Hvilke nasjonale, regionale eller internasjonale organisasjoner påvirker kvalitetsforbedringsaktiviteter? (eier, tilsyn, akkrediteringsorganisasjoner, profesjonelle organisasjoner)
- d) Brukes guider eller veiledere relatert til kvalitetsforbedring på sykehuset? I så fall, hvilke?
- e) Hvor godt blir kvalitetsforbedringsinitiativ mottatt på sykehuset?
- f) Hvordan vil du beskrive kommunikasjonen og forholdet mellom dette sykehuset og dets viktigste interessenter (Regionale helseforetak, eier) og "kunder" (f.eks. pasienter)?

Den neste fasen i forskningen

Vi ønsker å kunne studere et kvalitetsforbedringsprosjekt som enten nettopp har begynt eller skal til å begynne på i minst to kliniske enheter dette sykehuset – kan du si noe om hvilket dette kan være og hvem det er best å snakke med om dette? Hvorfor tror du dette vil være et

godt eksempel for oss å studere? Vi ønsker å bruke et infeksjonskontrollprosjekt og lurer på om det kan være et passende prosjekt å følge over tid?

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

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

Vedlegg 4: Intervjuguide for mikrosystem

Kvalitet og sikkerhet i Europeiske sykehus (QUASER)

Finansiert av EU

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

Dette prosjektet er finansiert av EU og handler om kvalitet og sikkerhet i helsevesenet. Målsetningen med arbeidet er å kartlegge de viktigste suksessfaktorene og de beste metodene og praksisene for implementering av kvalitetsforbedring i helseorganisasjoner. Dette skal vi gjøre gjennom å studere sykehus i 5 EU-land.

Dette sykehuset er med i studien og gjennom dialog med ledelsen har denne enheten er blitt valgt ut for å delta. Hensikten med intervjuet er at vi skal skaffe oss en bedre forståelse av hvilke faktorer som bestemmer effektiviteten til slike avdelinger/enheter. Vi ønsker å undersøke hva som karakteriserer avdelingen/enheten, finne ut mer om dens indre mekanismer, og hva slags normer, verdier og kultur som råder i den. Svarene dine blir ikke delt med noen utenfor forskningsteamet eller med andre av sykehusets ansatte. En kopi av den endelige rapporten blir gjort tilgjengelig for organisasjonen og alle deltakerne.

Når vi snakker om kvalitet mener vi både klinisk effektivitet, pasientsikkerhet og pasienterfaringer. Vi ønsker at du gjerne kommer inn på disse undervegs og vi kommer til å spørre om du har noen eksempler på de ulike aspektene.

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

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

Oppvarmingsspørsmål

- Hvor lenge har du jobbet i denne enheten?
- Hva er din rolle her?
- Hva anser du som ditt ansvar og din rolle ifht kvalitet og kvalitetsforbedring? (klinisk effektivitet, pasientsikkerhet, pasientopplevelse osv.)

A) Hvordan er det å jobbe i denne enheten?

- Hvordan er det sammenlignet med andre steder du har jobbet?
- Hva setter du mest pris på med denne enheten og personalet?
- Er det noe som bidrar til å gi den det "lille ekstra" når det gjelder kvalitet?

- Har det vært noen kritiske hendelser i denne enhetens historie som har ført til en stor endring i måten dere tilbyr helsetjenesten?
- Kan du gi meg noen eksempler på spesifikke prosjekter som er avholdt for å forbedre klinisk effektivitet, pasientsikkerhet, pasienterfaringer?)
- Hva har vært denne enhetens største suksesshistorie når det gjelder forbedring av tjenesten? Kan du fortelle om noen prosjekter eller samarbeid som overgikk alle forventninger?
- Hva er hovedutfordringene eller barrierene ved å utføre jobben her?
- Hva er det minst tilfredsstillende aspektet ved å arbeide her?

B) Teamarbeid/kultur/lederrelasjoner/mesosystem

1. Teamarbeid

- Hvor mye jobber teammedlemmene tett sammen?
- I hvilken grad støtter og respekterer de hverandre?
- På hvilke måter støtter man hverandre?
- Hvor mye tverrfaglig arbeid og gjensidig avhengighet er det mellom teammedlemmene?

