

**Avdelingslederens erfaringer med kontinuerlig
kvalitetsforbedringsarbeid i somatiske enheter i
spesialisthelsetjenesten.**



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i Helsevitenskap

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student: Anne Karin Halås

Veileder: Sissel Iren Eikeland Husebø

31.05.19

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på to spennende og lærerike år. Det har også vært to utfordrende år, der jeg skulle håndtere studie, familie og arbeid på samme tid. Takk til leder som har vist stor forståelse og vilje til å tilrettelegge for at jeg kunne få gjennomført dette studiet.

Arbeidet med denne oppgaven har til tider vært litt i overkant mye, men med god støtte, tålmodig forståelse og oppmuntring fra familie har jeg kommet meg igjennom.

Det har vært en spennende læringsprosess, og arbeidet med oppgaven har gitt meg inspirasjon til å arbeide videre med kvalitetsforbedring. I løpet av denne tiden har jeg også møtt livets gleder og sorger, noe som til tider har satt sitt preg på arbeidsevnen. Jeg har erfart at møtet med helsepersonell i livets opp- og nedturer kan ha ulik kvalitet, og erfart hva det betyr å møte et helsevesen der kvalitet har fokus.

En stor takk rettes til de seks informantene som tok seg tid til å stille opp og bli intervjuet. Det var seks flotte samtaler med engasjerte og positive ledere som delte villig av sine erfaringer med kvalitetsforbedringsarbeidet. Disse samtalene var inspirerende, og uten dem ville ikke denne oppgaven vært mulig å skrive.

Takk til veileder som har gitt meg gode innspill til arbeidet med oppgaven.

Stavanger 3.05.2019

Anne Karin Halås

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	6
Abstract	7
1.0. Innledning	9
1.1. Oppgavens oppbygging	9
1.2. Bakgrunn for valg av tema	9
1.3. Studiens formål og problemstilling	11
2.0. Teoretisk fundament og tidligere forskning	12
2.1. Kvalitet, pasientsikkerhet og forsvarlighet	12
2.2. Kvalitetsforbedring	14
2.3. Kvalitetsforbedring som begrep i nasjonale føringer	15
2.4. Ledelse i spesialisthelsetjenesten	18
2.5. Forskning knyttet til ledelse i spesialisthelsetjenesten	20
2.6. Forskning om ledelse i kvalitetsforbedringsarbeidet	21
2.7. Ledelsesverktøy i kvalitetsforbedringsarbeidet	25
3.0. Metode	28
3.1. Litteratursøk	28
3.2. Metodisk tilnærming og design	28
3.3. Utvalg og rekruttering av informanter	29
3.4. Innsamling av data	30
3.5. Transkripsjon og analyse	33
3.5.1. Transkribering	33
3.5.2. Valg av analysemetode	33
3.6. Metodisk refleksjon	36
3.7. Forskningsetiske vurderinger	39
4.0. Funn	41
4.1. Oppfatninger av kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid	41
4.1.1. Et overordnet bilde av kvalitetsforbedringsarbeidet	42

4.1.2. Kvalitetsforbedringsarbeid handler om at tjenesten skal være trygg og sikker	44
4.1.3. Kvalitetsforbedringsarbeid handler om pasientinvolvering	45
4.1.4. Kvalitetsforbedringsarbeid handler om samhandling og kontinuitet i pasientarbeidet	46
4.1.5. Kvalitetsforbedringsarbeid handler om ressursutnyttelse	47
4.2. Avdelingsleders oppfatninger av faktorer som påvirker kvalitetsforbedringsarbeidet	47
4.2.1. Opplevd nytte av overordnede kvalitetsforbedringstiltak	48
4.2.2. Opplevd nytte av ulike verktøy og tiltak	49
4.2.3. Kvalitetsforbedringsarbeid er avhengig av riktige og nok Ressurser	51
4.2.4. Fokus på økonomi påvirker kvalitetsforbedringsarbeidet	53
4.2.5. Medarbeidernes innflytelse på kvalitetsforbedringsarbeidet	53
4.2.6. Avdelingsleders rolle og funksjon påvirker kvalitetsforbedringsarbeidet	55
4.2.7. Avdelingsledere er avhengige av støttespillere rundt seg i arbeidet med kvalitetsforbedring	56
4.3. Leders erfaring med forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring	57
4.4. Oppsummering.	58
5 .0. Diskusjon	59
5.1. Avdelingsledernes oppfatning av arbeidet med kvalitetsforbedring	59
5.2. Avdelingsledernes oppfatning av hvilke faktorer som påvirker kvalitetsforbedringsarbeidet	63
5.3. Avdelingsledernes oppfatning av verdikonflikter i arbeidet med kvalitetsforbedring	71

5.4. Avdelingsledernes erfaring med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring	72
6.0. Konklusjon	73
6.1. Implikasjoner for praksis og videre forskning	75
Referanser	76
Vedlegg 1. Meldeskjema til personvernombud	
Vedlegg 3. Svar fra personvernombud	
Vedlegg 3. Svar fra forskningsavdeling	
Vedlegg 4. Godkjenning av prosjektplan for masteroppgave	
Vedlegg 5. Informasjonsskriv med samtykkeskjema	
Vedlegg 6. Informasjonsskriv til klinikkjefene	
Vedlegg 7. Informasjonsskriv til avdelingssykepleierne	
Vedlegg 8. Intervjuguide	
Vedlegg 9. Analyseprosessen- oversikt over hovedkategorier, kategorier og subkategorier	
Vedlegg 10. Oversikt over analyseprosessen for hovedkategori nr. 3	

Sammendrag

Offentlige rapporter har konkludert med at det er mangler i helsevesenet med tanke på ledelse av kvalitetsforbedringsprosesser. «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring for helse- og omsorgstjenesten» fra 2017, formidler tydelig det ansvaret som ledelsen i en virksomhet har for at det etableres og gjennomføres systematisk og kontinuerlig kvalitetsarbeid. Avdelingslederen som mellomleder er viktig i arbeidet med å utvikle og implementere strategier i organisasjonen. Det er få studier som undersøker det arbeidet som mellomledere gjør relatert til kvalitet og pasientsikkerhet.

Formålet for studien var å beskrive avdelingslederens erfaringer med kvalitetsforbedringsarbeidet, hvilke oppfatninger de hadde om faktorer som påvirket kvalitetsforbedringsarbeidet, deres opplevelser av eventuelle verdikonflikter i forbedringsarbeidet, samt deres erfaring med kvalitetsforskriften.

Datamaterialet baserte seg på seks semistrukturerte intervjuer med avdelingsledere ved somatiske enheter ved et sykehus i Sør Norge, og ble analysert ved hjelp av induktiv, kvalitativ innholdsanalyse.

Hovedfunnene i studien var at avdelingslederne oppfattet kvalitetsforbedringsarbeidet som et omfattende, komplekst og kontinuerlig arbeid. De hadde erfart at dette arbeidet omfattet både det konkrete pasientsikkerhetsarbeidet, så vel som det organisatoriske arbeidet, der en viktig del var personalarbeid. Følgende fire hovedfaktorer påvirket i hvor stor grad de opplevde å lykkes med forbedringsarbeidet: Organisasjonens fokus på økonomi og tilgang på ressurser, medarbeidernes engasjement, motivasjon og arbeidsmiljø, avdelingsleders rolle og funksjon, og at kvalitetsforbedringsprosjektene måtte oppleves som nyttige og være tilpasset den enkelte avdeling for å bli prioritert. Økonomi og kvalitet kunne oppfattes som motstridende verdier. Avdelingslederne hadde liten eller ingen kjennskap til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, og den ble ikke ansett å være implementert i de aktuelle avdelingene.

Avdelingsleders arbeidshverdag så ut til å være kompleks med et omfattende kvalitetsforbedringsarbeid, der de var avhengige av motiverte og engasjerte medarbeidere for å lykkes. Avdelingslederne karakteriserte seg selv som åpne, rause, ærlige og opptatt av å bygge tillit. De var opptatt av å se medarbeiderne, og omtalte seg selv som tilretteleggere og motivatorer for kvalitetsforbedringsarbeid. Deres oppfatning av mangel på ressurser og fokus på økonomi som en hemmende faktor for

å gjennomføre forbedringsarbeid, retter søkelyset på om avdelingsleder har tilstrekkelig ressurser og støtte til dette arbeidet. Det bør være et mål at Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring implementeres i organisasjonen.

Abstract

Title: Ward managers experiences with continual quality improvement work in somatic units in hospital.

Public reports has concluded that there are faults in the healthcare system in regards to the management of quality improvement processes. The «Regulation on management and quality improvement within the health and care services» that was implemented in 2017, clearly conveys the responsibility of the management to establish and implement systematic and continuous quality improvement work. The ward manager, as a middle manager, is important in the work of developing and implementing strategies within the organisation. There are few studies which examines the work middle managers do related to quality and patient safety.

The aim of this study was to describe ward managers experiences with quality improvement work, which perceptions they had about factors that affected the work of quality improvement, and their knowledge of the “Regulation on management and quality improvement...”

The collected data were based on six semi structured interviews with ward managers from somatic units in a hospital in the south of Norway. The interviews were analysed using inductive, qualitative content analysis.

The main findings in this study were that the ward managers perceived the quality improvement work as a comprehensive, complex and continuous work. They had experienced that this work is comprised of both the concrete work with patient safety as well as the organizational work, where one important aspect was the HR management. Four factors affected how they experienced the degree of success in the quality improvement work: The hospital’s focus on economy and access to resources, the employee commitment, motivation and work environment, the role and function of the ward manager, and that the projects within quality improvement had to be experienced as useful and adapted to every single ward in order to be prioritized. Economy and quality could be perceived as conflicting values. The ward managers

had little to no knowledge of the “Regulation on management and quality improvement ...», and the regulation was considered as not implemented in the wards examined.

The ward managers daily work seemed to be complex with extensive quality improvement work, relying on motivated and committed employees to succeed. The ward managers characterized themselves as open, generous, honest and keen to build trust. They focused on the employees, and referred to themselves as facilitators and motivators for quality improvement work. Their perception of lack of resources and focus on economics as an inhibitory factor in carrying out improvement work, sheds light on whether ward managers have sufficient resources and support for this work. It should be an objective that the Regulation on management and quality improvement is implemented in the organization.

1.0. Innledning.

1.1. Oppgavens oppbygging

Oppgavens innledning vil inneholde bakgrunn for valg av tema, samt studiens formål og problemstilling. I kapittel 2, som er oppgavens teoridel, vil det teoretiske rammeverket som oppgaven bygger på bli presentert. Videre i oppgavens kapittel 3, vil oppgavens metode bli presentert, og oppgavens metode bli reflektert over. I kapittel 4, vil resultatet av analysen av intervjuene bli presentert i form av funn. Kapittel 5 inneholder oppgavens, diskusjonsdel, før oppgaven avsluttes med konklusjon og implikasjoner for praksis og videre forskning.

1.2. Bakgrunn for valg av tema.

Helsetjenesten i Norge har høy kvalitet sammenlignet med mange andre land i verden. Likevel kan helsetjenesten ha mangler og svikt, og myndighetene benytter seg av ulike virkemidler for å legge til rette for bedre kvalitet i tjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 10). Kvalitetsforbedring er en lovpålagt oppgave i helsetjenestene, og i spesialisthelsetjenesten er oppgaven hjemlet i Lov om spesialisthelsetjenesten (1999). Lovens formål er blant annet å sikre kvalitet på tjenestetilbudet. Spesialisthelsetjenesten har en plikt til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og er forpliktet til å ha et kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

I 2017 kom Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a). Formålet med denne forskriften er å bidra til faglig forsvarlighet i helse- og omsorgstjenesten, samt kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og utdyper plikten til kvalitetsforbedring som er nevnt ovenfor. Denne forskriften er videre omtalt som Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Det er overordnede leder for virksomheten som skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens tjenester slik at den er i tråd med denne forskriften, men alle medarbeiderne i virksomheten skal medvirke til dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a).

Jeg finner ingen studie som omhandler implementering av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, men i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 (Helsedirektoratet, 2018), formidles det at

implementering av ulike verktøy for ledelse av kvalitetsforbedring, deriblant et verktøy for å implementere den ovennevnte forskriften, bør gjennomføres.

Ledelsen har ikke bare en plikt til å gjennomføre kvalitetsforbedringstiltak, men det er en nødvendighet. Det finnes flere forskningsartikler som konkluderer med at dårlig kvalitet og sikkerhetsutførelse har sammenheng med fravær av ledelse, og at det er en sammenheng mellom leders tidsbruk, engasjement og arbeid, og kvalitet i helseinstitusjoner (Ovretveit, 2010; Parand, Dopson, Renz & Vincent, 2014; Sanner, Halford, Vengberg & Röing, 2018).

En mellomleder kan defineres som den som binder sammen organisasjonens strategiske og operasjonelle nivå (Hope, 2015, s. 17). Dersom alle medarbeiderne i en organisasjon skal medvirke i kvalitetsforbedringsarbeidet, blir da mellomlederen en viktig brikke. Forskning viser at mellomledere kan oppleve en verdikonflikt mellom effektivitet og kvalitet og kjenne på en utfordrende dobbeltrolle mellom seniorledelsen og frontlinjen (Dainty & Sinclair, 2017; Orvik, Vågen, Axelsson & Axelsson, 2015).

I en kronikk i avisen Nordlys skriver Solstad og Pettersen (2016), at toppledere i helsevesenet ikke alltid forstår de faresignaler som formidles av de ansatte. Mellomledere representerer på den ene siden en økonomisk styringsfilosofi der fokus er på kostnadseffektivitet og prestasjonsmål, på den andre siden skal de ivareta nærheten til den kliniske hverdagen. De kan dermed oppleve en målkonflikt. Arbeidsbelastningen for ansatte kan bli for stor i forhold til kravene, og når en sikkerhetsgrense brytes kan uønskede hendelser inntreffe (Solstad & Pettersen, 2016). Mellomledere blir da en viktig formidler av budskap begge veier. På denne måten er mellomlederen en viktig brikke i implementeringsarbeid og endringsledelse (Hope, 2015, s. 26).

I den Canadiske studien av Dainty og Sinclair (2017), presiseres det også at det er få studier som undersøker det arbeidet som mellomledere gjør relatert til kvalitet og sikkerhet. Artikkelen konkluderer med at fokus bør rettes mot mellomledere som arbeider der kvalitetsarbeidet blir utført.

1.3. Studiens formål og problemstilling.

Formålet med masterstudien er å belyse avdelingsleders erfaringer med kvalitetsforbedringsarbeidet. Det er ønskelig å beskrive deres erfaringer knyttet til hva som kan oppleves som verdikonflikter i arbeidet med kvalitetsforbedring, samt erfaringer knyttet til den rollen som avdelingsleder innehar. Studien ønsker også å beskrive hvordan mellomledere opplever støtten fra leder på nivå over i organisasjonen, og hvilke faktorer de opplever som hemmende og fremmende. Det er ønskelig å se på hvilke erfaringer de har knyttet til Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring.

Videre i denne oppgaven vil mellomleder bli betegnet synonymt med avdelingsleder der det er naturlig.

Min problemstilling er da som følger:

Hvilke erfaringer har avdelingsledere i somatiske enheter i spesialisthelsetjenesten med kontinuerlig kvalitetsforbedring?

Forskningsspørsmål som ønskes svar på er;

1. Hvordan oppfatter avdelingsledere arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring?
2. Hvilke oppfatninger har avdelingsledere om faktorer som kan påvirke arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring?
3. Hvilke oppfatninger har avdelingsledere om eventuelle verdikonflikter i sitt arbeid med kvalitetsforbedring?
4. Hvilke erfaringer har avdelingslederen med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring ?

2.0. Teoretisk fundament og tidligere forskning.

I dette kapitlet vil det redegjøres for hvordan kvalitetsbegrepet og kvalitetsforbedringsbegrepet er omtalt og forklart i nasjonale føringer, samtidig som sentrale begreper i studiens problemstilling defineres. Deretter vil teori og forskning som oppgaven bygger på bli presentert.

2.1. Kvalitet, pasientsikkerhet og forsvarlighet.

I denne oppgaven er det valgt å trekke frem to ulike definisjoner på kvalitet i helsetjenesten. Den ene omtales i den nasjonale strategien «og bedre skal det bli» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005), og den andre er hentet fra Vincent (2010).

Helsevesenet er et komplekst, og tilpasningsdyktig system som hele tiden er i forandring, og preges hele tiden av effektiviseringer og nye teknologiske krav (Bergerød & Wiig, 2015, s. 114; Braithwaite, 2018). Myndighetene publiserer kontinuerlig strategier og rapporter for å sikre et fokus på kvalitetsforbedring i dette komplekse systemet. I den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring «...og bedre skal det bli» (2005), defineres kvalitet som følgende:

«Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav». (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 11).

I denne strategien har de valgt å gi kvalitetsbegrepet og dets iboende egenskaper et mer konkret innhold. God kvalitet skal innebære at tjenestene er;

- 1) Virkningsfulle.
- 2) Trygge og sikre.
- 3) Involverer brukere og gir dem innflytelse.
- 4) Samordnet og preget av kontinuitet.
- 5) Utnytter ressursene på en god måte.
- 6) Tilgjengelige og rettferdig fordelt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 12).

Denne definisjonen inneholder de samme områdene for kvalitetsforbedring som Verdens Helse Organisasjon (WHO) har i sin strategi for kvalitetsforbedring (Bengoa

et al., 2006, s. 9-10), og man finner den igjen i flere av de nasjonale strategiene og rapportene i senere tid.

Kvalitet, pasientsikkerhet og forsvarlighet i helsetjenesten, er tre begreper som er nært knyttet sammen og som kan defineres på ulike måter. For å skape en sammenheng mellom dem, har jeg valgt å trekke frem kvalitetsbegrepet slik det presenteres av Charles Vincent (2010):

«quality of care is defined as the proportion of potential health gain actually delivered by healthcare organization for its set of patients» (Vincent, 2010, s. 34)

Kvaliteten på tjenesten kan ifølge denne definisjonen, være den helsegevinst som faktisk leveres til pasienten. Kvaliteten, reflekterer dermed det gapet som er mellom den helsetjenesten som faktisk gis og det som faktisk kan oppnås (Vincent, 2010, s. 34). Frem til i dag, har kvalitetsbegrepet ikke fått tilstrekkelig fokus i pasientsikkerhetsspørsmål. Tekniske faktorer spiller en viktig rolle i kvalitetsbegrepet, men det er altfor lett å glemme at organisasjonsprosessen og de menneskelige prosesser også spiller en sentral rolle i det å bestemme nivået og kvaliteten på den omsorgen som pasienten opplever. Kvalitet på helsetjenester er ikke bare en metode, teknikk eller ferdighet, men noe som er konstruert mellom oss mennesker i våre daglige handlinger og interaksjoner med og for hverandre i en sosial prosess (Bate, Mendel & Robert, 2008, s. 8). Kvaliteten på helsetjenesten viser seg i det møtet som er mellom helsearbeideren og pasienten.

Pasientsikkerhet kan beskrives som fravær, forhindring eller forbedring av uheldige utfall eller skade, grunnet helsetjenestens ytelse (Vincent, 2010, s. 31).

God kvalitet forutsetter at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser er redusert til et minimum (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 22).

Pasientsikkerhet vil alltid være relatert til kvalitetsbegrepet, men begrepene er ikke identiske. Pasientsikkerhet er ifølge Vincent (2010, s. 32) en viktig del av kvalitetsbegrepet.

Forsvarlighetsbegrepet kommer inn som et tredje begrep, og kjernen i dette begrepet er god praksis. Hva som er god praksis vil gå frem av faglige veiledere, lærebøker og faglige prosedyredokumenter. Grensen for hva som da er uforsvarlig vil kunne trekkes der det foreligger et klart avvik på dette. Juridisk kan man også forstå dette som et

minstekrav til det faglige arbeidet og omsorgen som gis (Molven, 2015, s. 228). Når kvaliteten på tjenesten bryter denne forsvarlighetsgrensen, er det dette som omtales i oppgaven som uforsvarlig helsetjeneste.

2.2. Kvalitetsforbedring.

Ut fra hvordan kvalitetsbegrepet er beskrevet av Vincent (2010), kan kvalitetsforbedring bli å fylle det gapet som er mellom hvordan helsetjenesten faktisk kan utføres, og det som faktisk utføres.

Kontinuerlig kvalitetsforbedring gir resultater når alle i organisasjonen forstår arbeidets system og mål og arbeider sammen for å bygge ny kunnskap og forandring i det daglige arbeidet (Batalden & Stoltz, 1993, s. 425). Batalden & Stoltz (1993) presenterer et rammeverk for kontinuerlig forbedring basert på W.E. Demnings teori om forbedringskunnskap, som består av fire hovedelementer: kunnskap om system, kunnskap om variasjon, kunnskap om psykologi og kunnskapsteori. Kontinuerlig forbedring, blir først mulig når faglig kunnskap blir satt sammen med forbedringskunnskap.

Kort fortalt, handler kunnskap om systemet, om at når en organisasjon skal ledes effektivt gjennom en kontinuerlig forbedringsprosess, er man avhengig av at organisasjonslederne baserer sin ledelse på, og kommuniserer til alle, en kunnskap om at organisasjonen er et produksjonssystem. Da må leder være i stand til å svare på tre grunnleggende spørsmål: *Hvordan lager vi det vi lager? Hvorfor lager vi det vi lager? Hvordan forbedrer vi det vi lager?* (Batalden & Stoltz, 1993, s. 426). I en helseinstitusjon, er produktet helsetjeneste, og spørsmålene over kan bli: *Hvordan produseres helsetjenesten? Hvorfor produseres helsetjenesten? og Hvordan forbedrer vi helsetjenesten?*

Kunnskap om variasjon kan kort forklares med at systemet kan være stabilt eller ustabilt. Spesielt typen av variasjon, kan være kritisk for forbedringsprosesser, fordi hver type av variasjon krever ulik type handling (Batalden & Stoltz, 1993, s. 429).

Den neste kunnskapen, er kunnskap om psykologi, som innebærer arbeidspsykologi og endringspsykologi. Arbeidspsykologi handler om motivasjon og tilpasning av arbeidsplassen. Endringsledelse krever kunnskap om endring innenfor et system, som stabilisering av systemet, forandring på et system, og restrukturering av systemet.

Kunnskapsteori, innebærer at når man bygger kunnskap og læring, som er fundamentalt i forbedringsprosesser, trenger man å linke teori og handling. Når man linker teori og handling, er det et potensiale for læring. En enkel metode for å lede kunnskapsbygging og forbedring i en organisasjon, er å gjøre bruk av Plan-Do-Study-Act sirkelen (PDSA sirkelen) (Batalden & Stoltz, 1993, s. 433). PDSA sirkelen presenteres og utdypes videre i kapittel 2.3. Kvalitetsforbedringsbegrepet, slik det presenteres her, kan man finne igjen i nasjonale handlingsplaner og i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

2.3. Kvalitetsforbedring som begrep i nasjonale føringer.

Kvalitetsforbedring defineres av helsedirektoratet i forordet til «Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring» (2017, s. 3) slik:

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer.

I den nasjonale strategiplanen «...og bedre skal det bli» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 9), sies det at nasjonale føringer og strategier indikerer et ønske om kontinuerlig bevegelse mot det bedre . Dette forbedringsarbeidet er definert på følgende måte i samme strategiplan.

I forbedringsarbeid må det ikke bare fokuseres på hva som gis av tjenester, men også på hvordan tjenestene ytes, hvordan tjenestene er organisert og hvordan de blir ledet.(...) Arbeid med kvalitet skal ikke komme i tillegg til de daglige oppgavene, men bør være en integrert del av daglig drift. Utvikling og forbedring av kvalitet forutsetter derfor tydelige føringer, avklarte roller og god ledelse(Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 13).

Man kan videre lese i denne strategiplanen at et mål for helsetjenesten er at «faglig gode tjenester blir levert på en mellommenneskelig sett god måte i et system som fremmer helhet» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 30). Som tidligere nevnt, benytter norske myndigheter seg av ulike virkemidler for å legge til rette for bedre kvalitet i tjenesten. Et av virkemidlene er regelverk som stiller tydelige krav til plassering av organisatorisk ansvar, til forsvarlig virksomhetsdrift og internkontroll (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 37).

Til tross for nasjonale strategier og føringer, konkluderes det fra Helse- og Omsorgsdepartementet i St. Meld. 13 (2016b), med at det fremdeles er et betydelig forbedringspotensial, og at det trengs bedre ledelseskultur og systemer for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet. Denne evalueringen poengterer viktigheten av at kvalitetsforbedring er et fellesprosjekt der alle nivåer i organisasjonen har et eierskap til dette arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016b).

I et høringsnotat fra helse- og omsorgsdepartementet (2015) angående forslag til ny forskrift om styring og ledelse i helse- og omsorgstjenesten, påpekes det at tilsyn viste svikt i oppfyllelsen av de grunnleggende kravene til styring og internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Virksomhetene hadde utfordringer knyttet til oppfyllelsen av daværende gjeldende forskrift, og omfattet blant annet; mangler og uklarheter i forhold til organisering, ledelsesforankring og ansvars plassering, for lite systematisk arbeid med å sikre at alle medarbeiderne har kunnskap om virksomhetens rutiner og arbeidsmåter og den nødvendige fagkompetansen. Målet med den nye forskriften skal være at den gir de ansvarlige på de ulike nivåene i organisasjonen et bedre verktøy med tydeligere og mer tilpassede krav (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

En metode som er anbefalt i sosial- og helsedepartementets rapport i 2005, for å utvikle kunnskap og forbedring, er å gjøre bruk av Demings sirkel. Dette er en modell for systematisk forbedring og består av fire hovedelementer; planlegge, utføre, kontrollere og korrigere (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 28). Denne modellen presenteres i litteratur som PDSA (plan, do, study, act) og drøfter tre spørsmål;

- Hva prøver vi å gjennomføre?
- Hvordan vil vi vite at en endring er en forbedring?
- Hvilke endringer kan vi gjøre som vil resultere i en forbedring?

Som vist i fig. 1, er modellen en kontinuerlig prosess der man følger de fire første ulike fasene. Samtidig som man følger opp i fase fem, kan man gå tilbake til fase en igjen og gjøre eventuelle justeringer, slik blir det en kontinuerlig sirkel.

