



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGÅVE

Standardisering som verktøy for
kvalitetsforbetring

- ein studie av eit fagleg nettverk i billeddiagnostikk

Standardization as a tool for quality
improvement

- a study of a professional network in radiology

Hilde Elvebakk Hjelmeland

Masterstudie i organisasjon og leiing,
helse- og velferdsleiing

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap,
Institutt for samfunnsvitenskap

18.10.2019

Eg sta dfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle
kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

SAMANDRAG

I denne studien har eg forsøkt å kaste lys over standardisering som verktøy for kvalitetsforbetring gjennom å studere eit fagleg nettverk i billeddiagnostikk i eit helseføretak. Dette nettverket vart oppretta gjennom eit prosjekt initiert av leiinga i det regionale helseføretaket og skulle mellom anna harmonisere dei radiologiske protokollane i helseføretaket. Eg gjennomførte ei kvalitativ undersøking der eg intervjuar åtte deltakarar frå nettverket i tillegg til at eg har fått tilgang til nettverket sine prosjektsider med tilhøyrande prosjektdokument. Funna eg gjorde om korleis informantane opplevde at nettverket og standardiseringa fungerte, var ofte sprikande, men eg kan likevel dra nokon slutningar.

1. Fleire av deltakarane opplever ei betring av kvaliteten fordi det er mindre variasjon mellom tilbudet hos dei forskjellige radiologiske avdelingane.
2. Nettverksarbeidet er stort sett godt forankra i dei radiologiske avdelingane då dei standardiserte protokollane blir implementerte og deltakarane er villige til å delta. Det som er utfordringa i forhold til forankringa i avdelingane er at det ikkje vert sett av tid frå leiinga til å førebu seg og delta i møtene.
3. Deltakarane vurderer nytten og kostnaden av nettverket som omtrent like stor, noko som på sikt kan verte ei utfordring for nettverket sin eksistens.
4. Dei fleste av deltakarane opplever at dei har fått ei større kontaktflate på grunn av nettverksarbeidet.
5. Utfordringar for nettverket er tidsbruk, ulike maskiner som gjer standardisering vanskeleg, at radiologifaget er dynamisk og at det er vanskeleg å prioritere denne typen arbeid framfor andre oppgåver.
6. Framtidige møgelegheiter eller goder ved nettverket, slik informantane ser det, at ein får bekrefta at jobben ein gjer er god nok, ein får anledning til å stikke seg fram fagleg på nasjonal plan. Nettverket kan nyttast som eit fora for å diskutere funksjonsfordeling og samarbeid med eksterne aktørar. Informantane opplever spesielt at nettverket er egna til utarbeiding av retningslinjer og ein har oppnådd eit betra samarbeid med dei private røntgeninstitutta.

ABSTRACT

In this study, I have tried to elucidate standardization as a tool for quality improvement by studying a professional network in radiology in a regional health care organization. This network was created through a project initiated by the regional health care organization and the purpose was to harmonize the radiological protocols in the regional health care organization. I conducted a qualitative survey in which I interviewed eight participants from the network in addition to having access to the network's project pages with the accompanying project documents. The findings on how the informants perceived the network and the standardization was divergent, but I was still able to draw some conclusions.

1. Several of the participants experience a quality improvement because there is less variation in the different radiology departments.
2. The network is generally well-established in the radiology departments as the standardized protocols are implemented and the participants are willing to participate. The challenge in relation to the support of the project is that the management do not give time for the participants to prepare and participate in the meetings.
3. The participants consider the utility and cost of the network as relatively equal, which in the long run may present a challenge for the network's existence.
4. Most of the participants describe that they have a larger contact area because of the network.
5. The challenges for the network are time spent, different machines that make standardization difficult, that the radiology field is dynamic and prioritizing this type of work over other tasks is difficult.
6. According to the informants, the future opportunities or benefits from the network are that the participating radiology departments can confirm that the job they are doing is good enough and the members of the network will have the opportunity to advance nationally in the radiology field. The network can be used as a forum to discuss the distribution of functions and cooperation with external parties. The network works especially well for standardization of guidelines and it makes the cooperation with the private X-ray institutes better, according to the informants.

FØREORD

Ved starten av studiet, for over fire (!) år sidan, tenkte eg at det var eit langvarig studie eg starta på. Og no er vi altså her ved vegg ende og masteroppgåva skal leverast. Dei fire åra har gått fort og det er mykje som har skjedd både i arbeids- og privatlivet mitt. Sjølv om det siste halvåret har vore krevjande, har det også vore lærerikt og gitt meg utfordringar eg ikkje før har kjent på.

Gjennom studietida har eg jobba fulltid, holdt på med idrett på elitenivå, bygd hus, gifta meg og fått barn. Det er utruleg kva som er mulig å få til om ein berre vil det nok. Når det er sagt, skal det også seiast at eg ikkje hadde klart det åleine. Takk til det faglege nettverket som har latt meg få innsyn i arbeid og samtalar med deltakarar. Takk til søster og medstudent, Camilla, for mange faglege diskusjonar over lengre fjellturar og familiemiddagar. Takk til rettleiar, Kjersti Halvorsen, som har vore ekstremt tilgjengelig, har klart å holde meg på rett spor gjennom prosessen, komt med gode innspel og oppmuntra til gjennomføring. Takk til *firerbanden* som har gjort skulesamlingane ekstra kjekke. Takk til Mamma og Pappa, også kjent som Besta og Besten, for trilleturar med lillegut slik at eg kunne skrive. Og størst takk til mannen min, Øyvind, som har gitt meg eit spark bak når det har frista mest å slappe av etter travle dagar med jobb og trening. Han har også sett av tid og tilrettelagt for at eg kan nytte tid til skularbeid ved å ta seg av arbeidsoppgåver som bygging av hus og barnepass. Det hadde ikkje gått utan deg.

Hilde Elvebakk Hjelmeland

Førde, oktober 2019

INNHALD:

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INNLEIING..... | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn | 1 |
| 1.2 | Føremål..... | 3 |
| 1.2.1 | Problemstilling og forskingsspørsmål | 3 |
| 1.3 | Rammer og avklaringar | 4 |
| 1.4 | Kunnskapsstatus | 4 |
| 1.5 | Disposisjon for resten av oppgåva..... | 6 |
| 2 | DET FAGLEGE NETTVERKET I BILLEDDIAGNOSTIKK | 7 |
| 2.1 | Fase 1..... | 8 |
| 2.2 | Fase 2..... | 8 |
| 2.3 | Fase 3..... | 8 |
| 3 | TEORI | 9 |
| 3.1 | Nettverk | 9 |
| 3.1.1 | Nytte og kostnader i nettverk | 10 |
| 3.1.2 | Vedlikehaldsstrategiar av nettverk | 11 |
| 3.1.3 | Nettverk i organisasjonar..... | 12 |
| 3.2 | Kvalitetsomgrepet..... | 12 |
| 3.2.1 | Eit kvalitetsforbetringsprosjekt?..... | 14 |
| 3.3 | Kvalitetsforbetring..... | 15 |
| 3.3.1 | Trinn 1 - Førebuing | 16 |
| 3.3.2 | Trinn 2 – Planlegging | 17 |
| 3.3.3 | Trinn 3 – Utføre | 18 |
| 3.3.4 | Trinn 4 – Evaluere | 19 |
| 3.3.5 | Trinn 5 – Følge opp | 19 |
| 3.4 | Interaksjon og samhandling..... | 20 |
| 3.5 | Makt..... | 21 |
| 3.6 | Profesjonar og bruk av skjønn..... | 22 |
| 4 | METODE | 25 |
| 4.1 | Kvalitativ design..... | 25 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.2 | Datainnsamling – kven og korleis | 26 |
| 4.3 | Dataanalyse..... | 28 |
| 4.4 | Etiske omsyn og utfordringar med valt forskingsdesign..... | 29 |
| 5 | FUNN | 31 |
| 5.1 | Har kvaliteten endra seg? | 32 |
| 5.1.1 | Har prosjektet ført til endringar i protokollane? | 32 |
| 5.1.2 | Omigjentakning av undersøkingar | 33 |
| 5.1.3 | Kvalitet før og etter | 34 |
| 5.2 | Forankring i dei radiologiske avdelingane | 37 |
| 5.2.1 | Skalering av kostnad og nytteverdi | 38 |
| 5.2.2 | Vilje til å delta | 40 |
| 5.2.3 | Får ein nok tid? | 42 |
| 5.2.4 | Implementering av standardiserte protokollar | 43 |
| 5.3 | Samarbeid | 45 |
| 5.3.1 | Møter over Skype vs fysiske møter | 45 |
| 5.3.2 | Å rope høgst | 47 |
| 5.3.3 | Å møte førebudd | 48 |
| 5.3.4 | Når det ikkje finns ein fasit | 49 |
| 5.3.5 | Ei større kontaktflate | 49 |
| 5.4 | Mogelegheiter og utfordringar | 50 |
| 5.4.1 | Utfordringar | 51 |
| 5.4.2 | Mogelegheiter | 53 |
| 6 | DRØFTING | 58 |
| 6.1 | Standardisering som kvalitetsforbettringsmetode | 58 |
| 6.1.1 | Trinn 1 - Førebuing | 58 |
| 6.1.2 | Trinn 2 - Planlegging..... | 63 |
| 6.1.3 | Trinn 3 – Utføre | 67 |
| 6.1.4 | Trinn 4 – Evaluere | 68 |
| 6.1.5 | Trinn 5 – Følge opp | 71 |
| 6.1.6 | Oppsummering standardisering i lys av modell for kvalitetsforbetring | 76 |
| 6.2 | Samarbeid og standardisering på tvers av organisasjonar | 77 |
| 6.2.1 | Kven når gjennom med egne meiningar i faggruppene?..... | 78 |

| | |
|---|----|
| 6.2.2 Virtuelle nettverk | 80 |
| 6.2.3 Ei større kontaktflate | 81 |
| 7 KONKLUSJON..... | 84 |
| 7.1 Endring i kvalitet? | 84 |
| 7.2 Nettverket si forankring i dei radiologiske avdelingane | 85 |
| 7.3 Nytte og kostnad | 85 |
| 7.4 Samarbeid på tvers av radiologiske avdelingar | 86 |
| 7.5 Mogelegheiter og utfordringar | 87 |
| KJELDER..... | 88 |
| VEDLEGG 1: Intervjuguide deltakarar i faggrupper | |
| VEDLEGG 2: Intervjuguide deltakarar i nettverksgruppa | |
| VEDLEGG 3: Løyve frå NSD | |
| VEDLEGG 4: Informasjonsskriv | |

FIGURLISTE:

| | |
|---|----|
| Figur 2.1: Organisasjonskart Fagleg Nettverk i Billeddiagnostikk | 7 |
| Figur 3.1: Illustrasjon av fagleg nettverk innan billeddiagnostikk | 9 |
| Figur 3.2: Kunnskapssenteret sin modell for kvalitetsforbetring | 16 |
| Figur 4.1: Framgangsmåte for analyse | 29 |
| Figur 5.1: Stolpediagram fordeling deltakarane si vurdering av nytte minus kostnad | 39 |
| Figur 5.2: Stolpediagram fordeling av avdelingane si vurdering av nytte minus kostnad | 40 |

TABELLISTE:

| | |
|--|----|
| Tabell 3.1: Oversikt over kvalitetsaspekt ved radiologiske avdelingar | 14 |
| Tabell 4.1: Strukturert oversikt over forskingsdesignet eg har nytta. | 26 |
| Tabell 5.1: Framstilling av intervjudeltakarane si oppfatting av nytteverdi og kostnad | 38 |

1 INNLEIING

Networking is an investment in your business. It takes time and when done correctly can yield great results for years to come.

- Diane Helbig

1.1 Bakgrunn

I 2008 vedtok styret i eit regionalt helseføretak å arbeide for og harmonisere dei faglege retningslinjene innan radiologi. I 2014 vart det starta eit prosjekt for å danne eit fagleg nettverk i billeddiagnostikk. Prosjektet har vore gjennom tre fasar og er no implementert i drifta ved dei radiologiske avdelingane i det regionale helseføretaket. Det overordna målet til prosjektet var rett diagnostikk til rett tid. Nokre av leveransane som skulle komme av prosjektet var etablering av eit fagleg nettverk, standardisering av dei mest brukte radiologiske prosedyrene og implementering av desse prosedyrene ved radiologiske avdelingar i det regionale helseføretaket samt hos samarbeidande private aktørar.

Prosjektet førte til at det vart oppretta eit nettverk innan billeddiagnostikk og fleire faggrupper som arbeider med å utvikle dei standardiserte prosedyrene. Nettverket innan billeddiagnostikk er sett saman av leiarane ved dei ulike radiologiske avdelingane som møtast regelmessig virtuelt eller fysisk. Faggruppene arbeider med å standardisere prosedyrene for å tilstrebe og gjennomføre ei lik undersøking for lik klinisk problemstilling uavhengig om ein pasient vert undersøkt ved den eine eller andre radiologiske avdelinga innanfor helseføretaket. Ved å standardisere dei mest nytta prosedyrene skulle ein sørge for at helseføretaket er samordna og prega av kontinuitet, at ein utnytter ressursane på ein god måte og at dei vert rettferdig fordelt. Altså kan det faglege nettverket innan billeddiagnostikk sjåast på som eit verktøy for styring av kvalitet.

Gjennom personleg deltaking i nettverksarbeidet har eg gjort meg nokre erfaringar som eg ynskjer å undersøke nermare. Eg har vore med i nettverket både som revisor og deltakar i ei av faggruppene som utviklar standardiserte prosedyrer. Eg har gjort meg fire erfaringar eg ynskjer å undersøke vidare i denne oppgåva. Det første inntrykket var at det kunne sjå ut som at nettverksarbeidet og dei standardiserte protokollane i varierende grad vart implementert ved dei ulike radiologiske avdelingane. Det vil seie at då eg var med på å gjennomføre revisjonar ved fleire av dei radiologiske avdelingane var inntrykket mitt at partane i nettverket er jamnt over godt integrert, men det er likevel ei meir skeptisk haldning til korleis nettverket fungerer hos nokre av avdelingane.

Den andre erfaringa var at eg fann det var utfordrande å gjennomføre revisjonar ved dei ulike radiologiske avdelingane, då prosedyrene ikkje er fagleg nøytrale. Det som er utfordringa med å arbeide med standardisering av radiologiske prosedyrer, er at fagfeltet er i utvikling og at det ikkje alltid finns forskning og fagleg konsensus om kva som er den beste eller verste løysinga. Då har det blitt slik at dersom ein ikkje har hatt anledning til å delta på nettverksmøtene der prosedyrene blei standardiserte, eller ein ikkje har nådd gjennom med si eiga avdeling si meining, må avdelinga likevel føye seg etter den standardiserte prosedyren for å ikkje få avvik i forbindelse med revisjon. Dette er spesielt interessant ettersom dei ulike radiologiske avdelingane sjølv er fagleg ansvarleg for pasientane og arbeidet faggruppene gjer ikkje er juridisk bindande. Eg er derfor interessert i å sjå om deltakarane sluttar opp om standardiseringa av radiologiske protokollar og kva dei meiner om kvaliteten på arbeidet faggruppene utarbeidar.

Den tredje erfaringa eg gjorde meg heng saman med den andre. Det vil seie at eg oppfattar at det er nokre sentrale aktørar som har vore med sidan oppstarten av prosjektet, som er pådrivarar for å få det gjennomført, mens andre har vore mindre sentrale og muligens meir skeptiske til å få prosjektet gjennomført. Eg er her interessert i å undersøke om deltakarane i faggruppene og nettverksgruppa meiner kvaliteten på dei radiologiske protokollane har endra seg vesentleg frå før oppstarten av nettverket og til no, eller om dei eventuelt meiner det ikkje har skjedd større endringar i kvaliteten på dei radiologiske protokollane.

Den fjerde erfaringa eg har gjort meg som deltakar i ei av faggruppene er at eg har sett verdien av å arbeide på tvers av ulike radiologiske avdelingar. Eg har funne kontaktpersonar ved behov for veiledning i bruk av spesielle prosedyrer, eg har sett at vi arbeider nokså likt til tross for at prosedyrene har vorte utvikla på ulike plassar og på ulike tidspunkt og eg har sett at andre

personar har funne gode faglege artiklar som delast på tvers av avdelingane. Eg er derfor interessert i å finne ut om informantane i denne studien opplever at samarbeidet mellom dei radiologiske avdelingane i helseføretaket har endra seg. I tillegg vil eg sjå på kva deltakarane meiner er framtidige mogelegheiter og utfordringar med faggruppe- og nettverksarbeidet.

1.2 Føremål

Med denne studien ynskjer eg å undersøke standardisering av prosedyrer på tvers av radiologiske avdelingar i eit helseføretak som ein metode for kvalitetsforbetring. Eg vil sjå på prosjektdokumenta for nettverket og eg vil intervjuje deltakarar i gruppa for å sjå korleis dei opplever prosessen og resultatet av arbeidet dei gjennomfører.

1.2.1 Problemstilling og forskingsspørsmål

På bakgrunn av føremålet eg legg fram over har eg kome fram til følgjande problemstilling:

- *Korleis opplever nokre nettverksdeltakarar ved ulike radiologiske avdelingar i eit helseføretak standardisering som verktøy for kvalitetsforbetring?*

For å hjelpe meg å svare på problemstillinga mi har eg også nytta meg av følgjande forskingsspørsmål:

- *Opplever nettverksdeltakarane endring i kvalitet på tenesten dei leverer?*
- *Kor godt er nettverksarbeidet forankra i dei radiologiske avdelingane?*
- *Korleis vurderar nettverksdeltakarane nytte og kostnad ved standardisering?*
- *Opplever nettverksdeltakarane at samarbeidet mellom avdelingane i helseføretaket har endra seg gjennom standardiseringa?*
- *Kva meiner nettverksdeltakarane er mogelegheiter og utfordringar ved standardiseringsarbeidet?*

1.3 Rammer og avklaringar

Eg skal ta for meg korleis deltakarar opplever å vere med i eit nettverk som arbeider med standardisering som eit verktøy for kvalitetsforbetring. Dette innber at eg er interessert i opplevingane og erfaringane til leiarar, radiologar og radiografar. Det empiriske grunnlaget for studien er prosjektdokument samt intervju med deltakarar. Eg studerar det faglege nettverket som caset der standardiseringa føregår.

For ordens skuld vil eg presisere at radiolog er ein lege med spesialisering innan radiologi og mellom anna har som oppgåve å skildre dei radiologiske undersøkingane. Det er som regel radiografane som gjennomfører dei radiologiske undersøkingane som radiologen skildrar.

1.4 Kunnskapsstatus

Eg har ikkje klart å finne tidlegare norske eller internasjonale studier direkte om nettverksarbeid eller standardiseringsarbeid som er gjort innanfor radiologiske einingar. Eg har derimot funne tre artikkelar og ei bok med referansar til ein artikkel som er relevant for min studie.

Håland og Melby (2017) har gjennomført ei analyse av ein helsepolitisk diskurs. Dei har sett på tre politiske talar som handlar om innføring av pakkeførløp for kreft. Dei tek føre seg språkbruken og argumentbruken rundt individualisert standardisering. I helsesektoren har det vorte slik at ein skal både verte meir brukar- eller pasientretta, men ein skal òg ha standardiserte prosedyrer. Dette er i utgangspunktet to motstridande mål. I talane dei har sett at individualisering vert vektlagt som noko negativt, der det er rom for tilfeldigheit og variasjon, som gjer at det vert naudsynt å standardisere. Standardisering vert av talarane presentert som noko positivt ved at det skal vere forutsigbart og likt for alle. Håland og Melby (2017) konkluderar med at standardisering og individualisering er komplekse og samansette omgrep, og at det vert like komplisert når ein skal forstå innhaldet og det skal implementerast i praksis.

Lavelle, Schast og Keren (2015) skriv om standardisering av prosessar i helsetenesten og kvalitetsforbetring ved å bruke pasientforløp og kontinuerlig kvalitetsforbetring. Dei definerar eit pasientforløp som ein detaljert plan for ei spesifikk gruppe pasientar. Dette inneber

retningslinjer, forskning og ekspertane si meining som konsensus og skal då vere eit tverrfagleg arbeid. Vidare i artikkelen peikar dei på Deming sin kvalitetsforbetringsteori som rammeverk for å danne og implementere desse pasientførløpa. Dei legg fram ein tabell med oversikt over komponentar som bør vere tilstades for å danne og implementere pasientforløp. Denne har likhetstrekk til Kunnskapssenteret sin modell for kvalitetsforbetring som eg planlegg å nytte meg av vidare i denne oppgåva. Eg presenterer Kunnskapssenteret sin modell grundigare under teorikapitlet.

Lavelle, Schast og Keren (2015) konkluderar med at standardisering av pasientforløp har fordelar som at ein unngår unødvendige testar, ein kan oppnå ferre innleggelsar og kortare sjukehusopphold. Denne typen arbeid fører klinikarar saman for å få til det beste for fellesskapet og dei meiner å sjå at ein oppnår auka lidenskap til faget. Dei anbefalar å ha med seg legar som drar lasset og ein bør sørge for at det kostar dei minst mogeleg tid. Når eit pasientforløp er klart rår dei til at dette bør feirast og dei som har vore med på arbeidet bør krediterast. Forankring i leiinga anser dei som avgjerande for å finansiere infrastrukturen. Heilt til slutt i artikkelen poengterar dei at det er uendelege mogelegheiter med dei elektroniske pasientjournalane og at det er ei spennande tid å praktisere medisin og danne eit dynamisk læringssystem i helsesektoren der ein kan ha fokus på kvalitet for pasienten, men også vere med å støtte innovasjon. Dette er ein artikkel med klar normativ profil, den gjev anbefalingar og tar stilling i saka.

Isaksen, Ågotnes og Fagertun (2018) har sett på spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sjukeheimar. I artikkelen tar dei føre seg at myndigheitene ynskjer ei standardisering og viser til sine funn der det er stor variasjon i praksis og rutiner knytt til kvalitetsarbeid. Dei trekk fram utfordringar med å standardisere "beste praksis". Utfordringane er at det er innovasjon i tenestene, at dei skal vere individuelt tilpassa og at kultur og autonomi står sterkt i kommunane.

Gjennom studien til Cross og Parker (2004) som Schifloe (2015) presenterer i boka *Sosiale landskap og sosial kapital – Nettverk og nettverksforskning* har dei leita etter eigenskapar i arbeidsgrupper som gav høg yteevne. Denne studien viste at arbeidsgruppene som hadde opne kommunikasjonskanaler og klarte å få til gjensidig utnytting av kompetanse, hadde høgare yteevne enn gruppene som var splitta opp i undergrupper. Vidare vert det presentert ein studie av Cross og Thomas (2009) som fann tre eigenskapar som gjorde at enkelte arbeidarar hadde

høg yteevne. Dette var personar med relasjonar på tvers av hierarkiet, relasjonar utanfor eiga eining og relasjonar over geografisk avstand. Det vert vektlagt av Schifloe (2015, s. 217) at ein bør tilstrebe opne nettverksstrukturar då ein er opne for å hente impulsar utanfrå. Han seier at dette er viktig ettersom organisasjonane stadig er i endring og fordi kunnskapen stadig utviklar seg.

1.5 Disposisjon for resten av oppgåva

I kapittel 2 skal eg greie for korleis det faglege nettverket i billeddiagnostikk vart til og korleis det er organisert. Eg presenterer kort dei ulike prosjektfasane og utviklinga frå oppstart av prosjektet til korleis det fungerer i dag.

I kapittel 3 legg eg fram dei ulike teoriane som bygger den analytiske ramma for oppgåva. Eg legg fram teori om kvalitet og kvalitetsforbetring, nettverk og samarbeid, då dette er teoriar som kan hjelpe meg å svare på problemstillinga og forskingsspørsmåla mine samt forklare funna eg har fått gjennom dataanalysen.

I kapittel 4 viser eg korleis eg har gått fram i studien eg har gjennomført. Eg forklarar kvifor eg har valgt å nytte meg av framgangsmåten eg har brukt og eg seier noko om styrker og svakheiter ved metoden.

I kapittel 5 presenterer eg hovudfunna eg gjorde gjennom den kvalitative studien og trekker fram illustrerande sitat frå det informantane sa i studien.

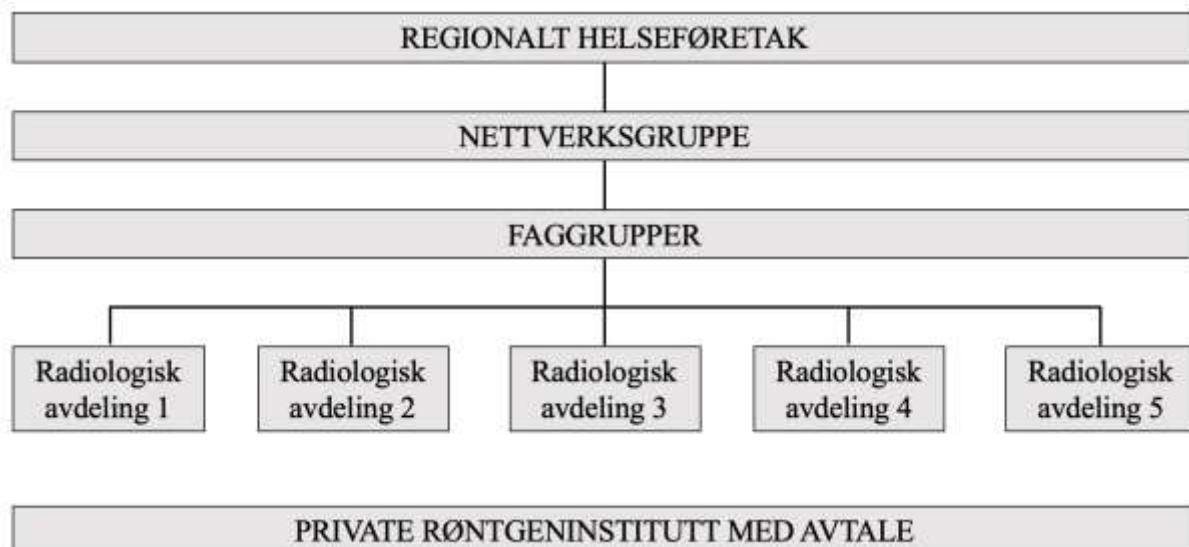
I kapittel 6 knyt eg saman og drøftar hovudfunna opp mot teoriane eg tidlegare har presentert. Eg ynskjer her å belyse kvifor meiningane til deltakarane er som dei er og om noko kunne vore gjort annleis i prosjektstyringa for å fremje kvalitetsforbetringa.

I kapittel 7 finn de ein kort konklusjon og oppsummering av funna eg gjorde i studien.

2 DET FAGLEGE NETTVERKET I BILLEDDIAGNOSTIKK

For å få klart føre oss korleis nettverket fungerer eller er oppbygd presenterer eg det i dette kapitlet. Eg har fått tilgang til prosjektdokumenter og nettverket sine SharePointsider som gjev ei oversikt over dei tre prosjektfasane.

Styret i det regionale helseføretaket presenterte tre aktuelle tiltak for vidare utvikling av dei radiologiske tenestane. Eit av desse tiltaka var at helseføretaka skal arbeide for å harmonisere dei faglege retningslinjene innan radiologi i regionen. Det vart gjennomført to kortare prosjekt på dette og i 2013 føreslo det regionale helseføretaket at ein skulle vidareføre dette arbeidet og at det skulle organiserast som eit fagleg nettverk. Nettverket er organisert slik at det er ei nettverksgruppe der leiarane ved dei radiologiske avdelingane samlast regelmessig. Under nettverksgruppa har vi fleire faggrupper som er dei som gjennomfører standardiseringsprosessane og rapporterar til nettverksgruppa. Det er i hovudsak faggruppene eg ser på i denne studien. Sjå figur 2.1 for organisasjonskart.



Figur 2.1: Organisasjonskart Fagleg Nettverk i Billeddiagnostikk (eigenprodusert).

2.1 Fase 1

Fase 1 var oppstarten av prosjektet og skulle ha fire leveransar. Det var etablering av det faglege nettverket, standardisering prosedyrer av tre store diagnosegrupper, implementering av desse prosedyrene hos radiologiske avdelingar i helseføretaket samt samarbeidande private aktørar og til slutt skulle ein utrede arbeidsflyt og identifisere problemområder og utfordringar ved bruk av systemet som behandla sending av bilder mellom helseføretaka.

Det vart oppretta ei nettverksgruppe samansett av leiarar frå dei ulike helseføretaka. I tillegg vart det oppretta faggrupper for dei tre diagnosegruppene med radiografar og radiologar frå dei ulike helseføretaka. Direktivet seier også at det skal holdast eit møte i månaden for nettverksgruppa og kvar 14. dag for faggruppene. Møtene for faggruppene er anslått til å vare i omlag ein og ein halv time.

2.2 Fase 2

Fase 2 er eit vidare arbeid på fase 1. Leveransane her skulle vere standardisering av fleire protokollar mellom anna innanfor kontrastbruk og nevrologiske prosedyrer. På same måte som under fase 1 skulle også dei standardiserte protokollane vere implementerte i aktuelle avdelingar. Det var også ein leveranse som sa at prosjektet skulle utarbeide rammeverk for revisjonar og kontrollar av dei standardiserte prosedyrene.

2.3 Fase 3

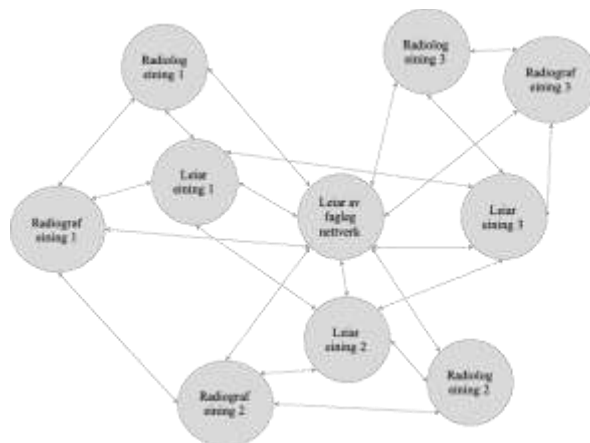
Fase 3 bygger på fase 1 og 2. I denne delen av prosjektet skulle ein utarbeide og implementere fleire standardiserte prosedyrer. Ein skulle utarbeide retningslinjer for bruk av sentralt venekateter til injeksjon av kontrast, optimalisere kontrastbruken på CT samt oppdatere tidlegare standardiserte protokollar. I tillegg skulle ein arbeide vidare med rammeverket for revisjonar som ein starta på under fase 2.