2. Kultur

- Hvordan er "atmosfæren" i denne enheten?
- Snakker dine kollegaer åpent om feil/uønskede hendelser?
- Tar dere opp disse bekymringene med ledelsen?
- Blir uønskede hendelser ansett som uunngåelige? Er det en kultur for bebreidelser?
- Hvordan blir uønskede hendelser vanligvis håndtert?
- Hvordan blir ansattes bekymringer om kvalitet og pasientsikkerhet hørt av ledelsen?
 - Blir disse brukt på en konstruktiv måte for å forbedre kvaliteten?
- Hva slags type personer mener du vil være best egnet for å arbeide ved denne enheten?

3. Relasjoner/samarbeid

- Finnes det nøkkelpersoner utenfor din enhet eller utenfor sykehuset som du samarbeider med?
- Er du eller enheten din en del av et bredere kvalitetsnettverk eller i samarbeid med andre organisasjoner? Hvis ja, hvor verdifull er denne prosessen i forhold til kvalitetsforbedring der du jobber?

4. Ledelse

- Hvordan utøves ledelsesfunksjoner i din enhet?
- På hvilke måter bidrar ledelsen i forhold til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i enheten?
- I hvilken grad skaper ledelsen en atmosfære der ansatte kan snakke fritt og åpent om kvalitet og pasientsikkerhet?

5. Kvalitetsguider

- Brukes noen form for guider eller veiledninger for å forbedre kvalitet?
 - I så tilfelle, hvilke? Hvordan blir disse vurdert av ansatte?
- Hvilke nasjonale, regionale eller internasjonale organisasjoner påvirker aktiviteter knyttet til kvalitetsforbedring i din enhet?
- Kjenner du til om sykehuset har en overordnet kvalitetsforbedringsstrategi?
 - Hvordan ser ansatte på den?

6. Kvalitet og kvalitetsforbedring

- Hvordan vurderer du sykehuset når det gjelder kvalitet og kvalitetsforbedring sammenlignet med andre sykehus?
- Bruker ansatte på enheten spesielle metoder eller verktøy for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet?
 - Hvordan tenker ansatte over effektiviteten av ulike metoder og verktøy for å bedre kvalitet og sikkerhet?
- Kan du peke på noen konkrete forbedringsresultater knyttet til kvalitet?
 - Hvordan målte dere forbedringen?
- Bruker denne enheten tilbakemelding fra ansatte og pasienter for å forbedre kvaliteten?
- Hvordan samarbeider helsepersonell og ledere om å forbedre kvaliteten?
- Samsvarer din definisjon av vellykket drift og kvalitetsforbedring med definisjonen sykehusets toppledelse eller personer i andre enheter har av dette?

7. Informasjon/informasjonsteknologi

- Hvilke informasjons- og IT-systemer har dere her?
- På hvilken måte bruker dere disse systemene til å måle kvalitet?
- På hvilke måter støtter eller hindrer IT arbeidet i enheten?
- Har dere hatt problemer med tilgang til informasjon og IT-utstyr? Hvilke?
- Hvem administrerer IT-tjenestene i enheten eller på sykehuset?
 - Hvor støttende har de vært i forhold til deres kvalitetsforbedringsinnsats?

8. Siste spørsmål

- Hva tror du er nøkkelfaktorene til deres suksess og den viktigste lærdommen for andre som har lyst til å gjenta det dere har gjort?
- Er det noe annet som du føler vi har glemt, eller du vil legge til?

QUASER mikro-system fokusgruppe diskusjonsguide

Kvalitet og sikkerhet i europeiske sykehus

INTRODUKSJON: Som gjennomgås av forsker eller fasilitator:

Takk for at dere tok dere tid til å delta i dette forskningsprosjektet.