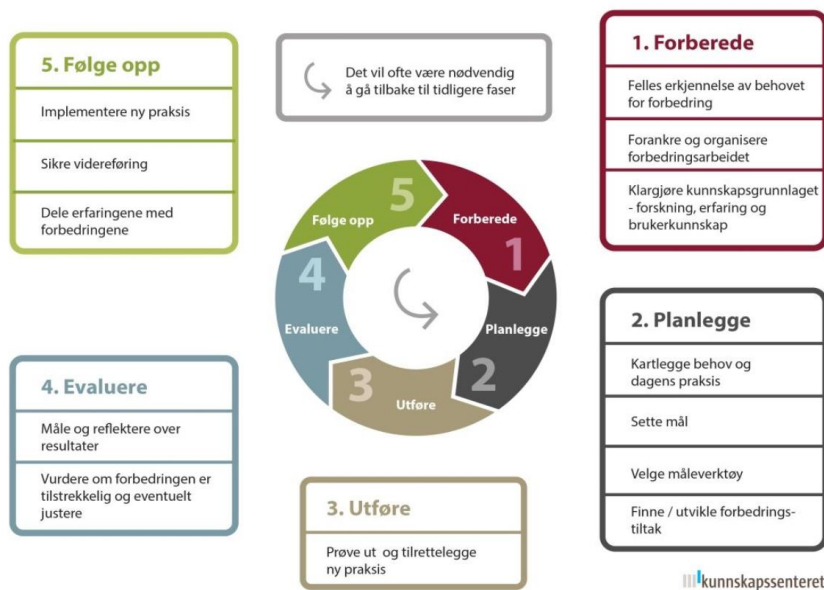


Fig 1. Modell for kvalitetsforbedring med utg. pkt. i PDSA sirkel. Hentet fra Helsebiblioteket.no (Folkehelseinstituttet, 2015)

PDSA-modellen er en mye brukt arbeidsmetode for kvalitetsforbedring i helsesektoren. Dette er en enkel, men ikke nødvendigvis lett arbeidsmetode. All kvalitetsforbedring er en kontinuerlig utfordring for alle som er involvert (Boaden, 2009). Dette gjelder også for PDSA modellen, og flere forfattere støtter at dette er et komplekst arbeid som krever godt samarbeid og god ledelse (Boaden, 2009; Reed & Card, 2016; M. J. Taylor et al., 2014). Denne modellen er også tatt inn som forslag i høringsnotatet fra 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet), og videreføres som prinsipp i «Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring», og er da formulert som § 6. plikten til å planlegge, § 7. plikten til å gjennomføre, § 8. plikten til å evaluere, § 9 plikten til å korrigere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a).

I St.meld. 6 (2017), er det fokusert på implementeringen av kvalitetsforskriften. Departementet anbefaler å ta i bruk kvalitetsmålinger for å få oversikt over prosesser og resultater som har betydning for pasienter og brukere. Et viktig område for målinger er pasienterfaringer. Det påpekes videre at det er viktig å se sammenhengen mellom medarbeidernes arbeidsmiljø og pasientsikkerhet, og anbefaler et systematisk arbeid med dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 6). I 2016 skriver helsedirektoratet at de anslår at 44 % av behandlingsenhetene i Norge kan ha en forhøyet risiko for uønskede hendelser grunnet umodent sikkerhets- og /eller

teamarbeidsklima (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 & Helsedirektoratet 2016).

Ut fra definisjonen om hva god kvalitet skal innebære (som nevnt i kap.2.1), kan da kvalitetsforbedringen omfatte seks ulike områder. I denne oppgaven fokuseres det på fire av dem; 1) At helsetjenesten som gis er trygg og sikker, 2) At helsevesenet involverer brukere og gir dem innflytelse, 3) At tjenesten som leveres er samordnet og preget av kontinuitet, 4) At ressursene utnyttes på en god måte. Jeg har valgt å ikke ta med de to siste områdene (at tjenesten er virkningsfull og er tilgjengelig og rettferdig fordelt), da de er av en mer overordnet karakter og ikke så relevant for mellomlederen på dette nivået. Innenfor disse områdene er målet igjen at *faglig gode tjenester blir levert på en mellommenneskelig sett god måte* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 30).

2.4. Ledelse i spesialisthelsetjenesten.

Ledelse er noe som må forstås i sammenheng med organisasjonsformen og den kulturen som leder er satt inn i, og det er en meget sammensatt og kompleks aktivitet (Strand, 2007, s. 13-21). Det finnes utallige definisjoner på ledelse, men et fellestrekk er at ledelse er et relasjonelt forhold mellom leder og en gruppe, at leder gir oppgavene man skal løse en retning, og at de gjøres gjennom andre (Høst, 2014, s. 63). En av definisjonene på ledelse som regnes å være generelt akseptert, er følgende: *Ledelse er mellommenneskelig påvirkning utført i en situasjon, og dirigert gjennom en kommunikasjonsprosess mot oppnåelse av et eller flere spesifikke mål.* Tannenbaum, Weschler og Massarik i (Andersen, 2011, s. 17). Denne definisjonen inneholder mellommenneskelig påvirkning, eller prosesser, handling og måloppnåelse. Den har også en dimensjon av at ledelsen utføres i en situasjon, noe som kan passe inn i temaet om ledelse i kvalitetsarbeidet.

Organisasjonsmodeller ved helseinstitusjoner er ofte hierarkiske organisasjonsmodeller i form av linjeorganisering. Her forutsettes det at makt og myndighet er klart definert, og at planlegging stort sett gjøres på toppen av hierarkiet og følger linjene nedover i organisasjonen. Informasjon og rapportering følger linjene begge veier (Bergerød & Wiig, 2015, s. 114).

Man kan også tenke seg at en organisasjon er sammensatt av flere nøkkelkomponenter; toppledelse, mellomledelse, operative kjerne, analysestab og

støttestab. Alle organisasjoner har en toppleder og operativ kjerne, men ulik grad av de andre komponentene. I et sykehus vil vi kunne se alle komponentene, og jo større organisasjonen er, jo flere ledere trenger man, altså mellomledere (Mintzberg, 1983, s. 9-23). Mintzberg (1983, s. 23) har også kommet frem til fem ulike strukturer for organisasjoner, og et sykehus kan karakteriseres som et fagbyråkrati. Fagbyråkrati kjennetegnes ved standardisering av ferdigheter, og at den operative kjernen har en nøkkelposisjon.

Ledelse er en kollektiv, og ikke en individuell aktivitet. Ideen om en enslig leder som skaper kvalitetsforbedring er en dårlig ide. Et viktig spørsmål i denne sammenheng er hvor man definerer at makten befinner seg, om den er konsentrert om den ekspertoperative kjernen og den kliniske erfaringen hvor omsorg blir levert, eller om den er konsentrert om den øverste delen av det formelle hierarkiet (Bate et al., 2008, s. 99).

Det har tidligere vært nevnt at mellomlederen er den som binder sammen virksomhetens strategiske og operasjonelle nivå, og kan også betegnes som organisasjonens nav. Mellomlederen må håndtere og forstå de kommunikative virkemidlene på alle nivåene i sin organisasjon for å kunne sende riktige signaler oppover i organisasjonen, og for at strategisignaler skal kunne nå ned i organisasjonen på en forståelig måte slik at signalene kan gjøres om til handlinger. Mellomlederen er ikke bare viktig i kommunikasjon mellom de ulike nivåene i ledelseshierarkiet, men det må også kommuniseres horisontalt med samarbeidende parter. Mellomlederen har en sentral posisjon i arbeidet med å utvikle og implementere strategier. Dette henger sammen med dennes posisjon og rolle. Mellomlederen er i en posisjon til å påvirke enhetens kultur, og dennes handlinger har stor symboleffekt (Hope, 2015, s. 21-23). Linken mellom de ulike nivåene i en organisasjon har stor betydning. Bate et al. (2008, s. 32) bruker begrepet «entrainment» som referer til justering av atferd på et nivå slik at det passer inn med en hendelse på et annet nivå.

For å forstå hvordan man påvirker kultur og handlinger, trenger man å definere begrepet læring.

Det er ulike teorier om hva læring omfatter, og en av dem er teorien til Thomas Shuell. *Læring er en vedvarende endring i atferd, eller i kapasitet til å handle på en bestemt måte, som et resultat av praksis eller andre former for erfaring* (Irgens, 2007,

s. 47). Læringsteorier med tilsvarende innhold, er ofte brukt i arbeidslivet, da læring her ofte settes i sammenheng med praktisk utførelse og ikke bare teoretisk kunnskap (Irgens, 2007, s. 47). For at man skal bli en bedre praktiker, trenger man å lære å se de mønstrene som er skapt, og som vi er blitt en del av. Man må lære seg hvordan man kan bryte de mønstre som ikke lenger er konstruktive (Irgens, 2007, s. 118). En god måte å lære på er det man kaller for «dobbelkretslæring». Det innebærer at man analyserer situasjonen, og prøver å finne de underliggende forholdene, eller forutsetningene for at den aktuelle situasjonen oppstod (Irgens, 2007, s. 123).

I den organisasjonen der jeg henter mine informanter fra, er det fire ledelsesnivåer. Det er da flere sjikt med mellomledere, og den lederen på det laveste nivået med personal og økonomiansvar, kan man også kalle førstelinjeleder. Disse lederne står i en spesiell situasjon fordi de kan oppleve å være både leder og kollega, og kan oppleve å bli stilt overfor mange motstridende forventninger (Høst, 2014, s. 76).

Fokus for denne oppgaven, er mellomledere på nivå fire, og mer spesifikt avdelingsledere med personalansvar for pleiegruppen.

2.5. Forskning knyttet til ledelse i spesialisthelsetjenesten.

Ledelsesteorier har utviklet seg mye de siste årene fra å være mer trekkbasert til å implementere konteksten, og det teoretiske feltet har store variasjoner. Oppfattelsen av hvordan ledes personlighetstrekk og personlige egenskaper påvirker utfallet, er mange (Dinh et al., 2014; Zaccaro, Green, Dubrow & Kolze, 2018).

Ledere er innflytelsesrike når det gjelder å bestemme skjebnen til deres organisasjon gjennom deres beslutninger, strategier og innflytelse på andre. I en oversiktsartikkel til Dinh et al (2014), konkluderes det med at man vet mer om resultatene av lederskap enn om prosessen som påvirker utviklingen av disse utfallene. Lederskap må også involvere samarbeidende team, prosesser og formelle ledelsesstrukturers innflytelse. Kompleksiteten i ledelsesprosessen støttes også i oversiktsartikkelen til Zaccaro et al (2018), og referer til det mangfoldet av ulike funksjonelle enheter, sosiale situasjoner og interesser som lederen må delta i gjennom hans eller hennes organisasjonelle rolle. Lederens individuelle ulikheter står nært knyttet til situasjonens kontekst og karakteristikker. Ledere velger, former eller reagerer på situasjonens oppfattede ytelseskrav og ledelseskrav. Et slikt element kan være det organisasjonelle nivået. Leder på et lavere nivå engasjerer seg mer direkte i tilsyn av mindre team. På høyere

nivå, er ledelse mer indirekte, og innebærer et større spekter av kontroll, så vel som en større kontakt med ytre interesser. Mellommenneskelige trekk hos lederen er oppfattet som mer ønskelig på lavere nivå (Zaccaro et al., 2018). Dette kan støtte at mellomlederen har en viktig funksjon i organisasjonens ledelsesstruktur med tanke på den direkte kontakten med sitt team.

Kunzle et al (2010) har sett på ledelse i akutte team og finner flere individuelle variabler som kan påvirke lederskapsmønster og effektivitet. Det kan være opplevelsen av situasjonen, teknisk kunnskap, ledertrening, personlige preferanser og evner til å være leder. Gruppen, miljøet og enkeltpersonene i gruppen påvirker også ledelsessituasjonen. Det er ingen måte å lede på som er ideell, fordi det som er suksessfullt i en situasjon kan være ineffektivt i en annen situasjon. Dette er resultater som omhandler ledelse i team, men kan også være aktuelt for større enheter. Pilbeam et al (2016) finner i sin oversiktsartikkel at ved å fokusere direkte på lederens handlinger og forståelse av lederskap, som innebærer ledelse i øyeblikket, konteksten rundt og relasjonen til andre, vil man kunne utvikle dypere forståelse av sikkerhetsledelse.

2.6. Forskning om ledelse i kvalitetsforbedringsarbeidet.

Som tidligere nevnt i kapittel 2.4, har mellomlederen en sentral rolle å utvikle og implementere strategier og å påvirke kulturen i avdelingen. Det er også presisert i kapittel 2.1. at kvalitetsforbedringen kan deles i ulike områder, og tiltakene vil derfor bli ulike alt etter hvilke områder man arbeider innenfor, selv om tiltak nok kan overlappe de ulike områdene. Kvalitetsforskriften er tydelig på at evaluering og læring er en del av arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a). Det er derimot få anbefalinger på hvordan dette skal foregå, men læring av rapporterte uønskede hendelser er en grunnleggende del av det å lære av erfaringer (Aase & Wiig, 2015, s. 99).

Braithwaite (2018) hevder at det er en stagnasjon i arbeidet med kvalitetsforbedring, og at man trenger å forstå hvorfor fremgangen er så vanskelig, og å identifisere hvilke initiativ som kan være positive bidrag. Helsevesenet er et komplekst system, og forandres ikke utelukkende fordi noen planlegger og innfører en oppgavedesignet løsning. Systemer endrer seg over tid etter egen rytme, og det reiser spørsmål om hvilke omstendigheter som kan fremskynde forandring i et komplekst helsesystem, og

hvilke omstendigheter som kan hindre forandringer. Hovedbudskapet i artikkelen til Braithwaite (2018), er at forandring blir akseptert når medarbeiderne er involvert i beslutninger og aktiviteter som påvirker dem, i større grad enn når forandringer pålegges dem av andre. Politisk ledet forandring får aldri samme styrke som forandring som er drevet frem av klinikere. Forslag til endringer kommer for ofte fra toppledelsen og blir introdusert for klinikere, slik som utstedelse av retningslinjer, forskrifter og reguleringer. Man må oppmuntre til ideer fra mange hold, da prosesser og utfall vil variere uansett hva man gjør (Braithwaite, 2018).

Når man søker ny kunnskap, kan man lære nye måter å tenke og arbeide på, men også utnytte det som organisasjonen og de ansatte allerede vet, og profitere på tidligere investeringer i intellektuell og sosial kapital (Bate et al., 2008, s. 57).

Det er forskning som viser at ideelle læringsforhold knyttet til uheldige hendelser, ikke fullt ut er til stede i dagens helsevesen. Det mangler kulturelle og strukturelle trekk (Aase & Wiig, 2015, s. 98). Det er også indikasjoner på at læring av uheldige hendelser ikke er den beste måten å lære for å bedre kvaliteten. Braithwaite (2018), påpeker at klinikere som arbeider i en kompleks arbeidshverdag, oftere gjør ting rett enn galt. Man fokuserer på de 10 % som går galt, men overser de 90 % som går bra. Han mener videre at det er særdeles viktig å forstå feil, men sier også;

But, if we also better appreciate how clinicians handle dynamic situations throughout the day, constantly adapting, and getting so much right, we can begin to identify the factors and conditions that underpin that success (Braithwaite, 2018, s. 3).

Man kommer ikke utenom å trekke inn organisasjonskultur når man snakker om læring og læringsmiljø. Bruken av begrepet kultur peker på den mektige innflytelsen fra sosiale krefter som er i den satte atferden. Vi er alle mer formet enn vi liker å tro, og i noen utstrekning utvikler vi gode eller dårlige vaner i henhold til klimaet rundt oss (Vincent, 2010, s. 123). Enkeltmennesker tar med seg verdier inn i organisasjonen, og det utvikles etter hvert noen felles verdier og grunnleggende antakelser (Irgens, 2007, s. 167). En av disse felles grunnleggende antakelser, kan være antakelser om læring, og læringskulturen kan da beskrives som hvordan organisasjonen oppfatter og håndterer læring.

Kulturen som er skapt er dynamisk og kan påvirkes av ulike faktorer, og det kan være ubevisst eller bevisst. Det er ingen lett prosess for en leder å påvirke kulturen, men et godt samarbeid mellom leder og medarbeider, er viktig (Irgens, 2007, s. 168).

Et annet område av organisasjonskulturen er sikkerhetskulturen.

«Nasjonal sikkerhetsmyndighet(NSM) beskriver sikkerhetskultur som summen av de ansattes kunnskap, motivasjon, holdninger og atferd som kommer til uttrykk gjennom virksomhetens totale sikkerhetsatferd» (Haugen & Storm, 2015, s. 77).

I denne oppgaven er virksomheten sykehus, og det er da pasientsikkerhetskultur det er snakk om. Det antas at det kan være en sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og pasientutfall (Haugen & Storm, 2015, s. 78).

I litteraturen er det diskutert hvor mye og hvordan ledelsen kan påvirke pasientsikkerhetskulturen i en organisasjon. Forskning viser ikke en entydig sammenheng mellom ledelse og pasientsikkerhet, man finner også at andre faktorer påvirker pasientsikkerheten (Bergerød & Wiig, 2015, s. 115; Ovretveit, 2010). Fravær av ledelse er relatert til dårlig kvalitet og sikkerhetsutførelse, og det er en utbredt forståelse at ledelse er viktig for å skape forbedring. Det er derimot lite evidens for hvilke situasjonsfaktorer som påvirker leders handlinger (Ovretveit, 2010). Forskning har også vist at tillit fremkommer som et viktig kjennetegn på effektiv sykepleieledelse. Leder må anerkjenne viktigheten av å fremme en tillitsfull relasjon til sine medarbeidere. Dette styrker de ansatte, og er positivt for organisasjonen (Mullarkey, Duffy & Timmins, 2011). Boamah et al. (2018), antyder i sin studie at sykepleieledere som gjør bruk av transformasjonsledelse, forbedrer pasientsikkerheten ved å skape et arbeidsmiljø der sykepleierne har mulighet for medvirkning til å sørge for optimal helsetjeneste. Transformasjonsledelse innebærer å utøve innflytelse på sine medarbeidere, stimulere, inspirere og ta vare på dem slik at de bidrar til organisasjonenes måloppnåelse. Den transformativ leder oppmuntrer til forpliktelse og engasjement for organisasjonen, slik at medarbeiderne motiveres til å gjøre mer for organisasjonen enn det de opprinnelig ville (Andersen, 2011, s. 185; Kristoffersen & Friberg, 2016).

En studie av Jeffs et al (2016), illustrerer hvordan avdelingsledere samhandler med klinikere og stab for å implementere kvalitetsforbedringstiltak ved den lokale enheten. Det er en balansegang mellom å være nærværende og å stå i bakgrunnen for å skape et lokalt eierskap til prosjekter hos klinikerne og staben.

Helseorganisasjoner er hele tiden i endring og kostnadseffektiviseringer kan være store utfordringer. Det kan se ut som at ledelsen er viktigere i organisasjoner som er i en endringssituasjon enn i stabile organisasjoner. Det er også viktig at ansvaret en mellomleder har står i forhold til de ressursene som er tilgjengelige (Bergerød & Wiig, 2015, s. 114-115). Oppnåelse av effektiv organisatorisk læring avhenger ikke bare av de relative ressurser viet til den enkelte aktivitet, men er også avhengig av forståelsen for hvordan prosessen gjennomføres (Bate et al., 2008, s. 58).

I en studie av Wiig et al (2014), utført i fem ulike Europeiske land, inkludert Norge, viste funnene at det er ulik forståelse av begrepet «kvalitet i helsetjenesten» (quality of care) i de ulike nivåene innen helsevesenet. Det viste seg at sykehusledelsen også inkluderte effektivitet og kostnad når de skulle definere kvalitet i helsetjenesten, de tenkte mer i økonomiske termer. Mens for eksempel sykepleiere var mer opptatt av pasientsentrert omsorg, som det å ha nok tid til pasientene. Det var også ulik forståelse mellom de ulike profesjonsgruppene. Dersom det er stort sprik i forståelse av hva kvalitet og pasientsikkerhet er gjennom de ulike nivåene i et sykehus, kan det være vanskelig å gjennomføre kvalitetsforbedring (Wiig et al., 2014). Når man tar dette i betraktning sammen med at det er ulike områder for kvalitetsforbedring, blir det viktig å samarbeide på tvers av profesjoner og ledelsesnivåer.

I en oversiktsartikkel av Parand et al.(2014), tydet funnene på at lederes tidsbruk, engasjement og arbeid, kan påvirke kvaliteten og kliniske sikkerhetsresultater i helseinstitusjoner. Det er også mye som tyder på at konteksten er en viktig faktor, slik at det konkluderes med at det er nødvendig med forskning som kan belyse lederens faktiske aktiviteter. Dette gjelder ledere på alle nivåer i helsevesenet. Artikkelen konkluderer også med at sykehusledelsen eller styret ikke bruker nok tid til temaer innenfor kvalitet og pasientsikkerhet (Parand et al., 2014). Tilsvarende resultat kommer frem i en svensk forskningsartikkel av Sanner et al. (2018), at sykehusledelsen ikke ser ut til å ha en reell interesse for pasientsikkerhet.

2.7. Ledelsesverktøy i kvalitetsforbedringsarbeidet.

Et av verktøyene man kan bruke i kvalitetsforbedringen er læring av uheldige eller uønskede hendelser. En uheldig hendelse er en utilsiktet pasientskade grunnet den medisinske behandlingen, og ikke begrunnet i selve sykdomsprosessen. Den resulterer i en definert pasientskade eller i det minste lenger liggetid i sykehus. Hvordan man studerer disse uheldige hendelsene er avhengig av hva man prøver å gjøre og hvilke spørsmål man ønsker svar på (Vincent, 2010, s. 120-139). Uheldige hendelser er vanlig, men dette vises ikke i andelen rapporterte saker. Rapporteringssystemene fanger ikke opp alle uheldige hendelser, og det er flere faktorer som avgjør om en hendelse blir rapportert. Faktorene gjenspeiler kulturen i en enhet, og mange av årsakene er grunnet i frykt for straff. Det å legge skylden kun på en person når det blir gjort en feil, er å forhindre at hele historien med sin kompleksitet blir avdekket (Vincent, 2010).

Melding av uønskede hendelser skal ikke innebære straff. Å ha en åpen og trygg meldekultur kan også være med på å øke rapporteringsandelen. Ledelsesinvolvering har betydning for læringen av uheldige hendelser og det er en utfordring å fange opp kompleksiteten i disse hendelsene (Bate et al., 2008).

Når det gjelder læring av uønskede hendelser, bygger dette på prinsippet at mennesket er feilbarlig og at uønskede hendelser må forventes. Man lærer mer av å fokusere på underliggende faktorer rundt hendelsen enn å fokusere på enkeltpersonens handling. Lederens respons på rapporterte hendelser er avgjørende for læringen (Aase & Wiig, 2015, s. 99). Mange studier har vist at det er flere barrierer for en effektiv rapportering av uønskede hendelser. Det kan være redsel for straff, lite brukervennlig meldesystem, eller mangel på oppfølging av medarbeidere som melder hendelser.

Læring av uheldige hendelser er foreslått som virkemiddel i sikkerhetskritisk industri, men det viser seg at effektiv læring av tidligere opplevelser for å forbedre sikkerhet, er vanskelig (Sujan, Huang & Braithwaite, 2017). Sujan et al (2017) foreslår å rette fokus også mot de hendelser som går bra og å lære av det daglige arbeidet. De konkluderer med at organisasjonen trenger å gjøre det mulig å reflektere over gapet mellom den ønskelige kvaliteten og den kvaliteten som faktisk er i organisasjonen. Medarbeidere fra alle nivåer i organisasjonen burde medvirke til å lage aktive bidrag til forståelse av problemene og utvikle aktuelle forbedringer til en sikker helsetjeneste

(Sujan et al., 2017). Det er vesentlig at man forstår hvorfor uheldige hendelser skjer, men dersom man begynner å verdsette hvordan helsepersonell daglig arbeider i komplekse situasjoner, og med stadige tilpasninger, kan vi begynne å identifisere hvilke faktorer som fører til suksess (Braithwaite, 2018). Denne måten å tenke på om uheldige hendelser betegnes som et «safety-II» perspektiv, man forandrer fokus fra det som går galt til det som går rett. Fra et «safety-I» perspektiv, handler det om å finne årsak til hva som gikk galt. Hvordan man arbeider med sikkerhetsledelse, er avhengig av hvordan man definerer sikkerhet. I et «safety-I» perspektiv handler ledelse om å sikre seg at antall uheldige hendelser er så lavt som mulig, men i et «safety-II» perspektiv handler sikkerhetshendelse om å sørge for at så mye som mulig går rett. Sikkerhetsledelsen må være proaktiv, slik at man justerer og tilpasser før noe skjer, slik at man kan handle i forkant og forebygge at en uheldig hendelse inntreffer (Hollnagel, 2013, s. 11-13). En organisasjon som har en evne til å tilpasse seg uheldige hendelser og forstyrrelser uten å produsere alvorlige ulykker kan betegnes som en «resilient» organisasjon. En «resilient» organisasjon, har altså denne evnene til å identifisere marginene for sikker drift og å styre unna eventuelle brudd på disse grensene (Aase & Rosness, 2015, s. 26). Lederen kan bidra med å styrke denne tilpasningsevnen.

Et annet område når det gjelder forbedringsarbeid, er implementering av ulike tiltak for kvalitetsforbedring. Flere forskningsartikler omtaler dette temaet og det fokuseres på viktigheten av god støtte fra toppledelsen. Birken et al (2015), påpeker at toppledelsens støtte påvirker mellomlederens forpliktelser til innovasjonsimplementering, men det er mer uklart hvordan den påvirker. De foreslår også at mellomlederen kan forsterke påvirkningen ved å fortelle hvilken form for støtte som ville vært mest effektiv for å øke deres forpliktelse til implementeringen. I en studie fra Sverige av Andreasson et al (2016), ønskes det å få en forståelse for lederens fremgangsmåter i implementeringsarbeidet. Bakgrunnen er at det har vært vanskeligheter med implementeringsmodeller for forbedring. Sentralt i prosessen er evnen til å tilpasse og oversette ordre fra toppledelsen, samt evnen til å motivere og engasjere deres medarbeidere. Dette er et teamarbeid, og det trengs en organisasjon med struktur som støtter arbeid i en prosessorientert retning. Longenecker (2014), finner i sin studie ulike barrierer for suksessfull endring. Disse faktorene handler blant annet om planlegging av implementeringen, eierskap til prosjektet, ineffektiv ledelse,

kommunikasjon mellom ledernivåene, uklart fokus for implementering, samarbeidsklima, uklare roller og tidspress (Longenecker & Longenecker, 2014).

Dette sammenfaller med funn i en studie gjort av Taylor et al. (2015), der de har forsøkt å identifisere en metode for å identifisere «high performing hospital». «High performing hospital» (i denne oppgaven, oversatt til høykompetente sykehus), kjennetegnes ved at de konstant oppnår gode resultat på målinger av deres tjenester. Det kan være verdifullt å studere denne type sykehus, slik at faktorene for å lykkes kan overføres til andre sykehus. Det er identifisert syv nøkkelfaktorer som er vesentlig for denne type organisasjoner: positiv organisasjonskultur, støtte fra toppledelsen, effektiv måling av tjenesten, bygge og opprettholde en dyktig arbeidsstyrke, effektive ledere gjennom hele organisasjonen, ekspertdrevne praksis og samarbeid mellom profesjonene (N. Taylor et al., 2015).