3 TEORI

I dette kapitlet tek eg føre meg teori som kan hjelpe meg å svare på problemstillinga mi¹. Eg har valgt å sjå på teori kring nettverk, kvalitet, kvalitetsforbetring, samarbeid og standardisering. Gjennom desse teoriane håpar eg å kunne forstå og diskutere kvifor deltakarane i nettverk- og faggruppene sit med dei opplevingane dei har.

3.1 Nettverk

Nettverk er ein koordineringsmekanisme som gjev tillit til ein viktig ressurs (Røiseland & Vabo, 2016, s. 16). Det som gjev det idealtypiske nettverket retning er at det utviklast felles verdiar, felles problemanalyse og gjensidig samarbeid basert på konsensus (Bouckaert, Peters, & Venhoerst, 2010, s. 35). Schiefloe (2015) seier at eit nettverk oppstår når fleire relasjonar er kobla saman og knyt menneske til kvarandre. Vidare seier han at det kan uttrykkast ved at eit nettverk konstituerast av ei mengde aktørar og ei mengde relasjonar. Sjå figur 3.1 for illustrasjon av eit fagleg nettverk innan billeddiagnostikk.



Figur 3.1: Illustrasjon av fagleg nettverk innan billeddiagnostikk (eigenprodusert).

¹ Delar av teksten i dette kapitlet er henta frå eksamensoppgåva mi i kurs OR6-502 Styring, omstilling og leiing, våren 2018, som var eit førebuande arbeid til teoridelen i masteroppgåva i organisasjon og leiing.

Figuren illustrerar at det er relasjonar mellom fleire av dei ulike aktørane også på tvers av einingane. Det faglege nettverket i billeddiagnostikk består av ei nettverksgruppe som samlast regelmessig. Samt ulike faggrupper der radiologar, radiografar frå ulike einingar og leiar av det faglege nettverket samarbeider om standardisering av radiologiske prosedyrer.

Som Sørensen og Torfing (2007) peikar på, har organiseringa av nettverk demokratiske implikasjonar. Eit nettverk gjev "plass rundt bordet" der slutningar gjerast, og tilgangen til å delta i nettverket kan derfor bli viktig, spesielt dersom sakene nettverket handsamar er av stor fagleg eller praktisk betydning for berørte partar. Dei som av ulike grunnar er utanfor slike nettverk kan oppleve at det er utfordrande å nå gjennom med sine meiningar når konsensus om ei sak etablerast.

Saknettverk eller partielle nettverk er nettverk der enkelte aktørar er sett saman på grunnlag av kunnskapen dei sit med. Eit kjenneteikn ved slike nettverk er at aktørane kun har med kvarandre å gjere i tilknytning til fastsette saksområde som til dømes på ein arbeidsplass (Schiefløe, 2015). Relasjonen mellom deltakarar i det faglege nettverket i billeddiagnostikk er i stor grad spesifikt orientert. Det vil seie at relasjonen handlar om fag. Partielle nettverk er anerkjente som eit nyttig verktøy for å få gjennom prosessar og det har vorte vanleg å bevisst opprette slike nettverk som eit verkemiddel for å få implementert eit ynskja tiltak.

Gjennom analyser av partielle nettverk kan ein sjå på ulike samanhengar. Det kan innbere beslutningsprosessar, maktfordeling, politisk mobilisering, kommunikasjon, læring, idéspreiing og erfaringsutveksling (Schiefløe, 2015).

3.1.1 Nytte og kostnader i nettverk

I nettverk finnes det små muligheter for å utøve makt ovenfra-og-ned (Røiseland og Vabo 2016, s. 96) og det er derfor avgjerande for kontinuiteten i nettverket at det opplevast som nyttig for deltakerne. Schiefløe (2015) brukar omgrepet *relasjonsnytte* for å skildre det vi får ut av relasjonen. Når vi ser på relasjonsnyttan er det også interessant å sjå på *relasjonskostnaden*. Dette innber det det krevjer for å oppretthalde relasjonen. Kostnader kan vere knytt til tidsbruk eller materielle kostnader. Sannsynet aukar for at nettverk blir verande dersom den opplevde nytten er større enn dei opplevde kostnadane. Ved fagleg nettverk i billeddiagnostikk vil det

innebere at deltakarane i faggruppene og leiarane ved dei ulike einingane må oppleve at eininga får noko igjen for å halde fram med samlingane og standardiseringsarbeidet. I tillegg vil det også vere gunstig for nettverksarbeidet at arbeidet gjev meir enn anna tilsvarende arbeid. Ein siste faktor for at ein skal lukkast med nettverksarbeid er at det er semje om kva som er forventningar og forpliktelsar.

Vi kan skille mellom tre typar relasjonnytte: dei direkte godene, symbol og eksterne reaksjonar (Schiefløe, 2015, s. 61). Ved fagleg nettverk i billeddiagnostikk vil ei *direkte gode* kunne vere tilgang til informasjon frå andre einingar og aktørar i nettverket. Som regel skjer utvekslinga av goder som ein byttehandel mellom dei ulike aktørane. Ein deler altså på kunnskapen ein sit med mellom aktørane i nettverket. Relasjonsnyttan *symbol* handlar om at ein kan oppnå prestisje dersom ein er kobla saman med personar med mykje makt eller innflytelse. Samstundes er det å vere ein del av ei gruppe med på å bygge identitet og bekrefte det vi har av verdiar og nytteverdi. Relasjonsnyttan *eksterne reaksjonar* vil vere ein gode som inneber at ein får positive reaksjonar frå andre i omgjevnadane. Rykte og uformell evaluering er viktig i nettverk (Bouckhaert, Peters og Veroest 2010, s. 35). Ved det faglege nettverket kan dette innebere at andre radiologiske miljø ser at ei gruppe har fått til å standardisere radiologiske prosedyrer og dermed lar seg inspirere til å sette i gang i eiga eining med det same arbeidet. Eit anna poeng er at styret i det regionale helseføretaket ynskja at eit slikt arbeid skulle settast i gang, og at det har lukkast vil skape positive reaksjonar frå dei.

3.1.2 Vedlikehaldsstrategiar av nettverk

Kostnadane ved å trekke seg ut av eit nettverk er mindre enn i andre organisasjonstypar (Strand, 2007), derfor er vedlikehaldsstrategiar avgjerande for å sikre kontinuitet. Schiefløe (2015, s. 88) refererer til Kelly og Thibauts sin teori om gjensidig avhengigheit. Den går ut på at dersom ein skal klare å halde relasjonen stabil må aktørane i relasjonen vere avhengige av og sensitive for kvarandre. Vidare skriv Schiefløe (2015) at når det gjeld nettverksvedlikehald er gjensidigheit avgjerande og han peikar på nokre psykologiske aspekt som vil kunne vere med på å sikre nettverket kontinuitet. Dette vil innebere at ein forpliktar seg og ofrar seg for den andre aktøren, at ein kan tilgi den andre aktøren sine feilgrep, ein gjennomfører devaluering av konkurrentar og at ein skaper ein positiv illusjon av den andre aktøren der ein fokuserer på dei positive eigenskapane hos vedkommande samt at ein tenker i vi-form. Like viktig er det at ein unngår å såre, manipulere, invadere eller illegitim makt. Vedlikehaldsstrategiar kan bygge tillit

og sikre den lojaliteten nettverket avhenger av for å opprettholdes over tid (Røiseland og Vabo 2016, s. 16).

3.1.3 Nettverk i organisasjonar

Schiefloe (2015) refererer til Nohria (1992) som peikar på ulike faktorar for at ein bør sjå på organisasjonar i eit nettverksperspektiv. Ein av desse faktorane er at alle organisasjonar er ei form for eit nettverk. Med ulike grad av formalisme. Mykje av relasjonane som skjer i organisasjonane, som til dømes kommunikasjon, slutningsprosessar og erfaringsoverføring, kan kun forståast ved å sjå på relasjonane mellom dei ulike aktørane. At relasjonane mellom aktørane står i sentrum har samanheng med det sosialpsykologiske utgangspunktet til teoriar om nettverk (Røiseland og Vabo 2016 s. 24-25).

Det har etterkvart vorte meir vanleg med gjennomføring av nettverksanalyser for å sjå på kva eigenskapar som har noko å bety for organisasjonen si yteevne og tryggleik. Ved å nytte seg av slike nettverksanalyser kan ein forbetre organisasjonane gjennom teambuliding, reorganisering og utvikling. Ved å gjennomføre analyser vil ein kunne finne ut korleis ein skal dra nytte av ekspertise og ressursar, samt å stimulere til dette. På same måte vil det også kunne bidra til avdekke svake punkt. Eit av poenga ved fagleg nettverk i billeddiagnostikk er at idéar eller ny kunnskap som vert tatt i bruk, også skal vidareformidlast til alle einingane i det regionale helseføretaket.

3.2 Kvalitetsomgrepet

Kvalitet i tenestetilbodet er eit tema i mange av dei offentlege endringsprosjekta. Men kva meinast egentleg med omgrepet kvalitet? Det eksisterar fleire definisjonar på kva kvalitet er. Arntzen (2014) seier at ein vanleg definisjon er forholdet mellom det som faktisk ytast og det som krevjast eller forventast. Øvretveit (1992) definerar kvalitet i eit helsesystem på denne måten:

A quality health service is one which organizes resources in the most effective way to meet the health needs of those most in need, for prevention and care, safely, without waste and within higher level requirements.

Arntzen (2014) deler omgrepet kvalitet inn i tre dimensjonar. Desse tre dimensjonane er opplevd kvalitet, fagleg kvalitet og leiinga si tilrettelegging for opplevd og fagleg kvalitet. Den opplevde kvaliteten skildrast som pasienten si oppfatning av korleis kvaliteten er. Denne dimensjonen av kvalitet viser til subjektive opplevingar. Arntzen (2014) vektlegg at pasientar ofte ikkje har forutsetningar for å vite korleis den faglege kvaliteten er. Det handlar meir om korleis dei opplever at dei har vorte sett og hørt som pasient i ein mellommenneskeleg situasjon. I tillegg til korleis ein som pasient blir møtt, handlar det også om tilgjengelighet. Eg kjem ikkje til å vektlegge denne dimensjonen av kvalitet i mi oppgåve, fordi systematiske pasientevalueringar av nettverkets standardisering av bildetakingsprotokollar ikkje har vore gjennomført.

Dei to andre dimensjonane er meir aktuelle for meg. Den faglege kvaliteten skildrast som at det er samsvar mellom arbeidet helsetenesten utfører og kunnskapsbasert praksis. Den kunnskapsbaserte praksisen skal vere basert på kunnskap innan forskning, erfaring og brukarmedverknad (Arntzen, 2014). Ved radiologisk avdeling kan dette bety at undersøkingane vi gjennomfører står i tråd med dei nasjonale retningslinjene eller behandlingsforløp knytt til kva klinisk problemstilling eller diagnose pasienten har.

Dimensjonen for leiinga si tilrettelegging for opplevd og fagleg kvalitet handlar om korleis leiinga tilrettelegg for dei to dimensjonane over. Arntzen (2014) skriv av det er vorte hevda at 70 til 90 prosent av forbetningsområda i helsetenesten er organisatoriske medan berre 10 til 30 prosent er fagleg forbetring. Ved radiologiske avdelingar vil denne dimensjonen mellom anna omhandle korleis leiinga tilrettelegg for til dømes nettverksarbeidet eller arbeid av fagleg utvikling. Dette kan leiinga gjere ved å gjennomføre revisjonar, sette av tid for utvikling av radiologiske protokollar eller avsett tid og midlar til kursing eller kompetanseheving.

I tabell 3.1 har eg gjort eit forsøk på å plassere inn faktorar som er med på å påverke kvaliteten under dei ulike kvalitetsdimensjonane ved radiologisk avdelingar. Det nettverks- og faggruppene i fagleg nettverk i billeddiagnostikk har som mål i forhold til kvalitetsforbetring vil innebere:

- At ein gjennomfører rett undersøking med rett modalitet med tanke på pasienten si kliniske problemstilling.
- At pasienten får minst mulig stråledose, men nok til å stille diagnose.
- At undersøkelsen som gjennomførast brukar rett kontrastmengde knytt til klinisk problemstilling.
- Saumlaus overføring av pasientar mellom ulike radiologiske avdelingar.

Tabell 3.1: Oversikt over kvalitetsaspekt ved radiologiske avdelingar inndelt etter Arntzen (2014) sine tre dimensjonar for omgrepet kvalitet (eigenproduisert).

| Opplevd kvalitet | Fagleg kvalitet | Tilrettelegging for opplevd og fagleg kvalitet |
|--|--|---|
| Tilgang til radiologisk undersøking | Valg av rett modalitet og undersøking på grunnlag av klinisk problemstilling | Saumlaus overføring av pasientar mellom ulike helseføretak |
| Ferrast mulig undersøkingar for å få svar på problemstilling | Skildring av gjennomført undersøking | Tid/midlar for tilsette til gjennomføring av fagleg utvikling |
| | ALARA-prinsippet: lågast mulig stråledose til pasient | Like prosedyrer i heile helseføretaket |
| | Korrekt bruk av kontrastmengde | |

3.2.1 Eit kvalitetsforbetringsprosjekt?

Eit kvalitetsforbetringsprosjekt handlar om å redusere uynskja variasjon (Øgar & Hovland, 2004). I følge Bukve og Hovlid (2014) sine definatoriske kriterie kan ein seie at det faglege nettverket i helseføretaket vart danna som eit forbetringsprosjekt med bakgrunn i at det oppfyller to sentrale formål. Det eine er at det var eit prosjekt som var starta gjennom eit organisatorisk initiativ frå leiinga i det regionale helseføretaket og det andre er at prosjektet handla om å påverke kvaliteten på føretaka sine system, prosessar eller resultat. Føretaka skulle

då gjennomføre endringar slik at ein i høgare grad oppnådde standardar, kvalitetskrav og målsettingar.

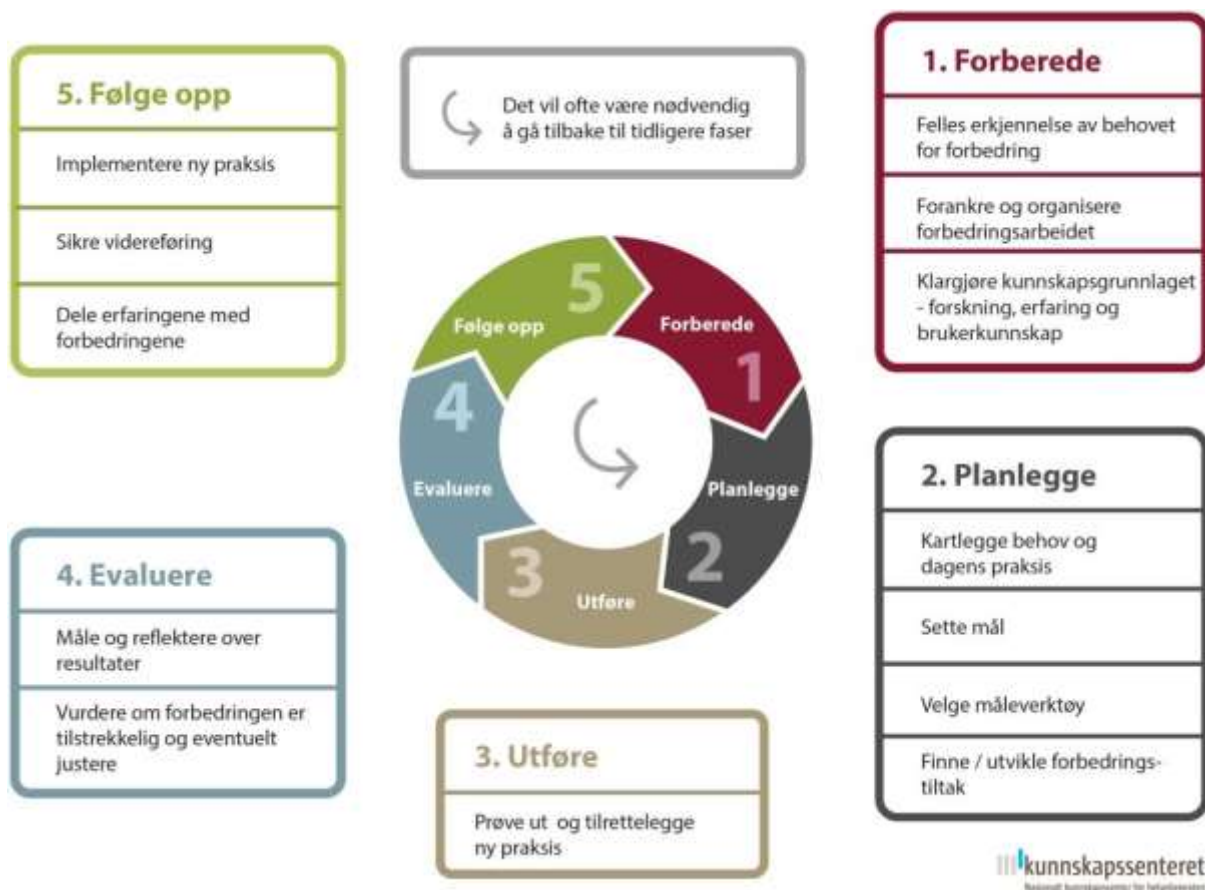
Mintzberg og Westley ser standardisering av arbeidsoppgåver som ei mekanisme for koordinering (1992, s. 332) og Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 82) forklarer at føremålet med standardisering er at oppgåvene vert gjennomført likt frå gang til gang, og at dette skal gjere til at tenesten er forutsigbar og det vert ein reduksjon i beslutnings- og produksjonskostnadane. Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 82) tar føre seg Max Weber sin teori om byråkratisk regelstyring og forklarer at Weber meinte at standardisering var ein måte å oppnå administrativ effektivitet på. Når prosedyrer rutinerast brukar ein mindre tid til å finne ut og diskutere kva som skal gjerast. I tillegg til desse godene ved standardisering av arbeidsprosedyrer, nevner dei også nokre ulemper. Utfordringar ved standardisering kan vere at det er lite nyttig til enkelte oppgåver og det kan gjere at dei tilsette vert meir passive og mindre fleksible.

Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 109) peikar vidare på at det er to forhold som avgjer om standardisering er hensiktsmessig eller ikkje. Desse forholda er kor godt forstått og forutsigbar oppgåva er. Altså om ein er veit korleis oppgåva skal løysast og om oppgåva blir gjenteke relativt regelmessig. Dei seier vidare at oppgåver som lar seg standardisere passar saman med koordinering gjennom reglar og rutiner, som igjen fører til kostnader knytt til struktur for utvikling og raffinering. Oppgåver som er vanskeleg å standardisere er oppgåver som er uklære eller vanskeleg å forutsjå (Jacobsen & Thorsvik, 2015, s. 109). Uklære oppgåver er altså at det ikkje berre er ein riktig måte å gjennomføre oppgåva på. Det Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 110) brukar som døme for oppgåve som er vanskeleg å forutsjå er legar som skal sette diagnose på pasientar. Dei seier at dette av og til kan vere enkelt og nokon gangar kan det vere meir utfordrande. Pasientane er ulike og dermed er det også rom for å nytte skjønn for legane.

3.3 Kvalitetsforbetring

Folkehelseinstituttet (2015) har for Kunnskapssenteret utarbeida ein normativ modell for kvalitetsforbetring med utgangspunkt i Deming sin kvalitetsforbetringsteori. Sjå figur 3.2. Eit av poenga med denne modellen er å vise at kvalitetsforbetring er ein kontinuerlig prosess. Den peikar på kritiske faktorar som bør oppfølgjast for at kvalitetsforbetringa skal verte vellukka.

Føremålet med denne modellen er ikkje å skildre korleis kvalitetsforbetningsprosjekt faktisk fungerer, men korleis dei bør fungere. I modellen stillast det høge forventningar til dei som set i gang tiltak som skal fremje kvalitet og til hjelp for å innfri desse forventningane tilbyr den ei rekke generelle anbefalingar.



Figur 3.2: Kunnskapssenteret sin modell for kvalitetsforbetring (Kunnskapssenteret, 2015).

3.3.1 Trinn 1 - Førebuing

Trinn 1, *førebuing*, nemner tre punkt som relevante i dette stadiet av kvalitetsforbetringa. Det første punktet er *felles erkjennelse for behovet for forbetring*. Dette kan komme som resultat av fleire årsaker. Det kan mellom anna komme av innspel frå leiarar eller medarbeiderar, ytre krav eller avvik (Kunnskapssenteret, 2015).

Det andre punktet er å *forankre og organisere forbetningsarbeidet*. Det som vert vektlagt her er at det må vere forankring i leiinga, fagmiljøet, hos brukarane og andre involverte partar for at ein skal kunne lukkast. Her blir det vidare presisert at leiarane har ein avgjerande rolle ved oppstart og tilrettelegging for arbeidet. Det blir anbefalt at leiarane er aktive, involverar aktuelle aktørar og sett av tilstrekkeleg med ressursar til deltakarane. Det er spesielle hensyn som må takast dersom forbetningsarbeidet gjennomførast ved fleire organisasjonar, noko faggruppene i fagleg nettverk i billeddiagnostikk nettopp er. Eit slikt arbeid vil påverke dei radiologiske avdelingane sine prosessar, strukturar og kulturar. Dette gjer at ein bør sørge for å ha med leiarar og deltakarar frå alle deltakande avdelingar (Kunnskapsenteret, 2015). Andre moment som vert trukke fram som sentrale er at ein formell leiar bør utpeikast, det må settast av ressursar til å skrive møteinnkallingar, referat og gjennomføring av resultatmålingar og det bør vere ein fast møteplan.

Det tredje punktet er *klargjering av kunnskapsgrunnlaget innanfor forskning, erfaring og brukarkunnskap*. I denne studien er ikkje dette relevant då kunnskapsgrunnlaget, som vi skal sjå, vert forsøkt kartlagt og skapt undervegs i eit kontinuerlig arbeid med ulike protokollar som føregår i faggruppene. Eg seier derfor ikkje noko meir om dette punktet her.

3.3.2 Trinn 2 – Planlegging

Trinn 2, *planlegging*, nemner fire punkt som er viktige i dette stadiet av kvalitetsforbetringa. Det første punktet er *kartlegging av behov og dagens praksis*. Kunnskapsenteret (2015) seier her at det er ein fordel å undersøke korleis tenesten fungerer og kva som bør forbetrast. Dette kan gjerast ved å nytte seg av målingar og kvalitative undersøkingar i tenesten. Det vert vektlagt at ei god kartlegging kan gi aha-opplevingar for leiarar og tilsette og vere motiverande for vidare arbeid.

Det andre punktet er *målsetting*. For å kunne sjekke om ein har oppnådd ei endring i kvalitet vil det vere lurt å sette mål. Eit mål er i følge Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 37) ei skildring av ein ynskja framtidig tilstand. Vidare seier dei at mål kan ha ulike tidsperspektiv og i ulik grad vere realistiske og konkrete. Mål med eit langt tidsperspektiv er anteke at dei også er vage, men likevel kan dei fungere som vide rammer og gi rom for improvisasjon og fleksibilitet. Mål i prosjektorganiseringar er ofte tidsavgrensa og vil framstå som mindre komplekse enn mål som er kontinuerlige.

Kunnskapssenteret (2015) seier at dersom målet er å betre fagleg kvalitet kan ein måle i kva grad ein nyttar seg av den kunnskapsbaserte protokollen. Eller dersom målet er å gjere tenesten tryggare kan det å måle avvik eller uheldige hendingar vere gode indikatorar. Når ein skal utarbeide mål bør desse ifølgje Kunnskapssenteret vere SMARTE. Det vil seie at dei bør vere spesifikke, målbare, ansporende, realistiske, tidsbestemte og det bør i tillegg vere **semje** om målet hos dei involverte partane.

Det tredje punktet er *val av måleverktøy*. Dette skal vere eit verktøy for å måle og/eller vurdere kvaliteten på tenesten (Kunnskapssenteret, 2015). Dømer på verktøy kan vere sjekklister eller spørreskjema. Det er spesielt interessant i kvalitetsforbetringsarbeid å sjå på før- og ettermålingar for å sjå om tiltaka ein har gjennomført, har hatt nokon effekt. Vidare seier Kunnskapssenteret (2015) at ein bør gjere måla på dei mest sentrale områda og ein bør bruke data som er tilgjengeleg utan å bruke for mykje ressursar for å skaffe dataen.

Det fjerde punktet er å *finne eller utvikle forbetringstiltak*. Kunnskapssenteret (2015) seier at ein bør gå breidt og systematisk ut for å finne aktuelle forbetringstiltak og at både leiarar og tilsette bør vere med i arbeidet. Det er mange måtar ein kan finne forbetringstiltak på og Kunnskapssenteret (2015) trekk fram kartlegging av dagens praksis, teori, idédugnad, idéar frå andre verksemder og/eller tiltakspakkar som ledd i kampanjar. Vidare vektlegg dei at ein bør passe på at ein nyttar dei ulike aktørane og faggruppene sin kompetanse så godt som råd.

3.3.3 Trinn 3 – Utføre

Trinn 3, *utføre*, nemner kun eit punkt. *Og det er å prøve ut og tilrettelegge for ny praksis*. Kunnskapssenteret (2015) trekk fram åtte punkt ein bør følge når ein skal sette i gang med forbetringane. Det første punktet er at alle involverte partar må informerast godt om tiltaket og kva ein vil oppnå. Det andre punktet er opplæring av personalet før oppstart. Det tredje punktet er at det må komme godt fram kven som skal gjere kva og korleis. Det fjerde punktet er at aktivitetsplanen tek omsyn til feriar. Det femte punktet er ein må sørge for at nødvendig materiell er tilgjengeleg. Det sjette punktet er at ein bør skrive logg for når ein har iverksett tiltak og korleis det har gått. Det sjuande punktet er at leiinga bør sjekke at tiltaka skjer slik som ein har planlagt. Det åttande punktet er at ein har ei sjekkliste eller ein anna type måling for å sjå om endringane følgast.

3.3.4 Trinn 4 – Evaluere

Trinn 4, evaluere, nemner to punkt som for dette stadiet av kvalitetsforbetringa. Det første punktet er *måling og refleksjonar av resultat*. Her seier Kunnskapssenteret (2015) at ein kan nytte seg av både kvalitative og kvantitative metodar. Poenget med målingane er å sjå om det har vorte endringar.

Det andre punktet er å *vurdere om forbetringa er tilstrekkeleg eller om ein eventuelt skal gjere justeringar*. Her ser ein på målingane ein har gjort og stiller seg spørsmål om ein har nådd måla ein har sett seg, om ein har gjort det ein vart einige om og om det virka og til slutt om det er behov for endå meir forbetring (Kunnskapssenteret, 2015). Det vektleggast at det er viktig å diskutere resultatata med personalet og brukarane for å sjå etter innspel.

3.3.5 Trinn 5 – Følge opp

Trinn 5, følge opp, nemner tre punkt som relevante i dette stadiet av kvalitetsforbetringa. Det første punktet er *implementering av ny praksis*. Her gjeld det at organisasjonen innfører dei nye protokollane eller forbetringane inn i vanleg drift. Kunnskapssenteret (2015) seier at ein mellom anna bør oppdatere prosedyrer, omfordele ressursar og sikre rutiner for kommunikasjon.

Det andre punktet er *sikring av vidareføring*. Det blir sagt i Kunnskapssenteret (2015) sin modell for kvalitetsforbetring at opp mot 70 % av forbetningsarbeid ikkje klarer å halde på resultatata, og det anbefalast derfor å fortsette å gjere målingar og drøfte resultatet av desse regelmessig.

Det tredje punktet er å *dele erfaringane med forbetringa*. Kunnskapssenteret (2015) seier at ein kan oppnå felles læring ved at prosjekt blir presentert mellom anna i artiklar og foredrag.

Begrepet kvalitet nyttast både administrativt av myndigheitsorgan som skal fremje kvalitet i ulike verksemder, og akademisk i litteratur som analyserar ulike aspekt ved begrepet. Slik eg forstår det er Kunnskapssenteret sin modell for kvalitetsforbetring i ein mellomposisjon. Modellen brukast administrativt av myndighetsorgan for "mjuk" normativ styring av ulike kvalitetsforbetningsprosjekt i det norske helsevesenet, samstundes som den er basert på

akademisk litteratur om kvalitetsforbetring. Kunnskapssenteret sin normative modell vert i denne studien brukt i kombinasjon med meir deskriptive analytiske verktøy.

3.4 Interaksjon og samhandling

Samhandling definerast av Bukve og Kvåle (2014) som samarbeid i situasjonar der det ikkje eksisterar ein aktør som har fullstendig kontroll over utføringa av ei oppgåve. I helsesektoren vil dette mellom anna gjelde pasientbehandling. Både gjennom utredning som radiologiske undersøkingar og behandling av diagnosen som er sett. Helsesektoren løyser mange komplekse oppgåver og det er høg grad av spesialisering. Dette gjer at det er naudsynt å samhandle på tvers av profesjonar for at pasientane skal få det beste tilbudet. Bukve og Kvåle (2014), som i likheit med at Kunnskapssenteret gjev anbefalingar, skriv at det er viktig at aktørane som samhandlar har eit felles mål, ei felles forståing og tillit til kvarandre. Vidare krevjer samhandling at kunnskap, erfaringar og informasjon delast mellom aktørane.

Ved eit fagleg nettverk vil det vere interaksjon og samhandling mellom radiologar, radiografar og leiarar også på tvers av avdelingar i helseføretaket. Radiologiske avdelingar leverer også eit produkt som skal nyttast ved andre avdelingar i behandlinga av pasientane og det er viktig at samhandlinga fungerer på tvers av avdelingar.

Måseide (2008) skildrar interaksjon på ein liknande måte ved at profesjonelle praktistarar må involvere seg i samhandling med ulike aktørar for å løyse problem eller utføre oppgåver. Men han seier i tillegg at det eksisterar profesjonelle eller institusjonelle diskursar som fungerer som ein forhandlingsorden i det medisinske systemet. Når legen er i samhandling med pasientar er det ofte legen som styrer samhandlinga, sjølv om Måseide (2008, s. 372) peikar på Ainswoth-Vaughn sin studie som seier at pasientane no i større grad klarer å styre samhandlingsprosessen. Legane som samhandlar med kvarandre for å løyse medisinske problemstillingar reknast som "sosialt distribuert kognisjon" (Måseide, 2008). Forholdet mellom dei ulike aktørane, måten dei snakkar på, formuleringar og forhandlingar spelar ei stor rolle for korleis det medisinske problemet løysast. I Måseide si forklaring av kva samhandling er vektlegg han altså at ein kan forvente ei forhandling eller potensiell usemje mellom profesjonelle aktørar som interagerar.