Dette prosjektet er finansiert av EU og handler om kvalitet og sikkerhet i helsevesenet. Målsetningen med arbeidet er å kartlegge de viktigste suksessfaktorene og de beste metodene og praksisene for implementering av kvalitetsforbedring i helseorganisasjoner. Dette skal vi gjøre gjennom å studere sykehus i 5 EU-land. Hensikten med fokusgruppe intervjuet er at vi skal skaffe oss en bedre forståelse av hvilke faktorer som bestemmer effektiviteten til slike avdelinger/enheter. Vi ønsker å undersøke hva som karakteriserer deres avdeling/enhet, finne ut mer om dens indre mekanismer, og hva slags normer, verdier og kultur som råder i den. Når vi snakker om kvalitet mener vi både klinisk effektivitet, pasientsikkerhet og pasienterfaringer. Vi ønsker at dere gjerne kommer inn på disse undervegs og vi kommer til å spørre om dere har noen eksempler på de ulike aspektene.

Vi ønsker å ta opp diskusjonen på lydbånd slik at vi får et korrekt bilde av hva dere forteller oss. Båndopptaket vil bli transkribert og anonymisert. Bakgrunnsopplysninger vil grovkategoriseres under transkripsjon. Lydfilene vil bli slettet etter at de er transkribert. Datamaterialet vil deretter bli analysert av vårt forskningsteam. Alle data blir behandlet konfidensielt. Fokusgruppeintervju er en del av datainnsamlingen. Andre metoder som benyttes i studien er semi-strukturerte individuelle intervju, "skygging" av ansatte i avdelingen, observasjon i møter. I tillegg følger et kvalitetsforbedringsprosjekt over tid.

Med deres tillatelse blir de anonymiserte dataene (data som ikke identifiserer noen av deltakerne) arkivert i opptil tre år etter at prosjektet er fullført, slik at de kan brukes av andre forskere til andre formål. Alle notater og data som innsamles blir anonymisert og lydfiler slettes senest ved prosjektslutt, 31.12.2013. Vi vil be dere om å signere et samtykkeskjema hvor dere aksepterer deltakelse i fokusgruppeintervjuet. Svarene deres blir ikke delt med noen utenfor forskningsteamet eller med andre av sykehusets ansatte. Det er frivillig å delta i studien og dere kan trekke dere når som helst, også i etterkant av intervjuet. Det vil ikke få konsekvenser for deres forhold til arbeidsgiver om dere ikke ønsker å delta eller om dere vil trekke dere på et senere tidspunkt. En kopi av den endelige rapporten blir gjort tilgjengelig for organisasjonen og alle deltakerne.

Prosjektleder for studien i Norge er professor Karina Aase, Universitetet i Stavanger. E-post: karina.aase@uis.no, tlf: 51831534

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

Oppvarmingsspørsmål

Kan hver av dere si 1) beskrive rolle og ansvar i enheten og 3) si hvor lenge dere har jobbet ved enheten?

Spørsmål til gruppediskusjonen

1. Hva er det med denne enheten og de ansatte og tjenesten som tilbys her som dere setter mest pris på? Hva er det som bidrar til at den skiller seg ut i forhold til kvalitet?
2. Kan dere gi oss noen eksempler på konkrete prosjekter som er gjennomført for å forbedre klinisk effektivitet, pasientsikkerhet, pasienterfaringer? Hva har vært denne enhetens største suksesshistorie når det gjelder endring/tjenesteforbedring? Kan dere fortelle om noen prosjekter eller samarbeid som overgikk alle forventninger? Hva skjedde og hvorfor fungerte det så bra? Eventuelt for et prosjekt som ikke gikk så bra.
3. Hvor mye jobber teammedlemmene tett sammen, i hvilken grad støtter og respekterer de hverandre, og på hvilke måter? I hvilken grad vil dere si at det er tverrfaglig samarbeid mellom leger, sykepleiere, hjelpepleier etc?
4. Hvordan er "atmosfæren" i denne enheten? Er det noe spesielt her som har en veldig positiv eller negativ innvirkning på ansatte ved denne enheten for øyeblikket? (kultur for bebreidelse/klikker/hemmeligheter)
5. Hvordan blir pasienter involvert i arbeidet med å forbedre kvalitet ved denne enheten? Hvordan engasjerer den enkelte helsearbeider eller enheten seg i pasienter og bruker pasienters erfaringer til å forbedre ting her?
6. I hvilken grad skaper ledelsen en atmosfære der ansatte kan snakke fritt og åpent om kvalitet og pasientsikkerhet?