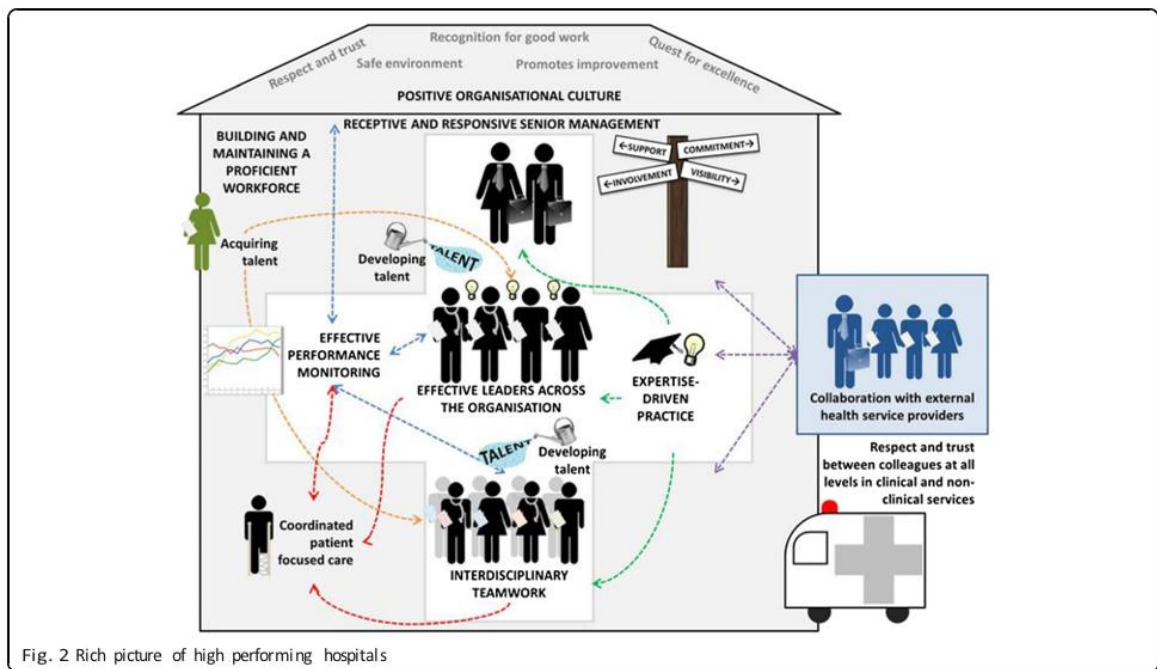


Fig.2. Kompleksiteten ved «high performing hospital». Hentet fra (N. Taylor et al., 2015, s. 15).

Bildet i fig.2 gir en god illustrasjon av kompleksiteten som råder i et sykehus. Presentasjonen av teori og forskning i dette kapittelet kan oppsummeres i denne kompleksiteten, og det er denne kompleksiteten som avdelingsleder daglig må forholde seg til. Illustrasjonen i figuren viser en positiv organisasjonskultur som «hustaket» i organisasjonen. Begrepene støtte, engasjement, involvering og synlighet blir veivisere for avdelingslederens arbeid med kvalitetsforbedringen.

3.0. Metode.

I dette kapittelet presenteres den metodiske tilnærmingen i studien. Valg av design, prosessen med å rekruttere informanter, datainnsamling, transkripsjon og analyseprosess vil bli gjennomgått. Til slutt vil etiske overveielser og refleksjon over studiens troverdighet bli presentert. Hensikten er å gi leseren et grundig innsyn i de valg og refleksjoner som er gjort underveis i prosessen.

3.1. Litteratursøk

Det er blitt utført flere litteratursøk i databasene Cinahl og MedLine med ulike kombinasjoner av følgende søkeord; *ward manage**, *nurse manage**, *mid level manage**, *middle manage**, *patient safety*, *quality improvement*, *leadership*, *nursing management*. Det er gjort tekstordsøk og emneordsøk. Det første litteratursøk ble utført høsten 2018, deretter ble et nytt søk med samme søkeord utført i mai 2019, for å se om det var tilkommet ny forskning på temaet som omhandlet mellomlederens erfaringer med kvalitetsforbedring eller pasientsikkerhet. I tillegg er mye av litteraturen innhentet etter tips fra fagekspertene tilknyttet Universitetet i Stavanger, samt referanser i ulike aktuelle artikler og referanselister i faglitteratur.

3.2. Metodisk tilnærming og design.

Denne studien har hatt som mål å belyse hvilke erfaringer mellomlederne har med det å arbeide med kvalitetsforbedring, og ønsket var å kunne beskrive deres arbeidshverdag, og om de eventuelt opplever verdikonflikter i sitt arbeid. I en slik studie har det vært hensiktsmessig å anvende et kvalitativt design, da det kvalitative designet har gitt mulighet til å undersøke temaet og analysere tekst, slik at egenskaper og karaktertrekk ved det aktuelle temaet kan studeres (Thagaard, 2018, s. 15).

Designet har hatt en induktiv tilnærming. I en induktiv tilnærming tas det utgangspunkt i spesifikke data, for så å utvikle analytiske perspektiver og begreper (Polit & Beck, 2017; Thagaard, 2018, s. 172).

Denne studien er forankret i hermeneutikken. Den vitenskapsteoretiske forankringen har en betydning for hva man søker informasjon om og danner utgangspunkt for forståelsen man utvikler (Thagaard, 2018, s. 33). I hermeneutikken legges det vekt på at temaet man ønsker å belyse kan fortolkes på flere nivåer og bygger på prinsippet om at meningen forstås i lys av helheten eller den kontekst den er en del av. I lys av

hermeneutisk tilnærming finnes det ingen egentlig sannhet. Man forstår delene i lys av helheten (Thagaard, 2018, s. 37). Den hermeneutiske prosessen gjenspeiles ved at det gjennom hele forskningsprosessen vises til pendling mellom funn, datamaterialet og studiens forskningsspørsmål.

3.3. Utvalg og rekruttering av informanter.

Informantene i denne studien har blitt rekruttert fra et sykehus i Sørvest Norge. Et hensiktsmessig valg av informanter har vært vesentlig for å få svar på studiens problemstilling. De informantene som var forespurt om deltakelse, var valgt ut på bakgrunn av at de har kvalifikasjoner som gjør dem egnet til å svare på studiens problemstilling. Denne utvelsesstrategien kan kalles «purposive» strategi (Polit & Beck, 2017, s. 493). Informantene som ble inkludert i denne studien, ble inkludert fortløpende ettersom de meldte sin interesse for å delta, noe som kan betegnes som bekvemmelighetsutvalg. Det betyr å velge ut de mest villige, eller mest tilgjengelige personene til å delta i studien (Polit & Beck, 2017, s. 724). Utvalget i denne studien kan da karakteriseres som både purposive og bekvemmelig.

Inklusjonskriteriene for rekruttering av informanter til denne studien var at de var ansatt som mellomledere på nivå fire i organisasjonen med personalansvar for pleiegruppen, og at de hadde vært ansatt i stillingen i minst to år. Rekrutteringen av informanter ble utført i perioden januar til februar 2019, etter at det ble innhentet tillatelse fra klinikkledere til å sende ut forespørsel om deltakelse i studien (mal for brev til klinikkleder og avdelingsleder: se vedlegg 6 og 7).

Alle de forespurte fikk vedlagt informasjonsskriv om studien, samt samtykkeskjema (se vedlegg 5). Det viste seg etterhvert at det ikke var så enkelt å rekruttere informanter som forventet. Det var mange nye ledere som av den grunn ble ekskludert som informanter. Det var seks informanter som meldte sin interesse. Informantene ble kontaktet via telefon for å avtale tid og sted for intervju. Informantene representerte ulike klinikker, og de hadde ulik erfaringsbakgrunn. Det var en mann og fem kvinner, og med ulik alder. Tabell 1 gir en oversikt over informantene i studien og hvilke data som ble innhentet fra dem i forkant av intervjuet.

Informantenes kjønn og alder oppgis ikke i tabellen, da dette kan svekke informantenes krav om anonymitet.

Informant	Lederutdanning	Antall år ansatt i stillingen	Type avdeling
Informant A	Ingen formell leder utdanning.	5,5 år	Sengepost
Informant B	Ingen formell lederutdanning, kun kurs og lederutviklingsprogram	6 år	Sengepost
Informant C	Videreutdanning i ledelse.	4 år	Spesialavdeling
Informant D	Videreutdannelse i ledelse	18-19 år	Spesialavdeling
Informant E	Ingen formell lederutdanning, ledermobiliseringsprogram og noe personalledelse	19 år	Sengepost
Informant F	Ingen formell lederutdanning	3 år	Sengepost

Tabell 1: Oversikt over informantene.

I en masterstudie er antallet informanter begrenset av tid og størrelsen på oppgaven, og antallet informanter kan ikke være større enn at det er mulig å utføre en grundig analyse av datamaterialet (Thagaard, 2013, s. 59). I følge Malterud et al. (2016), var det hensiktsmessig å vurdere informasjonsstyrken i datamaterialet for å anslå hvor mange deltakere som trengtes i denne studien. Informasjonsstyrken er avhengig av fem ulike områder; kvaliteten på dialogen, analysestrategi, studiens teorigrunnlag, studiens spesifisitet og bredden for målet på studien. Informasjonsstyrken indikerer at jo mer informasjon utvalget kommer med som er relevant for studien, jo færre deltakere trenger man. Dette poengteres også av Polit & Beck (2017, s. 497). I denne studien var datamaterialet fra de seks intervjuene både fyldig og innholdsrikt, og det ble vurdert til å være et tilstrekkelig antall informanter.

3.4. Innsamling av data.

Innsamling av data ble gjort ved bruk av kvalitativt forskningsintervju med en semistrukturert intervjuguide. På bakgrunn av at studien ønsker å få frem informantens erfaring med kvalitetsforbedringsarbeidet, kan man ved bruk av et kvalitativt forskningsintervju få kjennskap til informantens forståelse og opplevelse av den gitte situasjonen. Informanten kunne i interaksjon med forskeren sette ord på erfaringene. Det gav en mulighet til å undersøke dette temaet og å analysere datamaterialet slik at det gav et grundig innblikk i erfaringenes karaktertrekk og

egenskaper (Thagaard, 2018, s. 53). Gjennom et dybdeintervju har man muligheten til å få fyldig informasjon i motsetning til et uformelt intervju. Det er ikke bare én sann kunnskap, og forsker har med seg sin forforståelse og kan bruke et dybdeintervju til å oppnå den samme dype forståelsen av et fenomen som intervjupersonen besitter (Johnson & Rowlands, 2012, s. 101).

Bruk av en semistrukturert intervjuguide har gitt muligheten til å bestemme hovedtema på forhånd, for så under intervjuet kunne bestemme rekkefølgen på temaer ut ifra hvordan intervjuet forløp. Samtidig var det mulig å veksle mellom å følge informanten i sin fortelling og å inkludere spørsmål fra oppsatt tema (Thagaard, 2018, s. 91).

Intervjuguiden ble bygget opp slik at den startet med et innledende spørsmål om generelle erfaringer med kvalitetsforbedringsarbeidet, for så å komme med utdypende spørsmål som er knyttet opp mot studiens forskningsspørsmål (intervjuguide; vedlegg 8). Under intervjuene ble informantene oppfordret til å komme med eksempler som gir mulighet til å hente ut rik kunnskap (Malterud, 2017, s. 134). For å få dette til, var det viktig å stille åpne spørsmål samt å være en god lytter. Gjennom intervjuet er det blitt brukt spørreord som hvordan og hvilke, samt at det er oppfordret til «kan du fortelle mer om.....». Det har vært et ønske om ikke å stille for ledende oppfølgingsspørsmål, da det kan begrense svaralternativene ved at intervjupersonen følte seg presset til å gi svar som vedkommende trodde at forskeren ønsker (Thagaard, 2018, s. 97).

Den mellommenneskelige kontakten i et intervju er sensitiv for kontekst. Et semistrukturert intervju, har gitt mulighet til å justere struktur og være fleksibel underveis slik at intervjupersonene har blitt aktivt involvert og samtidig respektfullt oppfordret til å komme frem med kontrastfylte perspektiver om temaet. Dette har gitt mulighet til å få hensiktsmessig informasjon om temaet (Brinkmann, 2018, s. 578-580). Relasjonen mellom forsker og informant kan beskrives som asymmetrisk, og det er forsker som har kontroll på fremdriften av intervjuet og må velge når man ønsker å gå videre i intervjuet til neste tema. Her er det en fin balansegang da også informant fritt velger hvor mye som vedkommende ønsker å fortelle om et gitt tema (Thagaard, 2013, s. 92). Det opplevdes i noen tilfeller utfordrende å vite nå man skulle gå videre til neste tema, for ikke å avlede informanten fra det vedkommende hadde tenkt å fortelle.

Forskningsprosessen har vært en læringsprosess der egne begrensninger i forhold til intervju har kommet frem, noe som også nevnes i litteraturen (Johnson & Rowlands, 2012, s. 104). For at intervjusituasjonen ikke skulle påvirkes for mye av disse begrensningene, var det viktig å utføre et pilotintervju. Den beste læringssituasjonen er gjennomføring, og pilotintervju gav mulighet til å bli tryggere i intervjusituasjonen slik at det var lettere å fokusere grundigere på intervjupersonen enn på hvordan spørsmålene skulle stilles. Dette kunne bedre kvaliteten på intervjuet (Thagaard, 2018, s. 94).

Det ble foretatt et pilotintervju av en mellomleder som kunne gi konstruktive tilbakemeldinger på intervjurollen og på hvordan intervjusettingen fungerte rent praktisk. Intervjuet gav litt kjennskap til intervjusituasjonen, og gav innsikt i om intervjuguiden fungerte. To av spørsmålene ble omformulert. Spørsmål om verdikonflikter var for vagt og måtte presisere at det var konflikter i forhold til kvalitet. Spørsmål om det er kulturelle faktorer som hemmer eller fremmer kvalitetsforbedringsarbeidet, ble omformulert til, «om holdninger til læring og endring påvirker arbeidet». Varigheten på pilotintervjuet var en time, noe som på forhånd var forespeilet. Pilotintervjuet gav også en mulighet til å teste ut at lydopptaker virket og at det ble optimal lyd kvalitet.

I forkant av hvert av intervjuene ble alle informantene på nytt gjort oppmerksom på informasjonsbrevet, og skrev under på samtykkeskjema før intervjuet startet. Intervjuene ble gjennomført på informantens kontor eller grupperom i nærheten, ut fra informantens ønske. Det første intervjuet var en god del kortere enn resten av intervjuene, noe som kunne være et resultat av at intervjusituasjonen var en uvant setting. Det var dette intervjuet som hadde minst informasjonstyngde. Intervjuene hadde en varighet fra 24 til 58 minutter, hvorav fire av intervjuene var på over 50 minutter. Intervjuene ble tatt opp på lydfil, og alle informantene samtykket til dette på forhånd. Bruk av lydopptak gjorde det mulig å sikre seg at alle detaljene i intervjuet kommer med fordi man kan konsentrere seg om samtalen (Johnson & Rowlands, 2012, s. 106).

Intervjuene resulterte i et grundig og omfattende datamateriale som beskrev avdelingssykepleiernes erfaringer med ulike aspekter ved kvalitetsforbedringsarbeidet.

3.5. Transkripsjon og analyse

3.5.1. Transkribering

Intervjuene ble transkribert så snart det lot seg gjøre etter at intervjuene ble gjennomført. Intervjuene ble transkribert på dialekt eller bokmål, det muntlige språket skulle likevel gjøres mer skriftlig ved sitering av informantene i oppgavens funn-del. Da det var et lite utvalg, kunne informantenes anonymitet trues dersom de ble sitert på dialekt.

Å transkribere betyr rett og slett å transformere, å skifte fra en form til en annen. Dette er ikke helt ukomplisert da det muntlige og det skriftlige språket har forskjellig spill. Det er vanskelig å få med det sosiale samspillet og det medfører tap av elementer som kroppsspråk, stemmeleie og intonasjon. Ved selv å transkribere intervjuene forholdsvis raskt etter intervjuet, kunne dette øke transkriberingens validitet (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015, s. 204-205).

Man kan på en måte si at analyseprosessen startet under selve intervjuet. Datamaterialet var et resultat av den samtalen der intervjueren og intervjupersonen i felleskap hadde produsert innholdet. Spørsmålene i intervjuet ledet informanten til å snakke om det som var av betydning for forskningsspørsmålet (Kvale et al., 2015, s. 218). Allerede under intervjuet, formuleres tanker om mulige tema for analysen.

3.5.2. Valg av analysemetode.

Datamaterialet i denne studien, var på 66 sider med transkriberte intervjuer. Hvert enkelt intervju varte fra 6 til 14 sider, Det var i denne oppgaven valgt kvalitativ induktiv innholdsanalyse som metode for analysen. Schreier (2012, s. 3) sier at kvalitativ innholdsanalyse er en metode for enkelt å kunne beskrive meningen i det datamaterialet man har. Analyseprosessen sørget for å skape gyldige konklusjoner, og det gav mulighet til å beskrive og bestemme spesifikke temaer (Bengtsson, 2016; Elo & Kyngäs, 2008). Man kan finne flere ulike beskrivelser på hvordan man utfører kvalitativ innholdsanalyse, forskjellene ligger i hvordan de ulike stegene i analyseprosessen blir tatt (Bengtsson, 2016). Innholdsanalysen, slik som Elo & Kyngäs (2008) har beskrevet den, har en god illustrasjon på en induktiv analyse og er anbefalt å bruke (Polit & Beck, 2017, s. 538). Det er i denne oppgaven tatt utgangspunkt i denne modellen.

Analyseprosessen i denne studien ble foretatt i tre faser slik som beskrevet av Elo og Kyngäs (Elo & Kyngäs, 2008). Disse fasene er forberedelsesfasen, organiseringsfasen og rapporteringsfasen. Forberedelsesfasen handlet det om å få en oversikt over datamaterialet. Den transkriberte teksten ble gjennomlest flere ganger, og det ble skrevet et sammendrag av hvert intervju for å få en helhetlig oversikt.

Videre i organiseringsfasen ble det transkriberte intervjuet delt opp i meningsbærende enheter ut fra det temaet som informantene snakket om. Det var utfordrende å dele opp teksten i formålstjenlige meningsenheter, da flere av utsagnene fra informantene inneholdt flere momenter. Elo & Kyngäs (2008) skriver også at meningsenhetene ikke kan være så store og komplekse at de er vanskelig å analysere, men heller ikke så små at de blir for oppstykket og uten mening. Teksten måtte leses gjennom flere ganger for å få delt opp teksten i gode meningsbærende enheter. Etter at meningsenhetene var etablert, startet prosessen med å kode datamaterialet. I den induktive analyseprosessen er kodingen åpen. I denne fasen ble de meningsbærende enhetene gjennomlest mens det ble notert kodeord i marginen som beskrev innholdet for hver meningsbærende enhet. Hvert intervju ble lest gjennom flere ganger for å få kodet alle aspektene i meningsenhetene slik det er beskrevet i Bengtson (2016) og Elo & Kyngäs (2008). De deler av teksten som nå ikke var merket med kode, ble vurdert på nytt om de likevel skulle inkluderes i analysen eller utelates, alt etter om teksten gav noe svar på forskningsspørsmålet (Bengtsson, 2016).

Etter den åpne kodingen startet nå prosessen med å lage kategorier. Datamaterialet med kodene ble gruppert ut fra felles likhet med tanke på tema. Målet med grupperingen var å redusere antall kategorier (Elo & Kyngäs, 2008). Ingen meninger skulle falle utenfor kategorier, og heller ikke passe inn i flere kategorier (Bengtsson, 2016). Kategoriseringen, eller abstraksjon, var et middel for å kunne beskrive temaet, øke forståelsen for temaet og å generere kunnskap. Hver kategori fikk innholdskarakteristiske ord. Det ble formulert subkategorier, kategorier og hovedkategorier (Elo & Kyngäs, 2008). Disse kategoriene var mer håndterbare, men det var avgjørende at kategoriene var tilstrekkelig presise (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). Abstraksjonsprosessen fortsatte så lenge det var mulig og fornuftig (Elo & Kyngäs, 2008). Det var utfordrende å lage kategoriene tilstrekkelig presise. Det ble derfor utført flere runder med kategorisering helt til de ulike kategoriene ble oppfattet som tydelige.

Eksempel på analyseprosessen presenteres i tabell 2.

Transkribert intervju, (E)	Meningsbærende enhet	Kode	Sub-kategori	Kategori	Hoved-kategori
..det er jo det, fordi at alt skal gjøres innenfor eksisterende budsjett, og så er det jo sånn at, drift går alltid først, og det må det gjøre, men da går det på bekostning av, og så er det noe med når du har prøvd å dra det i gang og prøvd å kalle inn te møte og så får de beskjed om at nei, det går ikke i dag, for nå var det tre syke, da får dere ikke, det er jo den skuffelsen da, sant, at de har mobilisert,...	E:32 det er jo det, fordi at alt skal gjøres innenfor eksisterende budsjett, og så er det jo sånn at, drift går alltid først, og det må det gjøre, men da går det på bekostning av..	E:32 Ressursmangel påvirker kvalitetsarbeidet	Mangel på ressurser og kompetanse hemmer kvalitetsforbedringsarbeidet.	Kvalitetsforbedringsarbeidet er avhengig av riktig og nok ressurser	Avdelingsleders oppfatninger av faktorer som påvirker kvalitetsforbedringsarbeidet.
	E:33 og så er det noe med når du har prøvd å dra det i gang og prøvd å kalle inn te møte og så får de beskjed om at nei, det går ikke i dag, for nå var det tre syke, da får dere ikke, det er jo den skuffelsen da, sant, at de har mobilisert,	E:33 Stor skuffelse hos de involverte i prosjekter nå møter blir avlyst.	Verdi-konflikt mellom økonomi og kvalitet har konsekvenser for kvalitetsforbedringsarbeidet.	Fokus på økonomi påvirker kvalitetsforbedringsarbeidet	Avdelingsleders oppfatning av faktorer som påvirker kvalitetsforbedringsarbeidet.

Tabell 2. Eksempel på analyseprosessen

Gjennom hele analyseprosessen ble det foretatt en pendling mellom kategoriene og datamaterialet, mellom delene og helheten. Denne hermeneutiske prosessen der man hele tiden vendte tilbake til de transkriberte intervjuene, gav mulighet til å se resultatene i lys av helheten og også få en helhetsforståelse ved å studere delene.

I analyseprosessen kan det være en varierende grad av fortolkning og abstraksjon, og analysen kan omfatte beskrivelse av både det manifeste innholdet, det som viser seg klart og tydelig, og fortolkning av det mer latente innholdet, det som er mer skjult i teksten. (Bengtsson, 2016; Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim et al., 2017). Det har i denne oppgaven vært mest beskrivelse av det manifeste innholdet.

En oversikt over sub kategorier, kategorier og hovedkategorier, er presentert i vedlegg 9, og eksempel på oppsett av en hovedkategori med tilhørende kategori og sub kategori, er lagt ved som vedlegg 10.

Den tredje fasen er ifølge Elo & Kyngäs (2008), rapporteringsfasen, og startet når kategoriseringen og abstraksjonsprosessen var ferdig. Denne prosessen presenteres som funn i kapittel 4.

3.6. Metodisk refleksjon.

Med en åpen og transparent gjengivelse av fremgangsmåten og de avgjørelser og kritiske refleksjoner som er gjort i forskningsprosessen, gir det leseren en mulighet til å vurdere kvaliteten i prosessen.

Denne oppgaven er vurdert ut fra begrepene validitet, troverdighet og overførbarhet, som er sentrale begreper innen forskning. Forskningsprosessen med alle dets ledd skal være så troverdig og pålitelig som mulig, og dataene og analysen skal gjenspeile det denne studien ønsker å fokusere på (Elo et al., 2014; Kvale et al., 2015; Lincoln, Lynham & Guba, 2018).

Validitet, eller gyldighet handler om metoden faktisk undersøker det den sier at den skal undersøke (Kvale et al., 2015, s. 357). Ved å legge vekt på det teoretiske ståstedet som er grunnlaget for oppgaven, kan validiteten styrkes. Dette er en teoretisk gjennomsiktighet. (Thagaard, 2013, s. 189). I oppgaven er både det teoretiske ståstedet og analyseprosessen grundig beskrevet. Troverdighet handler om hvor solide dataene er, om hvorvidt en annen forsker kan komme frem til de samme resultatene på et annet tidspunkt (Kvale et al., 2015, s. 357). Det handler om at studien er utført på en pålitelig og tillitvekkende måte. Ved å vurdere kvaliteten på forskningen, vurderer man også verdien av resultatene. Gjennom grundig beskrivelse av hele forskingsprosessen, helt fra utvelgelsen av informanter, innhenting av data og analyseprosessen, gjøres forskingsprosessen transparent. Det handler også om å reflektere over egen forforståelse og fortolkning, og hvordan relasjonen til informantene har betydning for utviklingen av dataene (Thagaard, 2018, s. 188).

Masterstudenten hadde bakgrunn som spesialsykepleier og hadde lang erfaring, noe som kunne påvirke forforståelsen til forskningsfeltet. Dette var noe som det ble reflektert bevisst over gjennom hele forskningsprosessen.

Innholdsanalysens pålitelighet i denne oppgaven, er avhengig av om datamaterialet forenkles og analyseres slik at man kan forme kategorier som reflekterer dette emnet på en pålitelig måte. I oppgaven er et eksempel på analyseprosessen lagt inn i tabell 2 som vist over, og en oversikt over sub-kategorier, kategorier og hovedkategorier, samt et eksempel fra analyseprosessen, er lagt ved som vedlegg slik som anbefalt i litteraturen (vedlegg 9 og 10). Dette for å øke troverdigheten i oppgaven (Elo & Kyngäs, 2008; Elo et al., 2014).

Sitatene i denne oppgaven er skrevet om til bokmål og et mer skriftlig språk og for å unngå at informantene gjenkjennes, og for å ivareta informantene. Dette var kun små justeringer som i sin helhet utgjorde lite på fortolkningen av innholdet.

Elo et al. (2014) presenterer også begrepet *authenticity*, som referer til i hvilken grad forsker, på en ærlig og oppriktig måte, viser et utvalg av virkeligheten. Dette gjenspeiles i beskrivelsen av forskningsprosessen.

Målet for forskningen er at den informasjonen og kunnskapen som kommer frem, kan overføres og anvendes utenfor selve studiesettingen. Ifølge Malterud (2001) er det ingen studie der funn er universelt overførbare. For å kunne øke troverdighet og dermed også en mulighet for overførbarheten, har jeg i denne oppgaven tydelig beskrevet konteksten, utvelgelsesprosessen, datainnsamlingen og analyseprosessen slik som anbefalt av Elo & Kyngäs (2014).