Bukve (2014, s. 191) peikar på at organisasjonsstruktur og formelle ordningar ikkje automatisk fører til samhandling og kvalitet i helsetenesta. Han seier at der er døme på ulike informasjonssystem mellom einingar som ikkje nyttast på ein slik måte at ein oppnår kvalitet.

Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 85) tek føre seg horisontale ordningar for samarbeid som ein metode for koordinering. Dette vert skildra som ei form for strukturell organisering som skal betre kommunikasjon og samhandling mellom einingar på same nivå. Det faglege nettverket i billediagnostikk er koordinert som ei formell gruppe. Det vil seie at gruppa har formelle føringar i form av mandat og bestillingar og at den er samansett av tilsette frå fleire avdelingar. Sjø figur 3.1 som illustrerar samansetninga av nettverket. Det Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 86) trekk fram som goder ved denne type organisering er at det styrkar koordineringa på tvers av organisasjonar. utfordringar er at det er kostbart å administrere og leie.

3.5 Makt

Makt i organisasjonsteori skildrast som at ein aktør si evne til å overvinne motstand for å oppnå eit mål eller resultat (Jacobsen og Thorsvik, 2015, s. 167). Det presenterast tre trekk ved bruk av makt. Det første er at makt utøvast i relasjonar mellom aktørar. Det vil seie at det er nokon som utøver makt og nokon som opplever å bli utsett for maktbruk. Det andre trekket ved bruk av makt, er at det er aktuelt å nytte makt når ulike aktørar er avhengige av kvarandre. Det tredje trekket ved makt er at den utøvast dersom det er usemje mellom ulike aktørar. Det vektleggast her at dersom aktørane er einige, med dei same verdiane og måla, snakkar ein heller om samarbeid enn maktbruk.

Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 176) har sett på kven som har makt i organisasjonar og trekk fram sju maktbasar. Den som er spesielt interessant for meg, er maktbasen som omhandlar *personlege ressursar*. Her blir det skildra at personar som sit med kunnskap, informasjonstilgang, sosiale ferdigheiter, retoriske evner og personleg utstråling vil kunne nytte seg av dette som maktbase.

Ei anna interessant maktbase, er *kontroll over arbeidsoppgåver*. Med profesjonsgruppene radiologar og radiografar er det slik at ein sit med spesiell kunnskap, og utdanning, slik at ein

har kontroll over spesifikke arbeidsoppgåver (Jacobsen og Thorsvik, 2015, s. 176). Profesjonar har makt fordi dei rår over kunnskap andre ikkje har (Eriksen & Molander, 2008, s. 161). Samstundes er det slik at den enkelte profesjonsutøvar ofte opplever at det er konflikt mellom dei profesjonelle og dei administrative aspekta ved arbeidet sitt (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Auka krav til dokumentasjon og systematisering av arbeid i tillegg til innrapportering av resultat, har ifølgje desse forskarane ført til ei styrking av den administrative dimensjonen. Dei rutinemessige administrasjonsoppgåvene kan dermed gå på bekostning av det kliniske profesjonelle arbeidet i helsevesenet (Järvinen & Mik-Meyer, 2012, s. 16). Den organisatoriske eller administrative makta har altså ifølgje desse forfatarane vorte styrka over tid.

Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 177) tar også føre seg makt og autoritet. Dei seier at kontinuerlig bruk av hierarkisk makt kan føre til uheldige forhold. Det at overordna nyttar seg av kontinuerlig maktbruk kan gjere at ein trekk seg vekk frå organisasjonen og den jobben ein skal gjere. Det kan gjere at ein opplever låg motivasjon. Ved implementering av tiltak kan maktbruk føre til motstand. Nettverk er ein organisasjonstype som idealtypisk ikkje er hierarkisk, men den kan eksistere parallelt med hierarkiske strukturar og markedsstrukturar i dei organisasjonene som inngår i nettverket, eller er berørt av det (Røiseland og Vabo 2012 s. 25). Sjølv om nettverket fremjar andre kulturelle verdiar enn det tradisjonelle hierarkiet, kan eit likeverdige partnerskap i nettverket altså indirekte påvirkast av asymmetriske maktforhold.

Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 177) seier vidare at ein snakkar om legitim makt eller autoritet dersom makta blir oppfatta som rett av dei som vert utsett for den. Autoritet kjem ikkje automatisk og einvegs, men er ein relasjon og noko dei underordna gjev til leiinga. Dersom leiinga har autoritet i ein organisasjon kan leiinga oppleve at dei ikkje blir møtt med motstand av organisasjonen, sjølv om det kan vere usemje. Det blir vektlagt at ein organisasjon vil vere prega av autoritet dersom arbeidstakarane opplever at maktbruken er legitim og det er ein balanse mellom innsatsen og det ein får igjen.

3.6 Profesjonar og bruk av skjønn

Radiologar er bakkebyråkratar. Det vil seie at det er dei som gjennomfører vurderingane på bakkenivå. Det er dei som gjennom si utdanning og sin profesjon som bestemmer kven som

skal få kva av helsegodene i velferdsstaten. Det eksisterar retningslinjer for mange ulike pasientforløp, men som profesjon kan ein velge å sjå vekk frå desse dersom ein meiner det er fagleg forsvarleg (Arntzen, 2014).

Den profesjonelle jurisdiksjonen får profesjonen ved at dei står fram med at dei sit med kunnskap som ikkje almenna har. Hensikta med denne kunnskapen er å tene nokon andre si interesse (Eriksen og Molander, 2008, s. 161). Ved at profesjonen får mynde av statsmakta oppnår profesjonen rettsleg anerkjenning. I dette ligg det at profesjonen etter beste skjønn skal utføre tenester for almenna sitt beste. Profesjonar som iverksettarar av politikk er avhengig av utforminga av oppgåvene dei er sett til å gjennomføre. Borgarar har rettigheter som er sett av statsmakta. Det kan vere ulikt kor spesifikke desse rettighetene er og det blir då opp til profesjonen å gjennomføre skjønnsmessige vurderingar. Altså er der ulikt rom for å utføre skjønn. Døme på dette kan vere at i Pasientrettighetslova § 2-1 C står det at pasientar har rett på ein fastlege. Her er det lite rom for bruk av skjønn. Vidare i § 2 -2 står det at pasient som er tilvist til spesialisthelsetenesta, til dømes ei radiologisk undersøking, har rett på vurdering om han eller ho har rett på naudsynt helsehjelp og i tilfelle kva hjelp. Her er det stort rom for bruk av skjønn.

Bruk av skjønn kan vere problematisk. Eriksen og Molander (2008, s. 168) presenterer to utfordringar ved bruk av skjønn. Det er den rettsstatlege utfordringa og den demokratiske utfordringa. Den rettsstatlege utfordringa går ut på like tilfeller skal behandlast likt. Dette er utfordrande då skjønn tar med seg eit element av tilfeldigheit (Molander & Eriksen, 2008). Reglane som er sett av staten er faste, men krevjer tolking. Og tolking kan gi rom for utendert urettferdigheit eller skeivfordeling av goder. Ved radiologisk avdeling kan dette skje ved vurderingane av tilvisingane og kva undersøking pasienten får. Radiologane ved ulike avdelingar kan vere ueinige om kva som er naudsynt å utføre av undersøkingar for å kunne svare på ulike kliniske problemstillingar. I praksis kan dette gjere at forskjellige radiologar ville nytta seg av forskjellige undersøkingar eller modalitetar for å svare på samme kliniske problemstilling.

Den demokratiske utfordringa går ut på at når profesjonen utøver skjønn, er ikkje premissane for bestemmelsen av kven som skal få kva og når, bestemt av lovgivaren (Eriksen og Molander, 2008). Ofte påverkar profesjonsutøveren sine verdiar og rettferdighetsstandardar enkelte medisinske vurderingar.

For å styre bruken av skjønn til ei viss grad, nyttar ein seg av kontrollar, auka formalisering og ansvarleggjering (Eriksen og Molander, 2008). Gjennom formalisering lagar ein rettigheter som klargjer kva pasientane har krav på. I helsetenesten kan dette til dømes vere ulike pasientforløp for ulike diagnosar. Formalisering vil ikkje fjerne behovet for skjønn, men flytte det til andre nivå. Sjølv om der eksisterar pasientforløp, skal likevel helsetenesten gjennomføre vurderingar for kva som er pasientens beste. Det kan vere kompliserte, samansette sjukdommar som gjer at pasientforløpa kanskje ikkje er den beste tilgjengelige behandlinga. Det blir i desse tilfella spesielt behov for bruk av skjønn. Det er også slik at dersom det kjem tilsynssaker og radiolog eller fastlege har fulgt retningslinjer til punkt og prikke, er dei framleis ansvarlege for pasienten og kan ikkje stille seg bak retningslinjene dersom desse vart feil for aktuelle pasient.

Når skjønn ikkje kan fjernast heilt frå praksisen til legane, vert kontroll og tilsyn ein måte å kontrollere om retningslinjer er vorte fulgte. I tillegg til kontroll og tilsyn, styrast bruk av skjønn gjennom *accountability*. Dette uttrykket refererar til å stille til ansvar og inneber at ein beslutningstakar kan måtte forklare sine handlingar ovanfor eit forum som har sanksjonerande mynde (Eriksen & Molander, 2008). Eg tenker at dette er eit interessant fenomen innan legeprofesjonen. Tankegangen og vurderingane deira er gjennomsyra av at dei kan stillast til ansvar. I velferdsstaten er det slik at prinsipalen ikkje er spesielt styrande for agenten, men slutningane må kunne gjerast greie for slik at det aksepterast av forumet eller samfunnet.

Gjennom NPM har performance og economic accountability komme fram. Desse aspekta av accountability er med på å redusere den profesjonelle autonomien (Grimen, 2008, s. 155). Dette inneber at det er vorte eit krav om accountability som igjen har ført til operasjonalisering. Grimen (2008) refererar til Evett som peikar på at målstyring og krav om evidensbasering er retningar som gjer at den profesjonelle autonomien svekkast.

I dette kapitlet har eg teke føre meg ulike teoriar som kan hjelpe meg å svare på problemstillinga mi. Eg har valgt ut teori om nettverk, kvalitet, kvalitetsforbetring, profesjonar, samarbeid og standardisering fordi desse teoriane kan hjelpe meg å forstå og diskutere funna i studien.

4 METODE

I dette kapitlet av oppgåva presenterer eg kva metode eg har nytta meg av og korleis eg samla inn data. Eg presenterer også korleis eg analyserte og nytta meg av funna frå datainnsamlinga².

4.1 Kvalitativ design

Målet med denne studien har vore å sjå på korleis nokre nettverksdeltakarar ved ulike radiologiske avdelinger i eit helseføretak opplever standardisering som verktøy for kvalitetsforbetring. Dette er eit nytt kunnskapsområde, som det så langt er gjort lite forskning på og studien er eksplorerande. Formålet har vore å opparbeide ”korleis- og kvifor-kunnskap” om eit fenomen vi veit lite om, derfor valgte eg eit kvalitativt design som er “...godt egnet for forskning som vil sette nye spørsmål på dagsorden, eller problemstillinger der vi på forhånd ikke har oversikt over relevante svaralternativer” (Malterud, 2013, s. 32).

I forkant av datainnsamlinga gjorde eg eit forsøk på å strukturere forskingsdesignet mitt for å få ei oversikt over kva, kven og korleis eg skulle gjennomføre studien min. Denne er presentert i tabell 4.1.

² Delar av teksten i dette kapitlet er henta frå eksamensoppgåva mi i kurs ME6-500 Forskingsstrategiar og metode, hausten 2017, som var eit førebuande arbeid til metodedelen i masteroppgåva i organisasjon og leiing.

Tabell 4.1: Strukturert oversikt over forskingsdesignet eg har nytta.

| | |
|----------------|---|
| Kva? | <ul style="list-style-type: none"> • Korleis opplever deltakarane å arbeide med standardisering som kvalitetsforbetring? |
| Kven? | <ul style="list-style-type: none"> • Utvalget er strategisk og framgangsmåten for å finne deltakarar er basert på om dei er tilgjengelege. |
| Kor mange? | <ul style="list-style-type: none"> • Åtte intervjuobjekt: To leiarar, to radiologar og fire radiografar. |
| Kvar? | <ul style="list-style-type: none"> • Over telefon |
| Korleis? | <ul style="list-style-type: none"> • Tverrsnitt • Intervju • Casestudie |
| Intervjuguiden | <ul style="list-style-type: none"> • Delvis strukturert • Intervju med enkeltpersonar • Opne spørsmål |

4.2 Datainnsamling – kven og korleis

Intervju var metoden eg valgte for datainnsamling. Eg gjennomførte eit strategisk utvalg av kven eg intervjuar. Dette innebar at eg som forskar valgte deltakarar inn i forskingsprosjektet som eg meinte hadde eigenskapar til å hjelpe meg å svare på problemstillinga (Thagaard, 2013, s. 60). Før oppstarten av datainnsamlinga såg eg føre meg å intervju ein leiar som var deltakar i nettverket samt to radiografar og to radiologar som var deltakarar i faggruppene frå to ulike einingar. Altså totalt ti intervju. I tillegg til at det var eit strategisk utvalg, vart det også gjort eit tilgjengelegheitsutval. Det betydde at eg kontakta deltakarar i gruppa for å få med deltakarar som er villige til å delta i eit intervju (Thagaard, 2013, s. 61). Vidare vart det eit kategoribasert utvalg for at eg skulle få ulike profesjonar til å stille opp til intervju. Dette ynskja eg fordi eg antok at det ville vere ulikt kva radiologar og radiografar meina kring standardisering av prosedyrer og maktbalanse.

Storleiken på utvalget vart til slutt sett til åtte intervju då det vart utfordrande å skaffe nok informantar frå dei to einingane eg hadde planlagt å studere. I samråd med rettleiar bestemte vi å gå breiare ut og be om informantar frå alle fem radiologiske avdelingane i nettverket. I studien

har eg gjennomført til saman åtte intervju med radiologar, radiografar og leiarar av radiologiske einingar. Alle deltakarane har vore med anten i nettverksarbeid eller faggruppearbeidet. Eg fekk svar frå tilsette i alle dei fem radiologiske einingane. To av informantane var leiarar (ein var radiolog og ein var radiograf i bunn), to av informantane var radiologar og fire radiografar.

Intervjua skulle då gjennomførast over telefon slik at det vart praktisk mogeleg å gjennomføre utan alt for store kostnader. Kvale og Brinkmann (2012) peikar nettopp på at ein ved telefonintervju kan nå menneske spredt over geografiske områder. Då dette var bestemt sende eg ut e-post til leiarane ved dei ulike radiologiske avdelingane og ba dei vidareformidle informasjonsskrivet mitt til alle deira tilsette som hadde delteke i faggruppene eller nettverksarbeidet.

Eg skulle gjennomgå detaljerte analyser og det er mykje data som hentast inn frå kvart enkelt intervjuobjekt. Ved kvalitative studier er det slik at tid og ressursar vil sette grenser for antalet intervju (Thagaard, 2013, s. 65). Slik var det også for meg. Eg var avhengig av å få informasjon og løyve til å gjennomføre undersøkinga mi av den faglege nettverksgruppa eller leiar i denne gruppa. Eg tok kontakt med koordinator av faggruppene og fekk legge fram ein presentasjon i nettverksgruppa om kva eg såg føre meg å skrive om og gjennom denne gruppa fekk eg løyve til å kontakte dei radiologiske avdelingane for å finne informantar.

Intervjuguiden var delvis strukturert. Dette innebar at eg i stor grad styrte kva tema eg tok opp, men rekkefølga vart tilfeldig slik at den som vart intervjuet kunne fortelle det den ynskja utan at den vart styrt for mykje (Thagaard, 2013, s. 98). Dersom deltakar i intervjuet kom med tema som ikkje var planlagt, forsøkte eg å vere open for det. Ved å nytte meg av ein delvis strukturert intervjuguide og opne spørsmål fekk deltakarane mogelegheit til å komme med opne svar. Intervjua vart gjennomført med enkeltpersonar. Eg starta aller først med å gjennomføre eit testintervju med ein kollega av meg. Her tok eg opptak av lyden og gjennomførte transkribering, men eg har ikkje nytta meg av dette intervjuet i oppgåva. Dette fordi eg endte opp med å justere ein del av spørsmåla i intervjuguiden. Ved å gjennomføre testintervjuet lærte eg korleis eg framsto som intervjuer og korleis eg responderte på det intervjudeltakaren svarte.

Eg gjennomførte éit av intervjua på deltakaren sin arbeidsplass og resten tok eg over telefon. Ved avtale om intervju var eg fleksibel og gjennomførte intervjua når det best passa for deltakarane og eg sørnga for at dei hadde avsett tid og sat uforstyrta under intervjua.

Thagaard (2013, s. 100) presenterar Rubin og Rubin (2012) sine grunnleggjande prinsipp for korleis ein skal utforme ein intervjuguide. Der seier dei at intervju skal innehalde hovudspørsmål, oppfølgingsspørsmål og prober. Hovudspørsmåla vil vere sjølve stammen i intervjuet og lagast ut frå sentrale tema eg ynskjer å granske frå problemstillinga. Dersom det er noko vi ynskjer at den som intervjuast fortel meir om det han eller ho tek føre seg eller om ein ynskjer å få ein bekreftelse på at ein har forstått det som blir sagt stiller vi oppfølgingsspørsmål. Prober nyttast som oppmuntrande ”småsnakk”. Dette kan vere verbal eller nonverbal kommunikasjon som gjer at ein viser intervjuobjektet at ein finn det som seiast interessant. Intervjuguidane³ eg nytta er vedlagt og er delt inn med hovudspørsmål, oppfølgingsspørsmål og kva teoriar eg planla å nytte meg av.

Under intervju nytta eg meg av taleopptak. Rett i etterkant av intervju noterte eg meg tankar og sitat eg opplevde som relevante. Etter at eg hadde gjennomført tre intervju, la eg til to spørsmål i intervjuguiden. For å få svar på desse spørsmåla frå dei tre første intervju tok eg kontakt med deltakarane over e-post. Etter at taleopptaket var gjort, lasta eg det over på høgskulen sin forskningsserver i tråd med retningslinjene til skulen og etter skildringa i søknad til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Svar på søknad om behandling av personopplysningar frå NSD ligg vedlagt⁴.

4.3 Dataanalyse

Analyseringa av dei innsamla data starta allereie ved innsamling. Under intervju gjorde eg meg tankar om kva dei ulike deltakarane meinte og eg leita etter moglege mønster. Rett etter intervju noterte eg meg desse foreløpige tankane. For å få med meg eksakt kva informantane sa og for å få ei samla oversikt over heile materialet eg hadde samla inn, transkriberte eg alle intervju. Som Kvale og Brinkmann (2012, s. 186) seier så er transkribering ein oversettingsjobb frå munnleg språk til skriftspråk og det er viktig å vere bevisst på at ein mister mykje informasjon i oversettinga. Det at eg har gjennomført intervju og transkriberinga sjølv har nok bidrege til at eg har klart å halde på meiningane i det som blir sagt. Intervju

³ Vedlegg 1: [Intervjuguide faggruppedeltakar](#)

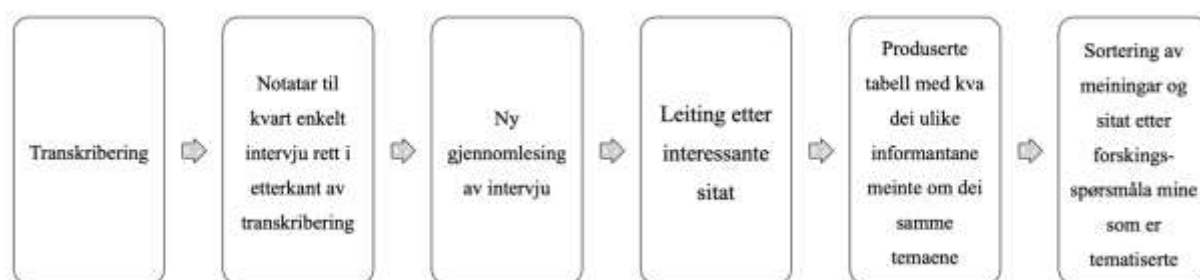
Vedlegg 2: [Intervjuguide nettverksgruppedeltakar](#)

⁴ Vedlegg 3: [Svar frå NSD](#)

transkriberte og ordrett. På dei åtte intervjuene har nytta meg av i studien vart det transkribert over 30 000 ord. Eg opplevde at nokon intervju var meir givande enn andre. Spesielt ein av dei intervjuene svarte med veldig korte svar og hadde ikkje reflektert så mykje over faggruppearbeidet i forkant. Dette kan også vere eit tegn på at intervjudeltakaren ikkje har opplevd nokon utfordringar med arbeidet.

I etterkant av transkriberinga fekk intervjudeltakarane tilsendt dei sitata og såg føre meg å nytte frå dei om dei fekk mogelegheit til å kommentere om det var noko dei meinte var feil eller eg hadde forstått feil. Denne prosessen med tilbakemeldingar frå deltakarane er med på å auke validiteten på materialet mitt, då det er viktig at det som presenterast som funn er forstått korrekt og at det stemmer med det intervjudeltakarane meiner.

Som tolkingsmetode har eg nytta meg av bricolage, eller ein eklektisk metode. Dette er i følge Kvale og Brinkmann (2012, s. 239) ein metode der ein arbeider med forskjellige tilgjengelege verktøy og rører seg fritt mellom ulike teknikkar. Sjå figur 4.1 for framgangsmåten for analysen.



Figur 4.1: Framgangsmåte for analyse (eigenproduisert).

4.4 Ethiske omsyn og utfordringar med valt forskingsdesign

Gjennom heile masteroppgåveskrivinga er det etiske og moralske omsyn som skal gjerast. Dette for å sikre både personvern, relabiliteten og validitet i forskingsprosjektet. Søknad til NSD vart sendt og godkjent og eg kontakta avdelingane for å skaffe intervjudeltakarar. Det vart sendt ut informasjonsskriv⁵ som informerar om at det var frivillig å delta og at ein når som helst i

⁵ Vedlegg 4: [Informasjonsskriv](#)

prosessen kunne trekke seg. Eg ba også om løyve til å gjere lydopptak av intervjuet før eg sette i gang. Dette fekk eg løyve til av alle deltakarane.

Ettersom eg har delteke i faggruppene sjølv, har eg som nemd tidlegare med meg forforståing inn i studien min. Det er då viktig at eg ikkje let meg styre av personlege meiningar. Eg har etter beste evne forsøkt å vere open for alle meiningar og retningar intervjudeltakarane har og har prøvd å vere bevisst på at prosjektet har både utfordringar og mogelegheiter.

Ettersom eg også har kjennskap til kva av einingane som av ulike grunnar er meir eller mindre skeptiske til faggruppene, har eg forsøkt å få tak i eit utval informantar som samla gjev eit nyansert bilde, ved å inkludere deltakarar frå alle einingane. Eg vektlegg i framstillinga å få med sitat og meiningar frå alle deltakarane i studien. Eg har ikkje lagt føringar for kven frå dei ulike einingane som har delteke, med unntak av at eg ville ha nokon med ulik profesjonsbakgrunn.

Når det gjeld reliabilitet er det viktig at ein som forskar opptre pålitelig og truverdig (Thagaard, 2013, s. 201). For å oppnå reliabilitet har eg i mi oppgåve forklart grundig korleis metoden er gjennomført og kvifor eg har valgt å gjere det på den måten eg har. For å sikre validiteten har eg arbeida med korleis eg tolkar dataen eg har fått inn. Resultata eg finn må kunne spegle røynda (Thagaard, 2013, s. 204). Eg vektlegg også at eg ikkje har ambisjonar om empiriske generaliseringar av funna, men eg ser på nokre enkelt deltakarar sine meiningar og opplevingar i denne studien.

Ettersom eg har delteke i faggruppene og i gruppa som gjennomfører revisjonar, har eg kjennskap med fleire av dei eg intervjuet. Eg opplever at dette kan ha vore med å opne deltakarane for å dele informasjon.

5 FUNN

I dette kapitlet skal eg legge fram funn som kan hjelpe meg å svare på problemstillinga mi som er: *”Korleis opplever nokon nettverksdeltakarar ved ulike radiologiske avdelingar i eit helseføretak standardisering som verktøy for kvalitetsforbetring?”* Eg har forsøkt å sortere funna etter tema frå forskingsspørsmåla mine og vil derfor dele kapitlet opp i fire underkapittel som seier noko om:

- *Opplever nettverksdeltakarane endring i kvalitet på tenesten dei leverer?*
- *Kor godt er nettverksarbeidet forankra i dei radiologiske avdelingane?*
- *Korleis vurderar nettverksdeltakarane nytte og kostnad ved standardisering?*
- *Opplever nettverksdeltakarane at samarbeidet mellom avdelingane i helseføretaket har endra seg gjennom standardiseringa?*
- *Kva meiner nettverksdeltakarane er mogelegheiter og utfordringar ved standardiseringsarbeidet?*

I studien har eg gjennomført til saman åtte intervju med radiologar, radiografar og leiarar av radiologiske avdelingar. Alle deltakarane har vore med i anten nettverksarbeid eller faggrupperarbeid. Eg fekk svar frå tilsette i fem av fem radiologiske einingar. To av deltakarane var leiarar (ein var radiolog og ein var radiograf), to av deltakarane var radiologar og fire radiografar. I dette kapitlet presenterer eg hovudfunn og det eg meiner er interessante sitat og svar frå desse informantane. For å kunne skilje mellom informantane har eg gitt dei kodar for å seie om dei tilhøyrer profesjonen radiograf (RG), radiolog (RL) eller leiar (L) og deretter har eg gitt dei eit nummer i tillegg til profesjonskoden. Til dømes vil ein av radiografane vere koda med RG1.

Eg har valgt å presentere funna mine i stor grad gjennom sitat frå deltakarane, då eg opplever at sitata er det som speglar funna best og gjer resultata frå studien lett å lese.

5.1 Har kvaliteten endra seg?

I dette delkapittelet ynskjer eg å sjå på om informantane har opplevd ei endring i kvaliteten på tenesten dei leverer etter oppstarten av fag- og nettverksgruppene. Her ser eg på kor systematisk avdelingane har jobba med protokollarbeid tidlegare og om faggruppearbeidet har ført til endring i protokollane ved dei ulike avdelingane. Ikkje minst ville eg finne ut om deltakarane sit med ei oppleving av at ferre undersøkingar vert teke opp att no enn tidlegare.

5.1.1 Har prosjektet ført til endringar i protokollane?

Hovudessensen i materialet er at informantane meinte at arbeidet med protokollane ved eiga eining hadde ført til små endringar. Nokon opplever også "ein del" endringar. Det viser seg at protokollane som vert utarbeida er nokså generelle, fordi ein må tilpasse protokollen til dei ulike maskinene som er i helseregionen. Deltakarane som har hatt "ein del" endringar, har hatt større endringar på nokon av protokollane og små eller ingen endringar på andre protokollar. Det kjem også fram at fleire av avdelingane har fått nokon nye protokollar etter oppstarten av faggruppene. Nedanfor følgjer fire sitat frå informantane som illustrerar lokal variasjon i endringar i protokollane. Ein av informantane seier at: "*Nei, det har ikkje vore så veldig store endringar. Det har det ikkje altså. Nokon endringar det har det jo vore (RG1)*". Medan ein anna gjev ei meir utfyllande forklaring på kvifor endringane ikkje er så store:

Nei, dei er ikkje så store, men det er komt nokon enkelte nye protokollar og det har komme enkelte små endringar i dei vi har hatt. Men ikkje noko sånn... Det varierar litt kva organ og kva type undersøking det er sjølv sagt. Nokon av protokollane er veldig generelle, sant. Så det er jo... På ein lungeemboli så er det jo mykje sånn... På lungeemboliserie er det jo avhengig av maskinpark og litt sånn som det. Så det er jo mykje sånn... Standard som står i fellesprotokollen. Så det er jo... Ein må jo tilpasse likevel. Gjere lokale tilpassingar (RG3).

Denne informanten peikar på at endringane i protokollar er noko som skjer kontinuerlig og at slikt arbeid ikkje berre er forårsaka av standardiseringsprosjektet som pågår i nettverket:

Det har jo vore ei lita endring, men ikkje sånn dramatisk syns eg. Em. Nei, det syns ikkje eg. Men som sagt har ikkje eg vore i med dei andre gruppene. Men det er jo eit sånt

kontinuerlig arbeid det der med protokollar og prosedyrer, sant. Dei er jo på ein måte ikkje skrive i stein. Også kjem det nye radiologar til også vil dei ha det slik som dei er vandt med å ha det eller dei har vore på konferansar og kjem heim med noko lurt, så sånn går det jo eigentleg heile tida (RG4).

Medan denne informanten ikkje ser noko endring i det heile:

Vi gjer vel stort sett som før. Trur ikkje det har endra seg noko spesielt. Det vi kanskje har fått er tips og råd om, eller innspel på andre typar protokollar som vi har innført og litt sånn. Men dei vi har hatt frå før, er vel stort sett det samme som vi alltid har gjort. Så vi har ikkje endra akkurat det så mykje, men vi har supplert med nokre protokollar og ja (RL1).

Oppsummert er tendensen at informantane meiner at det ikkje har skjedd store endringar i protokollane ved eiga eining sidan prosjektet vart igangsett. Fleire av protokollane er generelt formulerte og informantane ser ut til å oppleve at dei gjev rom for lokal variasjon i maskinpark og at det kontinuerleg skjer ei tilpassing til eksisterande praksis.

5.1.2 Omigjentaking av undersøkingar

Eit av måla med oppstartsprosjekta var å redusere antal undersøkingar som måtte takast på nytt fordi undersøkinga ikkje var gjort godt nok, eller grundig nok, i første omgang. Dette går ikkje an å finne tal eller målingar på i dei radiologiske systema, så eg har spurt informantane om dei har opplevd om det er noko endring av dette etter at ein har standardisert ein god del av protokollane i helseregionen. Hovudtendensen i materialet er at informantene opplever færre omtak av undersøkingar, eller i alle fall mindre støy rundt behovet for nye undersøkingar. Dei bemerka at dei ikkje veit og at inntrykket er basert på ”syensing”, men at dette er opplevinga dei sit igjen med. Ein av informantane opplever at det er færre undersøkingar fra private leverandørar av radiologiske tjenester som må gjentakast no enn tidlegare: ”No snakkar eg om dei private. Kor tid vi ikkje tok så mange bilder på nytt, kor tid vi begynte med det, men eg syns det er mindre no enn det var tidlegare (RG1)”. Mens ein anna informant meiner at det framleis ofte skjer gjentaking av undersøkingar som først er gjennomført av private: ”Når dei kjem frå andre helseføretak så trur eg at det er greitt. Altså at vi ikkje treng å gjere undersøkinga om igjen. Men ofte når dei kjem frå dei private så føler eg at det er oftare at vi må supplere

undersøkelsen då (RG4)”. Denne informanten reflekterer videre over om antallet supplerende undersøkingar har endra seg etter standardisering av protokollane eller ikkje:

Nei, eg veit ikkje. Eg kan ikkje. Det kan eg rett og slett ikkje... Eller meininga er jo at det skal ha endra seg og eg trur vel kanskje at det har endra seg. For det bør jo ha endra seg. Hmm. Eg må berre prøve å tenke litt tilbake, men... Eg vil tru at det har endra seg til det betre fordi at no skal dei jo egentleg... Viss du har ein tumor i ein legg, så skal den vere undersøkt på samme måte der som hos oss. Men så kan det jo komme litt sånn individuelle ting som kan gjere at ein må gjere nokon ekstrabilder, men egentleg så skal dei vere ferdig utreda, sant. På lik linje (RG4).