7. Hva slags støtte får dere (om noen) fra personer utenfor enheten, men innefor sykehuset, som utgjør en reell forskjell i kvalitetsforbedringsarbeidet?
8. Brukes noen form for verktøy, guider eller veiledninger for å forbedre klinisk effektivitet, pasientsikkerhet eller pasienterfaringer ved denne enheten? I så tilfelle, hvilke (guidelines, sjekklister, protokoller etc)? Hvordan blir disse ansett/vurdert av personalet? (vurderes det ulikt mellom grupper av personal). Brukes disse jevnlig og bredt i organisasjonen?
9. Hvordan vurderer dere dette sykehuset mer generelt når det gjelder kvalitet og kvalitetsforbedring sammenlignet med andre tilsvarende sykehus?
10. Hvilke informasjons-/informasjonsteknologisystemer har dere her? På hvilken måte bruker dere disse systemene til å måle klinisk effektivitet, pasientsikkerhet og pasientopplevelse?
11. Vi har lyst til å avslutte med å spørre dere om hva dere mener skal til for å reprodusere det dere gjør her på enheten? Hva tror dere er nøkkelfaktorene til deres suksess (eller mangel på suksess) – og den viktigste lærdommen for andre?
Er det noe annet som dere føler vi har glemt, eller som dere vil legge til?

AVSLUTNING: leses av forsker eller fasilitator

“Vi vil gjerne få takke dere så mye for at dere tok dere tid og var villige til å dele deres kunnskap og erfaringer med oss i dag. Vi vil ta med deres innspill i våre data for å beskrive hvordan pasientbehandling kan bli forbedret i organisasjoner i helsevesenet”.

Vedlegg 6: Observasjonsguide/skygging

QUASER OBSERVASJONSGUIDE

Introduksjon

I møtet med helseansatte som vi får avtaler om "skygging" med er det viktig at vi forklarer hensikten med "skyggingen". Dvs at vi ønsker å følge den ansatte i deres daglige arbeidsoppgaver slik at dette i minst mulig grad skal hemme den ansatte i å gjøre jobben sin. Vi ønsker å få innsikt i daglig praksis i mikrosystemene for om mulig å fange opp temaer som ikke blir dekket i intervjuer og samtaler. Før skyggingen starter er det fint om den ansatte kan gi oss en kort innføring i de arbeidsoppgaver som planlegges gjennomført de neste timene. Det er også fint om man etter "skyggingen" tar en liten oppsummering der den ansatte kan få klargjøre om det var spesielle forhold som oppstod etc.

Temaene som er listet nedenfor er i brede og i all hovedsak innrettet mot kvalitetsforbedringsarbeid. Det er viktig å tenke spesifikt i "skyggingen" og ta fatt i konkrete forhold som beskriver forholdene i mikrosystemet. Det er bedre å fokusere på noe få forhold i skyggingen enn å prøve å dekke alle forholdene nedenfor.

Tema

Tema som er sentrale å fokusere på i observasjoner av møter og i forbindelse med "skygging" av ansatte er:

- Strukturer/planer ansatte jobber med
- Maktforhold/relasjoner som viser seg i samhandling i kvalitetsforbedringsarbeidet
- Delt(e) forståelse/verdier/atferd i kvalitetsforbedringsarbeidet
- Samhandling mellom profesjoner, ledelse knyttet til kvalitetsforbedringsarbeidet
- Kursing/opplæring som relaterer seg til kvalitetsforbedring
- Entusiasme/motivasjon i det daglige kvalitetsforbedringsarbeidet
- Barrierer og forbedringsmuligheter i kvalitetsforbedringsarbeidet
- IT – tilgjengelighet og bruk i kvalitetsforbedringsarbeidet
- Læringsaktiviteter – arenaer og aktiviteter der det jobbes med kvalitetsforbedring
- Bærekraftighet av kvalitetsforbedringsarbeidet
- Organisasjonsnivåer og samhandling og kommunikasjon på tvers av nivåer
- Tidsfaktorer og stresserelementer i organisasjonen knyttet til kvalitetsforbedring

Rapportering

I etterkant av observasjonen skrives det en oppsummering på ca 0,5 -2 sider. Oppsummeringen oversendes til Siri, som samler alle disse feltnotatene til bruk i videre analyser.