Intervjuene av de seks informantene som ble inkludert i studien, har resultert i et fylldig datamateriale med stor informasjonsstyrke. Flere informanter inkludert i studien, kunne gitt flere momenter, men antallet informanter begrenses av den tiden man har til rådighet og oppgavens størrelse. Svakheten med datamaterialet i denne studien, kan være uerfarenheten med intervjusituasjonen, som kunne ha påvirket informantenes svar, selv om intervjuguiden opplevdes som et nyttig hjelpemiddel for en ny og uerfaren intervjuer.

Rekrutteringen viste seg å bli vanskeligere enn først antatt, og alle som meldte sin interesse ble inkludert i studien. Det datamaterialet som jeg fikk var avhengig av informantenes erfaringer, og deres agenda for å være med i studien. Det var viktig å være klar over at utvalg kunne ha en tendens til å representere de personer som var fortrolig med forskning eller som ikke hadde noe imot å bli studert. Det kan også hende at disse informantene opplevde at de kanskje mestret kvalitetsarbeidet bedre

enn de som ikke ønsket å delta (Thagaard, 2013, s. 57). Dette fenomenet kalles utvalgsbias og kan aldri elimineres helt bort. Dette må man være klar over videre i oppgaven, slik at man vet at det kan gi forstyrrelser i kunnskapsutviklingen (Malterud, 2017, s. 68). Resultatet av utvelgelsesprosessen og et lite antall informanter, gjorde at overføringsverdien ble redusert.

Den kunnskapen som fremkom i hvert enkelt intervju, ble skapt som et resultat av interaksjonen mellom informanten og forskeren i denne spesifikke konteksten. Mitt datamateriale var transkriberte intervjuer, eller samtaler som man kan si at det er. I denne samtalen bygget forsker og informant et felles utgangspunkt (Gadamer, 2014, s. 151). Gjennom transkriberingen ble det muntlige språket omsatt til et skriftlig språk. Det å forstå den andres tale er en sentral del av hermeneutikken (Schleiermacher, 2014, s. 37). Gjennom fortolkning tillegges datamaterialet egenskaper og mening ut fra forskers bakgrunnsforståelse (Schreier, 2012, s. 2). Forståelse er ifølge Gadamer at man selv finner frem til de spørsmålene som teksten kan tenkes å gi meningsfylte svar på (Læg Reid, Skorgen & Hagen, 2014, s. 18). I all forståelse forutsettes det en viss bakgrunn av antakelser (Thornquist, 2018, s. 181). Man kan ikke kjenne til virkeligheten uten at man gjenkjenner sin egen rolle som forsker (Lincoln et al., 2018, s. 116). Forskerens erfaring og kunnskap om kvalitetsforbedring, den forforståelsen som forsker har med seg, kan være både en styrke og svakhet i både intervjusituasjonen og i analyseprosessen. Dette er det viktig å ta hensyn til gjennom hele prosessen. Ifølge Malterud (2001) oppstår subjektivitet når man ignorerer effekten som forskeren har på studien. Gjennom hele forskningsprosessen var det viktig at denne forforståelsen ble tatt i betraktning.

En av svakhetene ved studien kunne være at intervjuguiden kunne inneholdt momenter som gjorde det lettere å følge opp informantene med tanke på hvordan de faktisk løste utfordringene i forhold til faktorer som påvirket kvalitetsforbedringsarbeidet. Dette kunne kommet tydeligere frem i intervjuene, for å få en bredere innsikt i avdelingsleders erfaringer.

Gjennom arbeidet med oppgaven kom det frem at oppgavens forskningsspørsmål har vært mange og resultert i et stort datamateriale som har vært utfordrende å analysere. Kategoriernes inndeling har vært utfordrende for sammenhengen i diskusjonen. Dette kunne være en svakhet ved oppgaven. Dette var derimot et komplekst tema, og kompleksiteten kunne muligens blitt borte ved å begrense oppgavens tema.

Det var begrenset svar på spørsmålet om avdelingsledernes erfaring med forskriften om ledelses og kvalitetsforbedring, da avdelingslederne utvalget ikke hadde tilstrekkelig kjennskap til forskriften. Funnet er likevel tatt med i presentasjonen over funn, da funnet sees på som nyttig i diskusjonen omkring avdelingsledernes erfaringer av kvalitetsforbedringsarbeidet.

3.7. Forskningsetiske vurderinger.

Dette prosjektet behandlet ikke opplysninger om pasienter og omfattes ikke av helseforskningsloven. Derfor trengtes det ikke å søkes om godkjenning fra De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk - REK. Prosjektet omfattes derimot av personopplysningsloven og det måtte søkes om en oppstartstillatelse fra Norsk senter for forskningsdata NSD ved personvernombudet ved den aktuelle helseinstitusjon. Svar, med godkjenning av prosjektet kom 07.01.19 (søknad til PVO, samt svar se vedlegg 1 og 2). Prosjektet ble også sendt til godkjenning av klinikkjef, med positiv tilbakemelding, slik det ble bedt om fra personvernombudet. Krav fra personvernombud om å lagre innsamlede data kryptert, er utført. Intervjuene ble lagret på krypterte minnepenner. Videre er samtykkeskjema oppbevart innelåst og atskilt fra resten av datamaterialet.

Dette prosjektet er bygget på forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi fra 2016 (NESH).

Det skal ikke legges føringer for et resultat og resultatet skal i minst mulig grad være preget av forutinntatte holdninger og ubevisste holdninger (NESH, 2016). Dette har vært et uavhengig prosjekt.

Videre er det i de forskningsetiske retningslinjer presisert at forskningen skal verne om personlig integritet, samt sikre frihet og selvbestemmelse. Forskningen skal også respektere privatliv og beskytte mot skade og urimelige belastninger. Dette er knyttet til menneskeverdet og individets ukrenkelighet (NESH, 2016). I dette prosjektet har dette vært synlig gjennom hele prosessen, fra informasjon til informanter til publisering av datamaterialet. I en studie som denne, med få informanter, har det vært spesielt viktig hvordan informantene fremstilles. Jeg har valgt å ikke ha med kjønn og alder som demografiske data, men kun hvor lenge de har vært ansatt i stillingen og om de har videreutdanning i ledelse. Informantene er sitert på bokmål og et mer skriftlig språk, av samme årsak. Sitatene er valgt ut med tanke på å bevare informantenes

anonymitet. De skal ikke føle seg utlevert og fremstillingen skal bevare deres integritet (NESH, 2016, s. 167; Thagaard, 2013).

Informasjonsskrivet som ble sendt til hver informant er vedlagt som vedlegg 5 og inneholder opplysninger om hvem som har tilgang til datamaterialet, at de blir behandlet konfidensielt og etter gjeldende forskrifter for oppbevaring av personopplysninger, hvordan datamaterialet er tenkt brukt, og at datamaterialet slettes etter en gitt tid. Forespørsel om å delta har vært uten press og det beskrives kort hvilke konsekvenser deltakelsen vil ha for informanten. Det er innhentet et skriftlig og fritt, informert samtykke til å delta. Dette innebærer at det er tatt på bakgrunn av god informasjon, uten påvirkning og at informanten klart og uttrykkelig gir uttrykk for at de er innforstått med hva det faktisk innebærer å være med i forskningsprosjektet. Informantene har fått opplyst om at de når som helst kan avbryte sin deltakelse uten at det skal få negative konsekvenser for dem (NESH, 2016). Informantene har på forhånd fått opplyst om hvor lang tid det er beregnet på intervjuet og dette har blitt fulgt opp i intervjuene, slik at det vises respekt for informantens tid. Intervjuene ble gjennomført på informantens kontor eller grupperom i avdelingen, noe som gjorde det lettere for informantene i en travel hverdag.

I et prosjekt der resultatene kommer på bakgrunn av fortolkning av andres mening, kan man stille spørsmål om hvem som eier meningen. Dette handler ikke bare om fortolkningsvaliditet, men også om hvorvidt forskeren har rett til å tillegge andre uttalelser en mening, om forskerens maktposisjon, og om etikk (Kvale et al., 2015, s. 244). Det har vært viktig å skille mellom informantens uttalelser og min tolkning i diskusjonsdelen.

4.0. Funn

I dette kapittelet presenteres de funn som har kommet frem gjennom analysen av intervjuene av seks avdelingsledere. Hovedfunnene fremkom som tre hovedkategorier med tilsammen 16 tilhørende kategorier. De tre hovedkategoriene var: oppfatninger av kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid, oppfatning av faktorer som påvirker kvalitetsforbedringsarbeidet, og erfaring med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Avdelingslederne presenterte hvordan de oppfattet det overordnede bildet av kvalitetsarbeidet. De beskrev mange ulike kvalitetsforbedringstiltak, både overordnede tiltak, og de mer lokale tiltakene som var tilknyttet den enkelte avdeling. De beskrev også ulike sider ved kvalitetsforbedringsarbeidet, og det var to funn som var mest fremtredende. Det første funnet var at avdelingslederne beskrev at kvalitetsforbedringsarbeidet handlet om at tjenesten skulle være trygg og sikker. Det andre funnet var at de opplevde at kvalitetsforbedringsarbeidet også handlet om ressursutnyttelse. Avdelingslederne beskrev også at kvalitetsforbedringsarbeidet kunne handle om å bruke pasienterfaringer.

Avdelingslederne erfarte også en verdikonflikt mellom kvalitet og økonomi, og at ulike faktorer påvirket kvalitetsarbeidet. De mest fremtredende av disse faktorene var at dette arbeidet måtte oppleves nyttig, at kvalitetsforbedringsarbeidet var avhengig av riktige og nok ressurser, og at kvalitetsforbedringsarbeidet ble påvirket av organisatoriske forhold. Videre fremkom det hvordan avdelingslederne erfarte medarbeideres innvirkning på kvalitetsforbedringsarbeidet, og hvordan deres egen rolle og funksjon kunne påvirke arbeidet. Det fremkom også at fem av seks avdelingslederne ikke hadde kjennskap til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

For en mer oversiktlig beskrivelse av hovedkategorier, kategorier og deres subkategorier, henvises til tabell i vedlegg 9.

Hovedkategoriene blir her presentert med sine tilhørende kategorier. Sub - kategoriene kommer frem i teksten med understreket tekst under den enkelte kategori.

4.1. Oppfatninger av kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid.

Under denne hovedkategorien beskrives de funn som omhandler avdelingsledernes ulike oppfatninger av kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid.

4.1.1. Et overordnet bilde av kvalitetsforbedringsarbeidet.

Det overordnede bildet kunne ut fra funnene deles opp i fem ulike perspektiv.

Kvalitetsforbedringsarbeidet skulle være forankret i organisasjonen, og en av avdelingslederne, påpekte at kravene til kvalitet lå i planverket på sykehuset, og at det var avdelingsleder som var ansvarlig for kvalitetsforbedringsarbeidet. Dette skulle være forankret i avdelingens handlingsplan som skulle være synlig, og vedkommende sa følgende:

Det skal følges opp det som vi har som mål i avdelingen, vi har en visjon og vi har en handlingsplan som skal følges. (F60)

Det fremkom videre at kvalitetsforbedringsarbeidet var en kontinuerlig prosess, og noe som man holdt på med hele tiden. Kvalitetsarbeidet kunne bli oppfattet som sammensatt og som en stor del av leders arbeid. Nye læringssituasjoner planlegges hele tiden, og det fremkommer flere eksempler på kontinuerlig forbedringsarbeid. En av avdelingslederne fortalte om et prosjekt der leder beskrev hvordan de hele tiden hadde fokus på å evaluere, justere og korrigere det arbeidet utfra resultatene som kom frem. At kvalitetsforbedringsarbeidet var en kontinuerlig prosess, kunne synliggjøres med følgende eksempel:

.....det er jo ikke bare store ting og store prosjekter, det er jo noe vi holder på med hele vegen med å forbedre ting. (A1)

Det ble også trukket frem et annet perspektiv, at kvalitetsforbedringsarbeidet var å gjøre pasientarbeidet bedre. Avdelingslederne kom med enn rekke eksempler på at de arbeidet for at pasientarbeidet skulle bli bedre, det kunne være forebygging av infeksjoner, forebygging av urinretensjon, eller smittehåndtering m.m. Avdelingslederne opplevde at de arbeidet med dedikerte medarbeidere med høye ambisjoner.

Jeg tenker det fremmer jo pasientsikkerheten, fremmer jo kvaliteten på avdelingen og både det medisinske og det sykepleiefaglige vi leverer, det har jo fått en mye høyere standard synes jeg da, så det er jo absolutt, når det gjelder arbeidet som vi har gjort, så har det økt betraktelig kvaliteten...(B60)

Bakgrunn for forbedringsarbeidet, kunne ha ulike årsaker. Funnene indikerte at en av årsakene til de ulike forbedringstiltakene kunne være at det var et stort behov for

faglig oppdatering i avdelingene spesielt i forhold til medisinsk behandling. I enkelte avdelinger arbeidet medarbeiderne veldig selvstendig og det var krevende med dårlige pasienter. Høy turnover fremkom også som en årsak til at det hele tiden var et stort behov for, og fokus på, oppdatering og veiledning.

Initiativet til de ulike kvalitetsforbedringstiltakene kunne komme fra både medarbeiderne, leder eller fra sentrale føringer, og en av avdelingslederne sa følgende:

...noen ganger kommer det fra oss, det er noe vi ser at kunne vært et behov og noen ganger kommer det fra gulvet, dette har jeg så lyst til å gjøre, så det er jo litt forskjell, ... (E104)

Det kunne altså være et ønske om forbedring fra de ansatte, eller det kunne være på bakgrunn av at leder fulgte opp saker som gjaldt systemer som ikke fungerte godt nok. Dette kunne komme frem etter revisjoner i organisasjonen, etter tilsyn med organisasjonen, eller som et resultat av bekymringsmeldinger.

....nei det blir jo tatt opp ting som ikke fungerer, for eksempel på personalmøte og sånt, og så blir vi enig om ny måte å gjør det på eller hvordan vi kan forbedre ting på og så setter vi i gang, (A5)

Uønskede hendelser og avviksmeldinger fremkom også som viktige kilder til kvalitetsforbedringstiltak. Ved gjennomgang av rutiner og avviksmeldinger, kunne man ha mulighet til forbedring for å pasientsikkerheten. Avviksmeldinger ble håndtert på ulike måter for å finne ut av hvorfor hendelsen inntraff og for å unngå gjentakelse. En av lederne beskrev nytteverdien av at de ble gjennomgått grundig i kvalitetsutvalget. Felles for de fleste var at de opplevde det nyttig å ta dette opp med personalgruppen, og en av avdelingslederne sa:

....men når det kommer synergier som omhandler oss, så tar jeg det opp(.....) før vi starter alle vakter, og tar opp litt sånn ting, og da er det, pluss vi tar det litt opp på personalmøter felles og sånne ting, så har vi noe som heter ukesslutt, som fagutviklingssykepleier skriver hver fredag, da er det litt oppsummering og da og pleier det å være ukens synergi eller ukens synergier, (D26-27)

Når endringer skulle gjennomføres, burde ikke dette baseres på følelser, men på dokumentasjon.

....og så føler jeg veldig på det der at dersom det er endringer som skjer, dersom noen ønsker å innføre en endring, vi må ikke ha så mye følelser på det, må prøve å dokumentere,..(D24)

4.1.2. Kvalitetsforbedringsarbeid handler om at tjenesten skal være trygg og sikker.

Det fremkom av funnene at kvalitetsforbedringsarbeidet også omfattet pasientsikkerhetsarbeid. Informantenes svar gjenspeilet at det var et stort fokus på pasientsikkerhet, noe som følgende sitat viser:

....og så er det jo mye som foregår som pasientsikkerhet som vi er med på da, de har jo innført dette med trygg pleie som vi tar på alle pasientene, det er jo veldig fokus på pasientsikkerhet....(A8)

Informantene kom med flere mer eller mindre detaljerte beskrivelser av de ulike prosjektene på de ulike avdelingene. Det var to ulike typer prosjekter, det ene var de overordnede nasjonale pasientsikkerhetskampanjene, og det andre var de prosjektene som den enkelte avdeling satte i gang.

Som resultat av de nasjonale pasientsikkerhetskampanjene, ble det satt fokus på ulike forbedringsområder, og de beskrev enn rekke konkrete tiltak. Kampanjene ble beskrevet som et spark til å få ulike tiltak integrert i avdelingen, og mange tiltak var videreført etter at kampanjen var avsluttet. Enkelte av prosjektene var også et resultat av kampanjer internt i organisasjonen.

Det gikk igjen hos flere av informantene, at de hadde egne prosjekter ved siden av pasientsikkerhetskampanjene, og en av avdelingslederne beskrev at:

...ved siden av pasientsikkerhetskampanjen har vi også forbedringsprosjekter i avdelingen og har hatt over flere år på ulike temaer,...(E21)

Felles for disse prosjektene var at de tok for seg ulike temaer for forbedring som var tilpasset den enkelte avdeling. Eksempel på slike prosjekter kunne være gjennomgang av prosedyrer, og søkelys på håndhygiene hos pasienter.

4.1.3. Kvalitetsforbedringsarbeid handler om pasientinvolvering.

Funnene tilsa at kvalitetsforbedringsarbeid også kunne handle om pasientinvolvering og informantene hadde ulike erfaringer med at det brukes ulike tiltak for å innhente pasienters tilbakemeldinger som grunnlag for forbedringer.

Det som kom frem, var at det stort sett ikke var noe systematikk omkring hvordan pasientinvolvering kunne være gjenstand for kvalitetsforbedring. De ulike avdelingslederne kom likevel med noen eksempler på involvering i deres avdeling.

Ved en avdeling var det et konkret forbedringstiltak som innebar god informasjon og oppfølging gjennom hele oppholdet.

....pasienten får veldig god informasjon i forkant av operasjonen, der er et spikra opplegg fra de legges inn til de skrives ut, der de får en dagbok de skal følge, at de, så det ansvarliggjør pasienten i større grad da, og det bruker vi i større eller mindre grad enda,....(B44)

..... men det er kjempegodt opplegg rundt pasienten da, for de blir jo mer ansvarlig og de blir bedre informert enn det de ble før da, og det mener jeg er mer pasientsikkert....(B46)

Brukerundersøkelse ble gjennomført på ulike måter, noen hadde rutine på å ringe pasientene etter utskrivelse, og da spurte de alltid om det var noe som pasienten synes de kunne bli bedre på. Andre prøvde å legge til rette for eventuelle spørreundersøkelser før hjemreise. Det kom også frem at pasienter kunne være delaktige i forbedringsprosjekter, og i et av prosjektene var deltakerne rekruttert via en brukerorganisasjon. En av avdelingene gjennomførte brukerundersøkelser hvert andre år og resultatene ble gjennomgått og var et grunnlag for forbedringsprosjekter.

Avdelingslederne hadde noe erfaring med bruk av pasienterfaringer som grunnlag for kvalitetsforbedringstiltak. Et eksempel på hvordan resultatene kunne brukes i forbedringsarbeidet var følgende sitat:

...tidligere år har vi hatt dårlige skår på at de opplevde at de ikke fikk nok informasjon om spesielt seinskader, og så har vi satt i gang en del tiltak på det, med pasientskole og prøvd å revidere det informasjonsopplegget vi hadde, og nå får vi veldig god skår på det, så det er jo veldig kjekt, for det blir jo en

velldig konkret måling på forbedring selv om det er ikke de samme pasientene, ... (E64)

4.1.4. Kvalitetsforbedringsarbeid handler om samhandling og kontinuitet i pasientarbeidet.

Når det gjaldt kvalitetsforbedring som handlet om samhandling og kontinuitet i pasientarbeidet, var det to områder som kom frem i funnene. Det ene var samhandling med kommunehelsetjenesten og det andre var samhandling og kontinuitet innad i organisasjonen.

I forhold til samhandling med kommunehelsetjenesten, var det en av avdelingslederne som erfarte at det var en del utfordringer på dette området. Det handlet om informasjonsflyten mellom tjenesteområdene og om hvordan avdelingen opplevde bruken av informasjonssystemet ut mot kommunehelsetjenesten.

...det er viktig at vi gjør det riktig fordi at det er avgjørende for hvilken pleie pasientene får når de kommer hjem.... (E19)

Når det gjaldt samhandling og kontinuitet innad i organisasjonen, handlet dette mye om å organisere pasientflyten mellom avdelinger. Innføring av nytt verktøy for å registrere pasientbelegg og bemanning i de ulike klinikkene, ble stort sett opplevd som et nyttig verktøy for avdelingslederne i forhold til å planlegge drift i egen avdeling, og for å bedre pasientflyten på sykehuset. Dette systemet passet ikke til alle avdelingene, men disse avdelingene hadde tilsvarende systemer. Planlegging av avdelingens drift ble oppfattet som viktig for pasientflyt, og videre pasientsikkerhet og kvalitet.

...så det er blitt mye lettere å kommunisere med flytkoordinator når en har det verktøyet og en har, og kan bruke som middel.. og samtidig har det og hjulpet inn til seksjonsoverlegene, hvis du ser at det er overfylt avdeling, så kan du si, nå er vi på nivå 3, og nå skal du, nå må du komme på banen og nå må dere legge en plan for hvordan vi skal komme oss ned i nivå for at vi skal komme oss videre herifra, ikke sant..nå må det lages flyttelister, nå må vi ta et ekstra tavlemøte eller (B94)

To av avdelingslederne beskrev at de samarbeidet med andre avdelinger innenfor samme klinikk. I travle perioder brukte de personalet på tvers. Dersom det var rolig på

en avdeling og travelte på den andre, kunne de hjelpe hverandre for å unngå svekket pasientsikkerhet på grunn av for lite personalressurser.

4.1.5. Kvalitetsforbedringsarbeid handler om ressursutnyttelse.

Det gikk også frem av funnene at kvalitetsforbedringsarbeidet handlet om å organisere hverdagen på avdelingen for å utnytte ressursene til pasientenes beste, og avdelingslederne så en sammenheng mellom ressursutnyttelse og kvalitetsforbedringsarbeid. Tiltak for å sikre oppgave- og arbeidsfordeling opplevdes som viktig for at det skulle være gode arbeidsforhold for de ansatte. Tiltak kunne også involvere organisering av dagen, som for eksempel tavlemøter og legevisitt, eller andre effektiviseringstiltak.

En av avdelingslederne opplevde at det var gunstig med primærsykepleie med tanke på muligheten til å organisere pleiepersonell i forhold til arbeidstvingde, kompetanse og interesser. En organisering der sengepost, poliklinikk og dagbehandling var på ett plan, opplevdes som en god organisering med tanke på flyt av ressurser og personell, for å sikre den enkelte pasient kontinuitet gjennom hele pasientforløpet. Konsekvenser for pasienten ble forklart slik:

....så har du mulighet til å klare å ha en fast lege, vi har pasientansvarlig lege for alle pasientene som følger de i utredning, behandling og kontroll, uansett om de er innlagt eller på poliklinikken, og det er kjempe verdifullt i forhold til at legen kjenner historikken til pasienten, trenger ikke sette seg inn i alt på nytt, og pasienten har tillit og tør gjerne komme opp med andre saker for de trenger ikke snakke om det som har vært for det er kjent, så kan de snakke om det som er aktuelt nå,....(E114)

4.2. Avdelingsleders oppfatninger av faktorer som påvirker kvalitetsforbedringsarbeidet.

Denne hovedkategorien omfatter hovedtyngden av funnene fra intervjuene, og det kom frem mange ulike faktorer som kunne påvirke kvalitetsforbedringsarbeidet. Funnene kunne deles inn i ni kategorier. Jeg har valgt å ta med de som utgjorde mest materiale og omhandler fire ulike tema Opplevd nytte av ulike kvalitetsforbedringstiltak, hvordan fokus på økonomi og mangel på ressurser påvirket kvalitetsforbedringsarbeidet, hvordan medarbeidernes innflytelse påvirket arbeidet og

hvordan leders rolle og funksjon påvirket. Det siste punktet innebærer også avdelingsleders behov for støtte.

4.2.1. Opplevd nytte av overordnede kvalitetsforbedringstiltak.

Det var ulike oppfatninger blant avdelingslederne om nytteverdien av de overordnede kvalitetsforbedringstiltakene. Noen ledere opplevde at de overordnede kvalitets- og pasientsikkerhetsprosjektene ikke var tilpasset deres avdeling og følte derfor unyttig. Det handlet om at prosjektene var lite tilpasset den pasientgruppen som avdelingen omfattet, og som beskrives med følgende sitat:

....så det er litt aber i forhold til den pasientsikkerhetskampanjen som var litt sånn må-ting, altså det var ikke noe valgmulighet, og vi opplevde vel ofte at det ikke traff oss alt, fordi vi har ganske oppegående pasienter, ganske ung pasientgruppe....(E47)

Noen opplevde at den tiden som ble brukt på dette, gikk ut over tiden man kunne bruke på pasientene. Det fremkom også at noen opplevde at de resultatene man fikk, ikke sa noe om den pleien pasientene fikk, kun om pasienten var screenet og om papirarbeidet var utført riktig. Det opplevdes vanskelig å finne sin plass i de overordnede prosjektene.

.....jeg syns at dersom det blir bestemt ovenfra at vi skal ha forbedringsprosjekter, så bør det legges til rette for at det skal være gjennomførbart,..... men at det er lagt en plan for hvordan dette skal gjennomføres i praksis, og ikke bare blir tredd ned og bestemt at dette skal du gjøre, på toppen av det du holder på med....(E69)

Forbedringsarbeid opplevdes som såpass ressurskrevende og tidkrevende, at det måtte oppleves som relevant. Det måtte oppveie det det kostet i andre enden. Prosjekter som ikke var relevante for pasientgruppen på avdelingen, engasjerte ikke hverken leder eller personalgruppen.

....så jeg tenke liksom, dersom det blir noe vi skal gjøre bare for å tilfredsstillte noen som sitter i et annet bygg, så kjenne jeg at det synes jeg er veldig vanskelig, for jeg synes vi har det altfor krevende til å gjøre sånne ting....(D76)

Det kom også frem synspunkt på at det burde være fagmiljøene selv som skulle få bestemme hva som skulle være forbedringsområder for den enkelte avdeling, og en av avdelingslederne sier følgende:

...for dersom vi skal holde på med noe på toppen av det vi holder på med, så må vi oppleve at vi trenger å gjøre det for våre pasienter, mm.... det synes jeg kanskje at fagmiljøene skulle få bestemme selv, for det er de som vet hvordan skoen trykker der og da, så kan man sikkert diskutere at jo man må ha noen krav for hvis ikke så flyter det ut, men da kan man heller se på hvorfor gjør det det da?...(E71)

4.2.2. Opplevd nytte av ulike verktøy og tiltak.

For at forbedringstiltak skal ha noe effekt, må de enkelte tiltakene fungere hensiktsmessig og brukes på rett måte. Det fremkom en rekke ulike eksempler på at kvalitetsforbedringstiltak måtte brukes hensiktsmessig for å fungere som kvalitetsforbedring.