Responser på eventuelle gjentakningar av undersøkingar ser imidlertid ut til å ha endra seg meir eintydig. Som denne informanten peikar på er det mindre ”støy” enn det var tidlegare når undersøkingar må gjentakast: *”Eg opplever mindre klaging frå sentrale institusjonar om at dei ikkje kan bruke det vi har gjort, så vi må gjere det på ein anna måte. Det høyrer vi svært sjeldan no, men det var ein gjengangar tidlegare (L1)*”. Ein anna informant bekrefter denne opplevinga:

Eg opplevde vel at det var litt meir støy rundt undersøkingar og beskrivelsar før, men eg føler at det er mest på kompetansen til radiologane. Sjølv sagt var det jo nokon undersøkingar som dei ikkje gjorde som dei skulle, men om det har blitt noko sånn merkbar mindre, det tør eg ikkje å seie. Det er meir på radiologsida at dei som beskriver, dei er jo ikkje så subspecialiserte som vi er på dei store sjukehusa (L2).

Hovudtendensen i materialet er at informantane ikkje veit, men trur at antalet gjentekne undersøkingar er redusert. Og om det er naudsynt med nye undersøkingar, så opplever dei at det klart er mindre ”støy” og klagar rundt dette no enn det var tidlegare.

5.1.3 Kvalitet før og etter

Dei fleste av informantane hadde eit eller anna system for kvalitetssikring av protokollane før oppstarten av faggruppene, men hos nokon ser det ut til at det var mindre systematisk. Fleire hadde eit system som var styrt av eit kvalitetssystem, slik at det var lagt opp til regelmessige gjennomgangar av protokollane. Medan andre informantar sa at dei hadde gjennomgangar av protokollane, men det var uregelmessig og prega av at det var eit behov som meldte seg eller at

nokon har vore på kurs eller liknande. Denne informanten peiker på at det finns lokal variasjon i kor regelmessig gjennomgangane av protokollane er: ”Ja, altså det ligger jo i EQS, eller dette oppfølgingssystemet, og der ligger det jo revisjonsvarsel slik at. Det er nok ikkje alle som har fulgt det like tett, men mange har gjort det (L2)”.

Fleire av informantane seier at praksis for protokollføring er noko som hos dei har utvikla seg nedanfrå, over tid, og at dei ikkje har hatt systematisk arbeid knytt til dette. Det poengterast også at dei små sjukehusa ser til kva dei store sjukehusa gjer, slik denne informanten påpeikar:

Vi såg jo litt til dei større sjukehusa når det var noko behov for endring. Det var jo ofte radiologane som kom med forslag til endring til enkelte ting. Det var ikkje noko regelmessig, det var kun viss det kom nye ting, eller det vart ting som ikkje fungerte sjølvst. Då vart dei jo endra. Det var radiografar som tok tak i ting også. Sånne ting som ikkje fungerte eller dei hadde fått med seg ting så. Viss ein hadde vore på kurs eller sånne ting, så var det jo vi som tok tak i det (RG3).

Den inkrementelle protokollføringspraksisen som over tid har utvikla seg nedanfrå både i store og små sykehus, sier denne informanten følgende om:

Det burde kanskje vore meir tid og meir regelmessig. Kanskje avsett tid. Både for radiografen sin del og for legen sin del. Eg veit jo korleis det er, det blir jo skyve vekk dersom det er andre ting som dukkar opp. Så det trur eg kunne vore nyttig, å ha hatt faste møtetidspunkt (RL1).

Også denne informanten understreker at kvalitetssikring av prosedyrer er noko som har blitt til undervegs og i liten grad har vært styrt ovenfra:

Når det gjeld kvalitetssikring av prosedyrer og den jobben vi gjer så var det veldig mykje sånn på intuisjon og tradisjon og mindre systematisk. Ein var på kurs og fekk nye idéar og prøvde å implementere nye ting, men ofte vart det ei blanding av nytt og gammalt. Og utover tid krystalliserte det seg ut ein praksis utan at det var forhåndsbestemt eller styrt. Så det var meir tilfeldig det som utvikla seg (L1).

Ein anna hovudtendens i materialet er at informantane opplever, eller håper at, at kvaliteten på

tenesten dei leverer etter standardiseringsprosjektet har vorte betre, men det finns òg nokre informantar som seier at kvaliteten er lik. Nedanfor følgjer nokon eksemplar på kva informantane meiner om kvalitetsforbetring undervegs i prosjektet. Ein informant seier at uynskja variasjon er noko redusert: ”Ja, litt betring i kvaliteten er det jo det. Ein får jo det samme. Uansett om ein tar undersøkelsen her eller der, så får ein det samme. Den samme protokollen. Så eg syns det” (RG3). Ein anna trekker fram kvalitetsforbetring som noko ein kan håpe på:

Ja, altså. Eg får jo håpe kvaliteten er betre då. Eg har jo ikkje noko inntrykk av at det har vorte verre. Og vi gjer jo desse forandringane for at det skal bli betre og at kvaliteten skal bli betre. Og eg trur jo det. Eg håpar jo det. Eg må jo seie at eg føler meg jo tryggare på at vi gjer noko som ein kanskje slepp å ta om igjen i alle fall. Ettersom vi gjer det likt. Og at det har blitt gjennomgått såpass grundig som det har blitt gjort. Så føler at vi i vertfall ikkje gjer noko feil (RG2).

At kvalitetssikring og oppdatering har fått meir merksemd med standardiseringsprosjektet er sentralt for denne informanten:

Det positive er at ein har eit fokus på kvalitetssikring og oppdatering. Du får hjelp til å... Altså sidan ein skal presentere til ei anna avdeling, så blir ein tvungen til å gjere det litt betre enn om ein berre skulle gjort det for seg sjølv. Også blir ein tvungen til å forbedre seg. Altså det sette litt meir krav til deg sjølv og det er kjempebra (RL2).

Mens denne informanten meiner å sjå at det er kvantiteten og kompleksiteten i radiologiske undersøkingar som i dag er eit problem, og at omfattande protokollar gjer ikkje situasjonen betre:

Eg opplever mindre klaging frå sentrale institusjonar om at dei ikkje kan bruke det vi har gjort, så vi må gjere det på ein anna måte. Det høyrer vi svært sjeldan no, men det var ein gjengangar tidlegare. Så kvaliteten har vorte betre, men kvantiteten er jo eit problem då. Ikkje berre mengder undersøkingar, men også kompleksiteten har vorte større. Ein del protokollar har vorte litt vel omfattande og det er ikkje alltid så godt begrunna kva ein skal med alt. Men ja... Den gylne mellomvei er litt vanskelig (L1).

Og denne informanten har ikkje merka noko til at standardiseringsprosjektet har gitt ein kvalitetsforbettringsgevinst:

Ja, det var det då... Nei, altså. Eg veit ikkje om eg merkar så mykje til det til dagen. Sånn kvaliteten for vår del. Vi er blitt så vandt med at det er den måten vi tar bildene på no. Det er jo egentleg veldig grovt det ein egentleg bestemmer seg for i gruppene då. Også tilpassar ein jo protokollane lokalt. Men altså det er jo litt sånn greitt sånn for eksempel det med retningslinjer i forhold til SVK og GFR og såne ting. "Nei, det er bestemt i Helse Vest". Ein føler kanskje ein har litt meir... Enn viss det berre er vår avdeling som har bestemt at det er sånn og sånn. At vi set ikkje sånn og sånn på SVK for eksempel (RG1).

Mens ein meiner å sjå at kvaliteten gjennom standardiseringsprosjektet har vorte noko svekka:

Eg føler vel ikkje at dette nettverket har gjort at vi har lagt oss noko opp. Vi har vel heller hatt tendens til å legge oss ned på enkelte ting. Nokon syns det er bortkasta tid for å vere heilt ærleg. I og med at dei sikkert ikkje føler at dei får noko kvalitetsheving på dei protokollane vi har (L2).

Oppsummert er informantane delte i synet på om deltakelse i nettverksprosjektet har medført auka kvalitet på tenesten eller ikkje. Dei som meiner at kvaliteten er styrka legg vekt på at protokollane reduserer variasjon samstundes som dei reduserar antalet nye undersøkingar som må gjerast, og dersom nye undersøkingar må gjerast opplever dei mindre klaging på dette. Medan andre informantar ikkje deler dette inntrykket, og opplever situasjonen som uendra.

5.2 Forankring i dei radiologiske avdelingane

Som eg presenterte i innleiinga sat eg med eit inntrykk av at forankringa i dei ulike radiologiske avdelingane kan vere ulik. I dette delkapittelet har eg vore interessert i få finne ut kva dei ulike deltakarane meiner om nytteverdi og kostnad av faggruppe og nettverksarbeidet, då det vil kunne gi ein peikepinne på kor god forankringa er i dei ulike einingane og mellom dei ulike informantane. Eg har sett på om deltakarane får avsett nok tid til deltaking og om protokollane som er standardisert vert tatt i bruk ved dei radiologiske avdelingane.

5.2.1 Skalering av kostnad og nytteverdi

For å kunne seie noko om deltakarane si oppfatting av nytte og kostnad med arbeidet som vert gjort i faggruppene, ba eg deltakarane om å rangere nytten av arbeidet på ein skala frå 1 til 10, der 1 var låg nytteverdi og 10 var høg nytteverdi. Eg ba dei også om å rangere kostnaden frå 1 til 10 der 1 var låg kostnad og 10 var høg kostnad. Sjå tabell 5.1 over kva dei ulike deltakarane svara på desse to spørsmåla. Eg ba dei om å gjennomføre denne rangeringa for å kunne gjere ei vurdering om dei meiner at kostnadane er høgare enn nytteverdien for å belyse om dette vil bli ei utfordring for *Fagleg nettverk i billeddiagnostikk* framover.

Tabell 5.1: Framstilling av intervjudeltakarane si oppfatting av nytteverdi og kostnad med faggruppearbeidet.

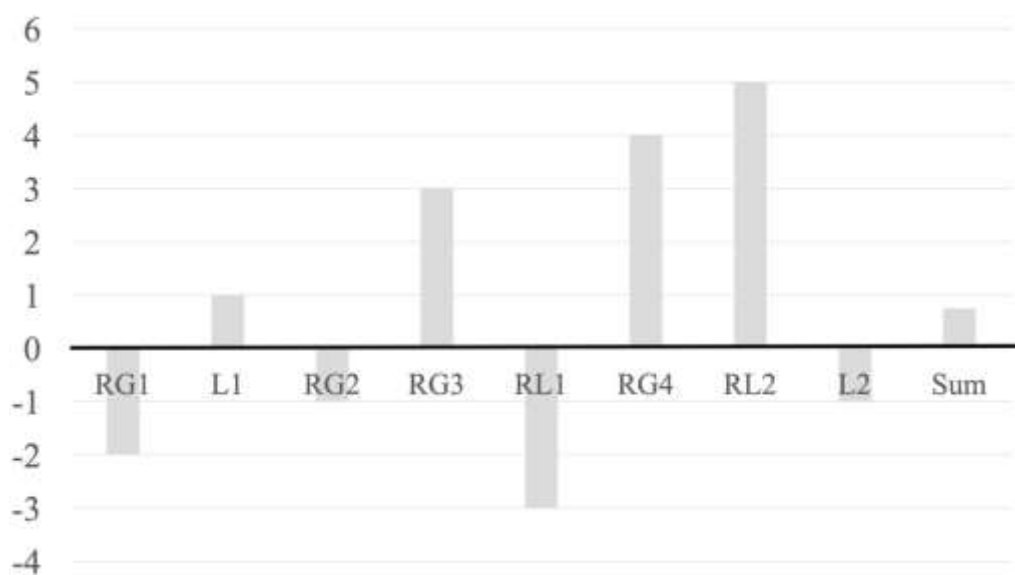
| Intervju-deltakar | Skalering av nytteverdi | Skalering av kostnad | Nytte minus kostnad |
|-------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|
| RG1 | 7 | 9 | -2 |
| L1 | 8 | 7 | 1 |
| RG2 | 6 | 7 | -1 |
| RG3 | 8 | 5 | 3 |
| RL1 | 5 | 8 | -3 |
| RG4 | 9 | 5 | 4 |
| RL2 | 9 | 4 | 5 |
| L2 | 6 | 7 | -1 |
| Gj. Sn. | 7,25 | 6,5 | 0,75 |

Presentasjon av nytten minus kostnad også som stolpediagram i figur 5.1. Her kan ein sjå at fire av deltakarane meiner at faggruppearbeidet har høgare nytteverdi enn kostnad, medan fire meiner at kostnaden er høgare enn nytteverdien. Det gjennomsnittlege svaret for nytteverdi og kostnad er henholdsvis 7,25 og 6,5. Det som også var interessant ved å stille spørsmålet var måten nokon av deltakarane resonerte seg fram til svaret på. Nedanfor er eit sitat som illustrerar at det å sette eit tal på samla nytte er vanskeleg, fordi nytten på ulike områder varierar.

Nytteverdien er forskjellig etter kva som vert diskutert. Tenker at den er høg, opp mot ti på dei prosedyrene som er stråletunge og som skal brukast kontrast i. Det er desse som er viktigst at blir gjort rett første gang, at ein er enige om, også når ein tenker på at for

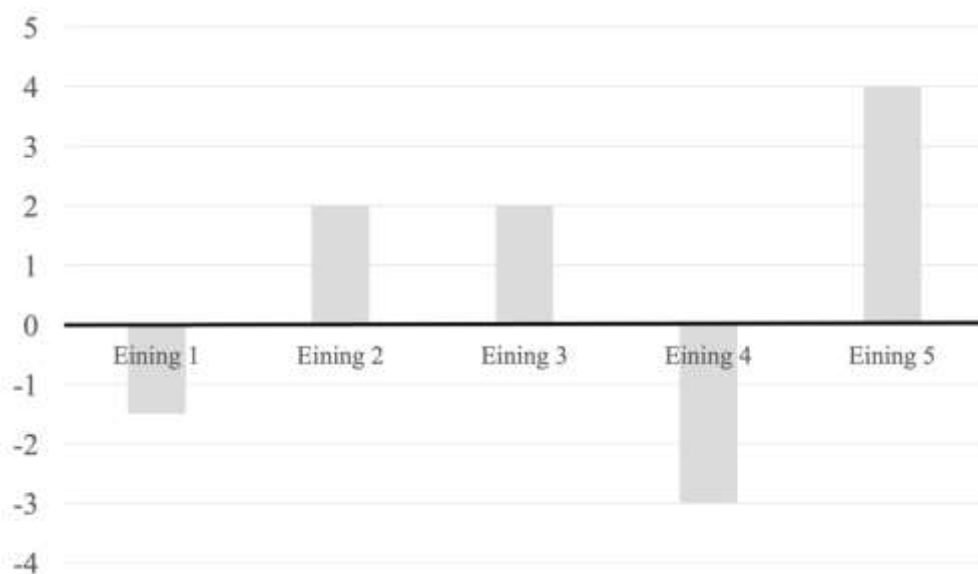
eksempel ein kreftpasient i kreftpakkeforløpet får repeterande undersøkelser, og repeterande dose.... Nokon ganger tenker jeg at nytteverdien er veldig lav, kanskje to-tre, når ein diskuterar OT-protokoller, som berre eigne ortopedar er interessert i.... Så veldig varierende, kanskje ett snitt på seks. Kostnaden må settast opp mot nytteverdi. Tenker at når nytteverdien er høg, i nokon tilfeller, så er det ok å bruke ressursar på det, men alt for mange gangar går det tid og pengar vekk i veldig lite konstruktive diskusjonar. Tenker at sju er ett ok tall her (RG2).

Det informanten i sitatet over minner om, er at skalering av samla nytte uttrykt i tall ikkje gjev så mykje informasjon, fordi faggruppene kan vere nyttig til enkelte protokollar, men at kostnaden vil overskride nytteverdien i ein del av arbeidet som gjennomførast. Informanten vektlegg også at det skjer alt for ofte at tid og pengar går vekk i veldig lite konstruktive diskusjonar.



Figur 5.1: Stolpediagram med fordeling mellom deltakarane si vurdering av nytte minus kostnad (eigenprodusert).

Under presenterer eg også ein figur som viser fordelinga mellom kva dei ulike einingane meiner om nytte og kostnad. Det er alt for få respondentar til at dette kan brukast til å dra nokon slutningar, men eg velger å vise det likevel og tenker å knytte det opp med utsagn frå deltakarane.



Figur 5.2: Stolpediagram med fordeling mellom dei ulike avdelingane si vurdering av nytte minus kostnad (eigenprodusert).

Her kan ein sjå at to av einingane ser på kostnaden som høgare enn nytteverdien og dei tre andre einingane meiner nytten er større enn kostnaden. Riktignok er det ved to av einingane berre ein som har svart, og eg vil derfor ikkje dra noko slutning av dette åleine.

Av leiarane eg intervjuar ba eg dei om å vurdere nytteverdien og kostnaden av nettverksarbeidet for seg og faggruppene for seg, dette gjorde eg fordi eg fekk inntrykk av at leiarane eg intervjuar hadde ulik oppfatning av verdien av arbeidet i nettverket og i faggruppene. Dette spesielt med tanke på at det gjekk med mykje meir ressursar i faggruppene, samanlikna med nettverksgruppa. L1 rangerte nytteverdien av nettverksgruppa til 9 og kostnaden til 3. Den andre leiaren rangerte nytteverdien til 8 og kostnaden til "låg".

5.2.2 Vilje til å delta

Det ser ut til å vere ein tendens at det er velvilje til å delta i faggruppearbeidet ute i dei ulike avdelingane, sjølv om dei også beskriver at det kan vere tidkrevjande. Ei avdeling som skilte seg ut, opplevde ein viss skepsis til deltakelse. Dette ser vi i dei to sitata nedanfor. Den fyrste informanten vektlegg at nettverksmøta tar tid frå andre gjeremål:

Til å begynne med entusiastisk, og etterkvart som folk vert sett i desse gruppene så blir det trøttande fordi vi er så overbelasta med arbeid vi skulle ha gjort. Også skal ein sitte i timesvis i møter prate og høyre på andre som kanskje er snakkesalige. Sånn at den uttrøttingsfaktoren har vore betydelig. Til å begynne med var det greitt å spørre folk om å delta i sånt. ”Ja, det det hadde vore kjekt og fint og sånn og sånn”. Men når det kom til realiteten og dagane og timane gjekk, så forsvann mykje av entusiasmen (L1).

Mens den andre skeptikaren har ei oppleving av å ikkje være einig i slutningar som blir gjort:

Vi har jo vore generelt skeptiske då på grunn av ressursbruken og at ein til dels har vorte overkjørt kanskje i enkelte faggrupper. Og at ein har vore direkte uenig i ein del beslutningar som er tatt. Samt at retningslinjer ikkje er juridisk bindande, og det framleis er vi som har det faglege ansvaret. For den drifta vi har. Så eg føler jo det at på ein måte at folk blir litt lei når det er så omfattande, så mange møter, fordelt på så få personar. Så er folk litt sånn... Sukkar litt og, ja, ”nok ein gang” liksom. Og at det aldri tar slutt då. Så det er litt motstand føler eg (RL1).

Medan andre informantar i nettverket, som denne, har eit anna syn på saka.

Det har vel kanskje vore litt forskjellig. Men der kjem det igjen det der med å ha sterke personlegheiter som skal, som må gi og ta. Men summasumarum, så trur eg at det har gått greit altså. Men det er alltid nokon som syns at ting er vanskeleg. Det er rett og slett litt personleg. Men stort sett syns eg at det har vorte motteke bra (RG4).

Nokon av deltakarane meinte å sjå at det var forskjell på radiografane og radiologane sin vilje til å delta i faggruppene medan andre meinte det ikkje var ein forskjell.

Eg vil seie det er vilje til å delta. Altså, no snakkar eg for CT-seksjonen sin del. Men det er jo litt sånn plunder og heft. Har eg inntrykk av at ein del av radiologane syns i alle fall. Kanskje vi radiografane merkar det på ein litt anna måte. Vi syns jo det er greitt å ha ei prosedyre på plass på ein måte (RG1).

Oppsummert viser informantane her at viljen til å delta i nettverket varierar avhengig av i kor stor grad avdelinga de kjem frå opplever at de får gjennomslag for sine synspunkt. Nokon meiner å sjå at oppslutninga om å delta jamnt over har vore god og at eventuell skepsis må forklarast med personlegheit, medan dei det gjelder forklara sin skepsis med at dei ikkje er einige med vedtak som gjerast og at deltaking tar tid frå andre gjeremål. Tid er eit svært knapt gode i radiologiske avdelingar, og vi skal nedanfor sjå nerare på kva informantane seier om tidsbruk.

5.2.3 Får ein nok tid?

Tendensen informantane skildrar er at faggruppedeltakarane sjeldan eller aldri får dedikert tid til å førebu seg eller delta i møtene. Det ser ut til at radiologane og radiografane i stor grad er sjølv er nødt til å planlegge det inn i eigen arbeidsdag. Det kjem fram frå alle profesjonane som deltok i intervjua at radiologane er spesielt hardt pressa på tid i kvardagen og at det kan vere lettare for radiografen å klare å delta på møtene. Likevel er det slik at det i stor grad kjem an på bemanninga i avdelinga den dagen møta haldast på. Drifta settast først. Det ser også ut til at dei fleste tilstrebar å delta på faggruppemøtene og gjer det ei kan for å finne tid. Sitata nedanfor illustrerar informantane si permanente knappheit på tid i kvardagen. Ein av informantane saknar spesielt til tid administrative gjeremål: *”Ein skulle alltid hatt meir administrativ tid enn ein har. Spesielt for fagradiografane syns eg (RG1)”*. Mens ho forklarar vidare at turnus gjer det vanskeleg å delta på alle møter: *”Ein prøver jo å få til deltakelse, men det er ikkje alltid det går. Så ser ein jo det i forhold til dei som går turnus, dei er jo... Det er ikkje sikkert dei er på jobb. Viss ikkje, så er det jo litt vanskelig for dei å komme på møtene (RG1)”*. Denne informanten, har til tross for at det ikkje settast av tid, som regel likevel har klart å sette av tid:

Det blir ikkje avsett tid spesielt til det. Det blir det ikkje. Altså, det er jo ein evig bemanningssituasjon her. Administrasjonsdagane fyker ofte vekk med tusen andre ting. Men eg har som regel klart å sette meg ned å sjå på det, ja. På eit eller anna tidspunkt før. Det har eg (RG2).

I likheit med informanten over tar også denne informanten seg tid til tross for at det ikkje blir avsett tid til nettverksmøter: *”Når ein jobbar på ein måte i produksjonen heile tida og er sett opp på faste ting kvar dag, så må du ta deg tid meir enn du får tid (RG3)”*. Mens fleire, som

denne informanten, peikar på at tid skulle bli avsett til nettverket sine møter og forberedelser til desse:

Sjeldan dedikert tid. Kanskje viss ein begrunnar spesifikt med akkurat kva oppgåve dei skal gjere så kan dei få det. Ellers så vert det sjelden tildelt. No er det ikkje akkurat eg som sit i den tildelingsrolla, men eg veit at det er ein god del mumling rundt at ein skulle hatt meir dedikert tid til å delta i dette her (L1).

At det er den enkelte som i ein pressa arbeidskvardag sjølv må finne tid og eventuelt bruke av fritida si, poengterast også av denne informanten:

Det er lite med tid, så det er ofte forutsatt at dette fikser du sjølv. Og då blir det til at nokon er flinke til å lese innimellom og på fritida og slik medan andre lar det skure og gå. Slik at det vert ei blanding der, men dei mest konstruktive er vel også dei som har ein viss entusiasme med seg og er glade i faget og gjerne vil bidra (L1).

Oppsummert seier informantane at dei arbeider under høgt tidspress og at det ikkje vert tildelt noko eiga tid til å delta i faggruppene. Dei forsøker likevel å ta seg tid til å delta og at lesing av fagartiklar må av og til føregå utanom arbeidstida.

5.2.4 Implementering av standardiserte protokollar

Ein hovudtendens i materialet er at informantane skildrar at dei standardiserte protokollane blir implementert i avdelingane. Nokon vektlegg at dei standardiserte protokollane er meint som eit minstekrav og at dei av og til gjer noko ekstra. Ei av avdelingane nytta seg ikkje av alle protokollane og deltakaren frå denne avdelinga vektla at protokollane og retningslinjene som utarbeidast ikkje er juridisk bindande og at ein er nødt til å gjere det ein meiner er fagleg forsvarleg då det er ein sjølv som står ansvarleg for pasientane. Nedanfor følgjer nokon sitat som illustrerar kva informantane sa om implementering av standardiserte protokollar.

Ja, med ein gang ein er ferdig med dei, så hentar eg dei og legg dei inn (RG2).

Det var fleire som svara kort at ”Ja, protokollane blir implementert”. Informanten under seier at protokollane ”til dels” vert implementerte:

Ja, kva skal eg seie. Til dels. Men så har det ikkje, sånn som eg har følt det, vore dei ekstremt store avvika eller endringar då på nokon ting. Den største diskusjonen var kanskje den med kontrastdosane. Det er vel den som er mest avvikande. Og vi har vel eigentleg... Vi har jo gjort ei sjølvstendig vurdering i forhold til om det er nyttig for oss då. Og kanskje brukt element med nye protokollar og endra litt på nokre ting, men at brorparten av det vi driv med har vel ikkje endra seg i vesentleg grad, trur eg (RL1).

To av sjukehusa i gruppa har ansvar for vidareformidling til mindre avdelingar i eiga avdeling. Her peikar to av dei som vert intervjua på at det kan vere utfordrande å få desse underavdelingane til å ta i bruk protokollane. Den eine seier at: ”Ja, det er jo litt sånn paradoks. For eg har jo i mange år jobba her og ynskja at vi internt skulle prøve å gjere det noko lunde likt då. Så det blir jo på ein måte standardisering då. Og det har vi ikkje fått til her eingang då (RL1)”. Medan den andre informantten formulerer seg slik:

Dei mindre sjukehusa føler at dei ikkje får delteke så mykje og ikkje veit kva som skjer også kan implementeringa der kan bli problematisk. Vi forutsatte til å begynne med at dei skulle søke det opp sjølve når dei fekk beskjed om det, men det fungerte dårleg. Og det betyr mykje misnøye. Dei følte at dei vart overkjørt og ikkje hørt då. Så då har vi vore nødt til å vore tydelegare med å oversende prosedyrer og oversende linkar denne websida og klargjere kva det går i og slikt (L1).

Eg spør då om det ikkje er nokon som deltek i faggruppemøtene frå desse småsjukehusa, og L1 forklarar følgjande.

Dei har nokon som deltek etterkvart, men dei har i utgangspunktet vore negative og når ein då blir førespurd så har den negativiteten gjort til at dei seier at dei ikkje har tid. Men når dei har delteke så har dei ofte følt på at dei blir litt små i diskusjonane når dei sentrale sjukehusa dominerar utredninga. Men det er jo positivt når dei føler at dei er med og i alle fall ikkje kan seie at dette er ikkje vårt. Det har vi aldri hørt om. Då deltek dei i diskusjonane som observatør i alle fall. Men samstundes skal vi ikkje berre stille som observatør og vi skal jo bidra med noko sjølv og då har det vore viktig at den som er med i gruppa har eit mynde med dei ulike tinga (L1).

Oppsummert skildrar informantane at dei standardiserte protokollane er implementerte, men at det kan vere vanskeleg både å få mindre sjukehus og underavdelingar i store sjukehus til å bruke protokollane slik det er meint. L1 forklarar at dette kan ha samanheng med at det er sentrale sjukehus som dominerar utredning, men også i sentrale sjukehus er det utfordringar som knyttast til vertikal styring og få underavdelingar til å etterleve føringane frå faggruppa.

5.3 Samarbeid

Under dette temaet var eg interessert i å finne ut korleis deltakarane opplever at samarbeidet mellom nettverksdeltakarane ved dei ulike radiologiske avdelingane i helseføretaket fungerer. Her spurde eg mellom anna om korleis møtene var organiserte og om faggruppearbeidet har ført til endringar i samarbeidet mellom dei ulike einingane. I intervjuet vendte informantane fleire gonger tilbake til temaet samarbeid og eg har derfor valgt å presentere det empiriske materialet knytt til samarbeid i eige delkapittel.

5.3.1 Møter over Skype vs fysiske møter

Av reint praktiske grunnar vart nettverksmøta gjennomført over Skype, noko fleire av radiografane hadde refleksjonar om. Møta i nettverket fungerer slik at ein del personar samlast på eit møterom saman med koordinator av prosjektet på eit sjukehus og koblar seg til Skype, der dei andre radiologiske avdelingane igjen koblar seg til. RG1 seier at Skypemøter er annleis enn fysiske møter fordi ein på Skype ikkje oppfattar den nonverbale kommunikasjonen i rommet der mange av møtedeltakarane sit. Eit teknisk problem med at fleire sat samla, er at nokon av personane i dette rommet kunne vere vanskeleg å høyre. RG1 trekk fram nokre eksempel på slike utfordringar:

Ja, både og syns eg. Eg syns det kan vere litt utfordrande med at nokon sit samla også sitter nokon på Skype, altså via headset og sånne ting. Fordi du går glipp av den der nonverbale kommunikasjonen, du veit ikkje heilt kor tid det er naturleg å bryte inn, er den personen som snakkar no ferdig, eller avbryter eg midt i ein setning. Den kan vere litt vanskelig. Også i tillegg kan det vere litt vanskeleg å høyre det dei seier dei som sit langt i frå mikrofonen. På det der fellesrommet (RG1).

Mens RG4 poengterer at Skypekommunikasjon er noko ein over tid blir vand med:

Absolutt. Men det er jo veldig annleis. Den første gangen var det veldig merkeleg, men så vart ein vand med det også. Det å sitte og snakke ut i lufta til nokon andre som... Altså du har ikkje noko blikkontakt eller fysisk kontakt, sant. Det verkar på ein måte veldig sånn upersonleg, men eg følte til slutt at, eller etter nokon gangar, at det er eigentleg heilt greitt. Det er berre ein annleis måte å ha møte på (RG4).