Et eksempel var håndtering av avviksmeldinger. Om avviksmeldinger skulle ha noen effekt, opplevde avdelingslederne at de måtte de håndteres på en god måte. Noen medarbeidere var frustrerte på dette med avviksmeldinger, og lurte på om det hadde noen effekt. Avdelingsleder hadde også erfaring med at verneombudet var flink til å motivere til bruk av avvikssystemet. Det kom frem erfaringer med at personalet kviet seg for å melde avvik på andre avdelinger, da de opplevde dette som å angi noen.

...det har vel vært litt sånn at de, i alle fall dersom det involverer mer enn bare denne avdelingen, så har de følt at det blir litt å angi en, at det går litt på det,(F74)

Det var også erfaringer på at det nyttet å melde avvik, og at det var lettere å ta tak i problemene. Når man meldte avvik ble avviket synlig. Det opplevdes som avgjørende at håndteringen av meldingene ble utført riktig,

...men dersom det er noe som gjentar seg så, i alle fall der fikk det store konsekvenser, for de kunne ikke ignorere det, men sier vi det, så....(D23)

Et tiltak for å oppdage forverring av pasienters tilstand, har vært innføring av systematiske målinger av vitale parameter. Dette tiltaket ble opplevd som nyttig, og pasienten fikk tidligere legebepesøk, da man hadde et konkret mål på pasientens tilstand.

På denne måten unngikk man utydelige beskjeder. En annen av avdelingslederne, poengterte at dersom denne målingen brukes feil, kunne det gi falske resultater. Referanseverdiene og tidspunkt for målingene måtte være tilpasset den aktuelle pasientgruppen.

Et annet moment som fremkom, var at tiltak som ble innført måtte være tilpasset avdelingen. Overordnede kvalitetsforbedringstiltak som opplevdes som lite relevante for avdelingen, ble tilpasset til avdelingen. En av avdelingslederne hadde god erfaring med å prøve ut tiltak i småskala eller pilotform før implementering i hele avdelingen. Det gav en god mulighet til å evaluere og justere underveis, det var lettere å trekke tilbake tiltak dersom det ikke fungerte.

..... det i småskala og så innfører man det på heile avdelingen, og sånn holder en på da...(B43)

Ut fra funn i analysen, kunne det se ut som om ulike resultater kunne brukes i kvalitetsforbedringsarbeidet. En av avdelingslederne, hadde positive erfaringer med å hente ut resultater av pasientdatasystem til bruk i kvalitetsforbedringen. Gjennomgang av resultatene gav mulighet til å sette søkelys på hvordan rutinene i avdelingen fungerte, og om kunne sammenligne seg med andre sykehus. Det ble også poengtert at man må kunne stole på resultatene. Da måtte man se på hvilke faktorer som påvirket resultatet slik at resultatene ble riktig fortolket. Det var ikke alle avdelinger det var lett å finne kvalitetsmål i, men en av avdelingslederne poengterte at man nå kan ta ut rapporter på «trygg pleie», selv om de ikke alltid var gode som kvalitetsindikatorer.

....det er jo blitt bedre da, i forhold til at du registrerer trygg pleie og kan ta ut rapporter og det er jo litt sånne ting, men det sier jo ingenting om den behandlingen pasienten får, det sier at den er screenet, men det er jo ikke avgjørende for hvilken pleie han får....(E13-14)

Et nytt område som fremkom var at deling av erfaring også var en del av kvalitetsforbedringsarbeidet. Man kunne dele erfaringer på ulike måter. Det å lære av egne erfaringer fremkom som nyttig, og erfaringene burde deles. Man kunne også lære av erfaring gjennom debriefing etter alvorlige hendelser. En av avdelingslederne, hadde erfaring med å ta «time out» for å kunne stoppe opp og diskutere under arbeidsoppgaver som ble krevende. Det kunne gi mulighet for å drøfte hva som gikk bra og hva som ikke gikk bra, for så å ta en ny vurdering av situasjonen og eventuelt

sett inn nye tiltak. Denne lederen var opptatt av at det var viktig å bruke dette når ting gikk bra. Da mente vedkommende at det var lettere å bruke dette verktøyet når ting ikke gikk så bra. Felles for disse ulike erfaringene kan være følgende sitat:

....og det er klart det at dersom noen deler sine tabber, for vi lever jo i en ekstrem risikosone heile tiden for å gjøre fatale feil altså, så vi må jo alltid være, jeg tenker at jeg komme aldri til å si at dette kunne jeg aldri gjort. Når det er, for alle kan på en måte, i en setting, tro at de ser noe og...(D28)

Tilrettelegging for læring i avdelingen var også et moment som fremkom i analysen som en del av kvalitetsforbedringsarbeidet.

Tilrettelegging for læring kunne handle om for eksempel å tilpasse prosjekter, tiltak, undervisning og kompetansemål, til utfordringer og behov i den enkelte avdeling. Det kunne også handle om hvordan avdelingen la til rette for øvelser og simuleringstrening i avdelingen, blant annet med eget øvingsrom. Det kom videre frem at det var viktig med et godt forarbeid før innføring av ny kunnskap, og at undervisning sammen med trening eller øvelse, gav god mulighet for å lykkes med innføring av ny kunnskap. Oppdaterte prosedyrer gav avdelingen mulighet til å ha samstemt kunnskap, noe som gjorde det lettere for nyansatte å lære. En annen faktor for å øke muligheten for læring, var det å se nytteverdien av, eller å føle et eierskap til det som skulle læres.

....du må jo eige det for å si det sånn da, du må kjenne, du må eige det som skal læres, for det tror jeg er viktig,....(C123)

4.2.3. Kvalitetsforbedringsarbeid er avhengig av riktige og nok ressurser

Funnene kunne tyde på at avdelingslederne opplevde at mangel på ressurser og kompetanse påvirket kvalitetsarbeidet. Flere av informantene beskrev dette på ulike måter. Alt kvalitetsarbeid skulle gjøres innenfor eksisterende budsjett, og drift gikk alltid først. Det var en utfordring at det gikk på bekostning av andre oppgaver og ble beskrevet slik:

....det er jo det, fordi at alt skal gjøres innenfor eksisterende budsjett, og så er det jo sånn at drift går alltid først, og det må det gjøre, men da går det på bekostning av, og så er det noe med når du har prøvd å dra det i gang og prøvd å kalle inn te møte og så får de beskjed om at nei, det går ikke i dag, for

nå var det tre syke, da får dere ikke, det er jo den skuffelsen da, sant, at de har mobilisert, og noen ganger må du sei, at ok nå er det to stk. som kommer inn på sin fridag og de må bare få gå, og så går det ut over de andre,(E32)

Avdelingslederne hadde også erfaring med at de måtte delegere bort all praktisk forbedringsarbeid til sin assisterende avdelingssykepleier. Ved høy «turnover» og mangel på kompetanse, opplevde avdelingsledere en større belastning på dem, for å kontrollere kvalitet i avdelingen.

....dersom du har mindre kompetanse, ja.. og det var jo det vi gjorde når vi hadde hatt syv kompetente sykepleiere som sluttet samtidig, og fikk inn for de seks nyansatte, som var heilt nyutdannet, der vi stod igjen og opplevde at vi måtte ha en mye større grad av kontroll, og en mye større hands on ute i drift,(E75)

Mangel på ressurser kunne også få konkrete konsekvenser for pasientsikkerhet, som for eksempel legemiddelfeil på grunn av samtidighetskonflikter og travelhet.

En av avdelingslederne snudde dette litt på hodet og påpekte at man kunne bli for opphengt i mangel på ressurser og sa følgende:

....ikke nødvendigvis bare sutre og syte på at det er så lite folk og at vi må få mer ansatte, jeg tror det er en fallgrube å gå i som hindrer deg i å se løsninger og se andre måter å gjøre ting på, du blir så fokusert på det at du...,ja, då bruker du kreftene på en feil måte tenke jeg, såpass realistiske er vi at det kommer ikke masse midler fykende på ei fjøl, i nærmeste fremtid, så da må du gjerne gjøre det på andre måter eller prøve å gjøre det bedre via andre veier, og ha de rette ansatte på jobb sånn at alle er på og at alle har det greit. (F95)

Noen av avdelingslederne beskrev konkrete eksempler på at tilførte ressurser muliggjorde kvalitetsforbedringsarbeid. Dette kunne innebære for eksempel støtte til å realisere konkrete prosjekter, eller nye stillinger. Tilført kompetanse ved at medarbeidere tok videreutdanninger eller ulike kurs, opplevdes som kjærkomment. Fagkompetanse var en viktig faktor, og høy grad av spesialisering og fag-kompetanse gav en større mulighet for å se utfordringene i avdelingen.

4.2.4. Fokus på økonomi påvirker kvalitetsforbedringsarbeidet.

Det var et gjennomgående funn at lederne erfarte at verdikonflikter mellom økonomi og kvalitet påvirket kvalitetsforbedringen. Selv om det gikk fram av funnene at det var økende fokus på kvalitet, var det fortsatt mye fokus på økonomi, noe informantene merket i det daglige arbeidet. Det var stadig innskjerping i budsjettkrav og det var fortsatt mer økonomi enn kvalitet som stod i fokus på ledermøtene. Det gikk også frem av funnene at lederne opplevde en verdikonflikt mellom ressurser og kvalitet.

«...men det koster å ha høy kvalitet på posten, det krever at vi er nok folk,...(B83)

Det var en utfordring å få til kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet når det var travelt i avdelingen. Det var lite ekstraressurser å hente til dette arbeidet, og man måtte få det til med de rammene man hadde. Man kunne ikke velge bort det som var en del av arbeidet, nemlig pasientene, og driften av avdelingen. Kravet om forsvarlig drift kunne også føre til budsjettoverskridelser fordi man måtte sørge for nok kompetanse på vakt. Avdelingsleder måtte forsvare sine valg både overfor sine ansatte og sin leder. Ambisjoner om fagoppdateringer måtte justeres ut fra travelheten i avdelingen.

....og når vi har anledning, når det er rolig, nå går vi jo inn i noen måneder som ikke er rolig, da kan vi ikke, da er det ikke vits i å ha så mange ambisjoner, tenke jeg, for da blir en bare så skuffa, men når vi da får det roligere,.. i dag kan du sette det vekk og så kan du få lov til å holde på med kompetanseportalen,(D67)

4.2.5. Medarbeidernes innflytelse på kvalitetsforbedringsarbeidet.

I forhold til medarbeideres innvirkning på kvalitetsforbedringsarbeidet, kunne det, ut fra funnene se ut som det var to forhold som avdelingslederne erfarte som viktige faktorer.

Det ene var at positive holdninger og engasjerte medarbeidere fremmet kvalitetsforbedringsarbeidet. Funnene tydet på en ganske samlet oppfatning av at de ansatte ved avdelingene var opptatt av å gjøre en god jobb og var positive, men at holdninger, motivasjon og engasjement kunne variere hos den enkelte medarbeider. Forbedring var stadig et tema, til tross for at det tok tid i hverdagen, og det var stort sett en positiv holdning til endring og læring. Den positive holdningen ble beskrevet som støtte for avdelingsleder, da det opplevdes lettere å introdusere nye ting.

Kunnskap, forståelse og interesse var faktorer hos de ansatte som ble trukket frem som positivt i kvalitetsarbeidet, fordi det kunne være med å påvirke den enkeltes holdning og motivasjon for arbeidet.

....de er jo positive, egentlig, men det er som sagt noen som er litt sånn, hvis det blir ekstra arbeid har de ikke lyst til å ta på seg det, men de er nå med...mm...men andre tar på seg ekstraoppgaver og er ivrige, det er forskjell på folk, det er noen ivrige....(A34)

Lederne opplevde at de trengte noen i avdelingen som kunne være motivatorer og dra i gang ulikt forbedringsarbeid. De opplevde også at engasjement var smittende. Dette kan beskrives med følgende sitat:

....du er heilt, heilt avhengig av at det er noen som har lyst, det er alfa og omega for å få det til, du e er heilt, heilt avhengig av å ha noen som ønsker å gjøre det lille ekstra, som er litt mer motivator for de andre, er med å dra lasset i det daglige, mm.. for det blir veldig tungt dersom det skal bare komme fra meg, og bli litt sånn dytta ned på det, det blir helt annerledes mottatt dersom det er flere som er med, så gøy, dette får vi til, spennende, dette blir bra for pasientene, det er du helt avhengig av for å få til endring....(E102)

En av lederne uttrykte sin begeistring over å arbeide med så mange kvalifiserte og dedikerte medarbeidere, og det kan oppsummere den oppfatningen som lederne hadde til sine medarbeidere.

....jeg tenker at dette sykehuset hadde aldri gått dersom det ikke hadde vært så mange ihuga idealister....(D105)

Forbedringsarbeidet ble også opplevd som en viktig faktor for å beholde erfarne medarbeidere, noe som var viktig for kompetansen på avdelingen.

....at det er kjempekjekt med forbedringsarbeid, og vi trenger det for å holde motivasjonen, alle fagarbeidere ønsker å tenke fag og forbedring, det er min erfaring i alle fall, og så lenge de føler at de utvikler seg, og faget sitt så blir de motivert....(E117)

Det andre forholdet som hadde innvirkning på kvalitetsforbedringsarbeidet var arbeidsmiljøet i den enkelte avdeling.

For å skape et godt arbeidsmiljø, hadde lederne ulik erfaring, men det som gikk igjen var å skape trygge medarbeidere. En av lederne sa at trygge medarbeidere skapte flinke medarbeidere. Det å trygge medarbeiderne kunne også være å trene på å gi hverandre positiv tilbakemeldinger når ting gikk bra, da var det lettere å ta opp ting som ikke var så bra. Lav terskel for å spørre hverandre om hjelp, gav et trygt arbeidsmiljø, og påvirket kvaliteten på det arbeidet man gjorde. Det ble arbeidet med å skape en god teamfølelse og avdelingslederne så viktigheten av å inkludere medarbeiderne slik at de fikk en eierfølelse til avdeling og prosjekter. Trygghet var også et fokus etter alvorlige hendelser, og slik kunne debrifing være viktig for at medarbeiderne ikke gruete seg for å gå på jobb igjen. Viktigheten med et godt arbeidsmiljø kunne oppsummeres med:

....det viktigste er å skape et godt arbeidsmiljø og skape en trygg og god arbeidsplass der folk blir sett og der de føler de blir ivaretatt, og der de får utfordringer som gjør at de synes det er kjekt å være på jobb, det tror jeg er alfa og omega for å få til hva du vil, mm..så begynner du i feil retning og skal få til all verdens, men ikke har det på plass, så tror jeg ikke du får det til, da hjelper det ikke om du får mer folk eller om du får mer tid eller om du tilfører aldri så mye så lenge det grunnleggende ikke er på plass....(F88)

4.2.6. Avdelingsleders rolle og funksjon påvirker kvalitetsforbedringsarbeidet.

Det fremkom ulike vinklinger på hvordan avdelingslederens rolle og funksjon kunne påvirke kvalitetsforbedringsarbeidet, og det kan se ut som om lederne hadde reflektert over sin rolle som leder. Når det gjaldt leders rolle overfor personalet, kunne det synes som om avdelingslederne hadde et stort fokus på å være tilstede for medarbeiderne sine. En felles beskrivelse fra avdelingslederne var at de oppfattet seg som åpne, raue og ærlige, positive til og åpne for nye tiltak og prosjekter, og var opptatt av å legge til rette for et godt arbeidsmiljø og skape tillit til sine medarbeidere. Å ha tillit som avdelingsleder ble oppfattet som viktig for å skape et godt arbeidsmiljø, noe som igjen var en forutsetning for å kunne drive godt kvalitetsforbedringsarbeid. Det var også viktig for arbeidsmiljøet at medarbeiderne var trygge på sin leder og visste hva de kunne forvente av sin leder.

....de vil bli sett av meg og, sant, så det jeg ser, det er viktig og at jeg er ute i avdelingen, derfor, om jeg jobber en helg, gjør meg ingenting, for da får jeg,

for då får jeg vært, og då gjør jeg ikke noe administrativt, men det at jeg sitter ute faktisk av og til, og har frokost, og diskuterer, og får med, da får du høre litt hva som rører seg litt i avdelingen og, og det der....(C102)

En annen beskrivelse fra avdelingslederne som gikk igjen var at de oppfattet seg som pådrivere og tilretteleggere for kvalitetsforbedring og fagutvikling. Det var viktig å få med folk, gjerne starte opp med de mest endringsvillige, de som hadde lyst, når en startet opp et endringsprosjekt. Leder opplevde det også krevende å være motivator, og det opplevdes utfordrende å skulle dra personalet i gang.

....så jeg er vel en pådriver for å få ting til å fungere, få ting til å, holde ting varmt og være med på at vi holder oppe den gode kvaliteten....(F58)

En viktig rolle til avdelingslederen var personalledelse, og det kom frem at det var en sammenheng mellom kvalitetsarbeid og personalledelse. Avdelingslederne opplevde at det var en styrke i kvalitetsarbeidet at de kjente medarbeiderne godt og visste hvem som til enhver tid var på jobb. Det var viktig at leder visste hva medarbeiderne stod i på jobb, og at kjennskap til den enkelte kunne bidra til å gi den enkelte god støtte og faglig oppfølging. Når leder kjente personalgruppen var det lettere å organisere personalressursene, og leder kunne også legge til rette for sårbare medarbeidere når man fordelte pasientene om morgenen. Disse erfaringene kan oppsummeres i følgende sitat:

....prøver å finne det som de enkelte kan være ressurspersoner på f.eks. slik at de heile vegen har utfordringer nok til å synes det er kjekt å gå på jobb, så jeg tror vi klarer det meste når vi er en god gjeng som har det greit på jobb og har det greit med hverandre og har det kjekt....(F51)

Leders eierskapsfølelse til forbedringsprosjektene ble også fremhevet som viktig for å fremme prosjektene med tanke på ressurstildelinger. Det kom også frem at leder var opptatt av å kunne påvirke hvordan avdelingens miljø og holdninger ble overført til nye ansatte, og var klar over at det skulle lite til for å ødelegge de gode holdningene.

4.2.7. Avdelingsledere er avhengige av støttespillere rundt seg i arbeidet med kvalitetsforbedring.

Når det gjaldt leders opplevelse av å ha støttende personer rundt seg, gikk det både på opplevd støtte i avdelingen og opplevd støtte fra ledernivå over.

Funnene viste ulike erfaringer med støtte versus mangel på støtte. Det fremkom at avdelingslederne beskrev at de stort sett hadde god støtte og god dialog med ledergruppen på nivåene over, det innebar både fagsjef, klinikksjef og kvalitetskoordinator, men det kom også frem at det kunne oppleves som at det ikke var en grunnleggende forståelse fra ledelsen høyere oppe i systemet.

På den andre siden kom det også frem at lederne savnet oppfølging i lederrollen.

...jeg har støtte i den grad at jeg har veldig stor frihet, jeg har veldig stor frihet til å bestemme selv over egen avdeling, hva vi ønsker å bruke ressurser på og ikke, og eget arbeid, og jeg har og mye ansvar i andre enden, og står mye alene, ja, med de avgjørelser som blir tatt,(... ..) det er jo noe man blir litt vant med, men det har vært noe av det som var tøffest med å gå inn i jobben, det er ikke til å legge skjul på,....(E97-100)

Når det gjaldt leders bruk av andre støttespillere, kom det frem et behov for veiledningsgruppe, noe som var opplevd som en positiv læringsarena. Det var også flere av avdelingslederne som beskrev at de hadde veldig god støtte i sin assisterende avdelingssykepleier.

Denne støtten kunne også være helt avgjørende for å dra personalet i gang, og assisterende fikk en motivator-rolle. Assisterende kunne også inneha en rolle som avlaster i forhold til å dekke inn vakter, slik at leder fikk bedre tid til andre ting, blant annet medarbeidersamtaler, noe som også hadde innvirkning på kvalitetsarbeidet.

....jeg har jo druknet i det der å bruke dagen på å dekke vakter og sånn, etter at hu kom, så har jeg absolutt fått tid til andre ting, blant annet det der med medarbeidersamtaler, det har jeg ikke hatt tid til før, det har vært sånn hes pes....(C100-101)

4.3. Leders erfaring med forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring

Ut fra funnene kunne det synes som om Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring ikke var blitt implementert i alle deler av organisasjonen, da hele fem av de seks informantene ikke hadde kjennskap til den. Tre av avdelingslederne svarte kort på at de ikke hadde kjennskap til den at nei, mens to av informantene utdypet dette litt mer

i forhold til at den kanskje lå der som et bakteppe i organisasjonen uten at den var kjent.

...nei, må bare si nei, men det er jo stadig fokus på kvalitetsforbedring, og kanskje mer og mer, så det kan jo være en følge av det, men jeg kan ikke si jeg kjente til det. (A28)

En av avdelingslederne hadde lest forskriften, men på spørsmål om den var blitt innført via klinikkledelsen systematisk, var svaret;

...ja, nei vil ikke si at vi har hatt noe systematisk, det er liksom en , vi har fått beskjed at, vi har fått den tilsendt og lest den, ...(D104)

Informanten utdypet videre at forskriften ikke hadde vært gjenstand for undervisning.

4.4. Oppsummering.

De viktigste funnene var at avdelingslederne oppfattet kvalitetsforbedringsarbeidet som omfattende, og som et kontinuerlig arbeid. Det omfattet både det konkrete pasientsikkerhetsarbeidet, så vel som de organisatoriske oppgavene for å ivareta en forsvarlig drift av avdelingen. Avdelingslederne erfarte at det var flere faktorer som kunne påvirke kvalitetsforbedringsarbeidet, som for eksempel økonomiske ressurser og personalressurser. Medarbeidernes holdninger til og motivasjon for kvalitetsforbedringsarbeidet var en viktig faktor for å lykkes med dette arbeidet, og avdelingsleder opplevde seg selv som en tilrettelegger og motivator for å få til kvalitetsforbedringsarbeidet, og var også tydelige på at de trengte støttepersoner i arbeidet. Avdelingsleder anså det som viktig at avdelingsleder og medarbeiderne opplevde de ulike kvalitetsforbedringstiltakene og prosjektene som nyttige, og det var vesentlig at disse var tilpasset den enkelte avdeling. Avdelingsleder arbeidet også for å skape et godt arbeidsmiljø, noe som ble ansett som vesentlig for å få til arbeidet med kvalitetsforbedring. Avdelingslederne i dette utvalget hadde liten eller ingen kjennskap til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, og den anses som ikke implementert i de aktuelle avdelinger.

5.0. Diskusjon

I dette kapitlet vil de funn som er presentert i kapittel 4.0. diskuteres ut fra relevant litteratur og forskning. Strukturen i dette kapitlet vil ta utgangspunkt i studiens forskningsspørsmål. Avdelingsledernes oppfatninger av kvalitetsforbedringsarbeidet diskuteres først, før avdelingsledernes oppfatninger av de ulike faktorenes påvirkning diskuteres. Dernest vil deres oppfatning av opplevde verdikonflikter bli diskutert. Erfaringer med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring blir diskutert til slutt.

5.1. Avdelingsledernes oppfatninger av arbeidet med kvalitetsforbedring.

Studiens funn viste at et av perspektivene til avdelingslederne når det gjaldt deres oppfatning av kvalitetsarbeidet, var at arbeidet måtte være forankret i organisasjonen, og at kravet til kvalitet lå i planverket til organisasjonen. På avdelingsnivå kunne dette være synlig i avdelingens målsetting og handlingsplan, og avdelingsleder var opptatt av at målsettingene skulle være synlig og at de skulle følges. En forutsetning for det kunne være at medarbeiderne skulle føle en tilhørighet til avdelingen og et eierskap til kvalitetsforbedringsarbeidet. Det fremkom derimot ingen opplysninger om systematikk i arbeidet med målarbeidet på de ulike nivåene i organisasjonen. I et høringsnotat som kom fra helse- og sosialdepartementet i 2015, ble det presisert at mange virksomheter hadde utfordringer knyttet til ledelsesforankring av kvalitetsarbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Konsekvensen av dette var innføringen av «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» i 2017 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a). Denne forskriften definerer at det er øverste leder som har ansvar for å sette mål for virksomheten, og at «*målene operasjonaliseres på relevante nivå i virksomheten*» (Helsedirektoratet, 2017, s. 13). Øverste leder skal jevnlig følge opp resultatene knyttet til målene, og det er anbefalt at målene utarbeides i samarbeid med hele organisasjonen (Helsedirektoratet, 2017, s. 13). Ledelse handler om påvirkning av en gruppe, ved å kommunisere, mot et felles mål (Andersen, 2011, s. 11). Taylor et al. (2015), viste til at to nøkkelfaktorer for et høykompetent sykehus var ledelsesinvolvering gjennom hele organisasjonen, samt at medarbeiderne opplever tillit og medbestemmelse. Dette understøtter viktigheten av å et felles målarbeid.

Funn viste at kvalitetsforbedringsarbeidet var noe som avdelingslederne holdt på med hele tiden, at det var en mer eller mindre kontinuerlig prosess. En av måtene å gjøre dette på, var å følge opp resultater og rapportere avvik. Det ble satt i gang forbedringstiltak og tiltakene ble justert, evaluert og korrigert hele tiden ut fra resultater. Kvalitetsforbedringsarbeidet skal være systematisk, og kravet til kvalitet er et prosesskrav og ikke krav til kvalitet på et bestemt nivå. Denne prosessen består i å identifisere forbedringsområder, prøve ut tiltak, og justere tiltakene til man oppnår de resultatene man ønsker og til forbedringene vedvarer (Helsedirektoratet, 2017, s. 3). Battalden & Stolzt (1993), presenterer PDSA modellen som en enkel metode når man skal lede forbedringsarbeidet i en organisasjon. Forskning har imidlertid vist at PDSA modellen ikke alltid er lett å gjennomføre selv om den er beskrevet som enkel i litteraturen. Det er en velfungerende arbeidsmetode, men problemet er ofte at ressurser og støttende rammer er underestimert. For å lykkes, må bruken av PDSA modellen være støttet av vesentlig investering i ledelse, ekspertise og ressurser for endring (Boaden, 2009; Reed & Card, 2016; M. J. Taylor et al., 2014). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring anbefaler PDSA modellen som en av forbedringsmetodene (Helsedirektoratet, 2017). Forskning har vist at en god kultur for kontinuerlig forbedring, er med på å skape en høy kvalitetsforbedringsmodenhet i sykehus (Jones et al., 2017). Kvalitetsforbedringsarbeidet var noe som var en stor del av avdelingsledernes arbeid, og når man ser ut fra forskning at det er omfattende prosesser, kan man diskutere hvorvidt det er nok tilgjengelige ressurser. Dette blir tatt opp senere i diskusjonen.