At det likevel er ein forskjell på dei mange nettverksdeltakarane som fysisk møtast og dei få nettverksdeltakerne som ikke kjenner hverandre og kvar for seg deltar fra "utsida" på Skype, poengterast av RL1:

Nja, problemet var vel at nokon satt samla veldig mange på ein plass. Også er det jo det at ein kjenner jo ikkje alle. Det syns eg av og til kan vere litt utfordrande. Det er jo enklare å snakke med folk du kjenner (RL1).

Det desse tre informantane seier er at Skypemediet påverka kommunikasjonen med dei andre nettverksdeltakarane som var samla i ei større gruppe og i eit fysisk møte. Dei som deltok i det fysiske møtet var i mindre grad enn dei andre opptatt av at sjølve Skypemediet påvirka kommunikasjonen mellom deltakarane i nettverket. Korleis mediet påvirker ser er også ut til å være individuelt. Medan RG1 seier at det er vanskelig å bryte inn i samtalen og ho til ein viss grad er avhengig av å bli gitt ordet, opplever RG2 at det ikkje er så ofte ho ikkje får sagt det ho ynskjer å seie, til tross for at det kan vere litt utfordrande å bryte inn for å komme med nokon kommentarar. RG2 som synes det var vanskeleg å bryte inn med kommentarer i samtalen som Skypedeltakar, forklarar dette å følgjande måte:

Nei, ikkje ofte. For av og til så... Som regel så kjem dei til den konklusjonen, men eg føler av og til at vi er så mange og vi sitter på så mange forskjellige plassar at å bryte inn via Skype i ein slik samtale for å seie at "No skrive du feil der" eller at "eg føler at du burde skrive sånn og sånn". Det syns eg ofte kan vere litt vanskeleg sjølv om eg gjer det viss eg føler det er prekært (RG2).

Oppsummert seier både RG1 og RG2 at det kan vere utfordrande å bryte inn i eit møte som gjennomførast over Skype. RG2 seier at ho gjer det viss ho meiner det er prekært og RG1 seier at ho til ei viss grad er avhengig av å bli gitt ordet.

5.3.2 Å rope høgst

Eg ynskja også å finne ut kven som nådde mest gjennom med sine meiningar. Eg var interessert i å sjå om det var mogeleg å skimte mønster av forskjellar mellom dei ulike profesjonane, kva sjukehus ein kom frå, eller om det fanns andre faktorar som informantane opplevde kunne spele inn på kven som fekk sine meiningar gjennom. Fleire av intervjudeltakarane meinte å sjå at det handla om at den som "ropte høgst" fekk mest gjennomslag for meiningane sine. RG1 formulerar denne observasjonen på fylgjande måte:

Nokon skriker litt høgare enn andre gjer og sånne ting. Altså nokon er kanskje meir dominante enn andre og kanskje dei når litt meir gjennom. Men det er jo veldig forskjellig i dei ulike gruppene og då. Korleis den gruppedynamikken fungerer syns eg. Nokon grupper fungerer kanskje betre enn andre (RG1).

Medan RL1 meiner at gjennomslag også avhenger av å vere godt førebudd: "Ja, det føler eg eigentleg då. Viss ein på ein måte er godt førebudd og ropar litt høgt så føler eg gjerne at ein kan få gjennom litt (RL1)". Ein anna informant, RG4, ser annleis på den saka og vektla at alle fekk ordet og at det gjekk veldig greit i forhold til å få gjennom meiningane sine. Ho forklarar dette slik: "Alle fekk komme med sine synspunkt og spørsmåla gjekk fritt og det var ikkje noko tull sånn. Det gjekk veldig greit (RG4)".

Det var altså ulike opplevingar blant deltakarane i nettverket om kva som skal til for å komme til ordet i møta. Nokon opplever det slik at alle fekk komme til ordet i møta, medan andre opplever at det er dei som er best førebudd eller ropar høgt som når mest gjennom med meiningane sine. Informantane var også inne på at dei forskjellige faggruppene fungerte litt ulikt og nesten alle informantane, både radiologane og radiografane, meinte at det var radiologen som hadde mest han eller ho skulle sagt i desse gruppene. RG4 spissformulerte dette poenget og omtala radiografane som "kun mediumet" til radiologen i følgjende utsagn: "Vi er jo på ein måte berre mediumet til radiologen, for at radiologen skal få fram det han eller ho vil ha (RG4)". RG2 meiner at radiologane rettmessig er dei mest aktive: "Eg føler jo sjølv sagt at

radiologane er mest aktive og har mest meiningar. Og det har dei sikkert rett i (RG2)”. Og RL1 bekreftar at radiologane har mest innflytelse: ”Ja, eg føler jo på ein måte at veldig mange av dei tinga vi har bestemt er jo på ein måte sånn.... Radiologfaglege ting då. Eg føler kanskje radiologen har mest vi skulle sagt (RL1)”.

Oppsummert seier informantane at det er radiologane som både har og bør ha mest makt i desse møtene. Både radiologane og radiografane opplever det slik. Det kjem fram at det handlar om at det er radiologen som skal beskrive bildene i etterkant og veit då kva dei er ute etter, medan det radiografane kan bidra med er om det kan la seg gjere praktisk på maskinene.

5.3.3 Å møte førebudd

Eit anna punkt som vart vektlagt for å nå gjennom i faggruppene var å møte førebudd til møtene. Dette var begge radiologane opptekne av. Alle fekk spørsmålet om dei nådde gjennom med eigne meiningar i faggruppemøta, men det var radiologane som tok opp at ein måtte vere førebudd for å få gjennomslag. RL1 formulerar dette poenget slik:

Ja, det føler eg eigentleg. Viss ein på ein måte er godt førebudd og ropar litt høgt så føler eg gjerne at ein kan få gjennom litt. Så det blir litt sånn handsopprekning, men det er både òg. Vi kan og møte motstand. Så på ein måte er det jo både. Ja, kva skal eg sei. Det er både lett og vanskeleg på samme tid då. På eit vis. Men det blir litt... Eg syns ofte det blir prega litt av handsopprekning, av at fleirtalet bestemmer då. Men viss - mitt inntrykk - er at viss mange andre i gruppa kanskje er dårleg førebudd, eller ikkje så godt førebudd, og du er godt førebudd, så er det lettare å nå gjennom sjølv sagt. Det handlar om kven som er med i dei gruppene og kor stort engasjement det er (RL1).

RL2 vektlegg også forarbeidet til møter for vinne fagleg gehør for innspel til nettverket:

Ja eg, ja! Ja, eg gjer det. Eg gjer det fordi eg gjer forarbeidet. Eg finner fram artiklar som viser at... Det som eg prøvar å sei, sant. Men det er eit arbeid av og til, å gå gjennom artiklar og prøve å leite opp ein artikkel for du veit at finns der ute. For å vise at dette er nødvendig (RL2).

Oppsummert seier radiologane her at ein kan nå gjennom med eigne faglege synspunkt, men at det er avhengig av at dei er førebudde og at dei seier det dei meiner. Som RG1 vektlegg, så er også møta prega av handsopprekning, men at dersom ein har fått lagt fram fagleg begrunna meiningar, så er det lettare å få desse gjennom dersom andre ikkje har førebudd seg. Den som er godt førebudd kan altså legge fleire faglege premisser for nettverket enn den som ikkje er det.

5.3.4 Når det ikkje finns ein fasit

Ei utfordring for samarbeidet er når det ikkje eksisterar ein fasit i litteraturen av kva som er den beste løysinga på problemstillinga i faggruppene. Hos den eine eininga som også bevisst har valgt å sjå vekk frå nokon av retningslinjene som er utarbeida i faggruppene, er dette grunnjeve med at det ikkje finns litteratur som støttar at det er den beste måten å gjere det på. Dette handlar noko om varierende fagleg konsensus om implementering, men det kan òg handle om korleis samarbeidet mellom einingane og faggruppene fungerer. Som RL2 peiker på er ikkje alle faggruppene einige med kvarandre:

Mens utfordringa her har jo vore at det er fleire universitetssjukehus der ikkje alle er einige med kvarandre og plutselig har vi ein fagdiskusjon som eigentleg burde vore lett å løyse, men som ikkje er så lett å løyse fordi ein er så.... Ja... også fordi litteraturen ikkje alltid er ferdig med diskusjonen sant (RL2).

Det RL2 seier her at det er utfordrande å bli einige i gruppene når det ikkje finns ein fasit, altså når litteraturen ikkje har landa kva som er beste praksis endå. RL2 seier også indirekte i dette sitatet at dei største sjukehusa er dei som veg tyngst inn i dei faglege diskusjonane og at det blir utfordrande spesielt når dei ikkje er einige.

5.3.5 Ei større kontaktflate

Ein hovudtendens i materialet er at dei fleste informantane meinte at faggruppene førte til at deltakarane fekk utvida kontaktflata si. Alle som vart intervjuja frå faggruppene er personar som har eit ansvar på eiga avdeling om utvikling av protokollar og dei at til dels nytta seg av

kvarandre tidlegare, men mange av informantane meinte altså at det er lettare å kontakte andre avdelingar. Radiologane skilte seg ut ved at dei meinte at deira kontaktflate ikkje hadde endra seg vesentleg. Då gjerne fordi dei har samarbeida med radiologane på andre avdelingar når dei har vore på ulike sjukehus under spesialiseringa. Mens radiografane hadde ei anna oppleving. RG1 opplever at det faglige nettverket blei større: *”Ein får større fagleg nettverk då. For å seie det sånn. Du har jo eit større nettverk og folk du kan spør om du lurar på noko. Du har meir kontaktflate der ein kan utveksle erfaringar (RG1)”*. RG3 støtter denne opplevinga: *”Det er lettare å ta kontakt fordi du veit kven du skal snakke med. Eg brukte det jo før og, men då var det... Då var det meir sånn at du måtte finne ut kven du skulle ha fatt i. Men no veit du kven du snakkar med ein gong. Så det er lettare (RG3)”*.

RG4 peikar nedanfor på at standardiseringsprosjektet i nettverket gjer at ein får større forståing for korleis andre jobbar og at samarbeid utvikles gjennom dette:

Det som eg føler i forhold til at vi sette i gang med eit sånn felles prosedyrearbeid har i alle fall gjort at ein har forståing for korleis dei andre jobbar. Og at terskelen er mykje lågare for å ta kontakt med dei andre. Så, ja, du utviklar jo eit samarbeid som du kanskje ellers ikkje ville hatt (RG4).

Oppsummert seier dei fleste deltakarane i nettverket at det var lettare å ta kontakt med andre avdelingar for hjelp fordi dei visste kven dei skulle snakke med og kven dei var. I tillegg er også RG4 inne på at ein får forståing for korleis dei andre sjukehusa arbeider. Dette kan vere nyttig ettersom det er sjukehus med ulike pasientgrupper. For radiologane var den relevante kontaktflata fra før stor nok og nettverket hadde mindre å seie for kven dei samarbeider med.

5.4 Mogelegheiter og utfordringar

I dette delkapittelet oppsummerar eg kva informantane trakk fram som mogelegheiter og utfordringar ved faggruppe- og nettverksarbeidet. Eg har stilt dei spørsmålet direkte, men eg har også gått gjennom heile materialet for å sjå kva dei seier om desse temaene under andre spørsmål.

5.4.1 utfordringar

Det var spesielt eit tema som gjekk igjen og som heilt tydeleg er den største utfordringa ved dette nettverksarbeidet og det er at det tar tid. Samtlege informantar uttrykte i løpet av intervjua at kostnadane med nettverket handlar om tida det tar. Andre ting som vart peika på som utfordringar var varierende grad av nytteverdi, ulik maskinpark, at radiologi er eit dynamisk fag som krevjer vedlikehold, det kan mangle ein fasit i forskinga og at avdelingane ikkje er juridisk forplikta til å følge det som blir vedtatt og det er spesielt utfordrande for små avdelingar å delta.

Både RG1 og RG2 setter tidsbruken i nettverket opp mot nytteverdien og tvilar av og til på om det er verdt å bruke så mykje tid på faggruppene som dei gjer. Under standardiseringane av protokollane opplever dei at det er stor grad av detaljstyring. Dette kan vere utfordrande fordi maskinparken er svært varierende i dei ulike radiologiske avdelingane i helseføretaket. RG2 opplever spesielt at det i møter vert brukt for lang tid på detaljar og formulerar dette slik:

Eg opplever ofte at det tar jeeekla lang tid å gjere noko som eg tenker at eg kunne gjort på fem minutt. Også av og til så tenker eg at dette er litt "wasted", men samstundes så føler eg at viss alle protokollane skal bli hørt, eller alle skal bli tatt med, så må ein kanskje gjere det på denne måten. Men eg syns at det tar veldig lang tid og eg føler ofte at vi går inn i diskusjonar med.... altså.. craniocaudal eller caudocraniell strålegang... "Really"? Altså.... Vi må nesten gjere det som maskina gjer det best på. Altså må det bli opp til kvar enkelt. Altså sånne ting. Eg syns vi ofte henger oss opp i sånne små detaljar. Som ikkje er så veldig viktig. Kunne vi ikkje berre sagt at vi skal ha dei kernelane og dei snittjukkelsane og vi treng dei reformasjonane? Ferdig arbeid (RG2).

Etter det eg har komme fram til blir nokon av dei standardiserte protokollane utforma kunnskapsbasert og nokon av dei er utforma basert på erfaringa til dei som deltek i standardiseringsmøta. L1 peikar i sitatet under på kor krevjande det var å gjennomføre standardisering av protokollane som er kunnskapsbaserte og utfordringane ved at faget er dynamisk og i stadig endring.

... Men det var problematisk fordi at ein ting var at det var ein kolossal jobb og det andre er at sannheten forandrar seg frå år til år. Som betyr at vi må gjere den same jobben kvart år om vi skulle holde det oppdatert (L1).

L1 forklarar vidare, som sitatet under viser, at det vil bli endå meir tidkrevjande å standardisere protokollane kunnskapsbasert, på grunn av den raske utviklinga i faget:

Når det gjeld utfordringar har vi det eg sa med trøttbarheten av eit stadig vedlikehald. Og ein har også utfordringar med at dette er ei ferskvare. Så det vert stadig nye ting og nye ting og nye ting. Og då er utfordringa å rekke å få med seg dei nye tinga som kjem. Også er det ei utfordring å klare å få folk til å tenke at "how much is good enough?", altså kor godt må det vere for at det skal vere godt nok. Det må vere gjennomførbart og praktisk, og ikkje berre ideelt (L1).

RG1 og RG4 er som vi har sett i delkapittel 5.2.3 inne på at den ekstra møteaktiviteten går ut over andre oppgåver i ein allereie pressa kvardag. Det kom fram i fleire av intervjua at spesielt radiologane er hardt pressa i den vanlege arbeidsdagen. Dette kan skyldast at det er ei stadig auke i bruk av radiologiske tenester og at maskinene og radiografane klarer å produsere eit høgare kvantum av undersøkingar no enn for nokre år tilbake. Som denne radiologen formulerer det må nettverket bli opplevd som svært nyttig for å kunne prioritere det:

Det er jo greitt viss fokuset er riktig og det kjem noko matnyttig ut av det då. Men det tar ofte veldig mykje tid... som ein ikkje har... som ein skulle nytta til andre ting. Og det er veldig vanskeleg å prioritere det framfor anna arbeid då. Som hastar meir. På grunn av... Når vi er få legar her. Men faglege diskusjonar trur eg er viktig, så lenge fokuset er riktig og ressursbruken er riktig (RL1).

Denne informanten fortel vidare at vedkommande har gjort utrekningar av tidsbruken på ei av faggruppene. At denne informanten har sett på tidsbruken som ein stor kostnad ved faggruppearbeidet går tydeleg fram av sitatet under:

Utfordringane er jo at det krevjer ekstremt med tid frå veldig mange. Eg rekna jo saman berre for gøy, og GFR-faggruppa hadde brukt 94 timar berre i møteverskemd. Viss du reknar saman antal møter, ganger antal personar som deltek, så var det 94 timar berre der.

Og viss ein tar med alt av førebuing og litteraturlesing og etterarbeid og referanseskiving og alt det der så har ein sikkert brukt 200 timar sant? Og då er det jo... Så har ein jo endt opp med noko som er ein blåkopi av noko som ligger på nettet. Så det er jo ei utfordring at ein brukar for mykje tid på det (RL1).

RG4 er også oppteken at det er utfordrande å få nettverksarbeidet til i ein allereie pressa kvardag. I tillegg vektlegg også RG4 at det er ein stor jobb å tilpasse protokollen fleire ulike maskiner både på ulike avdelingar og i eiga eining. Dette viser ho til i sitatet under:

Det jo litt sånn tungt. Det er tung materie når alle skal tilpasse oss møta i ein travel kvardag. Det er jo krevjande, sant. Både det med å få tida til det og... ja, når ein set i gang... Ein ting er jo det at ein skal verte einige at ein skal køyre ein protokoll sånn og sånn, men så har du mange forskjellige maskiner også skal det leggest inn på maskinene også skal det lagast til nye protokollar så det er jo ganske krevjande (RG4).

L2 seier at det er komme tilbakemeldingar frå dei tilsette om tidsbruken på prosjektet. Informanten setter sjølv kostnad opp mot nytten og seier i sitatet under at det er vanskeleg å oppmuntre deltakarar til å bruke tida på dette når det har begrensa effekt på kvaliteten i deira eining:

Nokon seksjonar syns det har vore veldig positivt å få eit nettverk og diskutere og standardisere, men det er nok veldig mange tilbakemeldingar at der går mykje tid. Og hadde det revolusjonert kvaliteten vår så hadde ein kanskje levd med det, men når ein føler at det kanskje ikkje gjer det så... er det litt vanskelegare å selge (L2).

Oppsummert seier deltakarane at tidsbruken er spesielt utfordrande. Det blir trekt inn at faget endrar seg frå år til år, noko som gjer at det blir vanskeleg å henge med og det blir trøttande for deltakarane. Vidare blir det sagt at det er vanskeleg å prioritere denne typen arbeid framfor anna arbeid i ein pressa kvardag. Det er utfordrande for nokon av sjukehusa at arbeidet som blir gjort har begrensa effekt på kvaliteten på tenesten dei leverer. Og til slutt blir det også presentert at dei ulike maskinene som er i helseregionen, gjer det vanskeleg å standardisere.

5.4.2 Mogelegheiter

I denne studien har eg også vore interessert i å finne kva som er mogelegheitene og nytten med arbeidet i faggruppene og i nettverket. Dei ulike prosjektfasane som har vore gjennomført har vorte brukt til å løyse fleire forskjellige oppgåver og i intervjuet leita eg etter kva informantane opplevde at prosjektet egna seg godt til og kva det kunne nyttast til vidare. Det eg har funne at deltakarane meiner er mogelegheiter er at standardisering har høg nytteverdi for nokon av protokollane, ein får bekrefta at jobben ein gjer er god nok, ein har noko å bruke som krav opp mot dei private aktørane, det kan vere eit forum for funksjonsfordeling, spesielt gunstig med felles datasystem og samkjørte protokollar skal gi ein auka kvalitet av tenesten. Ikkje minst er det positivt for helseføretaket at det kan stikke seg fram fagleg nasjonalt.

Etter det eg har forstått ut frå intervjuet, har det vore eit problem at dei private røntgeninstitutta som helseregionen har avtale med, gjennomfører undersøkingar som ofte må takast opp att eller supplerast ved vidare utredning der det eigentleg ikkje burde vore naudsynt. Som L1 formulerer det er dei private institutta primært interessert i enkle og billige løysingar: *”Vi har jo med oss dei private institutta òg i desse protokollane og dei gjer jo alltid det så raskt og så enkelt som dei får lov til. Fordi dei er opptekne av kvantitet og produktivitet (L1)”*. Og L2 peiker i sitatet under på at standardisering har ein fordel med at det gir minstekrav til dei private aktørane: *”Hovudfokuset har jo vore at vi har noko ovanfor dei private og kan sei at dette er det minste vi forventar at de skal levere (L2)”*.

Fleire, som RL2, påpeikar at dei private institutta har et stort kvalitetsforbetringspotensial: *”Men altså dei private er framleis ikkje så flinke til å gi kontrast når dei burde gi kontrast, men dei er blitt betre på MR-bilda, det er dei (RL2)”*. Medan undersøkingar sjeldan trengst å gjerast på nytt når dei kjem frå andre helseføretak, som RG4 poengterar her: *”Når dei kjem frå andre helseføretak så trur eg at det er greitt. Altså at vi ikkje treng å gjere undersøkinga om igjen. Men når dei kjem frå dei private så føler eg at det er oftare at vi må supplere undersøkelsen då (RG4)”*.

Oppsummert seier informantane at det har vore eit problem med at dei private røntgeninstitutta som har avtale med helseregionen ikkje leverer optimal kvalitet på undersøkingane dei gjer, og når ein no har protokollar dei skal følge så fører det til mindre omigjentaking av undersøkingar for sjukehusa.

Fleire av intervjuedeltakarane opplevde at ein kan oppnå eit betre samarbeid eller stille høgare krav til dei private aktørane på grunn av dei standardiserte protokollane. RG1 formulerar dette poenget slik: *”Det er jo litt sånn enklare å ta opp ting med dei private no når ein har noko frå heile helseføretaket, enn berre frå oss (RG1)”*. L2 støtter dette poenget og seier at: *”Også syns eg det er veldig bra at vi har noko vi kan bruke opp mot dei private (L2)”*.

L2 har fleire forslag til korleis slike krav til private aktørar kan nyttast vidare i prosjektet. Det L2 føreslår er at ein burde arbeide vidare spesielt med krav til korleis beskrivelsane av undersøkingane skal skrivast og kva dei skal innehalde. I tillegg vert det føreslått å få til eit samarbeid med fastlegar som tilviser til radiologiske tenester og som mottok beskrivelsar frå radiologiske undersøkingar. L2 peikar på fastlegane som ein viktig framtidig addressat for kunnskapen som opparbeidast i nettverket fordi det er desse som henviser pasientane til undersøkingar:

Viss vi kan bruke dette i dialog med fastlegar. Vi har jo sett litt på det også... På ein sånn kunnskapsheving hos fastlegane og søke om midlar til det i helseregionen og gå ut og utdanne, eller ikkje utdanne, men undervise fastlegane i forhold til kva dei skal henviser og kva vi kan hjelpe med og slikt noko (L2).

Vidare forklarar L2 korleis standardbeskrivelsar kan brukast i framtida:

Vi har jo faktisk begynt å jobbe litt med ein del sånne standardbeskrivelsar, og eg trur jo det at framtida no er jo mykje meir det at det blir veldig spissa beskrivelsar. Altså ein skal ikkje fortelle eit eventyr. Det er på ein måte heilt klart kva tallverdiar og sånn og sånn som skal inn i ein beskrivelse sånn at ein kan standardisere meir. Det har eg trua på og det har jo blitt jobba litt med i, thoraxgruppa, meiner eg. Men der har vi eit veldig forbettringspotensiale. Og då stolar jo kanskje klinikarane meir på det og, viss beskrivelsen er gjort på eit anna sjukehus, men den er gjort etter samme mal og det er dei samme tinga ein snakkar om den er beskrive i den eine eller andre avdelinga. Og då tenker eg kanskje at klinikarane kjenner det igjen og føler det er greitt i staden for å komme og spørre nokon her eller der. Men det er nok ikkje gjort over natta (L2).

Oppsummert seier informantane her at det er lettare å snakke med dei private institutta når ein har noko som er laga i eit større samarbeid, enn når det berre kjem frå ei avdeling. L2 meiner

også å sjå at fleire kontaktflater kan utviklast, mellom anna med fastlegar og mellom radiologane på dei forskjellige avdelingane.

RG1 og RG4 meinte at faggruppene spesielt var eigna til utarbeiding av retningslinjer. RG1 formuerer dette slik: *"Eg syns det har vore veldig bra med den SVK- og GFR-gruppa og det der. Altså retningslinjer som er felles (RG1)".* Mens R4 som berre har delteke i arbeid med utarbeiding av retningslinje i forbindelse med pacemaker i MR-maskin også stilte seg positiv til det arbeidet: *"Sånn eigentleg er det jo berre positivt sant? Å dra i gang eit slikt samarbeid. For det er jo det det er. Samarbeid for pasientens beste. Og riktig behandling og riktige prosedyrer. Så eigentleg så er det jo berre positivt alt saman (RG4)".*

Begge intervjudeltakarane som var i leiarroller var opptekne av mogelegheitane ved nettverks- og faggruppearbeidet no når helseføretaket samlast på felles RIS og PACS (programvare for handtering av tilvisingar, beskrivelsar og lagring av bilder frå radiologiske undersøkingar). L1 trekk fram profesjonaliteten i nettverks og faggruppearbeidet og seier fylgjande: *"Moglegheitene er veldig flotte. Dei gir både ein profesjonalitet, samkøying av protokollar som no kjem til å verte mykje lettare når vi skal få felles RIS/PACS alle saman. Vi ser kvarandre sine bilder heile tida (L1)".* L2 støttar dette slik: *"På leiarnivå trur eg det er veldig bra og spesielt no som vi har eit felles RIS/PACS trur eg det er veldig godt å ha eit slikt fora (L2)".*

L2 forklarar vidare at:

Det handlar jo om funksjonsfordeling også. Det er jo klart at det er store sjukehus og mindre sjukehus som sitter i nettverket. Når det var snakk om standardisering av bildediagnostikk i forhold til hjerneslag. Så er det jo klart at det forslaget som vart lagt fram der er jo for eksempel slik vi gjer det i dag og det var ei endring som var ynskja på frå eit anna sjukehus, men som dei små sjukehusa ikkje ville godkjenne over natta fordi dei ikkje har den kompetansen til å gjere den type perfusjonsundersøking heile døgnet. Sånn at det på sikt kan vere eit diskusjonsforum for å sjå på det. Skal på ein måte vi som har nevradiolog er det nok felles vaktssystem som kan brukast no som vi skal over på eit felles RIS/PACS. Så vil jo det vere ein plass der ein sånn diskusjon kan begynne (L2).

Det kan tenkast at leiarane er meir opptekne av dette fordi det er eit tema som har vorte tatt opp og diskutert i nettverksgruppa, samt at det gjev mogelegheiter ved organisatorisk oppbygging i

det regionale helseføretaket. Eit poeng dei peikar på er at ein kan utvikle felles vaktordningar slik at ein ikkje må vere bemanna med radiolog med spesialkompetanse på alle sjukehus til ei kvar tid. Eit anna poeng er at ein lett kan sjå til kvarandre for korleis ein køyrer ulike undersøkingar.

Det å samanlikne seg med andre for å sjå at ein gjer ting rett gjev positive opplevingar for deltakarane i faggruppene. Fleire av informantane peikar på dette utan at det vart stilt som spørsmål. Det ser ut til at når ein har sett at eigne protokollar i liten grad avvikar frå det andre gjer, vert ein sikrere på kvaliteten på tenesten ein leverer. RL1 formulerer dette poenget slik:

”Det viktigaste er kanskje at vi har fått bekrefta at det vi gjer eigentleg er ganske godt innanfor då. At ein får kanskje litt meir sjølvtrillit på at vi som er små og sit i periferien gjer mykje fornuftig vi òg (RL1)”. Mens RG1 beskriver ei liknande oppleving: ”Men så er det jo bra med dei protokollane også. Er vi heilt på bærtur i forhold til kva dei som faktisk skal operere dei pasientane vi sender, eller tar vi bildene slik som vi skal (RG1)?”.

Oppsummert seier informantane her at dei har vorte tryggare på at jobben dei gjer er god nok når dei har fått samanlikna seg med andre og ein ser at ein gjer det omtrent på same måte.

Eit siste poeng som vart vektlagt som nytteverdi var at helseregionen stikk seg fram og viser seg fagleg. Dette var det begge leiarane som tok opp som ei positiv side av faggruppearbeidet. L2 seier at det arbeidet som er gjennomført kunnskapsbasert er publisert på Kunnskapssenteret sine sider og det er bra at det er fleire av helseregionane står for utvikling. Vidare seier L1 i sitatet under at ved eit slikt arbeid så vil ein få eit tettare band mellom helseføretaka i regionen og eit sterkare miljø.

Eg føler at vi held greitt følge. Vi er vel litt klasseleiarande på enkelte felt også på andre felt så kan det vere andre plassar som er klasseleiarande. Men vi held greitt følge trur eg, med dei fleste regionar i Noreg. Så dette har fått ringverknader nasjonalt òg (L1).

6 DRØFTING

I dette kapitlet skal eg diskutere dei empiriske funna eg presenterte i forrige kapittel i lys av teori, kunnskapsstatus og mi eiga forforståing. Ved å organisere drøftinga etter Kunnskapssenteret sin modell for kvalitetsforbetring vil eg fyrst drøfte funna mine opp mot desse fire forskingsspørsmåla:

- Opplever nettverksdeltakarane endring i kvalitet på tenesten dei leverer?
- Kor godt er nettverksarbeidet forankra i dei radiologiske avdelingane?
- Korleis vurderer nettverksdeltakarane nytte og kostnad ved standardisering?
- Kva meiner nettverksdeltakarane er mogelegheiter og utfordringar ved standardiseringsarbeidet?

Då sit eg igjen med éit sentralt forskingsspørsmål som Kunnskapssenteret sin modell for kvalitetsforbetring ikkje kan hjelpe meg med å drøfte. Funna om samarbeid blir av den grunn behandla i et eige underkapittel der eg drøfter dette forskingsspørsmålet:

- *Opplever nettverksdeltakarane at samarbeidet mellom avdelingane i helseføretaket har endra seg gjennom standardiseringa?*

Til slutt har eg også med eit underkapittel med andre interessante drøftingar eg ynskja å gjere basert på dei empiriske funna i studien.

6.1 Standardisering som kvalitetsforbetningsmetode

I dette delkapitlet drøftar eg standardiseringsjobben som er gjort i faggruppene ut frå Kunnskapssenteret sin modell for kvalitetsforbetring. Eg har valgt å dele kapitlet inn etter dei fem trinna i modellen og trekk dei relevante funna inn der dei passar.