Funn fra studien viste at når det gjaldt bakgrunn for det kvalitetsforbedringsarbeidet som pågikk i avdelingene, så var det flere ulike årsaker til forbedringsprosjektene. Det var et stort behov for faglig oppdateringer både på grunn av medisinsk og faglig utvikling, og på grunn av høy «turn over» hos personalet. Forskning har vist at det er nødvendig å bygge og vedlikeholde kompetanse og kompetente medarbeidere for å ha god kvalitet i organisasjonen, samt at toppledelsen har et engasjement for kvalitetsforbedringsarbeidet (N. Taylor et al., 2015). Det forutsettes i veileder til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring at virksomheten utfører kompetansekartlegginger, og sørger for at medarbeiderne får tilstrekkelig opplæring (Helsedirektoratet, 2017, s. 22). Avdelingslederen er den som kjenner avdelingens kompetanse og er et viktig bindeledd opp mot toppledelsen (Hope, 2015), men er avhengig av toppledelsens engasjement for kvalitetsforbedringsarbeidet.

Funn viste også at mange av kvalitetsforbedringsprosjektene hadde årsak i system- eller rutinesvikt. Det kunne være på bakgrunn av avviksmeldinger, ulike revisjoner i organisasjonen eller ulike tilsyn, og årsakene ble diskutert i personalgruppen. Det er anbefalt i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, at man aktivt og systematisk benytter seg av resultater fra avviks- og meldesystemer, samt ulik tilsyn og pasientsikkerhetsvisitter i forbedringsarbeidet. Medarbeidernes erfaringer bør systematisk etterspørres (Helsedirektoratet, 2017, s. 16). Funnene viste at det var mest fokus på avvik og et Safety-I perspektiv. Det er i de senere årene fokusert mer på å rette søkelyset mot alle de dagligdagse hendelsene som faktisk går bra. Tatt i betraktning at det meste av det som utføres, går bra, er det anbefalt at man også ser på det som går bra så vel som det som går galt, et Safety-II perspektiv (Braithwaite, 2018; Suján et al., 2017). Det er i nasjonal handlingsplan for 2019-2023 (Helsedirektoratet, 2018) poengtert viktigheten av korrigerende avvik og uønskede hendelser, og det er anbefalt at det legges bedre til rette for deling av kunnskap og erfaring. Det er derimot ikke spesifisert om det er erfaringer fra det som går bra slik det er beskrevet av Braithwaite (2018).

Funn viste at forslag til forbedringsprosjekter kom fra både de ansatte, avdelingsleder eller overordnede instruksjoner. Organisasjonen må sørge for at risikofaktorer defineres, og både pasienter, pårørende og medarbeidere kan bidra til verdifull innsikt om slike faktorer (Helsedirektoratet, 2017, s. 16). Forskning har vist at høykompetente sykehus kjennetegnes blant annet av god monitorering av ytelsen. Engasjement på et lavere hierarkisk nivå, øker muligheten for personlig og organisasjonell læring. (N. Taylor et al., 2015).

Studiens funn viste at avdelingslederne oppfattet at kvalitetsforbedringsarbeidet handlet mye om pasientsikkerhet, og oppfølging av dette arbeidet var en stor del av lederens hverdag. En stor del av dette arbeidet handlet om å organisere enten de overordnede prosjektene, samarbeidsprosjektene, eller prosjektene som avdelingene selv hadde startet opp, og som var tilpasset egen avdeling. Det kom også frem at kvaliteten på sykepleien også var blitt bedre. En av egenskapene i begrepet kvalitet i helsetjenesten, er at den skal være trygg og sikker (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 12). Vincent (Vincent, 2010, s. 32), poengterer også at pasientsikkerhet er en viktig substans i kvalitetsbegrepet. Kvalitetsbegrepet innbefatter ikke bare pasientsikkerhet, men viser seg også i møtet mellom pasient og helsearbeider (Bate et al., 2008), men

det var mest pasientsikkerhet som var fokus for kvalitetsforbedringsprosjektene i funnene.

Funn viste også at avdelingslederne omtalte pasientinvolvering som en del av kvalitetsforbedringsarbeidet. Det fremkom eksempel på forbedringsprosjekt der det var fokus på å styrke pasientinvolveringen. Det kom også frem eksempler på hvordan avdelingen brukte pasienterfaringer i forbedringsarbeidet ved å utføre brukerundersøkelse. Det var ellers gjennomgående lite systematikk i dette arbeidet. En av egenskapene ved kvalitet, er at tjenesten skal involvere brukere og gi dem innflytelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 12). Wiig et al. (2013) fant at det var et gap i hvordan nasjonale strategier fokuserte på å involvere pasientene i forbedringsarbeidet, og det som faktisk var tilfelle ved de ulike virksomhetene. Det var mangel på ekspertise ved norske sykehus for å tilpasse og implementere verktøy og metoder for å forbedre pasientinvolveringen (Wiig et al., 2013). Det kan se ut som om dette gapet fortsatt er tilstede, og i den siste nasjonale handlingsplanen er det fremdeles fokus på at man må ha en kultur for å inkludere pasienters erfaringer i kvalitetsforbedringsarbeidet (Helsedirektoratet, 2018, s. 16). I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, poengteres viktigheten av at pasienter og pårørende kan gi viktig informasjon om utfordringer i helsevesenet og skal involveres i forbedringsarbeidet (Helsedirektoratet, 2017). Avdelingslederne i denne studien hadde lite eller ingen erfaring med denne forskriften, og i lys av det, kan det diskuteres om man kunne fått en bedre struktur på dette arbeidet dersom forskriften hadde vært tilstrekkelig implementert. Enn annen årsak til mangel på pasientinvolvering, kan være hvilke kvalitetsindikatorer man bruker i kvalitetsforbedringsarbeidet, noe som vil bli diskutert senere.

Videre viste funn at avdelingslederne også oppfattet at kvalitetsforbedringsarbeid kunne handle om samarbeid og kontinuitet i tjenesten. Det handlet om samarbeid mellom de ulike avdelinger og klinikker for å sikre god pasientflyt gjennom organisasjonen. Planlegging av avdelingens drift og organisering av pleiepersonalet ble oppfattet som viktig for pasientflyten. Et nytt verktøy for å registrere pasientbelegg og pleietyngde, ble oppfattet som nyttig for å forbedre pasientflyten og samarbeidet mellom ulike avdelinger. Det handlet også om å skape kontinuitet i den enkelte pasients forløp, der det kom frem som viktig at pasienten ble fulgt opp av fast personale. Avdelingslederne opplevde også at det var en sammenheng mellom

ressursutnyttelse og kvalitetsforbedringsarbeid. Denne egenskapen kan på dette nivået i organisasjonen sees i sammenheng med kravet til kontinuitet i tjeneste. Det handlet ikke bare om å øke kvaliteten ved å skape kontinuitet, men også om de ansattes tilfredshet. Hvordan tilfredshet igjen påvirker kvalitetsforbedringen vil komme frem senere i diskusjonen. Kvalitetsbegrepet innebærer at tjenesten skal være samordnet og preget av kontinuitet, samt at ressursene i helsetjenesten skal utnyttes på en god måte (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 12). Det går klart frem i den nasjonale handlingsplanen for 2019-2023 at det må fokuseres på overganger innad i virksomheten og mellom de ulike tjenesteområdene innen helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018). Forskning viser at effektivt samarbeid og kommunikasjon mellom ulike disipliner og mellom ulike nivå i organisasjonen, er en nødvendighet for å oppnå felles mål. Dette handler om å gi effektiv behandling til rett tid for den enkelte pasient på reisen gjennom systemet (N. Taylor et al., 2015).

5.2. Avdelingsledernes oppfatninger av hvilke faktorer som påvirker kvalitetsforbedringsarbeidet.

Studiens funn viste at avdelingslederne hadde erfaring med at ulike faktorer påvirket hvordan de arbeidet innenfor de ulike områdene for kvalitetsforbedring.

Studiens funn viste at avdelingslederne oftest opplevde de overordnede kvalitets- eller pasientsikkerhetsprosjektene som positive bidrag til kvalitetsarbeidet, men det kom også frem noen forutsetninger for at disse skulle fungere i avdelingen. Prosjektene måtte oppleves relevante og nyttige for den enkelte avdeling, det gjaldt både for avdelingslederen selv, så vel som for medarbeiderne. Dette for at de skulle få prioritet i en travel hverdag. Det følte av og til som *«det er noe vi skal gjøre bare for å tilfredsstille noen som sitter i et annet bygg»* (D76). Her kommer man inn på i hvor stor grad frontlinjen er deltagende i å definere hvilke behov for forbedring som trengs i den enkelte avdeling, slik som Taylor et al.(2015) diskuterer. Dette handler om tillit til medarbeiderne og mulighet for medbestemmelse, noe som også støttes av Braithwaite (2018). Dette kan også handle om organisasjonsstruktur, og hvor man definerer at makten befinner seg (Bate et al., 2008, s. 99). I et fagbyråkrati, slik som Mintzberg(1983) definerer det, har den operative kjernen en nøkkelposisjon. Mellomlederen, som her representeres ved avdelingsleder, vil dermed ha en viktig posisjon i å formidle frontlinjens behov og ønsker for forbedring oppover, og samtidig

formidle og samkjøre dette med organisasjonens målsetting (Hope, 2015). Dette kan også handle om på hvilke premisser de ulike kvalitetsforbedringsprosjektene startes opp. Dersom man tar utgangspunkt i for eksempel PDSA modellen (Folkehelseinstituttet, 2015) slik den er vist i fig.1 i kapittel 2.3, ser man av steg 1, at det er vesentlig med en grundig forberedelse, og felles forankring av arbeidet.

Funnene viste at avdelingslederne mente at det var viktig å dele sine erfaringer, men det var mest fokus på å dele erfaringer i forhold til uønskede hendelser eller tøffe situasjoner. Det er i oppgaven allerede diskutert forholdet mellom Safety-I og Safety-II perspektivet, så fokus rettes ofte mot å lære av uønskede hendelser. Et av tiltakene som ble nevnt i funnene, var avviksmelding og avvikshåndtering. Avdelingslederne opplevde at medarbeiderne lurte på om det nyttet å melde avvik. Avdelingsleder mente også at det forekom underrapportering av avvik, og noen ansatte opplevde det som ubehagelig å rapportere på andre avdelinger, noe som kunne beskrives som å angi noen. Avdelingsleder opplevde at også verneombud hadde en rolle i å motivere til å melde avvik og å informere om hensikten med avviksmeldinger. Melding av avvik er bare et varsel om at noe er et problemområde, men for å lære av den må man analysere og forstå (Vincent, 2010, s. 94). Ved å analysere situasjonen, slik at man forsøker å finne forutsetningene for at hendelsen oppstod, benytter man seg av det som i litteraturen kalles for «dobbelkretslæring». Dette gir større læreutbytte for å endre de forhold som førte til hendelsen. Hensikt med læring er nettopp å skape en vedvarende endring (Irgens, 2007). Når man driver med korrigerende og forbedring, forutsettes det at man forstår de ulike årsakene til avvik og uønskede hendelser (Helsedirektoratet, 2017, s. 46). En viktig faktor for å bruke avvikssystemet er tilbakemelding til melder, og handling (Vincent, 2010, s. 91). I nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019- 2023, poengteres det at endrings- og forbedringsarbeid krever tett oppfølging av leder med en konstant oppfølging for å skape og opprettholde resultater. En viktig forutsetning er en åpenhetskultur der feil og uønskede hendelser sees på som en kilde til læring og forbedring (Helsedirektoratet, 2018, s. 16).

Avdelingsleder var opptatt av å formidle at når man meldte avvik, ble avviket synlig, og det ble mulighet for å gjøre noe med det. Det var også funn som sa noe om at avdelingsleder var opptatt av å skape en god teamfølelse, og det var et gjennomgående funn at avdelingsleder var opptatt av å skape tillit til medarbeiderne. Tillit mellom

medarbeidere på alle nivå i organisasjonen, er et av kjennetegnene på et høykompetent sykehus (N. Taylor et al., 2015). Avdelingsleders rolle i dette arbeidet er avgjørende for å skape et godt meldeklima. Dette støttes av Liukka et al. (2018). De fant at sykepleieledere skulle sørge for at medarbeideren betraktet pasientens beste som høyt prioritert, og at uheldige hendelser som oppstod skulle meldes. Sykepleielederne måtte kommunisere om temaet, slik at ingen følte skyld, og de trengte kompetanse på å motivere og støtte medarbeiderne.

Funn i studien viste at avdelingslederne var opptatt av å tilrettelegge for andre gode læringssituasjoner. De var opptatt av at undervisning og læringssituasjoner var tilpasset den enkelte avdeling. Det kunne være både praktisk tilrettelegging for undervisning, øvelse og simulering, samt at kompetansemål var oppdatert og tilrettelagt for avdelingen. Det var gode erfaringer med at teoretisk undervisning sammen med praktisk trening, gav god mulighet for å lykkes med innføring av ny kunnskap. I litteraturen finner man at simulering kan settes i sammenheng med begrepet «lærings sirkel», og består av fem ulike trinn: kunnskapstilegnelse, ferdighetstrening, beslutningstrening, simuleringstrening og klinisk praksis. (Sollid, 2015, s. 189). Det er litt ulikt hvor mye trening man trenger i de ulike situasjonene. De grunnleggende tiltakene som man utfører ofte, krever opplæring, men ikke alltid vedlikeholdstrening. Det som man derimot utfører sjeldent, krever opplæring og i tillegg vedlikeholdstrening. Noen avanserte tiltak utføres ofte, og krever opplæring og vedlikeholdstrening (Sollid, 2015, s. 190). I følge Batalden & Stoltz (1993), trenger man å linke teori og handling for å bygge kunnskap og læring. Denne opplæringen kan være tidkrevende, og dette var avdelingsleder opptatt av at ble prioritert. Man kan se ut fra forskning at kjennetegn på høykompetente sykehus, er at de har fokus på å bygge og opprettholde en kyndig arbeidsstab. I det ligger det også sterkt fokus på trening og utdanningsinitiativ (N. Taylor et al., 2015).

Funn viste også at avdelingslederne erfarte at en viktig faktor for å lykkes med implementering av ny kunnskap, var at medarbeiderne så nytteverdien av kunnskapen og at de følte eierskap til det som skulle læres. Dette er i tråd med det som er påpekt i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019- 2023 (Helsedirektoratet, 2018, s. 8), at god kvalitet og pasientsikkerhet, altså kunnskap, utvikles best der det er en kultur preget av at medarbeiderne og lederne har et eierskap til kvalitetsforbedringen og ambisjoner for fagutvikling. Taylor et al. (2015),

poengterer at når medarbeidere opplever tillit fra ledelsen og medbestemmelse til innovasjon, så trives de bedre med dette arbeidet. Medarbeiderne aksepterer lettere tiltak når de er involvert i beslutningen (Braithwaite, 2018).

Funn fra studien viste at avdelingslederne hadde erfaringer med at innføring av systematiske målinger av pasientenes vitale parameter, gav dem mulighet til å oppdage forverringer i pasientens tilstand så tidlig som mulig. Leder hadde opplevd denne innføringen som en betydelig kvalitetsforbedring ved at man hadde konkrete tall å forholde seg til når man kontaktet lege, i stedet for en magesfølelse. Dette har ført til legetilsyn på et tidligere tidspunkt. Det var imidlertid også rapportert om at noen medarbeidere synes det kunne bli mange målinger, og at det gikk ut over annet arbeid, og det ble poengtert at kunnskap og forståelse hadde betydning for holdning til tiltak som settes i verk. Disse verktøyene måtte fungere hensiktsmessig ved at referanseverdier var tilpasset den enkelte pasientgruppe, slik at det ikke ble feilmålinger. Dersom man ikke kunne stole på resultatene, ville det kunne føre til at de ikke ble brukt. Å oppdage en potensiell kritisk situasjon i forkant, for så å kunne sette inn tiltak som forebygger en potensiell hendelse, kan karakteriseres som et proaktivt sikkerhetsperspektiv (Hollnagel, 2013, s. 11). Dersom avdelingsleder fokuserer på å motivere til å bruke denne typen verktøy, til tross for at det tar litt tid å utføre selve målingene, kan man være i forkant og oppdage og forebygge eventuelle kritiske situasjoner. Også her handler det om avdelingslederens evner til å motivere medarbeiderne og formidle kunnskap. I lys av det man vet om avvikshåndtering, kan det kanskje være nyttig å bruke resultater fra avviksmeldinger til å synliggjøre effekten av det aktuelle tiltaket.

Studiens funn viste også at avdelingslederne hadde erfart at resultatmålinger i enkelte prosjekter ikke målte de resultatene som var vesentlige for å vite om prosjektet resulterte i bedre kvalitet på pleien, men at de kun målte i hvor stor grad registreringen var utført. Dette ble opplevd som en utfordring i kvalitetsforbedringsarbeidet. Noen avdelinger var organisert slik at det var flere ulike resultater omkring pasienten som ble registrert i et pasientdatasystem, og det var da lett å ta ut rapporter som kunne brukes for å sette søkelys på forbedringsområder. Det opplevdes lettere å måle resultater når det som måles ble registrert. Det som ble registrert var ofte relatert til pasientsikkerhet og at tjenesten var trygg og sikker, og ikke så ofte relatert til pasientens opplevelse av kvaliteten på helsetjenesten. Når det gjelder resultatmålinger,

er det viktig at resultater som kvaliteten måles ut fra, er troverdige og pålitelige (N. Taylor et al., 2015). I dette tilfellet ble det poengtert av avdelingsledere at disse dataene ikke målte kvaliteten på pleien. Man kan diskutere om for eksempel bruk av en pasienttilfredshetsundersøkelse hadde gitt mer gyldige data når man skal måle kvalitet på pleie. Ledere oppfordres til tett og konstant oppmerksomhet for å skape og opprettholde resultater, og det er videre poengtert i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 – 2023, at det er en utfordring at helseinstitusjonene ikke har gode nok systemer til å registrere egne data (Helsedirektoratet, 2018). Resultater måles ut fra forhåndsdefinerte mål, og målet må reflektere det man legger i begrepet kvalitet. Man kan diskutere om man har kvalitetsindikatorer som i god nok grad sier noe om hvordan pleien utføres. Det er i veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring krav til at ledere på alle nivå systematisk og regelmessig følger opp og etterspør relevant informasjon for å kunne ha oversikt over om iverksatte tiltak fungerer hensiktsmessig (Helsedirektoratet, 2017, s. 43).

Funnene viste at avdelingslederne opplevde en utfordring i forhold til tilgjengelige ressurser, og at mangel på både personalressurser og kompetanse, kunne være en utfordring for kvalitetsforbedringsarbeidet, og at drift alltid kom i første rekke. Studiens funn viste også hvordan tilførte ressurser og tilført kompetanse gjennom videreutdanninger og ulike kurs, opplevdes også som kjærkomment for avdelingen. Den enkelte virksomhet har plikt til å organisere sine tjenester slik at helsepersonellet kan overholde sine lovpålagte plikter (Helsedirektoratet, 2013), og kvalitetsforbedring er en lovpålagt plikt. Veileder til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring viser til erfaring om at forbedring kan være vanskelig i en travel hverdag, og at det bør vises særlig oppmerksomhet fra ledere på alle nivå, også øverste leder, og det bør settes av tid og ressurser til forbedringsarbeid som en del av daglig drift (Helsedirektoratet, 2017). Forskning viser at det er nettopp mangel på ressurser som er en av nøkkelfaktorene for at forbedringstiltak ikke lykkes (Boaden, 2009; Reed & Card, 2016). Avdelingsleder innehar en nøkkelposisjon når det gjelder formidlingen av behovet for tilførte ressurser (Hope, 2015), men i hvilken grad lederen får gehør for sine behov er avhengig av hvilket fokus toppledelsen har på kvalitetsarbeid. Forskning viser at det kan være manglende fokus på dette arbeidet (Parand et al., 2014; Sanner et al., 2018). Når man tenker på organisasjonen som en helhet, med i utgangspunktet samme målsetting om å levere helsetjeneste av høy

kvalitet, kan man diskutere i hvor stor grad kvalitetsforbedring gjennomsyrrer hele organisasjonen i alle ledd. Det kan også ha med ulik forståelse av begrepet kvalitet slik som beskrevet av Wiig et al. (Wiig et al., 2014), og at dette gjør det vanskelig å formidle behov oppover i systemet.

Funn fra studien viste også at mangel på kompetanse i perioder ble sett på som en stor utfordring for kvaliteten i avdelingen, og der dette opplevdes som et problem, måtte leder bruke mer tid på å være ute i avdelingen. Det kunne for eksempel være høy «turn over» i personalgruppen. Personalgruppen trengte da en større grad av kontroll, slik at avdelingsleder til enhver tid hadde kontroll på kvaliteten på den helsetjenesten som ble levert. Det innebar også ekstra støtte til personalgruppen. Leders handlingsalternativ er altså avhengig av konteksten som vedkommende står i (Zaccaro et al., 2018). Tilstrekkelig kompetanse er en av nøkkelfaktorene for et kompetent sykehus (N. Taylor et al., 2015). Bate et al. (2008), snakker om organisasjonens evne til å justere atferd på et nivå når det inntreffer en hendelse på et annet nivå. En slik hendelse kan være høy «turn over» i personalgruppen, og det kan forventes at ledernivå over gjør justeringer for å forhindre uforsvarlig drift.

Funnene fra studien viste at avdelingslederne stort sett oppfattet medarbeiderne som positive, men at holdninger, motivasjon og engasjement kunne variere hos den enkelte medarbeider. Forbedring var ofte et tema i avdelingene, til tross for at det tok ekstra tid. For avdelingsleder var de positive holdningene viktig, da det opplevdes lettere å introdusere ny kunnskap. Forskning viser at det er en signifikant indirekte effekt av transformasjonsledelse og uheldige hendelser hos pasienter. Dette henger sammen med medarbeiderens medbestemmelse. Ved fokus på samarbeid og en åpen dialog ble sykepleierne styrket til å løse problemer og påvirke endring i praksisfeltet (Boamah et al., 2018). At avdelingslederne oppfattet medarbeiderne som positive og engasjerte, kan ha en sammenheng med at avdelingsleder var opptatt av å bygge tillit og tilrettelegge for hver enkelt medarbeider.

Et annet funn som fremkom, var at avdelingslederne var opptatt av å skape et godt arbeidsmiljø, og at dette ble ansett som viktig for å få til kvalitetsforbedringsarbeidet. En viktig faktor for å skape et godt arbeidsmiljø, var å skape trygghet. Lav terskel for å spørre hverandre om hjelp, var med på å skape et godt læringsmiljø.

Avdelingslederne hadde også erfaring med at det var viktig å inkludere medarbeiderne i kvalitetsforbedringsarbeidet, slik at de fikk en eierfølelse til både avdeling og de

ulike forbedringsprosjektene. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019- 2023, er klar på at *god kvalitet og pasientsikkerhet utvikles best i arbeidskulturer der medarbeiderne og leder har et eierskap til kvalitetsforbedring, og en faglig ambisjoner om å utvikle seg og bli bedre* (Helsedirektoratet, 2018, s. 8). Det henvises videre til forbedringsundersøkelsen fra 2018, som var en landsomfattende arbeidsmiljø- og pasientsikkerhetsundersøkelse. Denne skal legge grunnlag for videre arbeid med å se disse to områdene i sammenheng (Helsedirektoratet, 2018). Flere artikler støtter sammenhengen mellom inkludering av de ansatte og organisasjonens evne til å drive kvalitetsforbedringsarbeid, slik avdelingslederen hadde erfart (Braithwaite, 2018; N. Taylor et al., 2015; Øvretveit, 2008).

Studiens funn viste at avdelingslederne ønsket å være tilstede for personalet og de ønsket å se den enkelte. Karakteristikk som gikk igjen var at de oppfattet seg som åpen, ærlig og raus. Det kunne se ut som om det viktigste for dem var å skape tillit. De oppfattet seg som pådrivere og tilretteleggere for kvalitetsforbedringsarbeidet, og i dette arbeidet var det viktig å få med de mest endringsvillige først. Avdelingslederne poengterte at vedkommende selv måtte ha tro på og føle eierskap til kvalitetsforbedring, engasjement ble oppfattet som smittende. Personalledelse ble oppfattet som en viktig funksjon, da de så en klar sammenheng mellom dette og kvalitetsforbedringsarbeid. De verdiene som kommer frem her, er viktige verdier og prinsipper for ledelse, og kan støttes av Kristoffersen og Fridberg (2016). De fant at sykepleieledere som utøvde innflytelse, stimulerte og inspirerte og tok vare på sine medarbeidere, kunne oppnå god effekt av ledelsen. Dette gjaldt spesielt der medarbeiderne opplevde konflikt mellom kvalitet og økte effektivitetskrav. Verdiene som karakteriserte avdelingslederne, kan man kjenne igjen i transformasjonsledelse. Det er flere artikler som støtter transformasjonsledelse som en egnet tilnærming innen helse- og omsorgssektoren (Boamah et al., 2018; Kristoffersen & Friberg, 2016). Begrepet transformasjonsledelse, fremkom ikke i funnene, men avdelingslederne var opptatt av de samme verdiene, og kan tenkes å gi samme resultat i forhold til medarbeiderne. Ledelse er en mellommenneskelig påvirkning, den er utført i en spesiell situasjon gjennom en kommunikasjonsprosess med et ønske om måloppnåelse (Andersen, 2011, s. 17). Pilbeam et al. (2016), er mer opptatt av at det i ledelsessituasjoner, må tas høyde for kontekst, og Kunzle et al. (2010), er opptatt av at det er mange ulike faktorer som påvirker lederskapsmønsteret. Den ledelsesatferden

som er vellykket i en situasjon, trenger ikke passe inn i en annen. Det har tidligere fremkommet funn om at avdelingsleder måtte utøve en større form for kontroll når kompetansen i avdelingen var lav. I lys av at det i større grad må tas høyde for kontekst i ledelsessituasjoner, kan man tenke seg at avdelingsleder trenger egenskaper og kompetanse på å vurdere handlingsalternativ ut fra konteksten.