6.1.1 Trinn 1 - Førebuing

I trinn 1, som omhandlar *førebuing* av kvalitetsforbetningsprosjekt, nemner Kunnskapssenteret tre punkt som relevante for at kvalitetsforbetringa skal lukkast. Det første punktet er *felles erkjennelse for behovet for forbetring*. Både intervjumaterialet og prosjektdokumenta viser at arbeidet i nettverket for å standardisere radiologiske protokollar i hovudsak var initiert av leiarane, altså "ovanfrå og ned". I følge Bukve og Hovlid (2014) er det at standardiseringsprosjektet vart starta gjennom eit organisatorisk initiativ frå leiinga i det regionale helseføretaket, eit av dei to trekka som gjer det til eit kvalitetsforbedringsprosjekt. Men standardiseringsprosjektet har også innslag av "nedanifrå og opp" prosessar fordi det først vart sett i gang som eit samarbeid mellom nokon av sjukehusa i det regionale helseføretaket. Deretter vart dette i 2008 fanga opp og diskutert i leiinga i det regionale helseføretaket. Der vart det klart at dei ynskja at det skulle gjennomførast harmonisering av dei faglege retningslinjene innan radiologi. Fleire politiske reformar har dei siste tiåra vektlagt at det skal vere lik tilgang på helse- og omsorgstenester og at pasientane skal få same kvalitet om uavhengig av kvar ein vert behandla (Helse og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Det har nasjonalt vorte arbeida med å utvikle tenestestandardar innanfor enkelte helseorganisasjonar (Isaksen et al., 2018). Dette, saman med Helseforetaksloven § 37a (2001) og Internkontrollforskrifta § 4 (1996), som seier at helseføretak skal drive med internrevisjon kan tenkast å vere ytre faktorar som støttar foretaksleiinga i å initiere til standardisering eller harmonisering av radiologiske protokollar. Eg spurte ikkje informantane direkte om dei opplevde eit behov for forbetring. Men L1 meinte å sjå eit generelt behov for kvalitetsforbedring i form av harmonisering av radiologiske protokollar og fleire av dei andre informantane opplevde at det spesielt er behov for forbetring i arbeidet som blir gjort hos dei private aktørane då der til tider blir gjennomført undersøkingar utan kontrast, MR-undersøkingar blir gjort så enkelt så mogeleg og det er eit fokus på kvantitet og produktivitet framfor kvalitet. L1 trekker også spesielt fram behovet for kvalitetsforbetring av arbeid som gjerast hos dei private aktørane:

Vi har jo med oss dei private institutta òg i desse protokollane og dei gjer jo alltid det så raskt og så enkelt som dei får lov til. Fordi dei er opptekne av kvantitet og produktivitet (L1).

Før oppstarten av faggruppene var praksisen for utarbeiding og revidering av protokollar var noko som utvikla seg nedanfrå, og denne praksisen varierte lokalt og i lita grad var systematisert. No er utviklinga av radiologiske protokollar sett inn i eit system og vert meir styrt ovanfrå og ned gjennom internrevisjonar, rapportering om kor mange protokollar som er

standardisert og bestemmelsar i nettverksgruppa avgjer kva protokollar som skal standardiserast. Det er kun sjølve standardiseringa som føregår i faggruppene, men etter deltakelse i revisjonsgruppa har eg sett at det er openheit for innspel til kva som bør standardiserast utan at det er systematisk lagt opp til fora der ein kan utvikle erkjenning for behov for endring. At slike fora ikkje finns gjer det vanskeleg å vurdere om deltakarane hadde ei felles problemforståing i førebuingssfasen. Fleire teoriar som legg normative premisser for å studere kvalitetsforbetningsprosjekt, viser til at strategiar der ein nyttar seg av brei involvering for utarbeiding av idéar og forbetningsområde, er meir vellukka strategiar. Bukve og Kvåle (2014) peiker på at kunnskap, erfaringar og informasjon bør delast mellom aktørane for å få samarbeid til å fungere, mens Bouckhaert, Peters og Veroest (2010, s. 35) trekk fram at det som gir det idealtypiske nettverket retning er at det utviklast felles verdiar, felles problemanalyse og gjensidig samarbeid basert på konsensus. Også studien til Cross og Parker (2004) som blir presentert i Schiefloe (2015) si bok seier at grupper som har opne kommunikasjonskanalar og klarte å få til gjensidig utnytting av kompetanse hadde høg yteevne samanlikna med grupper som var oppdelte.

Eit anna punkt som indirekte kan seie noko om det er felles erkjennelse for behovet for forbetring er korleis informantane vurderte nytteverdien av faggruppene. Her var gjennomsnittet for vurdering av nytteverdi 7,25 på ein skala der 1 er låg nytteverdi og 10 er høg nytteverdi. Ettersom informantane set nytteverdien såpass høgt, kan det tyde på at dei opplever at arbeidet har noko føre seg. Altså at der er eit behov for kvalitetsforbetring. Her nyanserer RG2 si vurdering av nytteverdien og forklarar at *”Tenker at når nytteverdien er høg, i nokon tilfeller, så er det ok å bruke ressursar på det”*, mens den andre gonger er låg. Det RG2 trekk fram som ideelle protokollar å standardisere, er protokollar som er repeterande og med høg stråledose. Denne vurderinga samsvarer med Thorsvik og Jacobsens betraktningar (2015, s. 109) som peikar på at standardisering er hensiktsmessig når ein er veit korleis oppgåva skal løysast og når oppgåva blir gjenteke relativt regelmessig.

Det andre punktet under Trinn 1 er *forankre og organisere forbetningsarbeidet*. Det Kunnskapssenteret (2015) vektlegg er at det må vere forankring i leiinga, fagmiljøet, hos brukarane og andre involverte partar for at ein skal kunne lukkast. Før studien satt eg med inntrykk av at det var ulik grad av forankring i dei ulike radiologiske avdelingane. Eit av dei punkta eg snakka med informantane om var om ein får avsett nok tid. Her var tendensen at faggruppedeltakarane sjeldan eller aldri fekk tid til førebuing og deltaking. Som RG2 seier:

Det blir ikkje avsett tid spesielt til det. Det blir det ikkje. Altså, det er jo ein evig bemanningssituasjon her. Administrasjonsdagane fyker ofte vekk med tusen andre ting. Men eg har som regel klart å sette meg ned å sjå på det, ja. På eit eller anna tidspunkt før. Det har eg (RG2).

Dette sitatet viser at deltakaren ikkje får avsett tid spesielt til faggruppemøtene. Ho presiserar at det er eit tidspress generelt og at det er mange arbeidsoppgåver som skal utførast. Vidare seier ho at ho likevel har prioritert å førebu seg til møtet i forkant. Dette forteller at ho ser på oppgåva som viktig og set den framfor ein del anna arbeid. Det at deltakarane ikkje får avsett tid spesielt til faggruppearbeidet kan vere ein av grunnane til at dei opplever høg kostnad. Kunnskapssenteret (2015) anbefalar at det er spesielt viktig at leiinga må tilrettelegge ved å sette av tid og ressursar, og det kan vi sjå at i stor grad ikkje vert gjort i dette arbeidet. Kun ein av intervjudeltakarane oppga at ho fekk nok tid til førebuing og møtedeltakelse.

For at det skal vere god forankring må også alle involverte organisasjonar få vere med. Dette kan vi sjå at er ei utfordring hos nokon av dei deltakande avdelingane då dei har underavdelingar der ein har utfordringar ved implementering av dei standardiserte protokollane. L1 peikar spesielt på denne problemstillinga i sitatet under.

Dei mindre sjukehusa føler at dei ikkje får delteke så mykje og ikkje veit kva som skjer også kan implementeringa der kan bli problematisk. Vi forutsatte til å begynne med at dei skulle søke det opp sjølve når dei fekk beskjed om det, men det fungerte dårleg. Og det betyr mykje misnøye. Dei følte at dei vart overkjørt og ikkje hørt då. Så då har vi vore nødt til å vore tydelegare med å oversende prosedyrer og oversende linkar denne websida og klargjere kva det går i og slikt (L1).

Her seier han at dei i starten forutsatte at dei skulle søke opp informasjonen sjølve, altså har dei i liten grad vorte invitert med i arbeidet. Dette kan sjåast i lys av at avdelingane føler at dei må gjennomføre endringar som dei ikkje har eigarskap til eller forståing for kvifor det skal gjennomførast. Dette stemmer godt overeins med teorien eg trakk fram ovanfor som vektlegg brei involvering (Bukve & Kvåle 2014, Bouckhaert, Peters og Veroest 2010). Dette fører meg også vidare til at ein ikkje har med dei private aktørane inn i faggruppene. Ein kan tenke seg at implementering av protokollar hos dei kunne vore enklare dersom dei hadde vore ein del av

faggruppene heller enn å bli fortalt korleis dei skal gjennomføre protokollar. Med det at desse aktørane ikkje er involverte gjer det samstundes mogeleg for det offentlege helsestellet å legge viktige premisser for korleis private aktørar kan operere. Som Sørensen og Torfing (2007) vektlegg, har nettverket demokratiske implikasjonar og ein av desse er at dei offentlege aktørane får "plass rundt bordet", mens dei private aktørane ikke gjer det.

Heller ikkje i helseføretaket er alle avdelingane like godt representerte "rundt bordet". For å undersøke nermare om dei mindre tilknytta avdelingane i helseføretaket sjølv hadde valgt vekk deltakelsen i nettverksmøtene og om dei får mulighet til å delta i faggruppemøtene, spurte eg kvifor det var nokon som ikkje deltok. L1 forklarte at nettverket hadde hatt nokon frå desse einingane som deltok etterkvart, men at dei i utgangspunktet har vore negative og at dei begrunner fråveret med at dei ikkje har tid. Vidare seier L1 at desse einingane som ikkje deltek kan ha risiko for å bli fagleg små når dei store sjukehusa er dominerande i diskusjonane i møta. At nokre av dei små einingane i praksis ikkje er representert "rundt bordet", kan tolkast som eit uttrykk for at dei ikkje har oppfatta at møtene har fungert godt. Som Strand (2007) peiker på er kostnadene ved å trekke seg ut av et nettverk mindre enn i andre organisasjonsformer, derfor er vedlikehaldsstrategiar avgjerande for å sikre kontinuitet. Schiefloe (2015, s. 88) meiner å sjå at dersom ein skal klare å halde relasjonen mellom aktørane i et nettverk stabilt, må aktørane i relasjonen vere avhengige av og sensitive for kvarandre. I nettverksmøta og faggruppemøta har dei ulike deltakarane, som vi har sett, forskjellige opplevingar av om aktørane er sensitive for kvarandre eller ikkje. Nokon meiner at alle blir høyrte mens andre opplever at dei må "rope høgt". Dei store einingane i helseføretaket er i praksis ikkje heilt avhengige av dei små einingane for å drive standardiseringsarbeidet i nettverket vidare. I nettverk finns det små mogelegheiter for å utøve makt ovenfra-og-ned (Røiseland og Vabo, 2016, s. 96), men nettverket er ikkje maktfritt fordi det inngår i større organisatoriske strukturar i helseføretaket som er hierarkiske. I tillegg er kvalitetsforbedringsprosjektet generelt verdsett i dei politisk-administrative omgjevnadane til helseføretaket. Kvalitetsforbetring i tenestetilbodet er eit tema i mange av dei offentlege endringsprosjekta, og det kan tenkast å gi ei eigenvekt til nettverket for å standardisere radiologiske protokollar. At ikkje alle "deltek rundt bordet" kan tenkast å påvirke den uformelle evalueringa av nettverket og faggruppene, og rykte er viktig for legitimiteten til et nettverk (Bouckhaert, Peters og Veroest, 2010, s. 35), derfor kan forsøk på brei inkludering være viktig til tross for at sjølve arbeidet med standardisering av protokollar ikkje stoppar opp om oppslutninga om nettverket frå nokre av dei mindre avdelingane er svak.

For god organisering av arbeidet er det fleire faktorar ein må tenke gjennom og ein kan sjå at nettverket i billeddiagnostikk nyttar seg av ein del av desse, men ikkje alle. Det som vert presentert i Kunnskapssenteret (2015) sin modell for kvalitetsforbetring er at ein formell leiar for organisering bør utpeikast. Gjennom prosjekta er det tilsett ein koordinator som står for møteplanlegging, referatskriving og rapportering av resultat til leiarane som sit i nettverksgruppa. Ved å ha denne koordinatoren i prosjektet sørgar ein for at ein får sett opp møter, sikra framgang i standardiseringa og ein knyt dei ulike organisasjonane saman. Ein av deltakarane i intervjuet seier at koordinatoren har gjennomført eit kjempearbeid med referatskriving, har jobba på for å få alle med og få alle til å gjere jobben sin. Ein anna peikar på at det er ein veldig ”drive” i faggruppene for å få gjennom ting, slik at ein får gjort mykje og ein er effektive, men stiller spørsmål ved om fokuset er rett. Dette kjem eg tilbake til i kapittel 6.2.

Kunnskapssenteret (2015) rådger at ein med fordel kan ha fleire organisasjonar som samarbeider om forbetningsarbeidet for å styrke læring og utvikling. Det faglege nettverket er nettopp eit samarbeid mellom fleire radiologiske avdelingar. Det er på samme tid vanskeleg å vurdere om deltakarane hadde ei felles problemforståing i førebuingssfasen fordi det ikkje systematisk var lagt opp til fora der ein kan utvikle erkjenning for behov for endring. Eg kjem tilbake til moment knytta til samarbeidet mellom avdelingane i kapittel 6.2 då eg har sett på standardisering på tvers av organisasjonar som kvalitetsforbetring.

6.1.2 Trinn 2 - Planlegging

I trinn 2, som omhandler *planlegging* av kvalitetsforbetningsprosjekt, nemner Kunnskapssenteret fire punkt som viktige i dette stadiet av kvalitetsforbetringa. Det første punktet er *kartlegging av behov og dagens praksis*. Hovedtendensen i intervjumaterialet viser at dette i liten grad er gjort. Dette inntrykket sit eg igjen med fordi standardiseringsarbeidet har ført til små endringar hos dei fleste av dei deltakande avdelingane. Dagens praksis varierer altså lite frå tidlegare praksis, som for eksempel denne informantten understreker:

Vi gjer vel stort sett som før. Trur ikkje det har endra seg noko spesielt. Det vi kanskje har fått er tips og råd om, eller innspel på andre typar protokollar som vi har innført og litt sånn. Men dei vi har hatt frå før, er vel stort sett det samme som vi alltid har gjort. Så vi har ikkje endra akkurat det så mykje, men vi har supplert med nokre protokollar (RL1).

Her ser vi at RL1 seier at ein ikkje har hatt så store endringar, og ein kan då spørre seg om ein har gjennomført standardisering på dei rette protokollane og om ein har rett fokus som samme informant har vore inne på tidlegare. Eit poeng som RG2 tidlegare peika på, var at nytteverdien var veldig stor for enkelte protokollar. Dette gjaldt dei protokollane som gav mykje stråling til pasientane og som ofte var repeterande. Då til dømes protokollar for kreftkontrollar. Informanten meinte at dette var viktige protokollar å standardisere og gjennomgå kunnskapsbasert for å sikre seg optimal kvalitet for pasientgruppa. Vidare sa RG2 at for ein del protokollar ikkje var det ikkje naudsynt å gjennomføre standardisering då bildene i hovudsak vert nytta av lokale ortopedar.

Gjennom intervjuet får eg inntrykk av at protokollane som er standardiserte er detaljerte, men likevel opne for variasjon då dei er meint som eit minstekrav og maskinparken set føringar for kor detaljert ein kan vere. Ut frå Kunnskapssenteret sine anbefalingar kunne det nok med fordel vore gjennomgått ei grundig vurdering av kva punkt i protokollane ein kan gjennomføre standardisering på og kvar ein vil hente mest i forhold til kvalitet. Fleire av intervjudeltakarane peikar på at det likevel må gjerast lokale tilpassingar til dei standardiserte protokollane og at ein velger å gjere noko ekstra på minstekravet for å ikkje "legge seg ned" på kvalitet. L2 seier at dei vel å "legge seg opp" og gjennomfører ofte protokollar meir omfattande enn den standardiserte protokollen.

Det andre punktet under planlegging er *målsetting*. Dette er eit godt verktøy for å sjekke om ein har oppnådd ei endring i kvaliteten. Forslaget frå Kunnskapssenteret (2015) når ein skal måle fagleg kvalitet, kan vere å måle i kva grad ein nyttar seg av dei standardiserte protokollane. Måling av implementering blir gjort. Det er sett ned ei gruppe med deltakarar frå dei ulike avdelingane som har fått opplæring i, og har laga ein mal for gjennomføring av, revisjon for å sjekke om dei ulike avdelingane har teke i bruk protokollane som er vorte standardiserte. Dette fører meg til ein av erfaringane eg gjorde meg som deltakar i faggruppa. Eg syns det var utfordrande å gjennomføre revisjonar og sende avvik til avdelingar som kanskje ikkje har nådd gjennom med personlege meiningar eller ikkje har fått anledning til å delta på standardiseringsmøta av ulike grunnar. Dette var spesielt utfordrande då legane framleis er ansvarlege for pasienten og protokollane som utarbeidast i faggruppene ikkje er juridisk bindande. Slik som RL1 seier det her:

Ja, nei vi har jo vore generelt skeptiske då på grunn av ressursbruken og at ein til dels har vorte overkjørt kanskje i enkelte faggrupper. Og at ein har vore direkte uenig i ein del beslutningar som er tatt. Samt at retningslinjer ikkje er juridisk bindande, og det framleis er vi som har det faglege ansvaret. For den drifta vi har då (RL1).

Spørsmålet er då om det er fornuftig å nytte grad av implementering av standardiserte protokollar som mål for forbetring av fagleg kvalitet. At dei standardiserte protokollane kan være omstridte, gjer implementeringa av dei problematisk. For det er slik at avdelingane er deltakarar av det fagleg nettverket og ein arbeider med standardisering, men nettverket og faggruppene har eigentleg ikkje makt over dei enkelte avdelingane. Når det utviklast standardiserte protokollar basert på erfaring der nokon er ueinige og der forskinga ikkje har landa ein konklusjon, kan det oppstå utfordringar med implementeringa. Som Eriksen og Molander (2008) peiker på kan ein ikkje fjerna skjønnet til legane i klinikken, men det vert nytta kontroll om retningslinjer er vorte fulgte. Gjennom nettverksgruppa med leiarane er det eit administrativt press om at ein skal lukke avvika som er komme i forbindelse med revisjonen.

Måla til alle prosjektdeltakarane ser altså ikkje ut til å ha vore dei same. Den ynskja framtidstilstanden (Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 37), ser tvert om ut til å ha vore ulik, og då er det heller ikkje full oppslutning om kva for mål som skal nyttast for å sjekke om ein har oppnådd ei endring i kvalitet eller ikkje. Men dei administrative avviksprosedyrene som det er pålagt å følgje, nivellerer slike usemjer og adresserar ikkje den varierende oppslutninga om dei standardiserte protokollane. Slik blir eit komplekst fagleg tema gjort om til eit enkelt administrativt tema som formelt tvingar alle avdelingane til å rette seg etter dei same retningslinjene. Denne administrative kontrollen kan iverksettast utan at vedtak i nettverket er juridisk bindande, men revisjonskriteria har likevel normativ effekt fordi ingen ynskjer å ha åpne avvik som kan svekka avdelinga sitt omdømme i omgjevnadane. Nokon av informantane ser ut til å oppleve det Järvinen og Mik-Meyer (2012) kaller ei konflikt mellom dei profesjonelle og dei administrative aspekta ved kvaliteten på arbeidet dei utfører. Den administrative makta som ligg i avvikssystem ser ikkje ut til å løyse problemet med manglande fagleg konsensus ved enkelte av dei standardiserte protokollane.

Eit av måla for standardiseringsnettverket var å gjere tenesten tryggare og då kan det å måle avvik eller uheldige hendingar vere gode indikatorar. Dette var eit av punkta som er relevante for faggruppene for å sjekke om det er færre undersøkingar som blir tatt opp att etter

standardiseringa. Utfordringa med å vurdere om dette målet er nådd, er at det ikkje finns noko system for å fange opp desse pasientane som må ta fleire undersøkingar for å svare på ei klinisk problemstilling der det burde vore nok med ei. For å fange desse opp og vurdere om det er færre slike saker no enn tidligere, måtte ein ha hatt eit administrativt system som synleggjør dette. Det ville i praksis vere utfordrande å lage eit slikt system, ettersom kva som skal reknast som unødvendige undersøkingar er ei skjønsmessig vurdering som ikkje fullt ut kan standardiserast, men utan eit slikt system kan ein heller ikkje vite om tenestene har blitt tryggare.

Kunnskapssenteret (2015) anbefaler at når ein skal utarbeide mål bør desse vere spesifikke, målbare, ansporande, realistiske, tidsbestemte og det bør vere semje om målet hos dei involverte partane. Gjennom tilgangen til prosjektdokumenta såg eg at målsettinga til dei tre fasane i prosjektet i varierende grad oppfyller desse krava. Det overordna målet til prosjektet var "rett diagnostikk til rett tid". Vidare hadde prosjektfasane desse måla som kan tenkast å påverke kvaliteten:

- At ein gjennomfører rett undersøking med rett modalitet med tanke på pasienten si kliniske problemstilling.
- At pasienten får minst mulig stråledose, men nok til å stille diagnose.
- At undersøkelsen som gjennomførast brukar rett kontrastmengde knytt til klinisk problemstilling.
- Saumlaus overføring av pasientar mellom ulike radiologiske avdelingar.

Når ein ser på prosjekta sine mål opp mot SMARTE mål, ser ein at måla er spesifikke og realistiske. Tidsbestemte kan vi sjå at dei ikkje er, med mindre det ligg til grunn at dei skal vere gjennomførte når prosjektet vert avslutta og det faglege nettverket i billediagnostikk er iverksett i dei radiologiske avdelingane. Om dei er ansporande har ikkje eg vore inne på med informantane, så tar ikkje dette opp i drøftinga. Det siste punktet under SMARTE mål er at det bør vere semje om målet hos dei involverte partane. Dette er eg inne på ved fleire høve i drøftinga der eg tek føre meg forankringa av nettverket i dei radiologiske avdelingane.

Det tredje punktet under planlegging er val av *måleverktøy*. Her skal ein finne verktøy for å måle kvaliteten før og etter. Det Kunnskapssenteret (2015) foreslår er sjekklister eller spørreskjema. Det er spesielt interessant i kvalitetsforbetringsarbeid å sjå på før- og

ettermålingar for å undersøke om tiltaka ein har gjennomført, har hatt noko effekt. Etter det eg har forstått er det slik at det rapporterast til nettverksgruppa om kor mange protokollar som er standardisert og kor mange som er tatt i bruk. Dette vert ein form for sjekklister, der nettverksgruppa har vore med å bestemme kva protokollar som skal standardiserast også får ein sett kva av punkta som er gjennomført. Slike målingar seier noko om strukturkvaliteten (Hovlid 2014). Mens prosesskvaliteten, altså det som faktisk gjerast når helsetenestene ute i avdelingane leverer, ser ut til å avhenge av at det er konsensus i heile nettverket om kva protokollar som skal standardiserast. At måleverktøya er omstridte, er kanskje ikkje til å unngå i eit politisert helsevesen, men det kan tenkast at ei breiare involvering i nettverket frå alle avdelingane kunne ha gjort det mulig å etablere større grad av konsensus om kva protokollar som skal standardiserast.

Og det fører meg til Kunnskapssenteret (2015) sitt fjerde punkt under planlegging. Dette punktet er å *finne eller utvikle forbetringstiltak*. Her vert det i modellen for kvalitetsforbetring presisert at ein bør gå bredt og systematisk ut og ein bør involvere både leiarar og tilsette i dette arbeidet. Etter desse anbefalingane kunne det i planleggingsfasen vore gjennomført eit arbeid ”nedanfrå” med fleire involverte yrkesgrupper som har klinisk erfaring og veit noko om kor behova for kvalitetsforbetring i klinikken ligg. Slik kunne ein kanskje redusert motstanden frå nokon av deltakarane i faggruppene som skildrar at dei opplever at det i standardiseringsarbeidet vert nytta ei leiingscentrert tilnærming for å få gjennomført politikken.

6.1.3 Trinn 3 – Utføre

I trinn 3, som omhandlar *utføring* av kvalitetsforbetningsprosjekt, nemner Kunnskapssenteret kun eit punkt. Det er å prøve ut og tilrettelegge for ny praksis. Under dette punktet blir det lista opp fleire moment som ein bør sørge for at vert passa på for god iverksetting. Dette er eit punkt eg ikkje var inne på under intervjuet i den forma Kunnskapssenteret gir fenomenet *utføring*, og lar derfor dette trinnet av Kunnskapssenteret sin modell vere udrøfta. Eg kan nemne at det fag- og nettverksgruppene ser ut til å gjere godt er publisering av informasjon om dei standardiserte protokollane. Protokollane som er ferdig standardiserte publiserast på ei nettside som er tilgjengeleg for alle. Men at utføring også avhenger av oppslutninga om standardiseringa av protokollane problematiserast ikkje av Kunnskapssenteret, og denne har eg i kapittel 6.1.2 vist at var varierande. Den ”mjuke” normative styringa av kvalitetsforbetningsprosjekt i denne modellen, treng meir deskriptive analytiske verktøy for å fange opp dette aspektet ved utføring.

Som vi har sett skildrar informantane at dei standardiserte protokollane er implementerte, men at det kan vere vanskeleg både å få mindre sjukehus og underavdelingar i store sjukehus til å bruke protokollane slik det er meint. L1 forklarar at dette kan ha samanheng med at det er sentrale sjukehus som dominerar utredning.

6.1.4 Trinn 4 – Evaluere

I trinn 4, som omhandler *evaluering* av kvalitetsforbetringsprosjekt, nemner Kunnskapssenteret to punkt. Det første punktet er *måling og refleksjonar av resultat*. Her må ein sjå tilbake til punktet under Trinn 2, i kapittel 6.1.2, der ein skulle fastsette mål og velge måleverktøy.

Det andre punktet er å *vurdere om forbetringa er tilstrekkeleg* eller om ein eventuelt skal gjere justeringar. Dette punktet er avhengig av at ein har sett seg gode mål og valgt gode måleverktøy då ein skal spørre seg om ein har nådd måla sine, om ein har gjort det ein vart einige om og om der er behov for meir forbetring. Utfordringane med nettverks- og faggruppene vil vere at indikatorane seier meir om strukturkvaliteten enn om prosesskvaliteten. For å undersøke om informantane meinte at forbetringa var tilstrekkeleg spurde eg om dei opplevde at dei standardiserte protokollane har ført til endringar i forhold til tidlegare praksis. Dette var det delvis ulike meininger om, men dei fleste svara at det har vore små endringar. Dermed kan ein spørre seg om forbetringa er tilstrekkeleg ettersom at den har hatt små konsekvensar fleire av dei radiologiske avdelingane. Dette kan knyttast opp til utfordringa L2 legg fram med at dei opplever at dei "dreg lasset". Det inneber at deira protokollar i stor grad vert grunnlaget for dei standardiserte protokollane og dermed blir det små endringar hos dei. Dette kan gjere at det manglar gjensidig avhengigheit i nettverket som Schiefloe (2015, s. 88) tek føre seg. Dette kjem eg nermare inn på i kapittel 6.1.5 der eg drøftar vedlikehaldsstrategiar for nettverk.

Eg spurte informantane om dei meinte at kvaliteten hadde endra seg etter oppstarten av nettverket. Det viste seg at informantane var delte i synet på om nettverket har ført til auka kvalitet eller ikkje. Hos dei som opplever at kvaliteten har vorte betre trekk dei fram at det er mindre variasjon på protokollane i helseføretaket, noko Øgar og Hovland (2004) trekk fram som det sentrale trekket ved kvalitetsforbetring. Jacobsen og Thorsvik (2015) seier også at standardisering skal føre til at tenesten er forutsigbar. RG2 seier i sitatet under at ho føler seg tryggare på kvaliteten fordi protokollane har vorte grundig gjennomgått i

standardiseringsprosessen og at ein gjer det likt, slik at ein slepp at undersøkingane må takast om att.

Ja, altså. Eg får jo håpe kvaliteten er betre då. Eg har jo ikkje noko inntrykk av at det har vorte verre. Og vi gjer jo desse forandringane for at det skal bli betre og at kvaliteten skal bli betre. Og eg trur jo det. Eg håpar jo det. Eg må jo seie at eg føler meg jo tryggare på at vi gjer noko som ein kanskje slepp å ta om igjen i alle fall. Eittersom vi gjer det likt. Og at det har blitt gjennomgått såpass grundig som det har blitt gjort. Så føler at vi i vertfall ikkje gjer noko feil (RG2).

Det kjem i intervjuet fram at nokon av protokollane er utarbeida kunnskapsbasert medan andre er erfaringsbasert. Artzen (2015) vektlegg at fagleg kvalitet på tenesten vil seie at det er samsvar mellom arbeidet helsetenesten utfører og kunnskapsbasert praksis. Vidare seier Artzen (2014) at den kunnskapsbaserte praksisen skal vere basert på kunnskap innan forskning, erfaring og brukarmedverknad. Ved standardisering av radiologiske protokollar klarer ikkje eg å sjå den store nytten av brukarmedverknad, men dei to andre punkta forskning og erfaring vil vere sentrale. Det informantane peika på som utfordringar for standardisering av radiologiske protokollar er at faget er dynamisk og at litteraturen ikkje alltid er ferdig diskutert. Då vert det slik at protokollane i stor grad er utarbeida kun på erfaring. Dersom ein skal halde protokollane basert på forskning i tillegg til erfaring fører det til at standardiseringa vil krevje eit stadig vedlikehald som i følge L1 kan verke trøttande for deltakarane. I tillegg peikar dette i retning av at oppgåva kanskje ikkje er forutsigbar (Jacobsen og Thorsvik, 2015, s. 109). Då kan det også diskutast om den er egna for standardisering eittersom standardisering mellom anna er meint å redusere kostnader i beslutnings- og produksjonsprosessen.

Likevel, når standardiseringa vert gjort på tvers av radiologiske avdelingar med eit ulikt pasientgrunnlag, kan det tenkast at behovet for kva som bør standardiserast vere ulikt ved dei ulike avdelingane. Som Jacobsen og Thorsvik (2015) peikar på er det oppgåver ein veit korleis skal løysast og som gjennomførast regelmessig som er ideelle for standardisering. Det som enkelte av informantane peika på, var at dei opplevde nytten av å få tilegna nokon nye protokollar for undersøkingar dei ikkje har hatt protokoll på før.