Studiens funn viste at avdelingslederne uttrykte et behov for støttespillere rundt seg som kunne avlaste i forhold til kvalitetsforbedringsarbeidet, slik at de klarte å følge opp andre oppgaver. Mange opplevde å ha god støtte fra, og god dialog med lederne på nivået over, men funn viste også at de kunne oppleve å stå mye alene. Det å stå alene, var det som opplevdes som tyngst i denne lederposisjonen. Det ble også uttrykt ønske om fortsatt veiledningsgruppe. Det fremkom også en oppfatning av at det ikke var en grunnleggende forståelse for situasjonen på avdelingen fra ledelsen høyere opp i systemet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er tydelig på at alle nivå i organisasjonen skal bidra til kvalitetsarbeidet (Helsedirektoratet, 2017), noe som også er formulert i nasjonal handlingsplan for 2019-2023 (Helsedirektoratet, 2018). Birken et al. (2015), finner i sin studie at toppledelsens støtte til mellomlederen påvirker mellomlederens engasjement. Toppleder kan tilkjennegi deres støtte ved å formidle til mellomleder at dette er et initiativ som prioriteres i organisasjonen. Mellomleder kan også påvirke topplederens støtte ved å formidle hvilken form for støtte den enkelte mellomleder trenger for å øke engasjementet til forbedringsarbeid (Birken et al., 2015). Taylor et al. (2015) finner at respekt og tillit mellom kollegaer på alle nivå, er et av kjennetegnene på et høykompetent sykehus. Et annet kjennetegn, er at overordnet leder har en støttende funksjon, samt er synlig i organisasjonen. Dette gjør det lettere for de ansatte å samhandle med dem og i fellesskap løse problemer. Behovet for veiledningsgrupper kan støttes av Jensen et al.(2018), som finner at velildning for mellomledere bidrar til å skape arenaer for forståelse mellom klinikker, og for å diskutere problemer og utfordringer. Forskning viser også at mellomledere ofte mangler en konkret arbeidsbeskrivelse når det gjelder kvalitetsforbedringsarbeidet, det er noe de må gjøre på toppen av de andre oppgavene, og at de trenger trening og forberedelse til dette arbeidet (Dainty & Sinclair, 2017).

5.3. Avdelingsledernes oppfatninger av verdikonflikter i arbeidet med kvalitetsforbedring.

Studiens funn viste at avdelingslederne kunne oppleve en verdikonflikt mellom kvalitet og ressurser. Selv om de gav uttrykk for at det var et økende fokus på kvalitet, var det fortsatt mye fokus på økonomi, noe som de merket i praksis og på ledermøter og som krevde mye av avdelingslederne. Orvik et al. (2015) har i sin studie funnet at avdelingsledere kan oppleve skvis mellom kvalitet og effektivitet, og at det snakkes mye om økonomi. I møte med motstridende krav, må avdelingsleder gjøre et handlingsvalg. Dette dilemmaet kaller Hollnagel (2009, s. 14) for «Efficiency-Thoroughness Trade Off» (ETTO). ETTO prinsippet går ut på at helsepersonell hele tiden gjør vurderinger og velger mellom grundighet og effektivitet. Man trenger en balanse mellom disse to kravene, og konsekvensen av at effektivitet blir prioritert, kan bli at pasientsikkerheten blir truet (Hollnagel, 2009, s. 15). Som tidligere nevnt viste forskning at det kunne være ulik forståelse av begrepet kvalitet i sykehus.

Sykepleieres oppfatning av høy kvalitet på helsetjenesten, var sterkt relatert til arbeidsmiljøfaktorer som å ha nok ressurser og bemanning, og kompetent ledelse. De var også opptatt av den mer pasientsentrerte omsorgen. Ledere uttalte en bred begrepsramme, som inkluderte både kostnadseffektivitet, pasientsikkerhet og pasientopplevelser. Det så derimot ut til at behov for økonomisk balanse var viktigere enn kvalitet. Dette kunne påvirke medarbeidernes oppfatning av ledelsen og påvirke kvalitetsforbedringsarbeidet (Wiig et al., 2014). Parand et al. (2014) hevder også at det ikke er nok fokus på kvalitet og pasientsikkerhet i sykehusledelsen. I lys av dette kan man diskutere om dette kan være noe av årsaken til at avdelingsleder opplevde det som krevende å være midt mellom medarbeideren som opplever store utfordringer knyttet til knappe ressurser, og toppledelsen som er mest opptatt av økonomisk balanse. Dette støttes også i en norsk forskningsartikkel av Orvik et al. (2015), der det konkluderes med at avdelingsleder føler seg skvist mellom konkurrerende verdier, og da spesielt kravene til kvalitet og effektivitet. Sanner et al. (2018), kommer frem til noe av det samme noen år senere i Sverige, og finner at sykehusledelsen ikke ser ut til å ha en reell interesse i pasientsikkerhet, organiseringen av pasientsikkerhetsarbeidet er mangelfull, og pasientsikkerhetsarbeid ser ut til å bli gjennomført i den grad det er tilgjengelig ressurser. I veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, er det poengtert at forbedringsarbeidet er krevende og at det erfaringsmessig ofte

nedprioriteres i en travel hverdag. Det bør derfor vies oppmerksomhet på alle ledernivå, og det må settes av tid for at medarbeiderne kan utføre dette arbeidet. Disse aktivitetene må anerkjennes (Helsedirektoratet, 2017, s. 25). Man kommer igjen inn på mellomledernes unike posisjon ved å stå med ett bein i det daglige arbeidet i avdelingen og med det andre beinet i det strategiske fellesskapet. Mangel på klare stillingsinstruksjoner når det gjelder kvalitetsarbeid, samt manglende trening og forberedelser kan gjøre det utfordrende i denne situasjonen. Mange opplevde å bli holdt ansvarlige for indikatorer som var utenfor deres kontroll. (Dainty & Sinclair, 2017).

5.4. Avdelingsledernes erfaring med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Studiens funn viste at avdelingslederne hadde liten eller ingen kjennskap til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Det ble nevnt at forskriften kanskje lå der som et bakteppe i organisasjonen uten at den var kjent. Ingen av avdelingslederne hadde hørt om opplæring i forhold til den. Ut fra disse funnene, kan det se ut til at forskriften ikke er implementert i de aktuelle avdelingene. Målet med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring skal være å gi de ansvarlige på de ulike nivåene i organisasjonen et godt verktøy for kvalitetsforbedringsarbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Veilederen til den aktuelle forskriften, gir en god beskrivelse av hvordan kvalitetsforbedringen kan foregå, og mange av momentene i forhold til kvalitetsforbedringsarbeidet som avdelingslederne kommer inn på er beskrevet (Helsedirektoratet, 2017). I lys av dette kan man diskutere om avdelingslederne kunne hatt nytte av at forskriften var implementert, til tross for at de formidler at de har fått til mye kvalitetsforbedringsarbeid.

6.0. Konklusjon

I denne oppgaven har temaet vært hvilke erfaringer avdelingsledere ved somatiske enheter i spesialisthelsetjenesten har med kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid. Målet med oppgaven har vært å besvare oppgavens fire forskningsspørsmål. Gjennom presentasjon av teori, metode og funn, og gjennom diskusjon av funn i lys av tidligere presentert teori, har forskningsspørsmålene blitt forsøkt besvart.

Det kan synes som om avdelingslederne oppfattet at kvalitetsforbedringsarbeidet som et komplekst, omfattende og kontinuerlig arbeid. De påpekte at arbeidet måtte være forankret i ledelsen og denne forankringen viste seg i avdelingens mål. Det fremkom derimot ingen systematikk i målarbeidet på tvers av nivåene i organisasjonen.

Avdelingslederen presenterte flere ulike kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsprosjekter, som var en stor del av avdelingens arbeid. Disse prosjektene var enten overordnede prosjekter, eller det var prosjekter som avdelingen selv hadde tatt initiativ til på bakgrunn av behov i avdelingen. Bakgrunnen for avdelingens egne prosjekter, var stort sett svikt i systemer og rutiner som skapte et behov for forbedring. Avviksmeldinger og ulike tilsyn var en hyppig årsak, men det kunne også være på bakgrunn av enkelte medarbeideres ønske. Det var et stort behov for faglig kompetanse, og stadig nye krav, gjorde at det skapes et behov for forbedringstiltak.

Foruten de konkrete pasientsikkerhetsprosjektene, har avdelingslederne oppfatninger av at kvalitetsforbedringsarbeid også omfatter arbeid med pasientinvolvering, arbeidet med å utnytte ressursene i avdelingen, samt å skape samarbeid og kontinuitet i tjenesten. Kvalitetsforbedringsarbeidet synes å omhandle mest pasientsikkerhet, og arbeidet med å involverer pasientene i forbedringsarbeidet synes å være gjennomgående lite systematisk. Det var lite som kom frem om at kvalitet også er det som kvaliteten på møtet mellom helsearbeider og pasient. Noe som kan henge sammen med at man i liten grad bruker pasienterfaringer i forbedringsarbeidet.

Det så ut til å være fire hovedfaktorer som avdelingslederne opplevde som de viktige faktorene for å lykkes med kvalitetsforbedringsarbeidet var. Det første var at de ulike forbedringstiltakene og forbedringsprosjektene måtte oppleves som nyttige for avdelingen. Dernest opplevde avdelingslederne at både fokus på økonomi og tilgang på ressurser og kompetanse kunne påvirke muligheten for å drive med

kvalitetsforbedringsarbeid. Medarbeidernes holdning, motivasjon og engasjement ble opplevd som viktige faktorer, dessuten så det ut til at avdelingsleders rolle og funksjon også påvirket dette arbeidet. Med avdelingsleders rolle menes også den rollen som innebar å være bindeleddet mellom frontlinjen og lederne på nivåene over i organisasjonen. Avdelingsleder synes også å påvirkes av den støtten som de opplevde å få fra sine overordnede. Disse faktorene så ut til å henge sammen og påvirke hverandre. Det medførte at avdelingslederne stod overfor en kompleks situasjon som krevde mye, både av kunnskap og ferdigheter. Avdelingslederne uttrykte at de opplevde medarbeiderne som positive og motiverte, noe som kunne henge sammen med at avdelingslederne karakteriserte seg selv som åpne, rause, ærlige og opptatt av å skape tillit. De var opptatt av å se den enkelte medarbeider, var positive til nye prosjekter, og oppfattet seg selv som en tilrettelegger og motivator. Dette er verdier som sammenfaller med verdier i transformasjonsledelse, og som er sett på som en nyttig ledelsesstrategi i forhold til å fremme kvalitet og pasientsikkerhet. Det kan også se ut som om avdelingslederne kan trenge kunnskap og ferdigheter for å håndtere de skiftende og komplekse forhold i organisasjonen. Støtte fra ledernivå over, så ut til å være viktig for avdelingslederne, og det ble etterlyst veiledningsgrupper for avdelingsledere, noe som ble opplevd som en viktig arena for kunnskapsutveksling og støtte.

Det kunne se ut som om at avdelingslederne oppfattet økonomi og kvalitet som to motstridende verdier i arbeidet med kvalitetsforbedring. De opplevde at dette arbeidet kom på toppen av alt annet arbeid, og ikke som en del av daglig drift slik det er anbefalt forskrifter. Avdelingslederne opplevde at det fremdeles var mye fokus på økonomi, selv om de poengterte at det var blitt mer fokus på kvalitet de senere årene. Ut fra diskusjonen tidligere, kan man spørre seg om hvorvidt det er samsvar mellom hvordan man oppfatter kvalitetsforbedringsarbeid på de ulike nivåene i organisasjonen, og om avdelingslederen faktisk har for mange administrative arbeidsoppgaver til å lede kvalitetsforbedringsarbeidet.

Avdelingslederne hadde liten eller ingen kjennskap til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, og dermed ingen erfaring med den. Ut fra disse funn antas det at forskriften ikke er implementert i de aktuelle avdelingene. Når man ser på funn i lys av forskriftens innhold, antar jeg at det kunne vært nyttig for avdelingslederne og for hele organisasjonen, at denne forskriften hadde vært implementert. Denne forskriften

kan sees på som et hjelpemiddel for hele organisasjonen til å drive et helhetlig kvalitetsforbedringsarbeidet. Dette gjelder også for mellomlederen i den posisjonen som vedkommende befinner seg.

6.1. Implikasjon for praksis og videre forskning

I denne studien har man funnet at det tyder på at avdelingslederne står i en kompleks arbeidshverdag, og at denne situasjonen krever god kunnskap og kompetanse for å håndtere kompleksiteten på en konstruktiv måte. Det bør være et mål at avdelingslederen opplever at det er samsvar mellom organisasjonens krav og de ressursene som er tilgjengelige.

Ut fra dette kan det være ønskelig å fokusere på avdelingsledernes arbeidshverdag og videreutvikle tilbud om ledertrening.

Det høres også ut som om tilbud om veiledningsgruppe for denne gruppen, kunne vært en god investering.

Det kunne vært interessant å vite i hvor stor grad Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er implementert i organisasjonen og også hvordan dette er i andre helseforetak.

Det bør rettes søkelys om å implementere denne forskriften dersom den ikke allerede er blitt det.

Referanser

- Aase, K. & Rosness, R. (2015). Organisatoriske ulykker og resiliente organisasjoner i helsetjenesten- ulike perspektiver. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Aase, K. & Wiig, S. (2015). Læring av uønskede hendelser. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Andersen, J. A. (2011). *Ledelsesteorier : om ledelse skal lede til noe*. Bergen: Fagbokforl.
- Andreasson, J., Eriksson, A. & Dellve, L. (2016). Health care managers' views on and approaches to implementing models for improving care processes. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 219-227. <https://doi.org/10.1111/jonm.12303>
- Batalden, P. B. & Stoltz, P. K. (1993). A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 19(10), 424. [https://doi.org/10.1016/S1070-3241\(16\)30025-6](https://doi.org/10.1016/S1070-3241(16)30025-6)
- Bate, P., Mendel, P. & Robert, G. (2008). *Organizing for quality : the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*. Oxford: Radcliffe.
- Bengoa, R., Kawar, R., Key, P., Leatherman, S., Massoud, R. & Saturno, P. (2006). *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems* (ISBN 92 4 156324 9). World Health Organization,. Hentet fra <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/?sequence=1>
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2(C), 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
- Bergerød, I. J. & Wiig, S. (2015). Ledelse og pasientsikkerhet. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Birken, S. A., Lee, S.-Y. D., Weiner, B. J., Chin, M. H., Chiu, M. & Schaefer, C. T. (2015). From strategy to action: How top managers' support increases middle managers' commitment to innovation implementation in health care organizations. *Health Care Management Review*, 40(2), 159-168. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000018>
- Boaden, R. (2009). Quality improvement: theory and practice. *British Journal of Healthcare Management*, 15(1), 12-16. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105637529&scope=site>
- Boamah, S. A., Spence Laschinger, H. K., Wong, C. & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing Outlook*, 66(2), 180-189. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>
- Braithwaite, J. (2018). Changing how we think about healthcare improvement. *BMJ*, 361. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2014>
- Brinkmann, S. (2018). The Interview. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The SAGE handbook of qualitative research* (Fifth ed. utg.). Los Angeles, Calif: Sage.
- Dainty, K. N. & Sinclair, D. (2017). A Critical Qualitative Study of the Position of Middle Managers in Health Care Quality Improvement. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(2), 172-179. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000224>
- Dinh, J. E., Lord, R. G., Gardner, W. L., Meuser, J. D., Liden, R. C. & Hu, J. (2014). Leadership theory and research in the new millennium: Current theoretical trends and changing perspectives. *The Leadership Quarterly*, 25(1), 36-62. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2013.11.005>

- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1). <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Folkehelseinstituttet, K. i. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring* [figur]. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Gadamer, H.-G. (2014). Språk og forståelse. I S. Lægred, T. Skorgen & E. B. Hagen (Red.), *Hermeneutisk lesebok*. Oslo: Spartacus.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Haugen, A. S. & Storm, M. (2015). Sikkekultur i sykehus. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Høringsnotat, Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/5a7d16bae77f4efe8f91af796c6f4b9c/horingsnotat_forskrift_styringssystem-1945587.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016a). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016b). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015* (Meld. St. 13 (2016–2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016* (Meld. St. 6 (2017–2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/>
- Helsedirektoratet. (2013). *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/formal-og-virkeomrade/_/attachment/download/bc9b7ff2-4f0f-4f66-95da-74df45c5ad0c:aaf7b8b49a38f5dac238997d3ce6ccd36881821f/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf>
- Hollnagel, E. (2009). *The ETTO principle : efficiency-thoroughness trade-off : why things that go right sometimes go wrong*. Farnham, England ; Burlington, VT: Ashgate.
- Hollnagel, E. (2013). Making Health Care Resilient: From Safety-I to Safety-II. I E. Hollnagel, J. Braithwaite & R. L. Wears (Red.), *Resilient health care*. Farnham: Ashgate.
- Hope, O. (2015). *Mellomlederen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Høst, T. (2014). *Ledelse i helse- og sosialsektoren* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Irgens, E. J. (2007). *Profesjon og organisasjon : å arbeide som profesjonsutdannet*. Bergen: Fagbokforl.
- Jeffs, L., Indar, A., Harvey, B., McShane, J., Bookey-Bassett, S., Flintoft, V., ... Maione, M. (2016). Enabling Role of Manager in Engaging Clinicians and Staff in Quality

- Improvement: Being Present and Flexible. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(4), 367-372. <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000196>
- Jensen, A. R., Rossavik, B. & Husebø, S. (2018). Avdelingssykepleiere blir bedre ledere med gruppeveiledning. *Sykepleien*, 106(e-73043), 1-15. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.73043>
- Johnson, J. M. & Rowlands, T. (2012). The interpersonal dynamics of in-dept interviewing. I J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti & K. D. McKinney (Red.), *The SAGE handbook of interview research : the complexity of the craft* (2. utg. utg.). Thousand Oaks, Calif: SAGE.
- Jones, L., Pomeroy, L., Robert, G., Burnett, S., Anderson, J. E. & Fulop, N. J. (2017). *How do hospital boards govern for quality improvement? A mixed methods study of 15 organisations in England*. BMJ Publishing Group Ltd.
- Kristoffersen, M. & Friberg, F. (2016). Transformasjonsledelse og økte effektivitetskrav i sykepleien. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 13-19. <https://doi.org/10.1177/0107408315595163>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Künzle, B., Kolbe, M. & Grote, G. (2010). Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: A literature review. *Safety Science*, 48(1), 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2009.06.004>
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A. & Guba, E. G. (2018). Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences, Revisited. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The SAGE handbook of qualitative research* (Fifth ed. utg.). Los Angeles, Calif: Sage.
- Liukka, M., Hupli, M. & Turunen, H. (2018). How transformational leadership appears in action with adverse events? A study for Finnish nurse manager. *Journal of Nursing Management*, 26(6), 639-646. <https://doi.org/10.1111/jonm.12592>
- Longenecker, C. O. & Longenecker, P. D. (2014). Why Hospital Improvement Efforts Fail: A View From the Front Line. *Journal of Healthcare Management*, 59(2), 147-157. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=107899437&scope=site>
- Lægred, S., Skorgen, T. & Hagen, E. B. (2014). *Hermeneutisk lesebok*. Oslo: Spartacus.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives : designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Molven, O. (2015). *Helse og jus* (8. utg. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Mullarkey, M., Duffy, A. & Timmins, F. (2011). Trust between nursing management and staff in critical care: a literature review. *Nursing In Critical Care*, 16(2), 85-91. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00404.x>
- NESH, D. n. f. k. f. s. o. h. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi* (4. utgave – april 2016). Hentet fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf
- Orvik, A., Vågen, S. R., Axelsson, S. B. & Axelsson, R. (2015). Quality, efficiency and integrity: value squeezes in management of hospital wards. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 65-74. <https://doi.org/10.1111/jonm.12084>

- Ovretveit, J. (2010). Improvement leaders: what do they and should they do? A summary of a review of research. *Quality and Safety in Health Care*, 19(6), 490. <https://doi.org/10.1136/qshc.2010.041772>
- Parand, A., Dopson, S., Renz, A. & Vincent, C. (2014). The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ open*, 4(9), e005055. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005055>
- Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 & Helsedirektoratet (2016). *Pasientsikkerhetskultur i norske helseforetak og sykehus. Undersøkelser gjennomført i 2012 og 2014.* (IS-2406). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1153/Pasientsikkerhetskultur%20i%20norske%20helseforetak%20og%20sykehus%20IS-2406.pdf>
- Pilbeam, C., Doherty, N., Davidson, R. & Denyer, D. (2016). Safety leadership practices for organizational safety compliance: Developing a research agenda from a review of the literature. *Safety Science*, 86, 110-121. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.02.015>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Reed, J. E. & Card, A. J. (2016). The problem with Plan-Do-Study-Act cycles. *BMJ Quality & Safety*, 25(3). <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-005076>
- Sanner, M., Halford, C., Vengberg, S. & Röing, M. (2018). The dilemma of patient safety work: Perceptions of hospital middle managers. *Journal of healthcare risk management : the journal of the American Society for Healthcare Risk Management*. <https://doi.org/10.1002/jhrm.21325>
- Schleiermacher, F. (2014). Fra Innledning til Hermeneutikken. I S. Lægreid, T. Skorgen & E. B. Hagen (Red.), *Hermeneutisk lesebok*. Oslo: Spartacus.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice : Margrit Schreier*. London: SAGE.
- Sollid, S. J. M. (2015). Simulering og akuttmedisin. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Solstad, E. & Pettersen, I. J. (2016, 2016, 05..12). Mellomlederne er limet. *Nordlys*. Hentet fra <https://nordnorskdebatt.no/article/mellomlederne-limet>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten Til deg som leder og utøver* (IS-1162). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-betere-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialist>
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Sujan, M. A., Huang, H. & Braithwaite, J. (2017). Learning from incidents in health care: Critique from a Safety-II perspective. *Safety Science*, 99(PA), 115-121. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.08.005>
- Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D. & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), 290. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>
- Taylor, N., Clay-Williams, R., Hogden, E., Braithwaite, J. & Groene, O. (2015). High performing hospitals: a qualitative systematic review of associated factors and practical strategies for improvement. I *BMC Health Serv. Res.* (Vol. 15).
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.

- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Vincent, C. (2010). *Patient safety* (2nd ed. utg.). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Wiig, S., Aase, K., Von Plessen, C., Burnett, S., Nunes, F., Weggelaar, A., ... Fulop, N. (2014). Talking about quality: exploring how 'quality' is conceptualized in European hospitals and healthcare systems. *BMC Health Services Research*, *14*(1), 478.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-478>
- Wiig, S., Storm, M., Aase, K., Gjestsen, M., Solheim, M., Harthug, S., ... Fulop, N. (2013). Investigating the use of patient involvement and patient experience in quality improvement in Norway: rhetoric or reality? *BMC Health Services Research*, *13*(1), 206. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-206>
- Zaccaro, S. J., Green, J. P., Dubrow, S. & Kolze, M. (2018). Leader individual differences, situational parameters, and leadership outcomes: A comprehensive review and integration. *The Leadership Quarterly*, *29*(1), 2-43.
<https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2017.10.003>
- Øvretveit, J. (2008). Effective leadership of improvement: the research. *International Journal of Clinical Leadership*, *16*(2), 97-105. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105514347&scope=site>

Vedlegg 1

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Meldeskjema for kvalitetssikring, kvalitets- og helseregistre, utlevering av helse- og personopplysninger til eksterne og annen aktivitet som medfører *behandling av personopplysninger* som er melde- eller konsesjonspliktige i henhold til helseregisterloven og personopplysningsloven med forskrifter.

Skjema gjelder ikke helseforskning, bortsett fra ved utlevering av helse- og personopplysninger innsamlet til helsetjenesten til annen virksomhet i forbindelse med helseforskning.

Utfyllt skjema lagres lokalt (viktig!) og sendes som vedlegg til e-post sammen med eventuelt informasjonsskriv. Skjema sendes til:

1 INFORMASJON OM SØKEREN	
A. PROSJEKTLEDER/REGISTERANSVARLIG/LOKAL KOORDINATOR	
Navn og stilling: Sissel Iren Eikeland Husebø	Divisjon/avdeling som er ansvarlig for personopplysningene som skal registreres:
Telefonnummer:	e-postadresse:
2 PROSJEKTETS/REGISTERETS NAVN/TITTEL	
«Hvordan erfarer avdelingsledere i somatiske enheter i spesialisthelsetjenesten arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring?»	
3 BESKRIV FORMÅLET MED BEHANDLINGEN AV PERSONOPPLYSNINGENE¹	
<input type="checkbox"/> Kvalitetssikring av helsehjelp <input type="checkbox"/> Utøvende helsehjelp <input checked="" type="checkbox"/> Forskning <input type="checkbox"/> Undervisning	
<input type="checkbox"/> Utlevering til eksterne	
<input type="checkbox"/> Annet, spesifiser: Utfyllende beskrivelse av formål:	
4 RETTSLIG GRUNNLAG FOR BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGENE	
4.1 Samtykke	
Skal det innhentes skriftlig samtykke fra den registrerte?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvis nei, begrunn hvorfor:	
Skal det innhentes skriftlig samtykke fra andre enn den registrerte?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
Hvis ja, av hvem?	
Hvis barn inkluderes, angi alder	
Skal det søkes om unntak fra taushetsplikt?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
ELLER	
4.2 Intern kvalitetssikring av pasientbehandling.	
<input type="checkbox"/> Ja, prosjektet oppfyller helsepersonelloven § 26. Opplysningene må være anonymisert før eventuell publisering av resultater. Det kreves ikke samtykke (ref. punkt 5.1). Personopplysningsloven § 33 4. ledd gir unntak for konsesjon, men krever melding. Pasienter som har reservert seg mot slik bruk av opplysningene skal respekteres.	
ELLER	
4.3 Annet som hjemler melding, angi årsak/hjemmel:	

¹ Behovet for konsesjon/melding er knyttet opp til hvilket formål man har med behandlingen av personopplysningene. Pasientjournalssystemet er meldt i sin helhet, og har lovhjemlet formål. Når informasjon i journalssystemet skal benyttes til andre formål, kommer behovet for konsesjon, alternativt ny melding, opp, og man må angi formålet med den nye bruken/behandlingen av personopplysningene. Formulering av formålet er derfor viktig. Tilsvarende gjelder for annen innsamling og behandling av pasient-/personopplysninger.

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

5 PERIODE FOR LAGRING AV PERSONOPPLYSNINGENE		
Start (dd.mm.åååå): 01.01.2019	Slutt(dd.mm.åååå) ² : 30.06.2019	Sletting/anonymisering av data (dd.mm.åååå): 30.06.2019 Beskriv hvordan data vil bli slettet/anonymisert: Transkriberte intervju (filer) og krypterte lydopptak vil bli slettet etter prosjektslutt.
6 HUMANT, BIOLOGISK MATERIALE		
Er opplysningene knyttet til humant, biologisk materiale som tas fra en biobank? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
navn på biobank: biobankregisternr.:		
Ansvarshavende person for biobanken:		
Biobankens innhold (vev, blod og lignende):		
Ved avsluttet prosjekt		
Hva skjer med biobankmaterialet?: <input type="checkbox"/> Materialet destrueres <input type="checkbox"/> Materialet føres tilbake til eksisterende biobank Annet:		
7 DETALJER OM PROSJEKTETS/REGISTERETS INFORMASJONSBEHANDLING		
Det minnes om følgende ansvar i forbindelse med innsamling, registrering og bruk av personopplysninger: <ul style="list-style-type: none"> • opplysningene skal være tilstrekkelige og relevante i forhold til formålet med den planlagte databehandlingen • opplysningene skal være korrekte og oppdaterte 		
7.1 Type personopplysninger behandlingen skal omfatte:		
7.1.1 Hvis det benyttes kobling mot forskriftsregulerte registre, som for eksempel fødselsregister, kreftregister eller dødsårsaksregister, eller interne konsesjonsbelagte registre, angi hvilke registre: Angi antall registrerte		
7.1.2 Ikke-sensitive personopplysninger	7.1.3 Sensitive personopplysninger (jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8)	
<u>Identifikasjonsopplysninger</u> <input type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato <input type="checkbox"/> Fødselsnummer (11 siffer) <input type="checkbox"/> Fingeravtrykk, iris <input checked="" type="checkbox"/> Annet: Om informanten har lederutdanning og antall år som mellomleder	<u>Prosjektet omfatter opplysninger om</u> <input type="checkbox"/> etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> at en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> helseforhold <input type="checkbox"/> seksuelle forhold <input type="checkbox"/> fagforeningstilhørighet	
<u>Opplysninger om tredjepersoner</u> <input type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato <input type="checkbox"/> Fødselsnummer (11 siffer) <input type="checkbox"/> Annet:	Presiser nærmere: Behandles spesielt inngripende opplysninger, i så fall hvilke?	
<u>Adferdsopplysninger</u> <input type="checkbox"/> Loggføring av adferd <input type="checkbox"/> Preferanser (ønsker, behov og lignende) <input type="checkbox"/> Annet:		
7.2 Utvalg		
Behandlingen omfatter opplysninger om (beskriv også eventuell kontrollgruppe):		

² Når prosjektet er ferdigstilt. Dette inkluderer innsamling, analyse/vurdering, artikkelsskriving/konklusjon.

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

<input checked="" type="checkbox"/> Ansatte i egen virksomhet	<input type="checkbox"/> Elever/studenter/ bamehagebarn	<input type="checkbox"/> Pasienter	<input type="checkbox"/> Tilfeldig utvalgte
<input type="checkbox"/> Adgangskontrollerte	<input type="checkbox"/> Medlemmer	<input type="checkbox"/> Pårørende	<input type="checkbox"/> Seleksjonsutvalgte

7.3 Innsamling av opplysningene

Hvordan samles personopplysningene inn?

Manuelt Elektronisk (bilde og tekst) Videoopptak Lydopptak Annet (beskriv hvordan):

Hvor innhentes personopplysningene fra? Fra den registrerte selv Fra journal
 Annet (beskriv hvor fra):

Hvordan oppnås kontakt med de som skal inkluderes? Via nærmeste leder med personalansvar

Hvis innsamling av personopplysninger skal gjøres fra andre virksomheter, hvordan skal dette gjennomføres?

7.4 Utlevering av opplysningene

Blir personopplysningene gjort tilgjengelige/utlevert til andre virksomheter? Ja Nei

Dersom ja:

Oppgi mottakeres navn og adresse:

Er virksomheten innenfor EUEØS? Ja Nei

Vil den eksterne virksomheten brukes som ressurs/laboratorium/annet for denne studien? Ja Nei

Hvis ja, beskriv bruken:

Vil mottakeren ha eget formål/studie? Ja Nei

Hva blir overført?

Informasjon med navn, fødselsnummer eller annet som entydig angir det enkelte individ

Anonymisert informasjon

Aidentifisert informasjon. Forklar i så fall hvordan kryssreferanselista beskyttes dersom dette ikke er likt som i pkt 7.6:

Hvordan oversendes informasjonen?

Personlig overlevering

CD sendt med rekommandert post

Registreres på sikret web-side hos mottaker

Legges ut på sikret område for nedlasting av mottaker

Annet, beskriv nærmere:

7.5 Lagring og behandling av opplysninger

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Hvordan skal opplysningene lagres/er de lagret?	
<input type="checkbox"/> Kvalitetsserver	
<input type="checkbox"/> Forskningsserver	
<input type="checkbox"/> Avdelingens fellesområde (f.)	
<input type="checkbox"/> Eget område (h.)	
<input checked="" type="checkbox"/> På frittstående PC. Forklar hvordan denne sikres mot uvedkommende: Krypterte lydfiler lagres på passordbeskyttet minnepenn separat fra samtykkeskjema, transkriberte intervju med pseudonymer lagres på masterstudentens PC som er passordbeskyttet	
<input type="checkbox"/> På papir. Forklar hvordan dette sikres mot uvedkommende:	
<input checked="" type="checkbox"/> På video, tape eller annet opplæk. Beskriv hvordan dette er sikret og om personen kan identifiseres: Lydfiler vil bli kryptert og lagres på minnepenn i låsbart skap.	
<input type="checkbox"/> Annet (for eksempel andre virksomheters nettverk) ³ . Forklar:	
Hvilke programvare benyttes ved håndtering av data	
<input type="checkbox"/> Access <input type="checkbox"/> Excel <input type="checkbox"/> SPSS (PASW) <input type="checkbox"/> Filemaker Pro <input checked="" type="checkbox"/> Word <input type="checkbox"/> SQL-database	
<input type="checkbox"/> Annet, spesifiser:	
Hvem har det daglige driftsansvaret for systemløsningen (sikkerhetskopiering og vedlikehold):	
<input type="checkbox"/> Internt i helseforetaket <input type="checkbox"/> Eksternt innleid <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Andre, spesifiser: Masterstudenten selv	
7.6 Gjenfinning av opplysningene	
Hvordan gjenfinnes opplysningene? (Bruk av direkte identifisering som fødselsnummer og navn skal forsøkes unngått)	
<input type="checkbox"/> Opplysningene lagres med navn, personnummer eller annet som entydig angir det enkelte individ	
<input checked="" type="checkbox"/> Opplysningene lagres aidentifisert (ved bruk av krysslister, kodelister, løpenummer eller lignende)	
Hvordan er krysslister/kodelister beskyttet/lagret? Forklar: Kodetøkkel vil kun inneholde navn på respondenter og nummer på intervju og oppbevares i låsbart skap på prosjektleders låsbare kontor.	
8 DATO FOR UTFYLLING	
Meldeskjemaet er forelagt divisjonsdirektør <input type="checkbox"/> Ja	
Sted og dato 07.12.18	Utfyllt av: Anne Karin Halås

³ Krever gjennomføring og godkjenning av risikovurdering.

Vedlegg 2



Til
Anne Karin Halås

	Ephorte saksnr	Saksbehandler:	Dato:
[REDACTED]	/	Personvernombud-[REDACTED]	07.01.19

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger i forbindelse med masterprosjektet: "Hvordan erfarer avdelingsledere i somatiske enheter i spesialisthelsetjenesten arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring i egen avdeling?"

Viser til innsendt meldingskjema med vedlegg om behandling av personopplysninger vedrørende ovennevnte masterprosjektet.

Formålet med prosjektet

Hensikten med denne studien er å belyse mellomlederes erfaringer med kvalitetsforbedringsarbeidet i egen avdeling. Det er ønskelig å beskrive deres erfaringer knyttet til hva som kan oppleves som verdikonflikter og erfaringer knyttet til den rollen som mellomlederen innehar, og hvilke faktorer som de opplever som hemmende og fremmende.

Behandlingsgrunnlag

Prosjektet er basert på samtykke, og har behandlingsgrunnlag i personvernforordning artikkel 6 nr.1a og artikkel 9 nr. 1a.

Personvernombud tilrår at masterprosjektet kan gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Prosjektet godkjennes av klinikksejef før oppstart.
2. Prosjektet skal ikke behandle pasientopplysninger.
3. Siden det benyttes frittstående PC skal innsamlede data krypteres.
4. Innsamlede data skal aidentifiseres og lagres i kvalitetsserver.
5. Samtykkeskjema og notatark skal oppbevares nedlåst separat fra det øvrige prosjektmaterialet, nedlåst med to låsbare hindringer.
6. Informasjonsskriv/ samtykke som skal benyttes inneholder tilstrekkelig informasjon tilknyttet til de registrerte rettigheter jmf personopplysningsloven, kapittel III Den registrertes rettigheter.
7. Informasjonsskriv/ samtykke som skal benyttes skal inneholde dato for sletting av data.
8. Det forutsettes at alle innsamlede dataene skal slettes 30.06.2019, og at skjema for sletting av data i den anledning skal sendes inn til personvernombudet.

9. Informasjonsskriv/ samtykke som skal benyttes skal inneholder kontaktinformasjon om personvernombudet

[Redacted]

tdf:

ivat mobil nr

Personvernombud har, ut over det som er angitt over, ingen innvendinger til at prosjektet gjennomføres. Det forutsettes at prosjektet gjennomføres som beskrevet og i henhold til personvernforordninger samt øvrige relevante lover og forskrifter.

Med vennlig hilsen

[Redacted]

[Redacted]

Personvernombud

Vedlegg 3

Notat

Til:
Anne Karin Halås

Fra:

Kopimottakere:

Dato: 11.01.2019
Arkivref: 2018/9910 - 4274/2019

Godkjent masterprosjekt - MA182

Masterprosjektet: «Hvordan erfarer avdelingsledere i somatiske enheter i spesialisthelsetjenesten arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring i egen avdeling?»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet er vurdert av forskningsansvarlig og registrert i vår database med intern id: MA182.

De nødvendige tillatelser foreligger og basert på disse og forskningsprotokollen godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Som ved alle forskningsprosjekter minner vi om at:

- Ved endringer må endringsmelding sendes Forskningsavdelingen.
- Data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt.

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. En kort rapport med sluttdato sendes når prosjektet er avsluttet.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra vurderes i de tilfeller hvor sykehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Vedlegg 4

Godkjenning av prosjektplan for masteroppgave

Prosjektplan leveres veileder innen 15. juni i andre semester for full tids studenter, fjerde semester for deltidsstudenter. Når prosjektplan er godkjent leveres dette skjemaet, signert av student og veileder, til emneansvarlig sammen med kopi av godkjent prosjektplan.

_____ Anne Karin Halås _____

Stud.nr. Navn

Adresse

E-postadresse

Telefon

Studium Master i Helsevitenskap.

Prosjektplan - tittel:

_____ «Hvordan erfarer avdelingsledere i somatiske enheter i
spesialisthelsetjenesten arbeidet med kontinuerlig
kvalitetsforbedring?»

Prosjektplanen er godkjent

~~04.12.18~~ ~~Sivak E. Hummel~~

(dato)

(sign. veileder)

Jeg bekrefter at jeg har gjort meg kjent med regler for plagiat og andre former for fusk, jmfør Forskrift om studier og eksamen ved Universitetet i Stavanger av 2. oktober 2017.

3/12-18 Anne Karin Halås

(dato)

(sign. student)

3. desember 2018

5

Vil du delta i masterstudien

«Hvordan erfarer avdelingsledere i somatiske enheter i spesialisthelsetjenesten arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en masterstudie hvor formålet er å belyse mellomlederes erfaringer med kvalitetsforbedringsarbeidet i egen avdeling i spesialisthelsetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Du blir spurt om å være med i masterstudien fordi du har erfaring som avdelingsleder i spesialisthelsetjenesten.

Formål

Formålet med denne masterstudien er å få økt forståelse for hvordan mellomledere erfarer arbeidet med kvalitetsforbedring i avdelingen de er leder i. Masterstudien ønsker også å undersøke om mellomledere opplever en verdikonflikt knyttet til kvalitetsforbedringsarbeidet og hvilke erfaringer de har med innføring av «Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring». Denne masterstudien er en del av en masterstudie i Helsevitenskap ved Det helsevitenskapelige fakultet. Universitetet i Stavanger.

Hvem er ansvarlig for masterprosjektet?

Det er førsteamanuensis Sissel Eikeland Husebø, ansatt ved Helsefakultetet. Universitetet i Stavanger og Kirurgisk klinikk, Stavanger Universitetssykehus, som er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta i denne masterstudien fordi din arbeidsplass har takket ja til å delta i dette prosjektet. I denne studien ønsker man å komme i kontakt med avdelingsledere i somatiske enheter ved en organisasjon i spesialisthelsetjenesten. Avdelingslederne må ha vært ansatt i denne stillingen i minimum 2 år. Det er ønskelig å rekruttere 6-8 avdelingsledere, helst fra ulike klinikker ved sykehuset. Deltakere til masterstudien vil bli rekruttert via nærmeste leder med personalansvar som formidler kontaktopplysninger videre til avdelingsledere.

Hva innebærer det for deg å delta?

Å være deltaker i en masterstudie kan bidra til økt kunnskap og refleksjon relatert til kvalitetsbedringsarbeidet. På samme tid kan det også oppleves som en belastning å bruke tid på masterstudien og det kan kanskje oppleves belastende å fortelle om erfaringene knyttet til kvalitetsforbedringsarbeidet.

Dersom du velger å delta i prosjektet, innebærer det en samtale i form av et intervju som kan vare i opptil 60-90 minutter. Denne samtalen vil ta utgangspunkt i noen spørsmål som er knyttet opp mot formålet med prosjektet slik det er beskrevet ovenfor. Samtalen vil foregå på et møterom tilknyttet din arbeidsplass. Samtalen vil bli tatt opp på lydbånd og bli behandlet konfidensielt.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg som arbeidstaker på sykehuset hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen som er vedlagt dette skrivet og bringer det med deg på intervjuet.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Informasjonen som innhentes i intervjuet vil kun bli brukt som beskrevet i formålet, og det vil ikke være mulig å identifisere deg i den endelige masteroppgaven. All informasjon fra intervjuet vil bli transkribert med pseudonym før det lagres på en bærbar datamaskin som er passord beskyttet. Samtykkeskjemaet vil bli oppbevart i låsbart skap. Lydfilene vil bli kryptert og bli oppbevart på minnepenn i låsbart skap og det er bare ansvarlig for prosjektet som har tilgang til disse lydfilene.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet vil etter planen avsluttes innen utgangen av juni 2019 og personopplysninger samt lydfiler vil da bli slettet. Når studien er avsluttet har du rett til å få informasjon om resultatet av studien.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Masterstudent Anne Karin Halås, på mobil:eller epost:.....
- eller prosjektleder og veileder: Sissel Iren Eikeland Husebø,
.....eller på epost:
.....
- Personvernombud på UIS: Kjetil Dalseth, på epost: personvernombud@uis.no
- Personvernombud på
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost
(personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Sissel Iren Eikeland Husebø
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Anne Karin Halås
Student

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt og forstått informasjon om masterstudien «Hvordan erfarer avdelingsledere i somatiske enheter i spesialisthelsetjenesten arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta ved å stille opp til intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet avsluttes 30. juni 2019.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 6 Informasjonsskriv til klinikksjef

Hei.

Dette er en forespørsel om tillatelse fra deg som klinikksjef til å rekruttere informanter til mitt masterprosjekt fra din klinikk.

Jeg er barnesykepleier og tar nå en master i Helsevitenskap ved UiS. I den forbindelse skal jeg skrive min masteroppgave med tittelen:

Hvordan erfarer avdelingsledere i somatiske enheter i spesialisthelsetjenesten arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring i egen avdeling?

Min hovedveileder er Sissel Iren Eikeland Husebø som har en førsteamanuensis/forskningskoordinator stilling

Jeg ønsker i mitt prosjekt å rekruttere informanter fra både medisinsk og kirurgisk klinikk. Totalt ønsker jeg å intervjuer ca. 6-8 avdelingsledere på leder nivå 4, som har vært avdelingsledere i 2 år eller mer. Se vedlagt prosjektplan med informasjonsskriv.

Dersom du gir tillatelse til dette lurer jeg på om du kan sende mail til de avdelingslederne som ut fra kriteriet beskrevet ovenfor da er aktuelle. Det er mest aktuelt med...

Vedlagt ligger godkjenning fra personvernombud og prosjektplan, samt informasjonsskriv som kan videresendes til avdelingslederne.

Nedenfor har jeg laget et forslag til skriv som kan sendes til avdelingslederne sammen med vedlagt informasjonsskriv/samtykkeskriv.

Håper på en positiv tilbakemelding på denne forespørselen.

Vennlig hilsen

Anne Karin Halås

Vedlegg 7. Informasjonsskriv til avdelingslederne

Til avdelingsledere ved!

Mitt navn er Anne Karin Halås og jeg holder på med et masterprosjekt i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. Min veileder er Sissel Eikeland Husebø,

Jeg henvender meg til deg fordi jeg i forbindelse med masteroppgaven ønsker å intervju avdelingsledere ved somatiske enheter Din klinikkleder har godkjent at jeg kan rekruttere informanter fra den klinikken du er ansatt i. Prosjektet er også godkjent av Personvernombudet og Forskningsavdelingen

Du inviteres til å delta i masterprosjektet «Hvordan erfarer avdelingsledere i somatiske enheter i spesialisthelsetjenesten arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring»? Formålet med prosjektet er å belyse mellomlederes erfaringer med kvalitetsforbedringsarbeidet i egen avdeling. Det er ønskelig å beskrive mellomleders erfaringer knyttet til hva som kan oppleves som verdikonflikter og erfaringer knyttet til den rollen som avdelingsleder innehar, og hvilke faktorer som mellomlederen opplever som hemmende og fremmende i kvalitetsforbedringsarbeidet.

Siden du er avdelingsleder kan dine erfaringer med kvalitetsforbedringsarbeid bidra til ny kunnskap som vil være nyttig i et organisasjonsutviklingsperspektiv.

Dersom du ønsker å delta, vennligst send en epost til eller en sms til mob. nr for å avtale tid til intervju!

Vedlagt er informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

Vennlig hilsen
Anne Karin Halås

Intervjuguide til masteroppgaven.

- Ønsker å bruke et rom der man sitter forstyrret, utenfor avdelingen. Vil ha tilgjengelig papir og blyant for eventuelle notater underveis, men har i forkant informert informant om ønsket om å bruke lydopptaker. Dette er en del av informasjonen som går til informant i forespørselen om å delta i studien, men før intervjuet starter vil jeg forsikre meg om at dette likevel er greit.
- Det skal være tilgjengelig vann å drikke.
- Setter av 60-90 min. til hvert intervju. Jeg skal ha respekt for at jeg ikke bruker av informantens tid utenom den fastsatte tiden.
- Kort introduksjon av meg selv. Gjenta informasjon om konfidensialitet og kort oppsummering av informasjonsskrivet.
- Innhente samtykke dersom jeg ikke har fått dette på forhånd.
- Innhenting av demografiske data-Hvor lenge vært i stillingen. Videreutdanning innenfor ledelse.

Hvordan erfarer avdelingsledere i somatiske enheter i spesialisthelsetjenesten arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring i egen avdeling?

Aktuelle forskningsspørsmål er;

1. Hvilke erfaringer har avdelingsledere med kvalitetsforbedringsarbeidet?
2. Hvordan opplever avdelingsledere verdikonflikter i sitt arbeid med kvalitetsforbedring?
3. Hvilke erfaringer har mellomlederen med etterlevelsen av kvalitetsforskriften?
4. Hvilke faktorer hemmer og fremmer arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring?

Forslag til spørsmål.

Mine forskningsspørsmål	Forslag til spørsmål
<p>1. Hvilke erfaringer har avdelingsledere med kvalitetsforbedringsarbeidet?</p> <p>Forslag til oppfølgingsspørsmål.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relatert til trygg og sikker tjeneste. • Relatert til pasientinvolvering. • Relatert til samhandling og kontinuitet. • Relatert til ressursutnyttelse i avdelingen. 	<p><i>1. I dette intervjuet ønsker jeg å spørre deg om hvilke erfaringer du har med kvalitetsforbedringsarbeidet i den avdelingen du er leder for. Kan du fortelle noe om det?</i></p> <p><i>Gi tid for svar- For en ytterligere utdyping.... Jeg ønsker å konkretisere arbeidet litt mer.. evnt Kan du konkretisere med for eks...??</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du si litt om erfaringene knyttet til at forbedringsarbeidet handler om at tjenesten skal være trygg og sikker? Gi gjerne eksempler. • Kan du si litt om erfaringene knyttet til at forbedringsarbeidet handler om pasientinvolvering? Gi gjerne eksempler. • Kan du si litt om erfaringene knyttet til at forbedringsarbeidet handler om samhandling og kontinuitet i pasientarbeidet? Gi gjerne eksempler • Kan du si litt om erfaringene knyttet til at forbedringsarbeidet handler om ressursutnyttelse i egen avdeling? Gi gjerne eksempler.

<p>2. Hvordan opplever avdelingsledere verdikonflikter i sitt arbeid med kvalitetsforbedring?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Har du opplevd noen form for verdikonflikter i arbeidet med kvalitetsforbedringen? Da med tanke på kvalitet kontra effektivitet. • Kan du fortelle litt om hvordan du erfarer disse verdikonfliktene? Gi gjerne eksempler.
<p>3. Hvilke erfaringer har mellomlederen med etterlevelsen av kvalitetsforskriften?</p>	<p>I 2017 ble Forskriften for ledelse og kvalitetsforbedring innført (erstatte internkontrollforskriften)</p> <p>Den omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i helselovgivningen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke erfaringer har du med etterlevelse av denne forskriften? («Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring»?) • Hvordan har du erfart opplæring knyttet til forskriften? • Hvordan har du erfart oppfølgingen fra ledere på ledernivået over deg? • Hvilke erfaringer har du med ulike forbedringsstrategier? Eksempler?

<p>4. Hvilke faktorer hemmer og fremmer arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring?</p> <p>Videre utdyping-</p> <p>Oppsummering: Prøve å få en kort oppsummering av forhold vi har snakket om.</p> <p>Avslutningsvis- andre ting som avdelingsleder tenker på?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du si litt om hvilke faktorer du opplever som hemmende og fremmende i arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring? • <i>Hvilke erfaringer har du med hvordan samarbeid med dine medarbeidere kan påvirke kvalitetsforbedringsarbeidet?</i> • <i>Hvilke erfaringer har du med om holdninger til endring og læring i avdelingen påvirker ditt arbeid med kvalitetsforbedringsarbeid?</i> • <i>Hvilke erfaringer har du med hvordan samarbeidet med andre mellomledere kan påvirke kvalitetsforbedringsarbeidet?</i> • <i>Hvilke erfaringer har du med støtte fra klinikkledelsen i arbeidet med kvalitetsforbedringsarbeidet?</i> <p>Oppsummering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det andre forhold du tenker kan ha en betydning i forhold til dette temaet som vi ikke har snakket om?
--	--

Tusen takk for at du tok deg tid til denne samtalen.

Vedlegg 9.

Analyseprosessen med oversikt over sub-kategorier, kategorier og hovedkategorier

Sub-kategorier	Kategorier	Hovedkategorier
Kvalitetsforbedringsarbeidets forankring i organisasjonen.	Et overordnet bilde av kvalitetsforbedrings-arbeidet	1). Avdelingsleders oppfatninger av kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeidet
Kvalitetsforbedringsarbeidet er en kontinuerlig prosess.		
Kvalitetsforbedringsarbeidet er å gjøre arbeidet med pasientene bedre.		
Bakgrunn for kvalitetsforbedringsarbeidet.		
Kvalitetsforbedringsarbeid har økende fokus fra ledelsen.		
Kvalitetsforbedringsarbeid omfatter også pasientsikkerhetsarbeid.	Kvalitetsforbedringsarbeid handler om at tjenesten skal være trygg og sikker.	
Resultater av kvalitetsforbedringsarbeid		
Det brukes ulike tiltak for å innhente pasienters tilbakemeldinger.	Kvalitetsforbedring handler om pasientinvolvering	
Pasienterfaringer som grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid		
Kvalitetsforbedringsarbeid handler om samhandlingsarbeid med kommunehelsetjenesten	Kvalitetsforbedring handler om samhandling og kontinuitet i pasientarbeidet	
Kvalitetsforbedringsarbeid omfatter samhandlingsarbeid innad i organisasjonen		
Kvalitetsforbedringsarbeid omfatter også organisering av avdelingen.	Kvalitetsforbedringsarbeid handler om ressursutnyttelse.	

Overordnede kvalitetsforbedringstiltak som oppleves unyttige hemmer engasjement for forbedringsarbeid.	Opplevd nytte av overordnede kvalitetsforbedringstiltak	2). Avdelingsleders oppfatning av faktorer som påvirker kvalitetsforbedringsarbeidet.
Kvalitetsforbedringstiltak må brukes hensiktsmessig for å fungere som kvalitetsforbedring	Opplevd nytte av bruken av ulike verktøy og tiltak.	
Tiltak som innføres, må være tilpasset avdelingen.		
Resultater brukes i kvalitetsforbedringsarbeidet		
Deling av erfaring er en del av kvalitetsforbedringsarbeidet		
Tilrettelegging for læring i avdelingen		
Mangel på ressurser og kompetanse hemmer kvalitetsforbedringsarbeidet.		
Tilførte ressurser muliggjør kvalitetsforbedringsarbeid.		
Verdikonflikt mellom økonomi og kvalitet har konsekvenser for kvalitetsforbedringsarbeidet.	Fokus på økonomi påvirker kvalitetsforbedringsarbeidet	
Aspekter ved organisering kan hemme kvalitetsforbedringsarbeidet	Organisatoriske faktorer påvirker kvalitetsforbedringsarbeidet	
Organisering av avdelingens personalressurser kan påvirke kvalitetsarbeidet.		
Positive holdninger og engasjerte medarbeidere fremmer kvalitetsforbedringsarbeidet	Medarbeidernes innflytelse på kvalitetsforbedringsarbeidet.	
Et godt arbeidsmiljø fremmer kvalitetsforbedringsarbeidet		
Læring på tvers av avdelinger og profesjoner fremmer kvalitetsforbedringsarbeidet.	Læring på tvers øker kvaliteten	
Rolle som leder påvirker personalet.	Avdelingsleders rolle og funksjon påvirker kvalitetsforbedringsarbeidet	

Erfaringer med støtte versus mangel på støtte fra lederne over.	Avdelingsleder er avhengige av støttespillere rundt seg i arbeidet med kvalitetsforbedring.	
Leders bruk av andre støttespillere.		
Manglende kjennskap til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring	Avdelingsleders kjennskap til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.	3). Avdelingsleders erfaring med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er kjent av leder.		
Implementering av forskriften	Manglende erfaringer knyttet til implementering av forskriften	

Vedlegg 10. Oversikt over analyseprosessen for hovedkategori nr. 4

Sub kategorier	Kategorier	Hovedkategorier
Manglende kjennskap til Kvalitetsforskriften (A28, E81, F79, B89, C151)	Avdelingsleders kjennskap til kvalitetsforskriften	3). Avdelingsleders erfaring med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.
Kvalitetsforskriften er kjent av leder. (D103)		
Implementering av forskriften Forskriften er sendt til leder, men ikke vært fokus for undervisning.(D104)	Erfaringer knyttet til implementering av forskriften	