I rapportane som Hovlid (2014) presenterte kom det fram at pasientar i varierende grad får behandling i samsvar med kunnskapsbasert praksis og at dette kan føre til pasientskader og

dårleg ressursutnytting. Ved radiologiske avdelingar vil dette mellom anna kunne vere at pasientane må ta undersøkingar fleire gangar og dermed risikerar å få ein høgare stråledose. Det at pasientane må ta undersøkinga fleire gangar er dessutan dårleg ressursutnytting. Eg forsøkte å finne ut om deltakarane opplevde at det vart mindre omigjentakning av undersøkingar ettersom det ikkje går an å finne tal på dette i dei radiologiske systema eller avvikkssystema. Dei fleste informantane opplevde mindre omtak av undersøkingar eller i alle fall mindre støy rundt behovet for nye undersøkingar. Dei bemerkar at dei ikkje veit og at det vert "syensing", men at det er opplevinga dei sit igjen med. Mellom anna seier L1 dette:

Eg opplever mindre klaging frå sentrale institusjonar om at dei ikkje kan bruke det vi har gjort, så vi må gjere det på ein anna måte. Det høyrer vi svært sjeldan no, men det var ein gjengangar tidlegare (L1).

Dette kan tyde på at dei standardiserte protokollane har gjort noko med den faglege kvaliteten, i alle fall hos enkelte einingar. Lavelle, Schast og Keren (2015) sin artikkel konkluderar nettopp med at standardisering av pasientforløp kan føre til at ein unngår unødvendige testar. Ein anna ting som kom fram i rapportane Hovlid (2014) presenterte var at det oftast var svikt i systema heller enn kunnskap hos yrkesutøverane som førte til kvalitetssvikt. Når vi ser på kva som fører til at ein del undersøkingar vert tatt på nytt er det mellom anna det at dei private aktørane i stor grad er opptekne av kvantitet framfor kvalitet som mellom anna L1 seier i her: "Vi har jo med oss dei private institutta òg i desse protokollane og dei gjer jo alltid det så raskt og så enkelt som dei får lov til. Fordi dei er opptekne av kvantitet og produktivitet". Dette kan tyde på at det er kvalitetssvikt på systemnivå hos dei private aktørane, sjølv om det til sjuande og sist er radiologane hos dei private aktørane som bestemmer kva protokoll som skal nyttast. Sjølv om radiologane hos dei private aktørane ikkje har "plass rundt bordet" i nettverket har dei altså i praksis stor innflytelse, men som Sørensen og Torfing (2007) peiker på, har organiseringa av nettverk demokratiske implikasjonar. Det er aktørar i det offentlege helsestellet som gjennom nettverket definerar standardar, og desse kan på sikt vise seg å få innflytelse for myndigheita si regulering av private aktører.

Også Arntzen (2014) ser på systemet som ein dimensjon for kvalitet, denne kallar han "leiinga si tilrettelegging for opplevd og fagleg kvalitet". Eg presenterte i tabell 3.1 dømer av kvalitetsaspekt etter Arntzen sine tre dimensjonar av kvalitet. Her såg eg føre meg at saumlaus overføring av pasientar mellom helseføretak, ressursar avsett til tilsette for gjennomføring av fagleg utvikling og like protokollar i heile føretaket kunne vere tiltak leiinga kan gjennomføre

for å tilrettelegge for opplevd og fagleg kvalitet. Ei av målsettingane til prosjektet var saumlaus overføring av pasientar mellom ulike helseføretak. Dette kan gjelde både polikliniske pasientar som til dømes kjem frå private institutt eller det kan gjelde inneliggande pasientar som blir overført mellom helseføretaka ved behov for spesialistbehandling. Begge leiarane eg intervjuar var opptekne av dette punktet og var opptekne av at dette vert lettare ved eit felles RIS/PACS. Som L1 vektlegg her: ”Mogelegheitene er veldig flotte. Dei gir både ein profesjonalitet, samkøying av protokollar som no kjem til å verte mykje lettare når vi skal få felles RIS/PACS alle saman. Vi ser kvarandre sine bilder heile tida”. Eit anna mål i prosjektet var harmonisering av dei radiologiske protokollane, noko som har resultert i opprettinga av faggruppene som gjennomfører standardisering. Dette kan altså sjåast på som eit tiltak på systemnivå for å heve kvaliteten.

Gjennom intervjuar spurde eg kva faggruppene slik dei er i dag er godt egna til og korleis dei eventuelt kunne vore endra. Ved å sjå på svara til desse spørsmåla kan det peike seg ut tiltak deltakarane meiner er gode og som dei meiner burde vore med. Det som vert trekt fram som mogelegheiter eller goder ved arbeidet er at ein får bekrefta at jobben ein gjer er god nok, ein får anledning til å stikke seg fram fagleg på nasjonal plan, nettverket kan nyttast som eit fora for å diskutere funksjonsfordeling og samarbeid med eksterne aktørar, spesielt egna til utarbeiding av retningslinjer og ein har oppnådd eit betra samarbeid med dei private røntgeninstitutta.

6.1.5 Trinn 5 – Følge opp

I trinn 5, som omhandlar *oppfølging*, nemner Kunnskapssenteret tre punkt som relevante i dette stadiet av kvalitetsforbetringa. Det første punktet er *implementering av ny praksis*. For å finne ut om den nye praksisen er implementert spurde eg informantane om dette og tendensen er at dei standardiserte protokollane blir implementerte i avdelingane. I Modell for kvalitetsforbetring (Kunnskapssenteret, 2015) seiast det at forbetringane må byggjast inn i organisasjonen sine system, som i dette tilfellet blir i prosedyrebøkene eller kvalitetshåndbøkene. Nokon av avdelingane oppgir at dette leggst inn med ein gang det er klart, og nokon seier at dei legg til noko ekstra i ein del av protokollane då dei er meint som eit minstekrav. Det kjem fram at implementering av dei standardiserte protokollane kan vere utfordrande i underavdelingar som ikkje har delteke i faggruppene. Det kan tenkast at dette kan komme av problem knytt til vertikal styring. Det regionale helseføretaket er samansett av fleire

helseføretak som igjen har underavdelingar. Etter enhetlig ledelse i 2001 og sjukehusreformen frå 2002 var det omorganisering av leiinga og det vart større organisasjonar som kan tenkast å ha ført til sterkare horisontal og vertikal spesialisering (Jacobsen og Thorsvik, 2015, 107). Ved aukande storleik på organisasjonar vert det også behov for meir formalisering som mellom anna vil innebere standardisering og koordinering gjennom rutiner og reglar. Den sterke formaliseringa gjer også at det er mulig å delegere beslutningar og ansvar (Jacobsen og Thorsvik, 2015, s. 108). Vi kan sjå på sitatet under kva L1 seier om implementering av protokollane hos dei mindre sjukehusa:

Dei mindre sjukehusa føler at dei ikkje får delteke så mykje og ikkje veit kva som skjer også kan implementeringa der kan bli problematisk. Vi forutsatte til å begynne med at dei skulle søke det opp sjølve når dei fekk beskjed om det, men det fungerte dårleg. Og det betyr mykje misnøye. Dei følte at dei vart overkjørt og ikkje hørt då. Så då har vi vore nødt til å vore tydelegare med å oversende prosedyrer og oversende linkar denne websida og klargjere kva det går i og slikt (L1).

Han seier her at dei vart forsøkt med mindre grad av vertikal styring. At dei sjølve skulle ha ansvaret for å søke opp og implementere dei standardiserte protokollane, men at dette ikkje fungerte og at det vart høgare grad av kontroll ovanfrå for å sikre implementeringa, samt eit forsøk på at dei mindre sjukehusa også skulle få delta i noko av standardiseringsarbeidet.

Det andre punktet er *sikring av vidareføring* som Kunnskapssenteret (2015) har peika på som utfordrande. Det anbefalast å fortsette å gjennomføre målingar og drøfte resultatet regelmessig. Her kjem ein tilbake til dette med målsettingane og måleverktøy i prosjektet. Det som blir gjennomført og er planlagt at skal fortsette er gjennomføring av revisjonar. Radiologiske avdelingar må forhalde seg til Strålevernforskriften og Internkontrollforskrifta. Gjennom tilsyn med Statens strålevern, eit organ med tilsynsmynde, vert det sjekka om avdelingane gjennomfører internkontroll. Gjennom det faglege nettverket i billeddiagnostikk klarer avdelingane på ein organisert måte å gjennomføre internrevisjon. Det kan tenkast at dette har vore ein baktanke frå leiinga som sit i nettverksgruppa då dei kan vise til tilsynsmynde at dei gjennomfører fastsette krav som ein finn i internkontrollforskrifta § 4 og i strålevernforskriften § 16.

Eg har også sett på nettverksteori og teori for å vedlikehalde nettverk. Eit nettverk må vedlikehaldast og Schiefloe (2015, s. 88) peikte på tre faktorar som aukar sannsynet for at nettverket vert verande. Den første faktoren er at deltakarane må oppleve kostnaden som lågare enn nytten. I faggruppearbeidet vurderer fire av dei åtte intervjua kostnaden som høgare enn nytteverdien. Dei vurderer nytteverdien til eit gjennomsnitt på 7,25 og kostnaden til eit gjennomsnitt på 6,5. Eg meiner her at deltakarane ser på nytteverdien som relativt høg, men at kostnaden også er høg. Det kan då vere relevant å sjå på kva deltakarane meiner er utfordringar ved faggruppearbeidet for å vurdere om ein kan redusere noko av kostnaden. Det informantane trakk fram som kostnad ved nettverksarbeidet er at tidsbruken er spesielt utfordrande. Det blir trekt inn at faget endrar seg frå år til år, noko som gjer at det blir vanskeleg å henge med og at det blir trøttande for deltakarane. Vidare blir det sagt at det er vanskeleg å prioritere denne typen arbeid framfor anna arbeid i ein pressa kvardag. Det er også utfordrande for nokon av sjukehusa at arbeidet som blir gjort har begrensa effekt på kvaliteten på tenesten dei leverer. Til slutt blir det også presentert at dei ulike maskinene som er i helseregionen, gjer det vanskeleg å standardisere.

Den andre faktoren Schiefloe (2015, s. 88) meiner aukar sannsynet for at nettverket vert verande er at nettverksarbeidet gjev meir enn anna tilsvarende arbeid. Dette har eg i liten grad vore innom i intervjua. L2 er så vidt inne på det når han seier at ein brukte tid på eige kvalitetsarbeid tidlegare, men at det likevel er ein høg kostnad fordi det er mange som skal delta i møtene. Gjerne fysiker i tillegg til radiolog og radiograf.

Den tredje faktoren er at det bør vere semje om kva som er forventningar og forpliktelsar. Her framstår det for meg som at deltakarane ikkje er heilt einige om nettopp dette eller at det kanskje ikkje har vore lagt tydeleg nok fram for dei som deltek i gruppene. Som det kjem fram frå RL1 var det tydeleg at det gjekk med meir tid til faggruppearbeidet enn han ynskja at det skulle. Altså var forpliktelsane for store og resultatet av arbeidet stod ikkje til forventningane ettersom det vart som han sa: *"ein blåkopi av noko som ligg på nettet"*. Han utfordrar dermed det faglege arbeidet som vart gjort med standardiseringa av protokollane. Her kan vi sjå at skjønn som utøvast i standardiseringa er omstridt og at det eksisterar retningslinjer som profesjonelle kan velge å sjå vekk frå desse dersom ein meiner det er faglege forsvarleg (Arntzen, 2014). Bruk av skjønn gir den profesjonelle autonomi men det kan og vere problematisk. Eriksen og Molander (2008, s. 168) peikar på ei utfordring ved at bruk av profesjonelt skjønn har eit element av tilfeldigheit. Ved radiologiske avdelingar, og mellom radiologiske avdelingar, kan radiologane

vere ueinige om kva som er naudsynt å utføre av undersøkingar for ulike kliniske problemstillingar. Samtidig er det slik at dersom det kjem tilsynssaker og radiolog har fulgt retningslinjer til punkt og prikke, er dei framleis ansvarlege for pasienten og dei kan ikkje stille seg bak retningslinjene dersom desse vart feil for aktuelle pasient. Bruk av skjønn styrast altså gjennom å stille behandlingsansvarlege til ansvar og inneber at ein beslutningstakar kan måtte forklare sine handlingar ovanfor eit forum som har sanksjonerande mynde (Eriksen & Molander, 2008). Gjennom nye offentlege styringsformer har eksterne kontrollar og målstyring vore med på å redusere den profesjonelle autonomien (Grimen, 2008, s. 155). Nettverket for standardisering av protokollar spelar på lag med dei nye offentlege styringsformene og det ser ut til å vere ein arena der den profesjonelle autonomien hos enkelte aktørar vert styrka, men ikkje alle er fagleg einige om slutningane som fattast her og dei velger i enkelte tilfelle å sjå vekk frå desse når dei meiner dei står i konflikt med det som er fagleg mest hensiktsmessig.

Fleire av deltakarane seier at det kunne vore gjort ei vurdering på kva som er naudsynt å gjennomgå i faggruppene. Nokon er også inne på det å redusere detaljstyringa og nokon meiner at ein burde bli meir kritiske til kva som skal standardiserast. L2 sa at han hadde fått tilbakemeldingar frå deltakarane om tidsbruken på prosjektet og sa vidare at det var vanskeleg å oppmuntre eigne tilsette om å vere med når arbeidet har begrensa effekt på kvaliteten i deira eining. Altså blir det eit skilje mellom forventningar og forpliktelsar eller det deltakarane ynskjer at prosjektet skal gi til eiga eining og kva dei legg ned av arbeid. L2 seier at det opplevast som at dei sit i ein del møter der dei "dreg lasset". Altså at dei kjem inn i møta med forslag og løysing til korleis protokollen skal køyrast fordi dei allereie har gjort ein jobb med kvalitetsarbeidet. Då blir det slik at nokon får meir igjen for desse møta enn andre gjer. L1 vektlegg nettopp dette at det er lettare for dei små sjukehusa å fungere som observatørar heller enn deltakarar i faggruppene og at dette burde unngåast, fordi det er viktig at ein bidreg med noko inn i gruppene. Dette stemmer nok godt når ein ser på kva Schiefloe (2015, s. 88) seier om vedlikehald av nettverk. Han vektlegg der at for å halde relasjonen stabil så må aktørane vere avhengige og sensitive for kvarandre. For deltakarane som då "dreg lasset" vil dei nok føle at dei ikkje er avhengige av dei andre aktørane. Dei mindre sjukehusa kan kanskje sjåast på som dei som ikkje "dreg lasset" og dermed er dei som får mest igjen for møteaktiviteten. På samme tid blir forpliktelsane for dei små sjukehusa større då dei har mindre grunnbemanning, men må avsjå like mange radiologar og radiograf til deltakelse i faggruppemøta. RL2 peika på at ein av fordelane med å komme med i nettverket var at nokon andre gjorde jobben på protokollane som dei ikkje brukte så mykje, og hadde då heller ikkje lagt mykje arbeid ned i

protokollføringa. L2, RL1 og RL2 var inne på dette med at det blir meir krevjande for dei små sjukehusa å frigjere tid fordi dei er færre legar.

Spesielt den første og tredje av dei tre faktorane til Schiefloe (2015) kan tenkast å verte ei utfordring for faggruppearbeidet. Moment som kan vere med på å auke sannsynet for at nettverket blir verande kan vere klargjering av kva som er forventningane og forpliktelsane til deltakarane. I tillegg vil det vere interessant om ein kan klare å redusere deltakarane si oppleving av kostnaden ved prosjektet.

Informantane som var leiarar rangerte også nytte og kostnad av nettverksgruppa i tillegg til rangeringa av faggruppene. Her kom det fram at nettverksarbeidet var vurdert til høgare nytte og lågare kostnad enn faggruppene og kan dermed tenkast å ha betre forutsetning for vidareføring. L2 grunnla den låge kostnaden med at møteaktiviteten ikkje var for ofte, samt at han opplevde det som lettare å fristille eiga tid som leiar til deltaking i denne typen arbeid. Det vert meir utfordrande i faggruppene der ein skal ta radiologar og radiografar ut av normal drift og arbeidet ute i avdelingane må framleis gå sin gang. Nytteverdien av nettverket vart rangert til 8,5 av begge leiarane. Kostnaden vart rangert til 3 av L1 og til "låg" av L2. Ergo kan ein sjå at differansen mellom desse er noko større enn rangeringa av faggruppene.

Det tredje punktet under *følge opp* er å *dele erfaringane med forbetringa*. Dette anbefalast for å sikre at ein oppnår felles læring. Det begge leiarane eg intervjuar påpeika var at ein kan skille seg ut fagleg ved å dele dei standardiserte protokollane hos Kunnskapssenteret. Dette gjer at andre kan nytte seg av arbeidet som er gjort i tillegg til at eigen organisasjon stikk seg fram fagleg. Det å stikke seg fram fagleg er viktig i nettverk der rykte og uformell evaluering er ein spesielt sentral ressurs (Bouckhaert, Peters og Veroest 2010, s. 35). Når nettverket står samla og produserar protokollar for Kunnskapssenteret opplever dei også den symbolske relasjonsnyten (Schiefloe, 2015). Relasjonsnyten *symbol* handlar om at ein kan oppnå prestisje eksternt, samstundes er det å vere ein del av ei gruppe med på å bygge identitet og bekrefte eit *vi* som har felles verdiar og nytteverdi for samfunnet. Det radiologiske miljøet i det regionale helseføretaket vert med nettverket større og andre radiologiske miljø i landet ser at ei gruppe har fått til å standardisere radiologiske prosedyrer og dei kan dermed la seg inspirere til å sette i gang i eiga eining med det same arbeidet. Også for styret i det regionale helseføretaket som ynskja at eit slikt arbeid skulle settast i gang, vil dette gjev ein omdømmevinst. Også artikkelen

til Lavelle, Schast og Keren (2015) seier at fullføring av eit arbeid bør feirast og bidragsyterane bør krediterast.

6.1.6 Oppsummering standardisering i lys av modell for kvalitetsforbetring

Ved å organisere diskusjonen av funna i studien ut frå Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring, har eg diskutert om nettverksdeltakarane opplever endring i kvalitet på tenesten dei leverer, om nettverksarbeidet er godt forankra i dei radiologiske avdelingane, korleis nettverksdeltakarane opplever nytte og kostnad ved standardisering og kva nettverksdeltakarane meiner er moglegheit og utfordringar ved standardiseringsarbeidet.

Prosjektet var eit prosjekt som i hovudsak var initiert ovanfrå og ned, men det ser også ut til at deltakarane opplevde eit visst behov for forbetring mellom anna på grunn av praksisen hos dei private røntgeninstitutta og at praksis for kvalitetsforbetring i nokon av dei radiologiske avdelingane var lite kontinuitet i. Informantane rangerte nytteverdien av nettverket til 7,25, altså nokså høg nytteverdi, sjølv om det blir trekt fram at noko av standardiseringa nettverket gjer har låg nytteverdi. Prosjektet har utfordringar med forankringa på grunnlag av at det ikkje blir sett av tid til førebuing og deltaking i møta, samt at mindre avdelingar som er tilknytta dei større avdelingane og dei private institutta ikkje får ”plass rundt bordet”.

Intervjumaterialet gjev inntrykk av at det ikkje er gjort kartlegging av behov og dagens praksis då det kjem fram at protokollane i avdelingane stort sett har gjennomgått små endringar etter standardiseringa. Det viser seg også at maskinparken i det regionale helseføretaket samansett av ulike maskiner frå ulike leverandørar, og det gjer at ein må gjennomføre lokale tilpassingar uansett. For å kontrollere den faglege kvaliteten anbefaler Kunnskapssenteret sin modell at ein kan sjekke i kva grad ein nyttar seg av dei standardiserte protokollane. Dette gjer prosjektet gjennom internrevisjon, men dette er ikkje uproblematisk då nettverket ikkje har mynde til å styre dei radiologiske avdelingane og det er framleis radiologane med sitt faglege skjønn som sit som ansvarlege for pasienten. Ein slik type måling vil dessutan seie meir om strukturkvaliteten enn om prosesskvaliteten.

Informantane var delte i om dei meinte at kvaliteten på tenestene hadde endra seg etter nettverksgruppa var i gang med standardiseringa. Nokon av deltakarane trekk fram at det var mindre variasjon mellom einingane og dermed betra kvalitet. Informantane meinte i tillegg at

det kan ha vorte eit mindre behov for omigjentaking av undersøkingar og dermed betra kvalitet ettersom det vert mindre stråledose til pasienten og betre ressursutnytting.

Implementering av dei nye protokollane skjer i stor grad, men det er som sagt utfordringar knytt til dei mindre avdelingane som ikkje har fått delteke i arbeidet. Vedlikehaldsstrategiar for nettverk seier at deltakarane i nettverket bør oppleve nytten som større enn kostnaden. I dette nettverket rangerte informantane nytten og kostnaden til henholdsvis 7,25 og 6,5. Det betyr at kostnaden er nesten like stor som nytten og det kan tenkast at dette vil verte ein trussel for nettverket. Ein anna faktor innan vedlikehaldsstrategi er at det må vere samsvar mellom forventningane og forpliktelsane til nettverksdeltakarane. Det viser seg at informantane opplever at forpliktelsane er store fordi det kostar mykje tid. Dette merkar spesielt dei små sjukehusa som har ei mindre grunnbemanning, men må avsjå like mange til møteverksemd. På samme tid kan det også sjå ut til at dei mindre sjukehusa "får meir gratis" då dei store sjukehusa er dei som ofte "sit med fasiten".

For å sørge for læring deler nettverket dei protokollane som er utarbeida kunnskapsbasert med Kunnskapssenteret og dette kan vere med å auke den symbolske relasjonsnyten, samt at det gjev ein omdømmegevinst.

6.2 Samarbeid og standardisering på tvers av organisasjonar

I dette delkapittelet ser eg på moment som har komme opp på bakgrunn av at standardiseringa føregår på tvers av ulike radiologiske avdelingar, nemleg faktorar knytt til samarbeid. Sjølv om standardiseringa føregår på tvers av organisasjonar er ikkje det gitt at denne formelle ordninga eller organisasjonsstrukturen automatisk fører til betre kvalitet i helsetenesta (Bukve, 2014, s. 191). Måseide (2008) tek føre seg interaksjon og seier at forholdet mellom dei ulike aktørane, måten dei snakkar på, formuleringar og forhandlingar spelar ei rolle for korleis det medisinske problemet løysast. Forholdet mellom dei ulike aktørane, måten dei snakkar på, formuleringar og forhandlingar spelar ei stor rolle for korleis det medisinske problemet løysast. I Måseide si forklaring av kva samhandling er vektlegg han altså at ein kan forvente ei forhandling eller potensiell usemje mellom profesjonelle aktører som interagerer, og dette er ikkje inkludert i Kunnskapssenterets modell.

Organiseringa eller koordineringa som er nytta her som eit verktøy for kvalitetsforbetring er standardisering gjennom eit nettverk bestående av aktørar frå fleire radiologiske avdelingar. Schiefloe (2015) seier at det er vanleg å opprette partielle nettverk for å få gjennom prosessar. Noko som også er tilfelle i dette prosjektet. RL1 seier noko interessant om dette då han vektlegg at det er ein voldsom "drive" for å få protokollar gjennom standardiseringsprosessen. Vidare seier han at ein får gjort mange ting i desse møta, så dei er effektive. Men han stiller spørsmål ved om fokuset er rett. Det arbeidet som er utretta i faggruppene rapporterast til nettverksgruppa og der ser ein at protokollar har vorte standardiserte, men det kjem fram frå fleire av deltakarane at ein del av møta kjennast lite konstruktive. Som eg har vore inne på tidlegare får ein altså mål på strukturkvaliteten heller enn prosesskvaliteten.

Schiefloe (2015, s. 241) seier at kartlegging og analyse av nettverk kan vere spesielt nyttig for mellom anna organisasjonsutvikling. Han seier vidare at dersom ein forstår korleis nettverka er bygd opp og fungerer så kan ein betre samarbeidet og få til meir læring og erfaringsoverføring. Erfaringsoverføring og betra samarbeid er noko fagleg nettverk i billeddiagnostikk er ute etter å oppnå. Schiefloe (2015) seier at innsikt i partielle nettverk i helsevesenet kan gi informasjon om sjukdomspreiing, maktkonstellasjonar og uformelle alliansar. Eg har derfor vore interessert i å finne ut korleis deltakarane opplever samarbeidet i nettverket og går nermare inn på dette i dei neste avsnitta.

6.2.1 Kven når gjennom med egne meiningar i faggruppene?

Gjennom intervjuet gjorde eg forsøk på å undersøke om dei nådde gjennom med egne meiningar i nettverket for billeddiagnostikk og kven som var dei som nådde oftast gjennom. Dei fleste av informantane meinte at dei nådde gjennom eller delvis nådde gjennom med egne meiningar i faggruppemøtene.

Det kan verte konflikter når faglitteraturen ikkje er ferdig med diskusjonen om kva som er beste praksis. Artikkelen til Isaksen, Ågotnes og Fagertun (2018) peikar også på at innovasjon i tenestene er ei utfordring for standardisering.. Noko som kan vere eit problem i radiologien då faget er i stadig teknologisk utvikling. Deltakarane opplever då at det ikkje finns ein fasit, og at det kan vere ulike meiningar om kva som er den beste løysinga. Beslutninga kan då bli gjort ved at handsopprekking eller den som "ropar høgst" får gjennomslag. Når det er usemje i gruppa

og den som ropar høgst får gjennomslag kan det knyttast til maktbasen som omhandlar personlege ressursar (Jacobsen og Thorsvik, 2015). Ein ressurs som er knapp er tid og det varierar mellom informantane kor mykje av arbeidstida sin dei investerar i nettverket. Dersom radiologane stilte førebudde, så opplevde dei oftare å få gjennomslag for si meining. I dette ligg det at dei som ”ropte høgt” gjerne er personar med kunnskap, informasjonstilgang, sosiale ferdigheiter, retoriske ferdigheiter og personleg utstråling.

Både radiologane og radiografane meinte at det var radiologane som burde ha mest å seie i desse møtene. Dette kan knyttast til maktbasen som omhandlar kontroll over arbeidsoppgåver. Dette kjem av at radiologane sit med den spesielle kunnskapen som skal til for å bestemme korleis ei radiologisk undersøking skal køyrast. Ettersom radiografane også meiner at det er radiologane som burde ha mest å seie i desse møtene kan ein seie at det er legitim makt eller autoritet det er snakk om (Jacobsen og Thorsvik, 2015). Profesjoner har makt fordi dei rår over kunnskap andre ikkje har (Eriksen & Molander, 2008, s. 161), og radiologane sit med kunnskap som radiografane ikkje har. Mellom dei to yrkesgruppene ser det ut til å være et hierarki som begge parter aksepterer som legitim, og radiografane i studien utfordrar heller ikkje kvarandre sin profesjonelle kunnskap, slik vi har sett at radiologane kan gjere.

I eit idealtypisk nettverk er tillit ein viktig ressurs og det finns små muligheter for å utøve makt ovanfrå-og-ned (Røiseland og Vabo 2016, s. 96). Dersom ein ser på informantane sine opplevingar av det faglege nettverket i billeddiagnostikk ser ein at leiinga både søker i bygge tillit og gjer forsøk på å utøve makt som ikkje sjåast som legitim av alle deltakarane i nettverket. Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 177) seier at legitim makt er makt som vert oppfatta som rett av dei som vert utsett for den. Dersom leiinga har autoritet i eit nettverk kan leiinga oppleve at den ikkje vert møtt med motstand, sjølv om det kan vere usemje. I nettverket for standardisering av protokollar er det usemje. Det er ikkje slik at berre ein aktør har evne til å overvinne motstand for å oppnå eit mål eller resultat (Jacobsen og Thorsvik, 2015, s. 167). Fleire partar har makt til å få det slik dei vil og ikkje alle radiologane rettar seg etter samtlege av nettverket sine anbefalingar. Dette er i tråd med Måseide (2008) si forklaring av kva samhandling er når han vektlegg at ein kan forvente ei forhandling eller potensiell usemje mellom profesjonelle aktører som interagerar.

Eit døme på dette kjem frå eininga som bevisst har valgt å sjå vekk frå ein av protokollane, då dei meiner at eigen praksis er meir fagleg forsvarleg. RL1 seier i sitatet under at ein har vore

skeptiske til deltakelse av fleire grunnar. Det gjeld mellom anna at ein til dels har vorte ”overkjørte” i nokon av faggruppene, der ein har vore ueinige i kva som har vorte beslutta.

Vi har jo vore generelt skeptiske då på grunn av ressursbruken og at ein til dels har vorte overkjørt kanskje i enkelte faggrupper. Og at ein har vore direkte uenig i ein del beslutningar som er tatt. Samt at retningslinjer ikkje er juridisk bindande, og det framleis er vi som har det faglege ansvaret. For den drifta vi har. Så eg føler jo det at på ein måte at folk blir litt lei når det er så omfattande, så mange møter, fordelt på så få personar. Så er folk litt sånn... Sukkar litt og, ja, ”nok ein gang” liksom. Og at det aldri tar slutt då. Så det er litt motstandføler eg (RL1).

I forbindelse med revisjonsrunde opplevde RL1 å få avvik knytt til kontrastbruk på enkelte undersøkingar. Han vektlegg at dette avviket ikkje er så viktig fordi faggruppa ikkje har sanksjonerande myndigheit. Han opplevde at gruppa reviderte på ”flisespikkeri” og at det ikkje spelte noko rolle med avvika fordi det er radiologen som sit med det faglege ansvaret for pasienten. I dette ligg det fleire interessante faktorar. Det eine er at avdelinga opplever at det vert gjort forsøk på utøving av makt gjennom høg grad av styring og kontroll. Det andre er at RL1 snakkar om *accountability*, eller ansvarleggjeri. Dette begrepet har oppstått på grunn av skjønnsbruk hos profesjonsutøvarar og er ein metode for å styre bruken av skjønn saman med kontroll og tilsyn. Her handlar *accountability* om at radiologen seier at det er han, eller avdelinga, som står som fagleg ansvarleg for pasienten dersom ein skal måtte forklare seg for eit forum som har sanksjonerande mynde (Eriksen og Molander, 2008), noko fagleg nettverk for billeddiagnostikk ikkje er. Likevel kan nettverket sjåast på som eit svar til performance *accountability*. Målet med nettverket er operasjonalisering med målstyring og evidensbasering, og dermed kan nettverket vere med på å få den profesjonelle autonomien svekka (Grimen, 2008, s. 155). Håland og Melby (2017) har i sin artikkel sett på helsepolitiske talar og sett på diskursen der. Dei snakkar om individualisering og standardisering som komplekse og samansette begrep som framstår som motstridande ved første augekast. Det er altså slik at pasientar og skal få individuelt tilpassa tenester, noko som er ei utfordring for standardiseringa, men styrkande for legane sin autonomi.

6.2.2 Virtuelle nettverk

Som Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 287) tek føre seg gjev IKT-løysingar rom for nye kommunikasjonskanalar til dømes som den asynkrone kommunikasjonskanalen Skype. Denne typen løysing gjev mogelegheiter for standardiseringsarbeid på tvers av radiologiske avdelingar. Dette gjer at faggruppene kan ha regelmessige møter, utan at ein er avhengige av deltakarane samlast fysisk. Dette gjer igjen at ein kan oppleve mindre kostand med standardiseringsprosjekt på tvers av organisasjonar fordi det fører til mindre tidsbruk og mindre ressursar til samlingslokale og reiser. Dette gjeld spesielt når møtene føregår i ein organisasjon der IKT-systema allereie er etablerte. Denne typen møteorgansiering fører også med seg nokre utfordringar og informantane peika på nokon av desse i intervju. Det fram at det kunne opplevast utfordrande å nå gjennom på grunn av den praktiske gjennomføringa av møtene over Skype. Det å uttale seg over Skype kan vere utfordrande og at dei til dels opplevde å vere avhengig av å bli gitt ordet og at ein mista den nonverbale kommunikasjonen. Både RG1 og RG2 meinte det kunne vere utfordrande å bryte inn i møtet over Skype. Dette kan komme av at nokon virtuelle grupper kan fungere dårleg fordi deltakarane ikkje kjenner kvarandre frå før og det ikkje finns grunnleggjande tillit mellom deltakarane (Jacobsen og Thorsvik, 2015, s. 288). Virtuelle grupper kan vere sårbare for konflikter og dei kan framstå som fragmenterte då det kan vere vanskeleg å skape eit sterkt samhold. Under fleire av spørsmåla mine opplevde eg at svara ikkje var eintydige og at det var prega av ulike meiningar hos dei ulike radiologiske avdelingane. Eg presenterte også korleis dei ulike avdelingane rangerte nytte og kostnad i figur 5.2. I denne figuren kan vi sjå at det svingar mellom avdelingane om dei opplever nytten som større enn kostnaden, og vi kan dermed seie at gruppa kan oppfattast som noko fragmentert på kva dei meiner om faggruppene. Schiefloe (2015) skriv at ein med godt nettverksvedlikehald tenker i vi-form, men ifølgje informantane er det ikkje eintydig slik i det virtuelle nettverket for billeddiagnostikk. Om sosialpsykologisk inspirerte teoriar om nettverksvedlikehald har realistiske forventningar til kor einheitleg og integrert eit nettverk i eit sterkt politisert helsevesen kan bli, er ei anna sak.

6.2.3 Ei større kontaktflate

Det er likevel ikkje slik at nettverket gjennomgåande pregast av fråver av eit "vi". Eit moment som vart trekt fram frå fleire av informantane og som kan styrke opplevinga av eit "vi" var at det no var lettare å ta kontakt med dei andre avdelingane for hjelp fordi dei visste kven dei skulle snakke med og kven dei var. Det vil seie at det har oppstått relasjonar med nettverket som arena. Ein kan seie at nettverket har ført til ein relasjon mellom dei ulike avdelingane.

Nettverket kan plasserast innanfor ein virtuell produksjonsallianse då det handlar om at fleire radiologiske avdelingar samarbeider om felles leveransar (Schiefløe, 2015, s. 238). RG4 var inne på at ein får forståing for korleis dei andre radiologiske avdelingane arbeider, noko som kunne vere interessant fordi ein til dels arbeider med ulike pasientgrupper. Nettopp det at ein får kjennskap med kvarandre og dermed utnytte fordelane som ligg i komplementær kompetanse og kapasitet vert peika på som ein av grunnane til at bedrifter, eller avdelingar, vert med i slike relasjonar. Både L1 og L2 var også inne på dette. Dei vektla at nettverksgruppa som dei sat i gav spesielle mogelegheiter til samarbeid. L2 sa dette:

Det handlar jo om funksjonsfordeling også. Det er jo klart at det er store sjukehus og mindre sjukehus som sitter i nettverket. Når det var snakk om standardisering av bildediagnostikk i forhold til hjerneslag. Så er det jo klart at det forslaget som vart lagt fram der er jo for eksempel slik vi gjer det i dag og det var ei endring som var ynskja på frå eit anna sjukehus, men som dei små sjukehusa ikkje ville godkjenne over natta fordi dei ikkje har den kompetansen til å gjere den type perfusjonsundersøking heile døgnet. Sånn at det på sikt kan vere eit diskusjonsforum for å sjå på det. Skal på ein måte vi som har nevroradiolog er det nok felles vaktssystem som kan brukast no som vi skal over på eit felles RIS/PACS. Så vil jo det vere ein plass der ein sånn diskusjon kan begynne (L2).

Her poengterar han nettopp at ein sit med ulik kompetanse i dei ulike helseføretaka og dermed på sikt kan nytte seg av ei felles vaktordning. Spesielt også no når dei ulike radiologiske avdelingane skal inn på samme RIS/PACS. Det at nokon av sjukehusa er mindre, gjer at dei er meir sårbare for spesialundersøkingar som ein gjerne også må gjennomføre på vakttid og ein kan dermed nytte seg av dei større sjukehusa for at pasienten skal få det same uansett kvar den undersøkast, altså ein jamnare kvalitet.

Oppsummert har eg i drøftinga diskutert dei empiriske funna i lys av teori, kunnskapsstatus og mi eiga forforståing. Ved å organisere drøftinga etter Kunnskapssenteret sin modell for kvalitetsforbetring har eg først drøfta om nettverksdeltakarane opplever endring i kvalitet på tenesten dei leverer, kort godt nettverksarbeidet er forankra i dei radiologiske avdelingane, korleis nettverksdeltakarane opplevde nytte og kostnad ved standardisering og kva nettverksdeltakarane meiner er mogelegheiter og utfordringar ved standardiseringsarbeidet. Denne modellen gjev drøftinga ein kronologisk struktur og nokre normative standardar å diskutere funna ut frå. For å analysere funna har eg òg nytta teoriar som ikkje gjev oppskrifter,

men som tilbyr deskriptiv hjelp til forståing og forklaring av dei opplevingane informantane skildrar. Eit sentralt forskingsspørsmål som Kunnskapssenteret sin modell for kvalitetsforbetring ikkje kunne hjelpe meg med å drøfte er om nettverksdeltakarane opplevde at samarbeidet mellom avdelingane i helseføretaket har endra seg gjennom standardiseringa. Derfor har dette fått eit eige avsnitt til slutt.

7 KONKLUSJON

I denne studien har eg forsøkt å kaste lys over standardisering som verktøy for kvalitetsforbetring gjennom å studere eit fagleg nettverk i billeddiagnostikk. Eg har i hovudsaka nytta meg av Kunnskapssenteret sin modell for kvalitetsforbetring for å kunne forklare noko om deltakarane i nettverket opplever standardiseringa av radiologiske protokollar. I dette kapitlet sorterar eg delkapitla etter forskingsspørsmåla mine og forsøker å gi ei oppsummering på kva eg har funne i arbeidet med empiri og teori.

7.1 Endring i kvalitet?

Det kan sjå ut til at nettverksdeltakarane i ulik grad opplever endring i kvaliteten etter oppstarten av nettverket. Det vart trekt fram av dei som meinte at kvaliteten hadde betra seg at det var mindre variasjon i protokollane mellom dei radiologiske avdelingane, noko som også samsvarar med Øgar og Hovland (2004) si meining om at redusert variasjon vil gi ei betring av kvalitet. Dette heng også saman med standardisering – som skal føre til mindre variasjon og gjere tenesten meir forutsigbar.

Under intervjua fann eg at nokon protokollar utarbeidast kunnskapsbasert og nokon utviklast erfaringsbasert. Dette fell innanfor Artzen (2014) sin dimensjon av kvalitet som omtalar fagleg kvalitet. Protokollane som då er kunnskapsbaserte kan seiast å ha ein betra kvalitet, men dette er eit arbeid som krevjer mykje ressursar frå avdelingane og vil kreve eit kontinuerlig vedlikehald. Dette kan gå utover deltakarane sitt ynskje om å delta i denne typen arbeid og dermed vere ei utfordring for vedlikehaldet av nettverket (Schiefløe, 2015).

Leiinga i dei radiologiske avdelingane er dei som har initiert til nettverksarbeidet og kan dermed seie at dei forsøker å betre den faglege og opplevde kvaliteten som Arntzen (2014) tek føre seg. Det er likevel interessant at ein kan sjå at det ikkje vert avsett tid i avdelingane til nettverksarbeidet og at deltakarane må finne tid sjølve. Ved å opprette nettverket har ein noko

meir handfast mot dei private institutta som kan sjå ut til å ha hatt eit fokus på kvantitet og produktivitet framfor kvalitet, som gjer at ein del undersøkingar som dei har gjennomført, må takast på nytt. Dette meiner informantane at kan ha betra seg etter oppstarten av nettverket.

7.2 Nettverket si forankring i dei radiologiske avdelingane

Informantane viste stort sett vilje til å delta i faggruppemøtene, men at det er tidkrevjande. Det var ei av avdelingane som skilte seg ut og var noko skeptiske til deltakelse og begrunna dette mellom anna med at det er tidkrevjande og at dei var vorte "til dels overkjørte" i enkelte av faggruppene der ein ikkje har vore einig i det som har vorte beslutta. Når avdelinga då vert revidert og får avvik på at ein ikkje følger dei standardiserte protokollane, føler gjerne avdelinga at det er eit press "ovanfrå-og-ned" og sit likevel med det fagleg ansvaret for pasienten og må svare for seg om det vert tilsyn frå organisasjonar med tilsynsmynde.

Som nemnd over seier informantane at dei i lita grad får avsett tid til å delta i eller førebu seg til faggruppene noko som er utfordrande for forankringa og kan føre til at deltakarane opplever kostnaden som høgare fordi den går ut over andre prekære arbeidsoppgåver (Kunnskaps-senteret, 2015).

Informantane forklarte at dei standardiserte protokollane i stor grad vart implementerte i dei radiologiske avdelingane. Kun avdelinga som var skeptisk til deltakelse hadde valgt å sjå vekk frå nokon få punkt av det som var standardisert. Ei anna av avdelingane sa at dei gjorde ofte noko ekstra i forhold til det som var bestemt i faggruppene fordi dei meinte at dei hadde "lagt seg ned" på kvaliteten etter standardiseringa, då protokollane som er standardiserte er nokså generelle og meint som eit minstekrav. Det at nokon av dei mindre avdelingane ikkje deltok i nettverksmøta har ført til nokon utfordringar rundt implementering av protokollar.

7.3 Nytte og kostnad

Når informantane rangerte nytteverdien og kostnaden av faggruppearbeidet frå 1 til 10 (1 var låg nytte/kostnad og 10 var høg nytte/kostnad) kom ein ut med eit gjennomsnitt på 7,25 for

nytte og 6,5 for kostnad. Dette er interessant fordi nettverk er relativt lett oppløselige og det vert av Schiefloe (2015) sagt at dersom ein vil holde på eit nettverk bør aktørane i nettverket oppleve nytteverdien som større enn kostnaden.

Eit anna interessant moment med dette er at ein av informantane sa at det var vanskeleg å sette eit tal på nytteverdien fordi den var så varierende, at den kom heilt an på kva protokollar ein standardiserte om det hadde høg eller låg nytteverdi. Ho vektla at protokollar for til dømes kreftpasientar som kjem til repeterande undersøkingar med repeterande stråledose er veldig nyttige å standardisere, medan protokollar som nyttast av lokale ortopedar gjev låg nytteverdi.

7.4 Samarbeid på tvers av radiologiske avdelingar

Virtuell organisering har gjort at ein har mogelegheit til å samlast utan for stor ressursbruk i form av reisekostnad og tidsbruk, men det er også nokre utfordringa knytt til dette (Jacobsen og Thorsvik, 2015). Det var fleire personar som var samla på eit av sjukehusa også koblar dei andre sjukehusa seg til over Skype. Det som informantane peikar på er at ein mister den non-verbale kommunikasjonen og at det kan vere vanskeleg å bryte inn i samtalen slik at ein då til ei viss grad er avhengige av å bli gitt ordet.

Når det gjeld kven som når gjennom med meiningane sine, seier dei fleste at dei nådde gjennom med egne meiningar, men også at det er dei som ”ropar høgst” som får mest gjennom. Dei anna moment som avgjorde om ein nådde gjennom, var om ein var førebudd til møta. Det å ”rope høgt” kan handle om maktbasen personlege ressursar. Radiologane var dei som var ansett til å ha mest dei skulle sagt, dette var både radiografane og radiologane einige om. Det at radiologane var ansett til å ha mest makt kan komme av maktbasane som omhandlar kontroll over informasjon og kontroll over arbeidsoppgåver (Jacobsen og Thorsvik, 2015). Det kunne vere utfordrande å fatte ei beslutning i gruppa når litteraturen ikkje var ferdig med diskusjonen og det kunne då oppstå konflikter mellom radiologane.

Radiografane opplevde at dei fekk ei større kontaktflate, medan radiologane opplevde eiga kontaktflate som lik på grunn av at dei har vore på ulike sjukehus gjennom spesialiseringa. Ein radiograf var inne på at ein får forståing for korleis dei andre radiologiske avdelingane arbeider,

noko som kunne vere interessant fordi ein til dels arbeider med ulike pasientgrupper. Nettopp det at ein får kjennskap med kvarandre og dermed utnytte fordelane som ligg i komplementær kompetanse og kapasitet vert peika på som ein av grunnane til at bedrifter, eller avdelingar, vert med i slike relasjonar (Schiefløe, 2015).

7.5 Mogelegheiter og utfordringar

Oppsummert seier deltakarane at tidsbruken er spesielt utfordrande. Det blir trekt inn at faget endrar seg frå år til år, noko som gjer at det blir vanskeleg å henge med og det blir trøttande for deltakarane. Vidare blir det sagt at det er vanskeleg å prioritere denne typen arbeid framfor anna arbeid i ein pressa kvardag. Det er også utfordrande for nokon av sjukehusa at arbeidet som blir gjort har begrensa effekt på kvaliteten på tenesten dei leverer. Til slutt blir det også presentert at dei ulike maskinene som er i helseregionen, gjer det vanskeleg å standardisere.

Det som vert trekt fram som mogelegheiter eller goder ved arbeidet er at ein får bekrefte at jobben ein gjer er god nok, ein får anledning til å stikke seg fram fagleg på nasjonalt plan, nettverket kan nyttast som eit fora for å diskutere funksjonsfordeling og samarbeid med eksterne aktørar, nettverket er spesielt egna til utarbeiding av retningslinjer og ein har oppnådd eit betra samarbeid på tvers av avdelingane og med dei private røntgeninstitutta.

Eg starta oppgåva med dette sitatet av Diane Halbig: “Networking is an investment in your business. It takes time and when done correctly can yield great results for years to come”. Så vil det vise seg då, om nettverket vil føre til store resultat i framtida. Informantane meiner i alle fall at nettverket har mange mogelegheiter, men at det også eksisterar utfordringar som kan takast fatt i.

KJELDER

- Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten : arbeidsglede og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bouckaert, G., Peters, B. G., & Venhoerst, K. (2010). *The Coordination of Public Sector Organizations. Shifting patterns of Public Management*: Palgrave macmillan.
- Bukve, O., & Kvåle, G. (Red.) (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforl.
- Cross, R. & Parker, A. (2004). *The Hidden Power of Social Networks: Understanding how Work Really Gets Done in Organizations*. Boston.
- Cross, R. & Thomas, R. J. (2009) . *Driving Results Through Social Networks. How Top Organizations Leverage Networks for Performance and Growth*. San Francisco.
- Eriksen, E. O., & Molander, A. (2008). Profesjon, rett og politikk. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier*.
- Folkehelseinstituttet. (2015). Modell for kvalitetsforbedring. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Grimen, H. (2008). Profesjon og profesjonsmoral. I A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier*.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2013). *God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. (Meld. St. 10 (2012-2013)). Henta frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/sec1>
- Håland, E., & Melby, L. (2017). *Individualisert standardisering? Norsk sosiologisk tidsskrift*, 1(5), 380-398. doi:10.18261/issn.2535-2512-2017-05-03 ER
- Internkontrollforskriften. (1996). Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (FOR-1996-12-06-1127). Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127>
- Isaksen, J., Ågotnes, G., & Fagertun, A. (2018). Spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(02), 143-152. doi:10.18261/issn.2387-5984-2018-02-10
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2015). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.

- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2012). *At skabe en professionel : ansvar og autonomi i velfærdsstaten*. København: Hans Reitzels forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lavelle, J., Schast, A. & Keren R. (2015). Standardizing Care Processes and Improving Quality Using Pathways and Continuous Quality Improvement. *Current Treatment Options in Pediatrics*. 347–358. <https://doi.org/10.1007/s40746-015-0026-4>
- Helsefortaksloven. (2001). Lov om helseforetak m.m. (LOV-2001-06-15-93). Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Mintzberg, H., & Westley, F. (1992). Cycles of organizational change. *Strategic Management Journal*, 13(S2), 39-59. doi:10.1002/smj.4250130905
- Molander, A., & Eriksen, E. O. (2008). Profesjon, rett og politikk. Oslo: Universitetsforl., cop. 2008.
- Måseide, P. (2008). Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier*.
- Røiseland, A., & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring : governance på norsk*. Bergen: Fagbokforl.
- Schiefloe, P. M. (2015). *Sosiale landskap og sosial kapital : nettverk og nettverksforskning* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Sørensen, E., & Torfing, J. (2007). *Theories of democratic network governance*. Basingstoke: Palgrave Macmillian.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Øgar, P., & Hovland, T. (2004). *Mellom kaos og kontroll : ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Øvretveit, J. (1992). *Health service quality : an introduction to quality methods for health services*. Oxford: Blackwell.

VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE FAGGRUPPEDELTAARAR

| | Hovudspørsmål/tema: | Aktuelle oppfølgingsspørsmål: | Teori: |
|---|--|--|---|
| 0 | Kva er rolla di i prosjektet? | <ul style="list-style-type: none"> • Leiar, radiograf, radiolog? • Har du vore med lenge i prosjektet? • Nettverksarbeidet er inndelt i modalitet/anatomiske system som til dømes thorax, nevro eller skjelett. Har du vore med i fleire av desse gruppene? • Korleis kom du med i prosjektet? Fagansvar? Interesse? Pålagt/tilbod frå leiar? • Kva syns du om å vere med i denne typen arbeid? | <ul style="list-style-type: none"> • Profesjonsteori |
| 1 | Korleis arbeidast det med å utarbeide standardiserte prosedyrer? | <ul style="list-style-type: none"> • Korleis er organsieringa av møta? • Kor ofte er møtene? • Kven deltar på møtene? • Kvar hentar ein grunnlaget til prosedyrene frå? • Når du gjennom med eigne meiningar? • Er det nokon som når oftare gjennom med meiningar enn andre? • Opplever du møta som konstruktive? | <ul style="list-style-type: none"> • Nettverksteori • Organisasjonsteori • Profesjonsteori |
| 2 | Korleis fungerte kvalitetssikringsarbeidet (av protokollar) i eininga di før oppstart av det faglege nettverket? | <ul style="list-style-type: none"> • Regelmessig gjennomgangar av protokollane? • Korleis fungerte samarbeidet mellom radiologar/radiografar, og mellom ulike avdelingar? • Opplevde du ofte at det vart tatt opp att undersøkingar som var gjort tidlegare andre plassar? | <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsperspektivet før |
| 3 | Korleis opplever du at kvaliteten har endra seg etter oppstarten av det faglege nettverket? | <ul style="list-style-type: none"> • Opplever du at prosedyrene er kunnskapsbaserte? • I kva grad har protokollane ved eininga di endra seg? • Korleis har du utvikla deg i di rolle som radiograf/radiolog? Har du brukt meir tid på til dømes å lese artiklar enn tidlegare? | <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsperspektivet etter |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Korleis opplever du samarbeidet mellom ulike avdelingar og mellom kollegaer etter oppstarten av nettverket? Forskjell frå før oppstart? • Opplever du at færre pasientar må ta opp att undersøkingar? • Har du inntrykk av at ein utøver prosedyrer med høgare kvalitet ved eiga eining enn andre avdelingar? Andre plassar i landet? | |
| 4 | Korleis har det faglege nettverket vorte tatt i mot ved eininga di? | <ul style="list-style-type: none"> • Får du tilstrekkeleg med tid til førebuing og møter? • Deltok du på alle møtene du er kalla inn til? • Korleis stiller deltakarane seg til å vere med i faggruppearbeidet? • Blir dei nye protokollane implementerte i drifta? Evt. kvifor/kvifor ikkje? • Kven har ansvaret for at prosedyrene vort implementerte? • Har eininga di bevisst valgt å ikkje følge protokollar som er produserte av nettverket? Evt. kvifor? | <ul style="list-style-type: none"> • Implementering/ iverksetting • Organisasjonskultur |
| 5 | Kva moglegheiter og utfordringar ser du med det faglege nettverket? | <ul style="list-style-type: none"> • Prøve å plukke opp nokon av punkta som har vore snakka om tidlegare. Som ei oppsummering. • Har du konkrete dømer på gode bruksområder for nettverksarbeidet? • Har du konkrete døme på korleis nettverksarbeidet kunne vore endra? • Kjenner du til om det har vorte gjennomført noko evaluering av prosjektet og gjennomføringa av det? | <ul style="list-style-type: none"> • Nettverksteori • Organisasjonskultur • Evalueringsteori |

VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE NETTVERKSDELTAARAR

| | Hovudspørsmål/tema: | Aktuelle oppfølgingsspørsmål: | Teori: |
|---|--|---|--|
| 0 | Kva er rolla di i prosjektet? | <ul style="list-style-type: none"> • Leiar, radiograf, radiolog? • Har du vore med lenge i prosjektet? • Har du vore med i nokon av dei faglege møtene der protokollar utviklast? • Kva syns du om nettverket? | <ul style="list-style-type: none"> • Profesjonsteori |
| 1 | Kjenner du til korleis det arbeidast det med å utarbeide standardiserte prosedyrer? | <ul style="list-style-type: none"> • Korleis er organiseringa av møta? • Kor ofte er møtene? • Kven deltar på møtene? • Kvar hentar ein grunnlaget til prosedyrene frå? | <ul style="list-style-type: none"> • Nettverksteori • Organisasjonsteori • Profesjonsteori • Forankring blant leiarane |
| 2 | Kjenner du til korleis kvalitetssikringsarbeidet i eininga di fungerte før oppstart av det faglege nettverket? | <ul style="list-style-type: none"> • Regelmessig gjennomgangar av protokollane? Var det dokumentert nokon plass? • Samarbeidet mellom radiologar/radiografar, og mellom ulike avdelingar? • Opplevde du ofte at det vart tatt opp att undersøkingar som var gjort tidlegare andre plassar? • Var du trygg på kvaliteten avdelinga di leverte før nettverksarbeidet? | <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsperspektivet før |
| 3 | Korleis opplever du at kvaliteten har endra seg etter oppstarten av det faglege nettverket? | <ul style="list-style-type: none"> • Får du tilbakemeldingar om nettverksarbeidet frå deltakarar i gruppa? • Er du trygg på kvaliteten av det eininga di leverer? • Kjenner du til om protokollane ved eininga di har endra seg? Mykje? • Sit du med inntrykk av at deltakarane i gruppa brukar meir tid til å lese artiklar og liknande no enn tidlegare? • Korleis opplever du samarbeidet mellom ulike avdelingar og mellom kollegaer etter oppstarten av nettverket? Forskjell frå før oppstart? | <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsperspektivet etter |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Opplever du at færre pasientar må ta opp att undersøkingar? • Har du inntrykk av at ein utøver prosedyrer med høgare kvalitet ved eiga eining enn andre avdelingar? Andre plassar i landet? | |
| 4 | Korleis har det faglege nettverket vorte tatt i mot ved eininga di? | <ul style="list-style-type: none"> • Gir du tilstrekkeleg med tid til førebuing og møter til deltakarar? Ber dei om dette? • Har du oversikt over møteaktiviteten i nettverket og om du har tilsette som deltek i møta? • Korleis stiller deltakarane seg til å delta i faggruppene? • Blir dei nye protokollane implementerte i drifta? Evt. kvifor/kvifor ikkje? • Kven har ansvaret for at prosedyrene vert implementerte? • Har eininga di bevisst valgt å ikkje følge protokollar som er produserte av nettverket? Evt. kvifor? | <ul style="list-style-type: none"> • Implementering/iverksetting • Organisasjonskultur |
| 5 | Kva moglegheiter og utfordringar ser du med det faglege nettverket? | <ul style="list-style-type: none"> • Prøve å plukke opp nokon av punkta som har vore snakka om tidlegare. Som ei oppsummering. • Har du konkrete dømer på gode bruksområder for nettverksarbeidet? • Har du konkrete døme på korleis nettverksarbeidet kunne vore endra? | <ul style="list-style-type: none"> • Nettverksteori • Organisasjonskultur • Evalueringsteori |

VEDLEGG 3: SVAR FRÅ NSD

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Korleis opplever tilsette å vere ein del av faglege nettverk i billeddiagnostikk?

Referansenummer

495101

Registrert

09.02.2019 av Hilde Elvebakk Hjelmeland - 151549@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for økonomi og samfunnsvitskap / Institutt for samfunnsvitskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Kjersti Halvorsen, Kjersti.Halvorsen@hvl.no, tlf: 41600376

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Hilde Elvebakk Hjelmeland, hildeelvebakk@gmail.com, tlf: 47647578

Prosjektperiode

01.02.2019 - 31.10.2019

Status

11.02.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

11.02.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 11.02.2019. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

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

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.10.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres,

og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

VEDLEGG 4: INFORMASJONSSKRIV

Vil du delta i forskingsprosjektet

”Opplivinga av arbeid i eit fagleg nettverk innan billeddiagnostikk”?

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i et forskingsprosjekt der formålet er å *undersøke korleis deltakarar i det faglege nettverket i billeddiagnostikk opplever å delta i nettverksgruppa*. I dette skrivet får du informasjon om måla for prosjektet og kva deltaking vil innebere for deg.

Formål

I mi masteroppgåve ynskjer eg å sjå på korleis det faglege nettverket i billeddiagnostikk fungerer og korleis deltakarane opplever å vere ein del av faggruppa. Eg ynskjer å sjå på moglegheiter og utfordringar med nettverksarbeidet. Eg vil undersøke om det faglege nettverket har ført til endringar i dei avdelingane som deltek og kor godt det er implementert. Eg planlegg å gjennomføre intervju med omlag ti personar og resultatet av vurderinga vert presentert i masteroppgåva mi innanfor organisasjon og leiing: helse- og velferdsleiing.

Kven er ansvarlige for forskingsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlige for prosjektet. Eg som masterstudent gjennomfører intervju og analyserer. Som rettleiar har eg med meg Kjersti Halvorsen.

Kvifor får du spørsmål om å delta?

For å hjelpe meg å svare på problemstillinga mi, er eg avhengig av å ha deltakarar frå det faglege nettverket eg skal vurdere. I tillegg ynskjer eg at det er ein kombinasjon av leiarar, radiologar og radiografar fordi yrkesgruppene kan ha ulike oppgåver inn i nettverket og ein har ulik utdanningsbakgrunn. Etersom eg også ynskjer å sjå på kor godt implementert nettverket og faggruppene er, planlegg eg å intervjuer deltakarar frå ulike avdelingar.

Kva inneber det for deg å delta?

Som sagt tidlegare planlegg eg å gjennomføre intervju omlag ti personar der interesseområdet er det faglege nettverket i billeddiagnostikk. Kvart intervju vil vare omtrent 45 minutt og eg planlegg å gjennomføre intervjuet over telefon eller lydopptak på Skype. Dersom det er greitt for deg som deltakar ynskjer eg å gjere lydopptak av intervjuet slik at eg ikkje mister nyttig informasjon i noteringsprosessen. Lydfila slettast så snart intervjuet er transkribert og seinast ved prosjektslutt. Deltakarar som intervjuast nemnast ikkje med namn.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du vel å delta, kan du når som helst trekke tilbake samtykket utan å oppgi noko grunn. Alle opplysningane om deg vil da bli sletta. Det vil ikkje ha nokon negative konsekvenser for deg om du ikkje vil delta eller seinere vel å trekke deg.

Ditt personvern – korleis vi oppbevarer og brukar dine opplysningar

Eg vil berre bruke opplysningane om deg til formåla vi har fortalt om i dette skrivet. Vi handsamar opplysningane konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Intervjuopptaket vil markerast med ein kode. Koden lagast på eiga namneliste avskilt frå anna data.*

- *I publikasjonen vil eg skilje mellom roller, altså leiar, radiograf eller radiolog. I tillegg vil eg skilje mellom kva institusjon ein kjem frå, men institusjonen vil ikkje verte namngitt.*

Kva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskingsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttast i juni 2019. *Lydfilene lagrast på Høgskulen sin forskingsserver og slettast ved prosjektslutt.*

Dine rettigheter

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

- innsyn i kva personopplysningar som er registrert om deg,
- å få retta personopplysningar om deg,
- få sletta personopplysningar om deg,
- få utlevert ein kopi av dine personopplysningar (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlinga av dine personopplysningar.

Kva gir oss rett til å behandle personopplysningar om deg?

Vi behandlar opplysningar om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag frå *Høgskulen på Vestlandet* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlinga av personopplysningar i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Kor kan eg finne ut meir?

Dersom du har spørsmål til studien, eller ynskjer å nytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Høgskulen på Vestlandet ved student Hilde Elvebakk Hjelmeland (e-post: hildeelvebakk@gmail.com, telefon: 476 47 578) og/eller rettleiar Kjersti Halvorsen (e-post: Kjersti.Halvorsen@hvl.no, telefon: 416 00 376)*
- Vårt personvernombud: *Halfdan Mellbye (e-post: personvernombud@hvl.no, telefon: 55 30 10 31)*
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med venleg helsing

Prosjektansvarleg
Rettleiar Kjersti Halvorsen

Student
Student Hilde Elvebakk Hjelmeland

Samtykkjeerklæring

Eg har motteke og forstått informasjon om prosjektet *Oppleveling av arbeid i faglig nettverk i billeddiagnostikk*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Eg samtykkjer til å delta i intervju.

Eg samtykkjer til at mine opplysningar handsamast fram til prosjektet er avsluttet, ca. *juni 2019*.

(Signert av prosjektdeltakar, dato)



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave i organisasjon og ledelse

MR691 masteroppgåve

Predefinert informasjon

| | | | |
|----------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 05-10-2019 09:00 | Termin: | 2019 HØST |
| Sluttdato: | 18-10-2019 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Masteroppgave | Studiepoeng: | 30 |
| SIS-kode: | 203 MR691 1 MA 2019 HØST | | |

Deltaker

Navn: Hilde Eluebakk Hjelmeland
Kandidatnr.: 206
HVL-id: 151549@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei