



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Arbeid med kvalitetsforbedring i
kommunal omsorgstjeneste.

Quality improvement in municipal care
services.

Solveig Vela Liknes

Masterstudium i organisasjon og leiing, helse-og
velferdsleiing og utdanningsleiing.

Fakultetet for økonomi og samfunnsvitskap. Institutt for
samfunnsvitskap.

Innleveringsdato: 11.06.21

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

Sammendrag

Bakgrunn

Bakgrunnen for studien er de siste årenes økende antall nasjonale føringer med stor oppmerksomhet rettet mot kvalitet, og det store antall skader som er påført pasienter i helse- og omsorgstjenesten. En har som mål å blant annet redusere pasientskader, redusere liggetid i sykehus, sette pasientsikkerhetsarbeid i system, øke kompetansen hos de ansatte i helsevesenet og øke ledelseskunnskapen på området. Helsedirektoratet har publisert ulike metoder og verktøy i arbeidet med pasientsikkerhet. Disse er med å systematisere arbeidet, og er hjelpemidler til å øke kvaliteten på tjenestene. Å implementere disse metodene og verktøyene i drift, innebærer en ny måte å jobbe på for ledere og ansatte.

Formål

Formålet med studien er å se på leders opplevelse av arbeidet med implementering av nye metoder og verktøy i forbedringsarbeidet innenfor området pasientsikkerhet. Jeg ser på leders rolle i implementeringsprosessen, og ikke på om den ene kommunen har et mer vellykket implementeringsarbeid enn den andre. Gjennom bruk av ulike teorier har jeg belyst sammenhenger som kan forklare det som er kommet frem gjennom intervjuene og dokumentene. Problemstillingen for studien er: "Hvordan opplever ledere implementering av nye metoder og verktøy relatert til pasientsikkerhetsarbeid?"

Metode

Dette er en kvalitativ fler-casestudie hvor metodene intervju og dokumentanalyse er brukt. Det er åtte deltakere i studien, og disse kommer fra to ulike ledernivå i to kommuner. Deltakerne er ledere på institusjoner med avdelinger for somatisk syke, og avdelinger for personer med demens. Alle pasientene/beboerne har langtidsvedtak på oppholdet. Intervjuene er gjennomført som semistrukturert intervju, og som en – til – en samtaler. Kilder til dokumentanalysen er referater fra ulike møtevirksomhet ved implementering, dokumentasjon på bruk av metoder/verktøy og planer/strategier for videre arbeid. Dokumentanalysens hensikt er å komplementere intervjuene. Det er brukt hermeneutisk tilnærming i analysen av informasjonen fra intervjuer og dokumenter.

Resultater

Allerede eksisterende drift ved avdelingene/virksomhetene skal opprettholdes i tillegg til at det er en forventning og et ønske om implementering av nye metoder og verktøy fra overordnet ledelse. Det er forventninger om bred ansattinvolvering, synlig og tydelig lederskap,

ledelsesforankring, direkte involvering i arbeidet, tilrettelegging for arbeidet og opplæring for ansatte. Samtidig er det krav om å arbeide kostnadseffektivt. utfordringer med nok tid til å få alt gjennomført er krevende, og lederne opplever tidsklemme på jobb.

Konklusjon

Informasjonen fra deltakerne indikerer en lederrolle som er kompleks og utfordrende. Å balansere utviklingsarbeid, allerede eksisterende drift og krav fra myndigheter, ansatte og pasienter/pårørende oppleves av lederne å være en utfordring. Det er ulik opplevelse av støtte fra overordnet ledelse både ved den enkelte virksomhet og ved overordnet ledelse i begge kommunene. Det er også ulik tilnærming til systematisering av, og strategi, for kvalitetsarbeidet. Det kommer tydelig frem at kulturen i den enkelte organisasjonen har en betydning for implementeringen. Det nevnes spesielt faktorer som motstand i ansattgruppen, uformelle ledere, kultur for kompetanseheving, kultur for ledelse, ledelsesforankring og tidsklemme. Det er påpekt ulike hemmende og fremmende faktorer ved implementering hvor faktorer som organisering, lederspenn, nærledelse, ansattinvolvering, kompetanse, deltidsstillinger, språk-barrierer og fravær er fremtredende.

Nøkkelord

Pasientsikkerhet, Ansattinvolvering, Tidsklemme, Leders opplevelse, Implementering, Motstand

Abstract

Background

The background for the study is the increasing number of national guidelines with great attention to quality improvement in municipal care services. The Norwegian Directorate of Health has published methods and tools for use in work with patient safety. The goal of the implementation of methods and tools is to reject patient injuries, reduce hospital stays, increase the competence in patient safety among employees and increase management knowledge.

Purpose

The purpose of the study is to research manager`s experience working with the implementation of new methods and tools in improvement work within patient safety.

Method

This is a qualitative multi-case study where the methods of interview and document analysis are used. There are eight participants in the study, and these are coming from two different levels of management in two municipalities.

Results

Senior management has an exaptation and desire for implementation of new methods and tools, in addition to the already existing tasks which shall be maintained.

Conclusion

The findings indicate a leadership role that is complex and challenging. Requirements from the authorities for the development of the services, and employees, patients and relative`s expectations must be balanced. The participants have different experiences of receiving support working with implementation of new methods and tools. There is a different approach to systematization and strategy, and organizational culture plays a role in this work.

Keywords

Patient safety, Employee involvement, Time squeeze, Leader`s experience, Implementation, Resistance

Forord

Fire år ved Høgskulen på Vestlandets Masterstudie i organisasjon og leiing, helse- og velferdsleiing er ved veis ende. Studiet har gitt meg ny og nyttig kunnskap fra medstudenter og dyktige forelesere. Dette er noe jeg kommer til å ta med meg videre i arbeidslivet.

Det har vært fire lærerike, hektiske og intense år. Å skifte jobb midt i studiet har vært krevende, men det har likevel gått greit. Coronapandemien har gjort at mulighetene for å få tid til å skrive har vært bedre enn jeg hadde forestilt meg, da vi i perioder har hatt store begrensninger i det å omgås andre enn de i egen husstand.

En spesiell takk vil jeg gi min veileder Gunnar Husabø, for gode og konstruktive tilbakemeldinger, kort responstid ved behov for veiledning og oppmuntring underveis i prosessen med skrivingen av oppgaven.

En stor takk til deltakerne som i en hektisk pandemitid tok seg bryet med å svare på mine spørsmål, samtidig som de overrakk meg ulike dokumenter til bruk i studien.

Jeg vil ellers takke mine medstudenter May Elise Sørbø og Jarle Halvorsen for fire flotte og sosiale år på skolebenken. Det har tidvis vært hektisk å kombinere jobb, privatliv og studier for oss alle, og jeg har mange ganger tenkt at jeg hadde hatt vansker med å fullføre om jeg ikke hadde hatt medstudenter jeg kunne kontakte, og som kunne motivere meg videre.

Endelig ferdig! Og det tror jeg min familie er evig takknemlig for, spesielt mine barn. Spisebordet i stuen har sett ut som et overfylt kontor med bøker, permer, utskrifter og løse ark, diverse ladere og stadig en eller to åpne datamaskiner. Samtidig har de hatt en mamma/svigermor/datter/bestemor som har vært lite “påskrudd” og kontaktbar når jeg har vært i “skriveboblen”. Takk til dere alle for tålmodigheten dere har vist når jeg ikke har hatt tid eller overskudd til å gjøre alt som jeg har gjort for, og med, dere før jeg startet skrivingen. Takk til min eldste datter Astrid for gjennomlesning av alle eksamener og nå til slutt masteroppgaven, Idar for tålmodig å ha ventet på besøk fra meg og Eline som har gått “rolig i dørene” her hjemme.

En spesiell takk til min Hans Erik for en uendelig tålmodighet, når jeg har prioritert skole framfor andre nødvendige og kjekke ting. Takk for gode diskusjoner, gjennomlesninger og konstruktive tilbakemeldinger på alt du har måttet holde ut å diskutere med meg disse fire årene.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Nasjonale politiske føringer	3
1.2 Pasientsikkerhetsprogrammet	5
1.2.1 Metoder og verktøy.....	5
1.3 Problemstilling, forskningsspørsmål og avgrensninger i studien	6
1.4 Oppbygging av oppgaven	7
2 Teoretisk rammeverk og tidlige forskning	8
2.1 Organisasjoner og menneskene i den	8
2.2 Kvalitet	12
2.3 Modeller for kvalitetsarbeid	14
2.3.1 Donabedian's kvalitetsmodell	14
2.3.2 Modell og guide for varig forbedring.....	14
2.3.3 Modell for kvalitetsforbedring.....	16
2.4 Ledelse av endring og motstand mot endring	17
2.5 Tidlige forskning på ledelse av implementeringsarbeid	20
3 Metode og analyse	24
3.1 Metode	24
3.1.1 Valg og beskrivelse av case.....	24
3.1.2 Valg og beskrivelse av metode	25
3.1.3 Utvalg av deltakere.....	26
3.1.4 Utsending av forespørsel om intervju	27
3.1.5 Gjennomføring av intervjuene.....	28
3.1.6 Innhenting av dokumenter	29
3.1.7 Etske vurderinger.....	29
3.2 Analyse	30
3.2.1 Analyse av intervjudata	30
3.2.2 Vurdering av reliabilitet, validitet og overførbarhet av intervjuene.....	31
3.2.3 Analyse av dokumenter	33
3.2.4 Vurdering av relevans, autentisitet og troverdighet av dokumentene	33
4 Resultat	35
4.1 Funn i dokumentene	35
4.1.1 Kommune A	35
4.1.2 Kommune B	39
4.2 Funn i intervjuene	41
4.2.1 Ledernes opplevelse av sin rolle	42
4.2.2 Ledernes opplevelse av støtte	49
4.2.3 Ledernes strategier.....	52
4.2.4 Ledernes opplevelse av organisasjonskulturens påvirkning.....	54
4.2.5 Ledernes opplevelse av fremmede og hemmende faktorer	57
5 Drøfting	64

5.1 Ledelsesforankring og grad av vellykket implementering	64
5.2 Hvordan lede i spenningen mellom krav og ressurser?	67
5.3 Tidsklemme	74
5.4 "Helge-stillinger"	76
5.5. Metodiske styrker og svakheter.....	78
6 Oppsummering og avslutning	80
6.1 Oppsummering.....	80
6.2 Avslutning	83
Litteraturliste.....	85

Figurer og vedlegg

Figur	Tittel	Sidetall
Figur 1	Kvalitetsstjerne basert på de seks dimensjonene	Side 13
Figur 2	Sustainability Model	Side 15
Figur 3	Modell for kvalitetsforbedring	Side 17

Vedlegg 1: Forespørsel om å forske i kommunen

Vedlegg 2: Informasjon om studien til intervjudeltakerne

Vedlegg 3: Informert samtykke

Vedlegg 4: Intervjuguide

1 Innledning¹

Min tidligere arbeidsgiver har vært deltaker som pilotkommune i “Pasient- og brukersikker kommune” i regi av Helsedirektoratet. I dette prosjektet ble det gitt veiledning fra Helsedirektoratet på hvordan en skulle starte og implementere tiltakspakker i “Pasientsikkerhetsprogrammet 24/7” (Helsedirektoratet, u.å.) i kommunen. I dette arbeidet var jeg medlem i kommunens prosjektgruppe og leder av arbeidet i egen virksomhet, og jeg erfarte at ledelse og engasjement hos ledere er en medvirkende faktor for utfallet av implementering av forbedringsarbeid.

Alle lederne i sektor omsorg i kommunen fikk opplæring av representanter fra Helsedirektoratet i metoder og verktøy som ble anbefalt brukt i forbedringsarbeidet knyttet til pasientsikkerhet. Metodikken er systematisk og skjematisk, og er til dels enkel å bruke selv om en ikke er så erfaren på området. På tross av dette så vi at de ulike virksomhetene i tjenesteområdet hadde ulik progresjon i arbeidet. Noen ledere har ikke hatt den ønskede fremdriften i implementering av pasientsikkerhetsarbeidet med nye metoder/verktøy, på tross av at resultater er blitt etterspurt fra prosjektleder. Prosjektleder var også omsorgssektorens fag- og kvalitetsrådgiver.

Pasientsikkerhetsprogrammet (Helsedirektoratet, u.å., s 1) sier at:

Pasientsikkerhet handler om å forebygge unødvendige pasientskader. Hvert år skades omkring 13 prosent av pasienter på norske sykehus. Noen tilsvarende oversikt finnes ikke for den kommunale helse- og omsorgstjenesten i dag. Internasjonale og norske studier indikerer imidlertid at pasientskader også er utbredt i primærhelsetjenesten.

Pasientskader kan eksempelvis være konsekvenser av fall, urinveisinfeksjoner og utvikling av trykksår. Omsorgstjenestens ufrivillige påføring av skade på pasienten kan medføre økt bruk av ressurser, som personell, medisinsk forbruksmateriell og tid, og økte påkjenninger og varige komplikasjoner (i ytterste konsekvens dødsfall) for pasienten. Samfunnsøkonomisk vil en kunne oppleve en positiv effekt på å redusere pasientskadene i kommunene blant annet ved redusert liggetid på sykehus og redusert ressursbruk av ulike slag.

¹ Deler av innholdet i innledningen er hentet fra egen prosjektskisse.

Endrings- og kvalitetsforbedringsarbeid er en stor del av leders lovpålagte arbeidsoppgaver. Dette blir også kommunisert tydelig i " Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring" (2016). Her synliggjøres metoden som Pasientsikkerhetsprogrammet bygger sitt arbeid på. Kravene til leder på dette området blir stadig større fremover. Kravene om å være innovativ, ha balanse i regnskap og effektivisere samtidig som krav til levering av tjenester med god kvalitet blir høyere, medfører at arbeidet blir mer komplisert.

Gjennom verktøyer og metoder kan arbeid systematiseres, og ressurser til arbeidet kan effektiviseres samtidig som tjenestene leveres med høyere kvalitet. Omsorgstjenesten har utfordringer med rekruttering av nødvendig kompetanse. Dette er en utfordring en ser vil vedvare. Samtidig blir kravene til kompetanse høyere, da nye behandlingsmetoder medfører at pasienter har mer avansert og krevende behandling i kommunehelsetjenesten. Økt kunnskap og lovfestede rettigheter for innbyggerne medfører økt behov for ansatte med høy kompetanse, både av det formelle og uformelle slaget. Her vil kompetanse om ledelse av forbedringsarbeid og endringskompetanse være en nødvendig ressurs for kommunen fremover.

Jeg opplever at noe av utfordringen i arbeid med forbedringsarbeid innen kommunens omsorgstjeneste har vært muligheten til å finne ut hvilke iverksatte tiltak som har hvilken effekt. Har det oppstått en varig endring? Hvilke tiltak virker, og hvilke virker ikke? Jeg erfarer at arbeidsmetodene vi har brukt tidligere handler om å iverksette tiltak (ofte flere om gangen) uten forutgående nøyaktige kartlegginger, hvor en ikke har mulighet for konkret å måle effekt eller endring. Det oppleves vanskelig å sette målbare mål i omsorgstjenesten hvor vi hele tiden arbeider med "wicked-problems", også kalt uregjerlige problem (kapittel 2.1). Utfordringen blir da å utarbeide mål hvor vi kan måle effekt av hvert enkelt tiltak, og på denne måten unngå evalueringer som bærer preg av ansattes og ledelsens subjektive opplevelser. Målformulering og evaluering av tiltak har etter min erfaring hatt liten plass i arbeidet med innføring av endringer tidligere. Metoder og verktøy som presenteres i Pasientsikkerhetsprogrammet har til hensikt å hjelpe til med å få dette på plass gjennom systematisk og målrettet arbeid.

Arbeidet med endring og kvalitetsforbedring handler også om å jobbe med allerede godt etablerte kulturer i institusjoner hvor inngrodde rutiner har stor innflytelse. Å innføre nye

arbeidsmetoder og ny forståelse for hva pasientsikkerhet er, ser jeg er et møysommelig arbeid, tar mye tid og er en spennende ledelsesutfordring.

I føringer fra sentralt hold er det også stor oppmerksomhet på brukervedvirkning. Brukervedvirkning innebærer å inkludere brukere og pasienter i avgjørelser og valg som omhandler deres helse og hverdag. Dette har vist seg å være tungt å få satt i system i kommunen. Dette opplever jeg handler om kultur, og utrygghet for å være åpne om at vi gjør feil som i kan få store konsekvenser for pasienter og pårørende. I Pasientsikkerhetsprogrammet har en stor oppmerksomhet på brukervedvirkning og at pasientene/brukerne av tjenestene skal bli hørt.

På bakgrunn av dette ønsker jeg i dette prosjektet å se på temaet ledelse av forbedringsarbeid, og å finne ut hvilken rolle leder har i arbeidet med pasientsikkerhet og forbedringsarbeid

1.1 Nasjonale politiske føringer

Gjennom utallige Stortingsmeldinger legges føringene for det politiske veivalget for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet. St.meld. nr. 47 (2008–2009)

“Samhandlingsreformen” og Meld. St. 10 (2012–2013) “God kvalitet – trygge tjenester” har begge oppmerksomheten på prosess, og har som hensikt å stake veien i et langsiktig arbeid.

Målsettingen for disse er å bidra til et tjenestetilbud som er individuelt tilpasset pasient/bruker gjennom at behandlingen skal gis på rett sted til rett tid, og at tilbudet skal ha god kvalitet og være sikker for pasienten/bruker. For å nå de overordnede målene for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid sier Meld. St.10 at det skal gjennomføres tiltak rettet mot en aktiv bruker- og pasientrolle, strukturer som støtter kvalitetsarbeidet,

kvalitetsforbedring i tjenestene, større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet, systematisk utprøving av nye behandlingsmetoder og bedre kvalitet gjennom innovasjon og kunnskap. I Meld. St. 9 (2019–2020) “Kvalitet og pasientsikkerhet” sier regjeringen at de vil understøtte det konkrete kvalitetsforbedringsarbeidet, og arbeidet med pasientsikkerhet som foregår nær pasientene ved å gi gode rammebetingelser, tydelig styring og satsning på kompetanse. Det er satt tre mål som hele helsetjenesten skal arbeide mot: pasientens helsetjenester, åpenhet, læring og forbedring og målrettet og samordnet innsats for kvalitet og pasientsikkerhet.

I tillegg til stortingsmeldinger er arbeidet i helse- og omsorgstjenesten regulert gjennom ulike forskrifter og lovverk. Folkehelseloven (2011) og Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) legger føringer for gjennomføring av samhandlingsreformen. Samtidig har vi en ny forskrift for arbeidet med kvalitet i tjenestene med tittel “Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i

helsetjenesten” (2016). Forskriften beskriver innholdet i internkontrollen som plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere (§§ 6 – 9). Denne inndelingen bygger på PDSA-sirkelen for kvalitetsforbedringsarbeid (plan – do – study – act) som er beskrevet i kapittel 2.3.3. Forskriften legger også stor vekt på lederansvar og gjennomføring av kvalitetsforbedringsarbeid. En god etterlevelse av forskriften er en forutsetning for å få på plass et systematisk og målrettet arbeid med tanke på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Samtidig er det utarbeidet ulike verktøyer og strategier for å nå de overordnede målene innenfor kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid. Nasjonal kvalitetsstrategi “-og bedre skal det bli” ble utgitt i 2005 av Sosial – og helsedirektoratet. Kvalitetsbegrepet har i denne strategien fått et overordnet innhold, og strategien er en generell veileder som har som mål å samordne og stryke kvalitetsarbeid, og understøtte helse- og omsorgstjenesten i arbeidet med å yte tjenester av god kvalitet. Nasjonalt program for pasientsikkerhet

“Pasientsikkerhetsprogrammet - I Trygge Hender 24/7” (Helsedirektoratet, u.å.) ble startet i spesialist- og kommunehelsetjenesten i perioden 2011 – 2012. Etter dette ble det et femårig nasjonalt program for pasientsikkerhet hvor målet var å redusere pasientskader og yte trygge tjenester. Programmet har bidratt til konkret forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, og en rekke tiltakspakker er iverksatt for å bedre pasientsikkerheten. Etter at det nasjonale programmet var ferdig videreføres arbeidet gjennom «Nasjonal handlingsplan for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 2019 – 2023» (Helsedirektoratet, 2019).

Dette viser at det er stor oppmerksomhet på pasientsikkerhet og forbedringsarbeid fra nasjonalt hold. Det arbeides målrettet med å forbedre kvaliteten i tjenesten, og det iverksettes tiltak for å nå målene. Pasientsikkerhetsprogrammet er sikret videreføring, trygghetsstandardpilot i sykehjem videreføres, og det planlegges å legge til rette for at krav i “Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten” (2016) kan etterleves.

Lovgivningen, eksempelvis gjennom Helse – og omsorgstjenesteloven (2011), har gitt kommunene tydeligere og mer helhetlig ansvar, samtidig som de har fått større frihet til å tilpasse og organisere tilbudet slik at det er tilpasset lokale forhold. I det ansvaret som er gitt til kommunene legges også ansvaret for kvalitetsarbeidet. Ledelsesansvaret er relatert til faglig forsvarlighet, og derved er systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet viktig, ifølge Meld. St. 26 (2014-2015) “Fremtidens primærhelsetjenester - nærhet og helhet”. Det sies videre at ansvaret for arbeidet ligger på ledere på alle nivå i tjenesten.

1.2 Pasientsikkerhetsprogrammet

“I Trygge Hender 24-7” er en videreføring av Pasientsikkerhetsprogrammet da dette opphørte i sin form januar 2019 (Helsedirektoratet, u.å.). “I Trygge Hender 24-7” drives av avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet, og har som formål å bidra til å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten.

Det er identifisert flere innsatsområder, såkalte tiltakspakker, som er valgt ut etter gitte kriterier. Det er også utarbeidet tiltakspakke på ledelse siden pasientsikkerhetsarbeid defineres som et ledelsesansvar. Ledere på alle nivå har et ansvar for å sette pasientsikkerhet på dagsorden, lytte til og involvere pasient og pårørende, få oversikt og etterspørre målinger, skape kultur for åpenhet og gjennomsiktighet, bygge kompetanse og være synlig og lytte til de ansatte. Ledere skal motivere, og legge til rette for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, u.å.).

Helsedirektoratet (u.å.) sier videre at forbedringskunnskap må læres, og for å lykkes i arbeidet må et visst antall medarbeidere i organisasjonen ha grunnleggende kunnskaper, ferdigheter og erfaring med å iverksette og lede arbeidet som fører til en forbedring. Tid og rom må settes av til forbedringsarbeid og resultat og aktiviteter må anerkjennes.

1.2.1 Metoder og verktøy

På Pasientsikkerhetsprogrammets internettside (Helsedirektoratet, u.å.) presenteres ulike verktøy og metoder til bruk i implementering av tiltakspakker som er utarbeidet av Helsedirektoratet.

For hver tiltakspakke er det presentert driverdiagram som sier noe om hvordan prosessen med implementeringen anbefales gjennomført, samtidig som det sies noe om hvilke metoder og verktøy en anbefales å benytte. I fase en handler det om kartlegging og risikovurderingsskjemaer av den enkelte pasient på de område virksomhetene har valgt å rette oppmerksomheten mot. Eksempler på dette kan være «MNA» (Mini Nutritional Assessment) i tiltakspakken “Forebygging av underernæring”, og «Stratify» som er et vurderingsverktøy for å se på pasientenes risiko for falltendens i tiltakspakken “Forebygging av fall i helseinstitusjoner”. Deretter presenteres i fase to tiltak videre i driverdiagrammet med bakgrunn i den enkelte pasients individuelle score.

Risiko- og forbedringstavler blir presentert som gode og systematiske verktøy som gir en beskrivelse av status for hver enkelt pasient innenfor valgte

forbedringsområder/tiltaksplaner. I forbindelse med tavlene anbefales det å legge til rette for regelmessige og tverrfaglige tavlemøter hvor leger, ansatte, fysioterapeuter og andre som er involvert i pasienten er med og går gjennom den enkelte pasientstatus. Ansvarlig for tavlene, leder av tavlemøtene og hvor ofte disse skal gjennomføres må være satt i system, slik at det i en travel hverdag ikke blir nedprioritert.

Å organisere arbeidet gjennom bruk av forbedringsteam er en metode som skal være med å sikre brukermedvirkning og ansattinvolvering. Anbefalinger til sammensetning av forbedringsteam, og hvordan teamene skal arbeide med tiltaksplaner, er gitt på Pasientsikkerhetsprogrammets nettside (Helsedirektoratet, u.å.).

1.3 Problemstilling, forskningsspørsmål og avgrensninger i studien

Temaet for studien er «Arbeid med kvalitetsforbedring i kommunal omsorgstjeneste».

Formålet er å se på leders opplevelse av arbeidet med implementering av nye metoder og verktøy i forbedringsarbeid innen pasientsikkerhetsarbeid. Gjennom bruk av ulike teorier belyses sammenhenger som er med å forklare det som kommer frem gjennom intervjuene og dokumentene. Dette er et teoretisk tolkende prosjekt som bruker teorier og faglig litteratur som rammeverk for å analysere og gi mening til det som studeres (Bukve, 2016). Jeg har valgt denne innfallsvinkelen da jeg ønsker å se funnene opp mot eksisterende litteratur på området.

Problemstillingen er “Hvordan opplever ledere implementering av nye metoder og verktøy i arbeidet med pasientsikkerhet?”

Forskningsspørsmålene ble utarbeidet ved hjelp av teorien og tidligere forskning som presenteres i kapittel 2, og har vært grunnlaget for strategi for datainnsamling og -analyse, som er presentert i kapittel 3. Spørsmålene er som følger:

1. Hvilken rolle har lederne i implementeringen av metoder og verktøy for kvalitetsforbedring?
2. Hvilken støtte har lederne i implementeringsarbeidet?
3. Hvilke strategier bruker lederne for å implementere nye metoder og verktøy?
4. Hvordan erfarer lederne at organisasjonskulturen spiller inn på implementeringen av nye metoder og verktøy?
5. Hvilke faktorer opplever lederne at fremmer og hemmer implementeringen.

Grunnet omfanget av oppgaven er det satt flere begrensninger: Intervjuene foregår i to kommuner, og deltakerne er ledere på to ulike nivå innen institusjonsdrift (sykehjem). Institusjonene har pasienter som har langtidsopphold, hvor det er mindre turnover på pasienter enn ved en korttidsavdeling. Det er ikke begrensninger på type avdeling, så intervjuene er tatt både av ledere for avdelinger for personer med demens og av ledere på somatiske avdelinger. Et kriterium var at lederne som skulle intervjues hadde erfaring med implementering og med tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet.

1.4 Oppbygging av oppgaven

I dette kapitlet har jeg presentert bakgrunnen for valget jeg har gjort av tema, og jeg har vist en oversikt over sentrale føringer for arbeidet med forbedring i kommunal omsorgstjeneste. Dette for å vise hvilke forventninger og føringer som ligger til arbeidet for kommunehelsetjenesten. Pasientsikkerhetsprogrammet, og metodene og verktøyene som kan tenkes å bli implementert, har også blitt presentert her. I kapittel 2 av oppgaven presenterer jeg teori som er aktuell og relevant for temaene i oppgaven. Temaene er organisasjoner og menneskene i dem, begrepet kvalitet og modeller for kvalitetsarbeid, og til slutt teori om ledelse. I siste del av kapittel 2 presenterer jeg aktuell forskning på området, før jeg i kapittel 3 gir en beskrivelse av valg av metoder som er brukt for å hente informasjon som kan være med å svare på problemstillingen. Her vises utvalgsriterier for deltakerne og kontakten med dem. Ethiske utfordringer reflekteres også over her. Til slutt i denne delen har jeg en presentasjon av hvordan analysen av informasjonen jeg har innhentet har foregått. Her vises også vurderinger av reliabilitet, validitet, overførbarhet, relevans, autentisitet og troverdighet relatert til metodene. Deretter følger kapittel 4, som er resultatkapitlet, hvor alle funnene fra analyser av dokumenter og intervjuer blir presentert. Resultatdelen leder direkte over i kapittel 5, hvor ulike problemstillinger med utgangspunkt i funnene blir drøftet og sett opp mot aktuell teori fra kapittel 2 i oppgaven. Kapittel 5 vil også inneholde et underkapittel med kritisk blikk på metodevalg, hvor blant annet triangulering vil bli drøftet. I kapittel 6 gir jeg en oppsummering av studiens svar på forskningsspørsmål og problemstilling, og en avslutning hvor jeg ser på hvilke implikasjoner studiens funn kan ha for videre forskning..

2 Teoretisk rammeverk og tidligere forskning²

I dette kapitlet ser jeg på litteratur som sier noe om hvordan ledere opplever implementering av metoder og verktøy i helse og omsorgstjenesten, og hva som kan påvirke denne opplevelsen. I første delen beskrives hva en organisasjon er, og hva som kjennetegner denne. Den kulturelle dimensjonen i organisasjoner blir også sett på her. Neste tema i teorikapitlet er begrepet kvalitet og modeller for kvalitetsarbeid. Dette med bakgrunn i at et av målene med å innføre nye metoder og verktøy er å øke kvaliteten på tjenestene som ytes. Siste del av dette kapitlet vil omhandle ulike teorier om ledelse som kan hjelpe oss til å forstå ledelse av kvalitetsarbeid.

2.1 Organisasjoner og menneskene i den

Organisasjoner

Jacobsen og Thorsvik (2013) sier at organisasjoner er relasjoner mellom mennesker som gjennom inngåtte kontrakter samlet gjør dem til et sosialt system med formål å realisere bestemte mål. Gjennom å se på karakterer ved organisasjonen som system (eksempelvis for samarbeid med omgivelsene), hvordan de løser oppgaver, hvordan mål realiseres og hvordan de er bevisst konstruert gjennom strategier og oppgavefordeling, kan vi klare å forstå organisasjonen og menneskene i den. Gjennom klar rolle- og oppgavefordeling, samt formaliserte regler er målet å oppnå et samarbeid som skal gi best mulig positiv effekt (Arntzen, 2016). Kongsmo et al. (2015) sier at forbedringsarbeid i helsetjenesten skjer i komplekse systemer, og at det derfor får noen konsekvenser for gjennomføringen for å lykkes. Ledere i disse komplekse systemene må ha oppmerksomhet på: struktur (blant annet bygninger, utstyr, antall ansatte, stillingsinstruksjoner, rutiner og lokale og overordnede føringer), prosesser (eksempel prosess på pasientforløp) og organisasjonskultur (som omfatter overflatekultur – det vi ser, normer og verdier og grunnleggende antakelser).

Menneskebehandling organisasjoner

Vabø (2014) beskriver menneskebehandling organisasjoner som organisasjoner med tre fellestrekk. Organisasjonen har som oppgave å “gjøre noe med” personene i den. Den forholder seg til mange ulike “uregjerlige problemer” og den skal tjene allmennhetens interesser og har derfor sammensatte legitimitetskrav som har til oppgave å løse “uregjerlige problemer”. Uregjerlige problemer blir beskrevet av Vabø som noe som oppstår som

² Deler av innholdet i dette kapitlet er hentet fra egen prosjektskisse

symptom på andre individuelle problemer. Uregjerlige problemer er vanskelige å avgrense fra andre problemer personen har, problemene kan ha flere årsaker, det finnes ingen objektive kriterier for åpenbar beste løsning, det kan være utfordrende å se når problemet er løst og hvert problem er i utgangspunktet unikt. Ofte er disse problemene et symptom på andre problem med mange sammenhengende årsaker. Deler av problemene kan la seg løse gjennom å redusere konsekvensene. Samtidig er det viktig med en erkjennelse av at alle problemer ikke lar seg løse uten en gjennomgang av årsakskjeder, og aksept for at dette er uregjerlig og ikke tamme problemer (som avgrenses og forklares på en entydig måte). Uregjerlige problemer er oftest temporære, og det finnes derfor ingen felles løsning som kan nedfelles i rutiner eller pasientforløp.

Å “gjøre noe med” personen i organisasjonen innebærer å bidra med å gjøre en positiv forskjell – gjennom eksempelvis direkte bearbeide eller forandre helse, livsbetingelse eller status (Vabø, 2014). Det moralske aspektet og utøvelse av skjønn står sterkt i dette. Mennesker vil ha ulike og varierende oppfatning av hva velferd og livskvalitet er, og en vil derfor ha ulike oppfatning av hva som er akseptabelt i forhold til behandling, råd og støtte. Det blir derfor viktig at de yrkesutøverne som er nærmest pasientene/brukerne har kvalifikasjoner og utøver ansvarlighet i møte med disse. Forfatteren mener at mange nye styrings- og ledelsesformer, som har til hensikt å øke kvalitet og rettsikkerhet, ikke har tatt i betraktning at tiltakene de innfører skal fungere i en organisasjon hvor samhandling direkte med menneskene er nødvendig og en forutsetning for vellykkethet. Kritikerne sier i denne forbindelsen at skjønnen forsvinner og moralen erstattes med standarder og regler.

Grunnet yrkesutøvernes skjønnsutøvelse blir de ofte utsatt for kritikk. En måte for administrasjonen å møte dette på er å arbeide for å få kontroll/styring med arbeidernes arbeidsstruktur. Ved å gjøre dette kan en oppnå at prosedyrer og mål blir fulgt opp, men med en konsekvens at yrkesutøvernes mulighet til å gjøre individuelle vurderinger reduseres, og dette kan gå ut over pasientens/brukerens beste. Å prøve å få kontroll over arbeidernes arbeidsstruktur uten at det går utover pasienter/brukere er oftest ineffektive, ifølge Lipsky (2010). Gjennom krav til effektivisering, og dårlig eller ingen dokumentasjon på hva som påvirker kvaliteten, kan en administrasjon gjennomføre kutt i ressursene uten at oppgaver blir tatt bort. Dette er bakkebyråkratiets styringsdilemmaer, eller inneklemt ledelse som Rasmussen og Vabø (2014) beskriver og som er omtalt i kapittel 2.4.

Bakkebyråkraten er, ifølge Lipsky (2010), de yrkesutøverne som arbeider tettest opp mot og i direkte kontakt med andre personer. Disse yrkesutøverne kan eksempelvis være sykepleiere, lærere og politi, og fellestrekket mellom disse er at de befinner seg i en mellomposisjon mellom politikk og befolkning. Dette gjør at de kontinuerlig må forholde seg til vage og motstridende mål hvor det i tillegg er misforhold mellom ressurser og velferdspolitiske visjoner. Idealene for kvaliteten på tjenestene blir påvirket av ressurser, usikre arbeidsmetoder og høy etterspørsel, og den skjønsmessige vurderingen blir påvirket kontinuerlig. Gjennom valg av oppgaver, favorisering av pasientgrupper, unngåelse av å ta tak i kompliserte oppgaver eller spesialisering av oppgaver er bakkebyråkratene med på å forme politikken. Ikke for de at de er politikere, men fordi valgene får politiske konsekvenser (Brodkin, 2010:73, Vabø 2014).

Vabø (2014) har oversatt tre definerte verdsett som er legitime og aktuelle for offentlige organisasjoner, samtidig som de står i et konfliktforhold til hverandre. Disse verdsettene er sparsommelighet/kostnadseffektivitet, forutsigbarhet/åpenhet og fleksibilitet/responsivitet. Forfatteren omtaler hvordan de ulike verdsettene får implikasjoner for organisering av velferdstjenestene i Norge. Temaet sparsommelighet og effektivitet omhandler å ivareta fellesskapets ressurser på en best mulig måte. En slank og målrasjonell organisasjonsform tenkes vil ivareta dette. Oppmerksomheten må være på kostnadseffektivitet, med klare og entydige mål, hvor ansvarsfordeling og kontroll anses som hensiktsmessig. Forutsigbarhet og åpenhet handler om å ivareta krav om innsyn og forutsigbarhet, og alles rett til likebehandling. En organisasjonsform som kan ivareta dette er preget av klare kriterier, prosedyrer og fremgangsmåter. Fleksibilitet og responsivitet handler om en tjeneste som er fleksibelt nok til å kunne håndtere menneskelige problem, og hvor en er opptatt av brukervennlighet og tillit. En organisk organisasjonsform med stor grad av fleksibilitet og skjønn må til for å ivareta dette (Vabø, 2014). Menneskebehandling organisasjoner er bundet til å forholde seg til disse tre verdsettene, samtidig som de skal håndtere uregjerlige problemer som kan være utfordrende prosesser.

Kultur

Ved å se på den kulturelle dimensjonen i organisasjoner ser en på hvordan en organisasjon fungerer, utenom det som omhandler den strukturelle delen som eksempelvis organisasjonsdesignet (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Den formelle strukturen har ofte nedtegnede mål og strategier, mens den kulturelle siden av organisasjonen ikke har det. Det innebærer at den kulturelle delen ikke kan studeres direkte. Den kulturelle siden av en

organisasjon omhandler menneskene som arbeider i den, og hvordan det utvikles felles mønstre av holdninger og meninger som legger føringer for bestemte måter for hvordan en skal oppføre seg i gitte situasjoner. Kulturen kan ikke sees og ikke tas på. En antakelse er at kultur er en viktig faktor for organisasjonens suksess. Kulturen fungerer på tre nivå hvor grunnleggende antagelser er det første. Dette er kjernen i kulturen, og omhandler det vi tar for gitt og oppfatter som sannhet. Dette gjenspeiles i verdier og normer for adferd som er kulturens andre nivå. Det tredje nivået omhandler artefakter som er noe som kan observeres i organisasjonen. Som eksempelvis kunst, tekst og fysiske gjenstander.

Arntzen (2016) gjør rede for noe hun omtaler som en metafor for organisasjon: “det organisatoriske isfjellet”. Over havoverflaten kan vi se de 10% som omfatter systemer, strategier og strukturer. Under overflaten befinner de 90% i organisasjonen som vi ikke kan se. Dette omfatter lederskap, ferdigheter, motivasjon, prosesser, erfaringer, sosiale relasjoner, verdier, atferd og holdninger. Her ligger kilden til vekst og utvikling i en organisasjon, samtidig som det på den andre siden kan være kilde til uklare forventninger, maktkamper og konflikter. Det viser at det meste som skjer i en organisasjon har med personene som befinner seg der.

Christensen et al. (2004) beskriver kulturperspektiver som et prinsipp på å forklare og beskrive organisasjoner og deres virke. Dette perspektivet fremhever muligheter og begrensinger som ligger i etablerte tradisjoner og kulturer. Strand (2007) sier at det er ulike forståelser av hva organisasjonskultur er, og det som kan leses ut av litteraturen er eksempelvis (Strand, 2007, s 72-73):

- Regelmessigheter i atferd når folk samhandler, slik som språkbruk og høflighetsritualer
- Uformell struktur
- Normene som utvikler seg i en arbeidsgruppe
- De viktigste verdiene en organisasjon forfekter
- Filosofien som tjener som rettesnor for organisasjonens behandling av ansatte og kunder
- Spilleregler for hvordan en klarer seg i en organisasjon, knepene som en nyansatt må lære seg
- Stemningen eller klimaet en opplever i en organisasjon

- Det som ikke er struktur, mål og teknologi – et restfenomen som ikke lett kan beskrives og vedtas

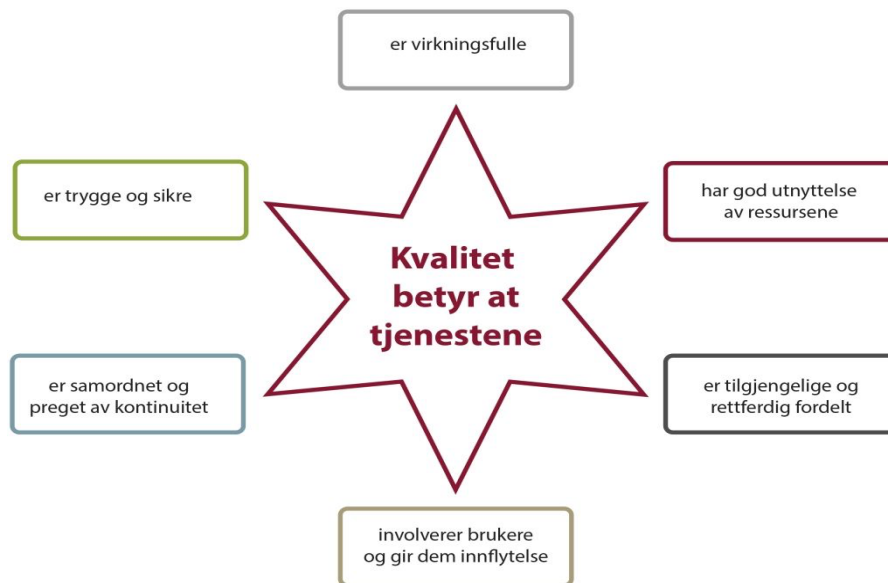
En ser at kulturen er viktig, samtidig som en eksempelvis må ha avklaringer på roller og oppgavefordelinger for å unngå konflikter. Arntzen (2016) sier at uavklarte roller og oppgaver og interessekonflikter er to av de viktigste årsakene til utfordringer med samarbeid og konflikter i arbeidslivet. Etter gjennomgang av ulike studier, sier Heggdal og Bukve (2014) at å se på organisering og ledelse i pleie- og omsorgstjenesten kan være en fordel med tanke på å se på hvordan strukturer og systemer påvirker utviklingen av kvalitet, hvordan arbeider de som er nærmest pasientene med kvalitetsarbeid og hvordan er rammebetingelsene og kunnskapene i forhold til å starte og implementere kvalitetsarbeid? Så det å ha orden på de ti prosentene som omfatter det en kan se i en organisasjon er også med å påvirke organisasjonens funksjonalitet.

2.2 Kvalitet

Kommunene er selvstendige forvaltningsenheter med ansvar for å bygge ut, utforme og organisere pleie- og omsorgssektoren. Arntzen (2016) sier at ledere på alle nivå må være engasjert i kvalitet og ha en bevissthet om hva god kvalitet innebærer, samtidig som en har en formening om hvor forbedringspotensialet ligger i egen virksomhet og på tvers av nivåer i kommunene. Kommunen skal ha en kvalitetspolitikk som skal komme fra øverste leder og har som mål å gi retning for formålet med tjenestene, definere tjenestens hovedoppgave og synliggjøre verdier og visjoner for kommunen.

Kvalitet vil av ansatte, ledelse, pasienter og pårørende ofte gjerne bli oppfattet ulikt, og derfor være vanskelig å definere og måle (Arntzen, 2016). Dette fordi kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten ofte handler om verdier og hva som er viktig for den enkelte. En vanlig definisjon på kvalitet er “forholdet mellom hva som faktisk ytes, og hva som kreves eller forventes” (Arntzen, 2016:59). Grepperud (2009:1112) definerer på sin side kvalitet ut fra en økonoms ståsted som «Helsetjenestekvalitet er alle forhold ved helsetjenestene som verdsettes av brukerne selv (pasientene og deres pårørende), fra det tidspunkt behandling ønskes til den er avsluttet, gitt at brukerne har tilstrekkelig informasjon om alle relevante forhold.»

I den nasjonale kvalitetsstrategien utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet (2005), er det seks dimensjoner av tjenestekvalitet som illustrert i figur 1. Dimensjonene påvirker hverandre og i arbeidet med å bedre kvaliteten er det derfor viktig at man vurderer og ivaretar alle dimensjonene.



Figur 1: Kvalitetsstjerne basert på de seks dimensjonene (Folkehelseinstituttet, 2015)

Arntzen (2016) sier at kvalitet også kan sees på i et annet perspektiv hvor hun deler disse inn i tre dimensjoner. Den første dimensjonen er en persons vurdering av om hvordan kvaliteten på en tjeneste er, såkalt opplevd kvalitet. Vurderingen tas utfra relasjoner til behandler, om en føler seg ivaretatt og om helsepersonell er tilgjengelig når personen trenger det. Mye omhandler kommunikasjonen mellom helsepersonell og tjenestemottaker (pasient/bruker).

Faglig kvalitet er den andre dimensjonen og innebærer at all diagnostikk og behandling er i samsvar med kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis betyr at praksisen er basert på forskning, erfaring og brukerkunnskap/brukermedvirkning.

Ledelsens tilrettelegging for opplevd og faglig kvalitet er den tredje dimensjonen av kvalitetsbegrepet. Helsetjenestene står stadig ovenfor nye utfordringer relatert til blant annet teknologisk utvikling, nye epidemier og sykdomsgrupper som gjør at det kreves god ledelse og gode systemer for utvikling om implementering av nye rutiner og metoder. Gjennom ledelse må en på den ene siden tilrettelegge for god service og opplevd kvalitet, mens en på den andre siden må tilrettelegge for god faglig utøvelse. Gjennom lovverk og retningslinjer legges det føringer som regulerer helsetjenesten og brukermedvirkning som leder må påse overholdes. Samtidig forventer helsemyndighetene at tjenester ledes etter styringsprinsipper i “Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten” (2016) som bygger på PDSA-sirkelen med planlegging, utføring, evaluering og korrigerende som hovedområder.

Oppgavens problemstilling tilser at det er den siste av Arntzens (2016) dimensjoner som er mest aktuell i studien. Tilrettelegging og ledelse av kvalitetsarbeid vil påvirke de to andre dimensjonen opplevd kvalitet og faglig kvalitet.

2.3 Modeller for kvalitetsarbeid

2.3.1 Donabedian's kvalitetsmodell

Donabedian presenterte i 1988 sin kvalitetsmodell hvor han sier at det er en sammenheng mellom struktur, prosess og resultat. På bakgrunn at dette utarbeidet Donabedian en kvalitetsmodell som er et mye brukt rammeverk for å forstå hvilke faktorer som kan påvirke resultatet med arbeid med tjenestekvalitet. Han sier i sin artikkel "The Quality of care – How can it be assessed?" (1988) at struktur omhandler organisering og forutsetninger for helsetjenestene som materielle ressurser (som blant annet bygg, utstyr og økonomi), menneskelige ressurser (som kompetanse og antall ansatte) og organisasjonsstrukturen (som organisasjoner for medisinsk personale, metoder for fagfellevurderinger og metoder for refusjoner). Prosessen omhandler det som faktisk blir gjort når produksjon av helsetjenester foregår. Dette omhandler både pasientens aktiviteter og den som utøver pleiens aktiviteter. Resultatet viser effekten av helsehjelpen hos pasient og innbyggere. Denne tre-parts tilnærmingen til vurdering av kvalitet er bare mulig fordi gode strukturer øker sannsynligheten for en god prosess, og god prosess øker sannsynligheten for et godt resultat.

For å måle kvalitet utarbeides ofte kvalitetsindikatorer som er målbare variabler (Hovlid, 2015). Disse bygger ofte på Donabedian's (1988) kvalitetsmodell med indikatorer som strukturindikatorer som forteller om forutsetningene for produksjon av gode tjenester, prosessindikatorer som måler selve produksjonen av helsetjenester og resultatindikatorer som måler resultatet. Innenfor området pasientsikkerhet er det få resultatindikatorer som måler pasientsikkerheten over tid. Dette kan ha sin bakgrunn i at målinger må foregå over tid – gjerne flere tiår - før en kan se resultater av målingene. Prosess- og strukturindikatorer er derimot lettere tilgjengelige og ofte benyttet.

2.3.2 Modell og guide for varig forbedring

Maher et al. (2010) sier at de mest suksessfulle organisasjonene er de som kan implementere og opprettholde effektive forbedringsinitiativ som fører til økt kvalitet og gode pasienterfaringer til lavere kostnader. De har utarbeidet "Sustainability Model and Guide" for arbeid med mål om vedvarende forbedring. Denne kan hjelpe ledere til kontinuerlig å levere tjenester av høyere kvalitet til lavere kostnader, samtidig som en skal ta hensyn til

økende forventninger og krav til tjenesten. Forfatterne sier videre at all forandring fordrer betydelige investeringer av tid, økonomiske ressurser og innsats av lederskap.

Varig forbedring defineres av Maher et al. (2010) som når nye arbeidsmetoder og forbedringer blir den måten vi gjør tingene på. Modellen presenterer tre hovedområder som vil være med på å definere styrker og svakheter for det du tenker å implementere, samtidig som det vil si noe om sannsynligheten for bærekraften i forbedringsinitiativ. Den viser hvilke faktorer som må ivaretas for at en skal lykkes med sitt forbedringsarbeid: gjennomføring, videreføring og spredning. Hovedområdene er: prosess, personale og organisasjonen. Innenfor hvert av disse områdene er det knyttet ulike faktorer som spiller en rolle i forhold til om vi klarer å ha en vedvarende forbedring.



Figur 2: Sustainability Model (Maher et al. 2010)

Som figur 2 viser ovenfor, er det en viss kompleksitet over arbeidet og det er definert flere faktorer som må ivaretas. Hovedområdene vil hele tiden påvirke hverandre, slik at endring i en faktor kan påvirke de andre faktorene.

Under hovedområdet prosess er det beskrevet fire faktorer som bør kartlegges: 1. Fordeler for ansatte og pasienter. 2. Måling av utvikling. 3. God dokumentasjon og troverdige resultater. 4. Hindre at prosjektet blir personavhengig ved å nedtegne i rutiner og retningslinjer (tilpasningsevne).

Hovedområdet personalet har også fire faktorer: 1. Involvering og opplæring omhandler tidlig involvering og organisering for å øke kompetansen på aktuelle ansatte. 2. Holdning og

motivasjon handler om å bygge ned motstand mot endring og øke personalets eierforhold til prosjektet. 3. Den overordnede ledelsens engasjement regnes som en av de viktigste faktorene grunnet å få legitimitet og prioritert forbedringsarbeidet. 4. Den kliniske ledelsens engasjement er viktig grunnet de må være pådrivere ute i “feltet” som pådriver for prosjektet.

Innenfor hovedområdet organisasjon må det kartlegges to faktorer 1. Er forbedringsarbeidet i overensstemmelse med strategisk målsetting, verdigrunnlag og kultur? Øverste ledelse og hele personalet bør se denne sammenhengen og fordeler som arbeidet gir. 2. Ledelsen i prosjektet bør ivareta planlagte og gjennomførte endringer i etablerte systemer og infrastruktur.

2.3.3 Modell for kvalitetsforbedring

Et av punktene som ligger sentralt i forbedringsarbeidet som er skissert fra Helsedirektoratet er bruk av kvalitetssirkler, også kalt PDSA-sirkel (eller også kalt Demings sirkel) til bruk i implementeringen av arbeidet. Dette blir i Pasientsikkerhetsprogrammets Strategi 2014-2018 (Helsedirektoratet, u.å.b) fremstilt som en metode å bruke i kvalitetsforbedringsarbeidet innenfor pasientsikkerhet. Metoden suppleres med andre verktøy, og brukes for å få en systematisk planlegging og gjennomføring av forbedringsarbeid innenfor området. I første delen presenteres sentrale spørsmål som avklares i forkant av arbeidet, og i del to testes ideer og tiltak relatert til endring ut i praksis.

I del en må vi spørre oss selv:

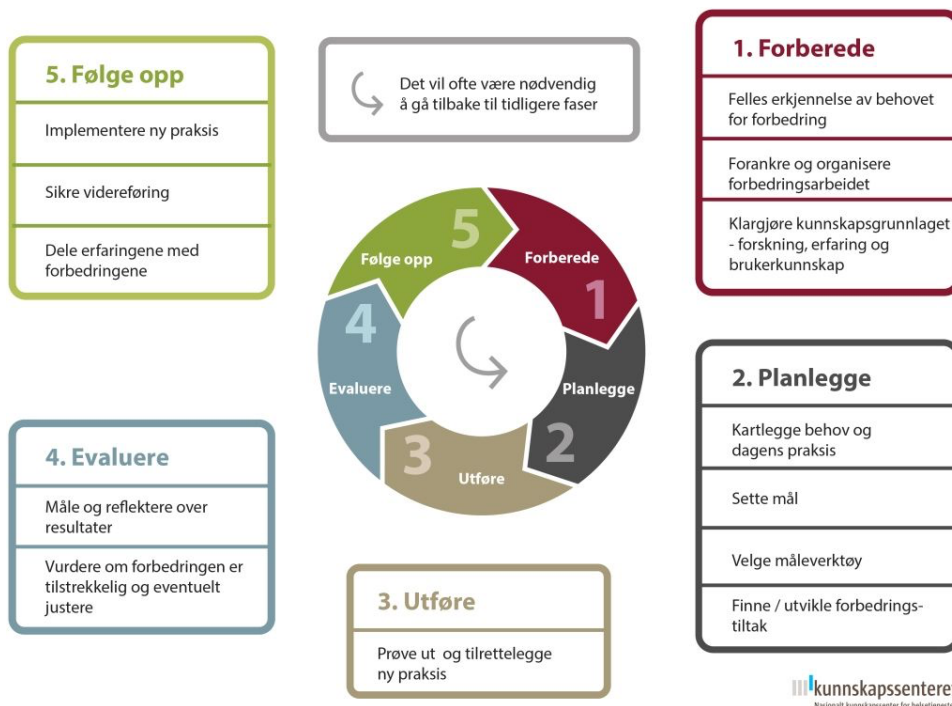
0. Er det et problem vi forstår og vil gjøre noe med? - Problem

1. Hva ønsker vi å oppnå? - Mål

2. Hvordan vet vi at en endring er en forbedring? - Målinger

3. Hvilke endringer kan iverksettes for å skape en forbedring? - Tiltak/ideer

I del to foregår testing av tiltak. Konsmo et al. (2015) presenterer sirkelen som følger:



Figur 3: Modell for kvalitetsforbedring (Konsmo et al., 2015).

Sirkel-formen indikerer at forbedringsarbeidet er en kontinuerlig prosess hvor nye endringer må gjennomføres etter hvert. Samtidig vil en oppleve at en går litt frem og gjerne et skritt tilbake underveis, slik at en sikrer at de tiltakene en prøver ut har en effekt. Hvor lang tid en forbedring tar kan variere med utfordringsbildet, og kan medføre at man må arbeider i flere trinn samtidig som går litt over i hverandre, og derved bruke flere serier med PDSA.

Konsmo et al. (2015) konkluderer med at arbeidet med å bruke de ulike modeller for kvalitetsforbedring er komplekst i de tjenestene som allerede er komplekse i utgangspunktet. De sier videre at det er ulike forutsetninger som må ligge til grunn for å sikre en vellykket gjennomføring. Det første de nevner er forankring. Forankring i ledelse, hos ansatte og i organisasjonen. Det andre punktet er å måle får å kunne følge med på utviklingen av tjenestene og om det i det hele tatt skjer en reell forbedring. Det tredje essensielle punktet er opplæring. Ansatte må få opplæring i systematisk forbedringsarbeid, og hvordan de kan sikre brukermedvirkning i arbeidet.

2.4 Ledelse av endring og motstand mot endring

Å innføre nye metoder og verktøy i forbedringsarbeid knyttet opp mot pasientsikkerhet er for de ansatte og lederne en ny måte å tilnærme seg temaet på (Hennestad et al., 2006). Å være leder og lede i endringsarbeid kan av mange oppleves å være krevende. Å lede i endring handler om å re-orientere virksomhetens måte å fungere på gjennom å gå fra etablert praksis

til en ny måte å arbeide på - en ny retning. Nadler (Hennestad et al., 2006) beskriver en analysemodell for organisasjonsendring som tar for seg den formelle organisasjonen (over overflaten) den uformelle organisasjonen (under overflaten) og enkelttindivider. Nadler (Hennestad et al., 2006) sier at egnetheten i samspillet mellom elementene og oppgavene er avgjørende over hvordan utfallet av en implementering av endring blir. Nadler definerer endringsproblemer knyttet til hvert område: individer yter motstand, uformell organisasjon skaper maktproblem og formelle organisasjoner skaper kontrollproblemer. Motstanden relateres her til individene og deres barrierer mot forandring. Barrierer kan være at endringen medfører økonomisk usikkerhet, en redsel av det som er ukjent, opplevelse av trussel mot etablerte sosiale relasjoner, etablerte vaner, mangel på erkjennelse av behov for endring og demografiske forskjeller. Organisatoriske barrierer kan være eksempler som strukturelle tregheter, treghet i arbeidsgruppene, trusler mot etablert maktbalanse, tidligere mislykkede endringsforsøk og sammensetning av ledergruppen. Motstand er en naturlig og nødvendig del av endringsarbeidet (Hennestad et al. 2006), og å analysere og identifisere motstanden er derfor viktig. Motstand kan være med på å få endringer til å “skyte fart” grunnet overvunnen motstand og konstruktiv retningsendring, samtidig som den kan medføre at endring blir hindret og avsluttet før implementering. Motstand kan forekomme både som åpen og skjult, og motstand fra blant annet ledere har særlig kraft. Åpen motstand viser seg gjennom forhandlinger og argumentasjon mens den skjulte motstanden har noe med utfordrende å “få tak på”.

Kaufmann og Kaufmann (2015) omtaler motstand som en energi som både kan være negativ og positiv, og sier at all endring vil utløse motstand i en viss grad. Identifisering av motstand blir viktig, og signaler en bør se etter er forvirring, umiddelbar kritikk, benektelse, slumedvirkning, sabotasje, lettvent enighet, omgåelse, taushet og åpent opprør. Dette er krevende for leder å diagnostisere og omhandler både skjult og åpen motstand. Årsaker til motstanden kan ifølge forfatterne være mangel på tillitt til ledere, opplevelse av at forandring ikke er nødvendig, tro på at endring ikke lar seg gjennomføre, frykt for økonomisk tap, tror at kostnader blir for store, frykt for personlig nederlag, redsel for å miste sin status, opplevelse av endring som trussel mot verdier og idealer, og man avviser innblanding.

Rasmussen og Vabø (2014) sier i sin studie at inneklemt ledelse er en økende utfordring som også kan føre til motstand. Inneklemt ledelse innebærer å holde seg innenfor vedtak og ressursgrense, samtidig som en skal stimulere ansatte til fleksibilitet og til å være snarrådige å finne gode løsninger i akutte og uforutsigbare situasjoner som oppstår. Lederen har to ytre

krav som er hensynet til forvaltning av skattebetalernes penger og hensyn til innbyggernes rettsikkerhet. Stramme styringskrav ovenfra, og økende uforutsigbare problemstillinger nedenfra medfører at det er enda mer krevende å sitte i lederstillinger

Lewin (Kaufmann og Kaufmann, 2015) utarbeidet en modell som beskriver endringsprosessen og tre faser som må gjennomgås for en vellykket implementering av endring: Tine opp (unfreeze) -> flytte (move)-> fastfryse (refreeze). Modellen kalles en kraftfelts-modell grunnet endring er motivert av drivkrefter og motkrefter. Målet er at organisasjonens konserverende krefter blir “tint opp” slik at endringer kan implementeres (Hennestad et al, 2006). For en vellykket endring er det viktig at en følger trinnene i rekkefølge, og forfatterne sier at utfordringen oppstår oftest når organisasjonen skal fastfryses i ny tilstand. Om en “hopper over” trinn en og starter direkte på trinn to vil en ha større sannsynlighet for å møte motstand. I prosessen må en huske å gjennomføre organisatoriske tilpasninger avhengig av type endring som planlegges. Eksempel på dette kan være i et lønssystem. Om en ikke gjør dette risikerer en at endringen kun blir et “blaff” og noe en husker som positivt, men som ikke er en varig endring. Motkrefter er blitt for sterke, og en har ikke klart å omdanne motkrefter til drivkrefter i arbeidet. Et viktig poeng her er at motkrefter er påvirkbare.

Hennestad et al. (2006) ser følgende om kriterier som må være oppfylt for å få til en vellykket og varig endring:

1. Felles erkjennelse av behov for endring
2. Ledelse av endring krever lederskap
3. Krav om retning og kommunikasjon av retning
4. Oppslutning
5. Endringsprosesser må skapes og ledes
6. Er leders utfordring og oppgave
7. Kultur, strukturer og systemer i organisasjonen fordrer sterke krefter - også motgang som må håndteres
8. Kunnskap og innsikt om organisasjonen og ledelse for å få grep om og påvirke situasjonen.

En måte å arbeide for å redusere motstand er, ifølge Basmo (2010), å forankre arbeidet en skal gjøre i ledelsen. Da tenker en både i sentral ledelse i kommunen og den enkelte leder for virksomhetene. Forankring innebærer ikke bare et “ja” til at det kan settes i gang et arbeid,

men det betyr at en må arbeide med en organisatorisk forankring som er preget av involvering og oppmerksomhet ut mot ledergruppene. Ifølge Basmo (2010, s 1) innebærer forankringen:

- Ledelsen må erkjenne og formidle behovet for forbedring
- Beslutning tas om forankring og organisering av arbeidet
- Beslutning tas om konkrete forbedringsområder
- Rammebetingelser sikres
- Milepæler og resultater etterspørres

Dette sier forfatteren at må være en del av et systematisert planverk for forbedringsarbeid. Amdam (2016) sier at forankring er et begrep som blir mye brukt i planlegging og ledelse, hvor det sies at arbeid må forankres i ledelsen. Han sier videre at forankring er et lite presist begrep, og beskriver ordet legitimitet for å erstatte dette. Han sier for det første at en må drøfte hvordan personer opplever sin situasjon og hvilke ønsker de har fremover. Det andre momentet er å skape en enighet om hvem sine behov som veier tyngst og hvem som skal prioriteres. Dernest handler det om å si noe om å bli enige om hvem som gjør hva, og eventuelt hvordan kostnader og inntekter skal fordeles. Hennestad et al. (2006) sier at det er utfordrende å tenke seg en styrt endring om en ikke har forankring. At topplederne selv er med og støtter, driver og fremstår som å ha et mål med arbeidet, er en grunnleggende forutsetning for en vellykket endring.

2.5 Tidligere forskning på ledelse av implementeringsarbeid

Et viktig bidrag til forskning på leders rolle i implementering av kvalitetsforbedringsprosjekter er Øvretveits (2010) litteraturstudie av forskning på ledelse av kvalitetsforbedring, leders påvirkningsmuligheter på kvalitetsforbedring og sammenhengen mellom leders handlinger og grad av suksess i kvalitetsforbedringsprosjekter. Hans konklusjon er at det er ingen tvil om at lederskap er en viktig faktor i forbedringsarbeid, men han sier også at det er usikker om hvor viktig lederskap er sammenlignet med andre faktorer, og at det ikke er funnet hva den enkelte leder skal gjøre. Det de imidlertid har funnet er at det som kan være vellykket lederskap i forbedringsarbeid, er leders evne til å ta vare på innsatsen som andre ledere, og ansatte, som arbeider med forbedring utøver.

Andreasson et al. (2016) gjennomførte en kvalitativ undersøkelse med 30 dybdeintervjuer av første- og andrelinje ledere i svenske sykehus. Målet for studien var å utvikle en dypere forståelse av ledere i helsevesenet sitt syn på, og tilnærming til, implementering av modeller i

forbedring av prosesser i omsorgstjenesten. Her kommer det frem at lederskapskvaliteter som å gi støtte, være tilgjengelig og sette mål er blitt assosiert med ansattes jobbensgjensjement, grad av hvor fornøyd en er med jobben sin og stress. De sier videre at leders suksess er avhengig av lederegenskaper, og at leder også er avhengig av en organisasjon som har strukturer som er tilrettelagt arbeid med prosesser. Dette støttes av Damschroder et al. (2009) som beskriver at kartlegging og eventuelt iverksetting av tiltak relatert til indre forutsetninger, som blant annet omfatter strukturelle karakteristika, nettverk og kommunikasjon, er en forutsetning for en vellykket implementering.

Viktigheten av å være tilgjengelig som leder vektlegges også i Ankerstjerne et al. (2017) sin studie av implementering av trykkskadeforebygging, som finner at grad av synlig lederskap er en faktor som påvirker utfallet av implementering. Denne studien ble gjennomført som en prospektiv kohortstudie. Bakgrunnen for studien var basert på forekomst av trykkskade ved danske sykehus, og at arbeidet med trykkskadeforebygging ikke var satt i system og systematisert. Å være leder som er til stede blir også omtalt, og funnet støtte for, av Øvretveit (2010) i hans litteraturstudie. Her finner han at tilstedeværende ledelse er ett av kriteriene for suksessfullt forbedringsarbeid. Dette fordi fravær av lederskap medfører dårlig kvalitet og redusert sikkerhet.

Et av funnene i Andreassons et al. (2015) sin studie er at leder på operativt nivå spiller en nøkkelrolle i implementeringsprosesser, og at suksessen hos lederne avhenger av deres egen evne til å overbevise ansatte av nødvendigheten av å utvikle tjenestetilbudet. Studien omtaler motiverte og engasjerte ansatte som fremmede faktorer for implementering. Ledere må motivere, oppmuntre og myndig-gjøre ansatte til dette arbeidet. Likevel fant denne studien at ledere ofte tok en ikke-aktiv rolle, og delegerte oppgavene og ansvaret i implementeringen til en gruppe ansatte. Deltakerne i denne studien uttalte også at enhetene ikke ville fungert om ikke mye av ansvaret gikk til de ansatte. Forfatterne forklarer dette med at dette kan være en ledelsesstil, men kan også være resultat av stor administrativ belastning, og/eller fravær av kunnskap om endringsledelse. Det ble videre funnet at ved å identifisere og involvere medarbeidere som var interessert i forbedringsarbeid, fikk leder ekstra støtte i arbeidet med å introdusere ideer og implementering av nødvendige endringer. Dette kan støttes av Øvretveit (2010), som sier at vellykket implementering ofte handler om leders handlinger, og oftest da om leders evne til å motivere og påvirke andre til å arbeide med forbedring ved å bruke effektive metoder og/eller vellykkede implementerte endringer som andre har erfart som positive.

Andreasson et al. (2016) finner at å sette mål er en lederegenskap som er viktig for arbeidet. Dette støttes i studien gjennomført av Damschroder et al. (2009), hvor en finner at det å ha tydelige mål og tilbakemeldinger gjennom blant annet evalueringer, kan bidra til et positivt klima for implementering. I hvilken grad mål og tilbakemeldinger er klart kommunisert, oppover og nedover i organisasjonen, sier noe om klimaet for implementering.

Andreasson et al. (2016) sier at det anbefales at ledere har kunnskap om endringsledelse og modeller de skal implementere. De sier at lederne har ulik tilnærming til prosessene med forbedringsarbeid, og kunnskapsutvikling på dette området er nødvendig. Dette sammenfaller med funnene Ankerstjerne et al. (2017) fant i sin studie hvor de sier at tilgang til ulike typer læring og interne fasilitatorer er en fremmede faktor på implementering av forbedringsprosjekter. Ifølge Andreasson et al. (2016) trenger de ansatte undervisning og opplæring i det de skal arbeide med. Forfatterne finner da at rammene for undervisningen kan være med på å påvirke kompetansehevingen. Komponenter som travelhet kan medføre at ansatte ikke kan gå fra til oppsatt tid, ansatte går i turnus og kan ha utfordringer med å stille på fritiden og plassering av undervisningslokale (internt i enhet eller eksternt) kan påvirke tilgjengeligheten til å delta både for ledere og ansatte. Dette støttes av Damschroder et al. (2009), som sier at grad av tilgjengelige ressurser som eksempelvis økonomi, tid og opplæring kan si noe om hvor klargjort organisasjonen er for implementering.

Motstand blant ansatte, relatert til mangel på kunnskap om organisatoriske endringer, er blitt beskrevet i mange sammenhenger. Det kan dras paralleller til implementering av nye verktøy og metoder som ikke er en organisatorisk endring, men en endring av måten de ansatte skal arbeide på og utfordring av etablerte sannheter. Damschroder et al. (2009) sier at implementeringen vil være mislykket om motstanden blant de ansatte ikke blir håndtert. Det sammenfaller med funnene i studien til Andreasson et al. (2016), hvor en poengterer viktigheten av at lederne har oppmerksomhet mot skepsisen de ansatte har mot ideer fra overordnet ledelse, og at det er en fare for at implementeringen vil bli mislykket om ledere ikke klarer å motivere ansatte til å delta. Ledere må balansere de ansattes krav mot det å være lojal mot ledelsen. Forfatterne sier videre at motstand hos de ansatte og byråkratiet i helsesystemet er også et funn. Et moment Øvretveit (2010) viser til i konklusjonen i sin studie er at det viser seg at personer i mange ulike posisjoner leder forbedringsarbeid, ikke bare de som har det formelle lederansvaret.

Økende administrative oppgaver for ledere i helsevesenet, og derved lav prioritering av forbedringsarbeid, er også et av funnene i Andreasson et al. (2016) sin studie. De sier videre at å ta hensyn til tempo og grad av implementering i enhetene krever dedikerte ledere som kan dele ansvar med sine team, og engasjerte ansatte med kunnskap og tid til å bidra inn i arbeidet. Temaet økende administrative oppgaver kommer også frem i studien til Damschroder et al. (2009) hvor de sier at en av de indre forutsetningene som må kartlegges i forkant av et implementeringsarbeid er de strukturelle karakteristika i organisasjonen som kan være med på å påvirke prosessene. Lederspenn (hvor mange ansatte en leder er nær-leder til) er et viktig element for innovasjon, og må kartlegges ved implementering. Dette er sammenfallende med Andreasson et al. (2016) sin studie, hvor økonomi, økende administrative oppgaver, stort volum på antall pasienter og utilstrekkelig bemanning ble vist til som hemmende på implementeringen. Ankerstjerne et al. (2017) finner også i sin studie at opplevelse av travelhet er en faktor som kan påvirke implementeringen på en negativ måte, og at planlegging for når implementeringen skal starte må tenkes nøye over i forkant. Andre faktorer de finner som hemmer implementeringen er skeptisk holdning, utfordring av vante praksis og dårlig rammer for undervisning.

Andreasson (2016) sier at tidligere forskning viser flere barrierer for leders utviklingsarbeid på enhetsnivå: motstridende logikker, lite tid til strategisk arbeid, legitimitet, verdikonflikter, problemer med gruppedynamikk, lite erfaring i organisasjonsutvikling, ansvarlighet og evne til samarbeid. Damschroder et al. (2009) finner også at en av de indre kriteriene i en organisasjon for å være klar til vellykket implementering er tilgang til dokumentasjon og kunnskap. Videre sier de at dess mer stabile teamene er, med lite turnover, dess mer sannsynlig er det at implementeringen er suksessfull. Ankerstjerne et al. (2017) finner på sin side at ledelsens anerkjennelse av prosjektet på ledelsesnivå, høyt motivasjonsnivå og mottagelighet for endring kan være fremmende faktorer for implementering.

3 Metode og analyse

I denne delen av oppgaven redegjøres det for de metodiske valgene jeg har tatt. Jeg vil her si noe om valget av casestudie som metode, litt om hvordan jeg har valgt ut deltakere, bakgrunn for valg av kommuner å undersøke i, litt om intervjuer og dokumentanalyse. Jeg ser på intervjudataene som primærdata og dataene fra dokumentene som sekundærdata.

Gjennomgang av det etiske perspektivet tas også i dette kapittelet. Siste del blir viet til å beskrive analysen av dataene jeg har innhentet. Samtidig vil jeg her si litt om reliabilitet, validitet, og overførbarhet i intervjuene, samt relevans, autentisitet og troverdighet i vurderingen av dokumentene.

3.1 Metode³

Mye kvalitativ forskning baseres på en hermeneutisk tilnærming (Thagaard, 2018). Denne tilnærmingen beskriver hvordan man finner mening og forståelse for det som studeres. Dette finner man gjennom å beskrive og fortolke fenomen en får informasjon om i intervjuene og dokumentene, hvor det i prosessen bli fortolket informasjon, noe som er sentralt i samfunnsvitenskapene (Thagaard, 2018). Fortolkningen kan foregå i flere grader: første, andre og tredje grad. Først tolker intervjuer det som blir formidlet, deretter tolker intervjuer informantens fortolkning, for til slutt å knytte fortolkningene opp mot teori. Siste steg er med å avdekke betydningen i det som er blitt formidlet til intervjuer (Thagaard 2018).

Hermeneutikken bygger på at meningen bare kan forstås i en sammenheng – og da den sammenhengen vi studerer i. Bukve (2016) forklarer at den hermeneutiske spiral er en veksling mellom tolkning av enkeltelement i analysen, og en vurdering av forståelsesrammen eller sammenhengen som dette elementet inngår i. Hvert utsagn eller tekstelement blir da tolket som en del av en større helhet. Noe av det som er viktigst i denne type tolkning er å være åpen for motsetninger og ikke overse elementer som ikke “passer inn” i det vi hadde fortolket på forhånd.

3.1.1 Valg og beskrivelse av case

I oppgaven har jeg valgt å ha en fler-casestudie (Bukve, 2016). Valget er med bakgrunn i at jeg undersøker i to kommuner, hvor begge kommunene har startet arbeidet med innføring av tiltakspakker utarbeidet i regi av Helsedirektoratets “Pasientsikkerhetsprogram I Trygge

³ Deler av dette innholdet i dette underkapittelet er hentet fra egen prosjektskisse

Hender 24/7” (u.å.). Hver av disse kommunene blir da ett case. Jeg har valgt å ikke bruke en komparativ casesdesign med en strukturert sammenligning av trekk ved implementering og utfall av kvalitetsforbedringstiltakene. Undersøkelsen skjer i to komplekse organisasjoner som har en del ulikheter. Disse casene gir ikke noe mulighet til å si noe om den ene er mer vellykket i implementeringsprosessen eller ikke, men jeg kan ved bruk av fler-casestudie utforske selve implementeringsprosessen og lederrollen.

Fenomenet som skal undersøkes i studien er lederes opplevelse av innføring av nye metoder og verktøy som presenteres i tiltakspakkene. I utgangspunktet kunne jeg hatt flere case for å kartlegge leders erfaringer, implementeringsprosesser og finne forskjeller og likheter i arbeidet. Jeg har, grunnet oppgavens omfang, valgt å ha to caser hvor hver kommune er definert som en. De virksomhetene jeg har undersøkt i, er langtidsinstitusjoner med avdelinger for pasienter med somatisk sykdom og for personer med demens. Avdelingene hvor det undersøkes i har ulik størrelse, og det samme har selve virksomhetene.

Innbyggertallene i kommunene varierer fra ca. 40 000 til ca. 130 000. Ulik størrelse kan føre til ulike utfordringer i tjenesteproduksjonen. En annen ulikhet er at den ene kommunen er bykommune, mens den andre kommunen er landkommune. Helse- og omsorgstjenesten utgjør en stor del av kommunenes budsjett, og har overvekt av kommunens ansatte i sin portefølje. Organisering av ledelse og lederspenn (antall ansatte som hver leder har ansvar for) er noe ulikt. En av kommunene hvor det undersøkes i har vært pilotkommune nasjonalt i arbeidet med implementering av tiltakspakkene med bakgrunn i at en har valgt å være “Pasient- og bruker-sikker kommune”. Den andre kommunen har innført pakker med hjelp av læringsnettverk i regi av “Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste”. Tanken med USHT er fra sentralt hold at de skal bidra inn i arbeidet med pasientsikkerhet, og er et av tiltakene for at implementeringen skal bli vellykket.

Studien ble sendt til NSD, som vurderte at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen.

3.1.2 Valg og beskrivelse av metode

I det følgende beskrives metoder som er brukt i studien og bakgrunn for valgene som er tatt. I studien har jeg valgt å kombinere intervju og dokumentanalyse som begge er definert som kvalitativ metode (Thagaard, 2018). Ved å kombinere disse håper jeg å få en mer utfyllende informasjon enn om jeg kun valgte en metode. Ved kombinasjonen intervju og dokumentanalyse får jeg muligheten til å få «mer kjøtt på beina», og en større og mer komplementær forståelse for funnene.

3.1.2.1 Intervju

Jeg har valgt å innhente informasjon fra kommunene gjennom kvalitative forskningsintervju (Thagaard, 2018). Bakgrunnen for at jeg har valgt kvalitativ metode i studien er ønske om å få tilført kunnskap gjennom direkte kontakt med de personen som føler utfordringene og mulighetene, knyttet til implementering av nye metoder og verktøy, på kroppen. Det er de som kan si noe om hvordan deres opplevelse er av dette. Det er preget av subjektive opplevelser som en bare kan få beskrevet gjennom en-til-en samtale. Gjennom dette får jeg muligheten til å observere deltakeren, og derved kunne stille oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuet. Dette tenker jeg er spesielt viktig med tanke på om en opplever verbal og non-verbal kommunikasjon som ikke samstemmer. Thagaard (2018) sier at intervjuene, og fortellingene som blir fortalt, er en form for sosial handling. Dette fordi personen er i en interaksjon med intervjuer når de språklig-gjør sine erfaringer.

Det må tas en vurdering av intervjuenes reliabilitet (er dataene pålitelige?), validitet (er det undersøkt som en tenkte en skulle undersøke?) og overførbarhet (er dette noe andre kan finne i sine studier?). Dette blir nærmere beskrevet i kapittel 3.2.2.

3.1.2.2 Dokumentanalyse

Dokumenter til bruk i analysen kan være politiske vedtak, planarbeid i virksomhetene, prosjektbeskrivelser og referater etter møter i eksempelvis forbedringsteam/arbeidsgrupper ved implementeringen av nye metoder og verktøy (Thagaard, 2018). Ved bruk av dokumentene kan jeg få oversikt over eksempelvis når, og av hvem, det ble bestemt at tiltakspakker skulle implementeres, når ble og hvilke grupper ble sammensatt, ble det tilført midler til prosjektet? Hvilke metoder og verktøy ble tatt i bruk? Forskjeller og likheter i kommunene kan være med å forklare forutsetningene for ledelse av forbedringsarbeid. Jeg kan også få en oversikt over tidsperspektivet arbeidet har foregått over, og derved også muligens en formening om hvor mye ressurser og innsats som er lagt ned i dette arbeidet. Dokumentene kan gi et godt innblikk som supplement til intervjuene.

I prosessen med utvelgelse av dokumenter må disse vurderes utfra relevans (Thagaard, 2018). Ved å bruke kildekritiske vurderinger kan jeg finne dokumenter som er relevante (svarer og/eller belyser de problemstillingen?), autentiske (er dokumentene ekte?) og troverdige (er det tillit til informasjonen dokumentene gir?). Dette gjøres i kapittel 3.2.4 i dette dokumentet.

3.1.3 Utvalg av deltakere

Intervjudeltagere er fordelt på to ledernivå i to ulike kommuner: virksomhetsledere og avdelingsledere. Ved bruk av strategisk utvalg prøver jeg å sikre meg at deltagerne er

teoretisk representative for studien (Thagaard, 2018). Bukve (2016) omtaler teoretisk metning ved mange deltagere. Teoretisk metning omhandler et metningspunkt hvor ny informasjon ikke vil fremkomme selv om en har flere å intervju. I starten av prosessen mot utvelgelse av deltakere, og valg av hvor mange som skulle være med, falt valget mitt på seks deltagere – tre fra hver kommune fordelt på to ledernivå. Etter flere runder med vektning mellom teoretisk metning og fare for å få for lite informasjon, valgte jeg å gå opp til åtte deltagere. Jeg har da valgt fire deltagere fra hver kommune. Ved å bruke få deltagere kan det være en viss fare for å klare å overholde anonymiseringen, og om en deltaker likevel ikke kan delta kan det bli krevende å lete etter flere. Deltagerne er, som sagt, ansatte på ulike ledernivå i kommunene, og de kjenner ofte til hverandre gjennom ulike møtevirksomhet og samlinger. Jeg må derfor være bevisst anonymiseringen, og gjennom presentasjonen av data må det ikke presenteres slik at deltakeren er lett gjenkjennbar.

3.1.4 Utsending av forespørsel om intervju

Utsending av forespørsel til de to utvalgte kommunene om mulighet for å utføre forskning, og med ønske om kontaktperson, ble sendt per mail til respektive kommunaldirektører i november 2020 (vedlegg 1). Valg av kommuner ble gjort i samarbeid med USHT som har arrangert læringsnettverk for implementering av metoder og verktøy i pasientsikkerhetsarbeidet, og som derved har oversikt over hvem som sitter med erfaringer på området. Første tilbakemelding fra kommune A med samtykke til forskning, og navngitt kontaktperson kom i desember. Kontaktpersonen formidlet kontakt med fire aktuelle intervjukandidater for meg, og de ga sitt samtykke til å ta imot mer informasjon. Informasjon om studien (vedlegg 2) og dokument om informert samtykke (vedlegg 3) ble sendt over i desember og intervjudatoer ble avtalt per mail. Gjennomføringen av disse fire intervjuene foregikk i perioden desember 2020 til januar 2021.

Den andre kommunen som forespørselen gikk til i første omgang, valgte å ikke delta i studien. Bakgrunnen for dette var at det har vært stor utskiftning på begge ledernivåene siste tiden, og de som sitter i disse stillinger per i dag har ikke vært med i implementering av denne typer forbedringsarbeid i kommunen.

Grunnet få kommuner lokalt som har vært med i dette arbeidet ble jeg nødt til å se over til kommuner lenger borte fra bostedskommunen. Jeg sendte da forespørsel til kommune B i desember 2020, og fikk positivt svar og navn på kontaktperson umiddelbart etter utfylling av diverse skjemaer. Jeg tok direkte kontakt med fire navngitte aktuelle deltagere, og fikk avtalt intervjuer hvorav det siste ble gjennomført i starten av februar 2021.

3.1.5 Gjennomføring av intervjuene

Jeg har brukt semistrukturert intervju. Semistrukturert forskningsintervju blir av Kvale og Brinkmann (2018) beskrevet som en oversikt over emner som skal dekkes, og forslag til spørsmål. Forskeren bestemmer selv hvor stramt en skal forholde seg til spørsmålene, og hvor mye en vil følge opp det som intervjudeltager kommer med i løpet av intervjuet. Ved bruk av denne typen intervju fikk jeg utdypende svar fra deltakerne, samtidig som jeg sikret at alle ble utfordret på samme spørsmål. Jeg ønsket å få gjennomføre intervjuene som en samtale hvor jeg bruker guiden til hele tiden å kvalitetssikre at vi favner alle temaene, og det klarte jeg å få til. Spørsmålene ble stilt slik det blir naturlig i forhold til deltakerens respons. Intervjuguiden er utarbeidet med utgangspunkt i teori, aktuell kunnskapsstatus, forskningsspørsmål og det som oppleves relevant for deltaker (vedlegg 4). Det ble tilstrebet et dagligdags språk i intervjuguide og i gjennomføringen av intervjuene.

Opptak fra intervjuene ble gjort ved hjelp av båndopptaker, samtidig som jeg gjorde små notater ved siden av. Bruk av denne metoden vil gi bedre forutsetning for utvikling av data enn om en kun brukte håndskrevne notater. Tidsbruk av intervjuene var ønsket å være begrenset til maksimum 60 minutt. Da har deltaker mulighet for å ikke bli ukonsentrert underveis i intervjuet. På tross av god planlegging varte to av intervjuene nærmere 75 minutter, samtidig som det korteste intervjuet hadde 45 minutters varighet. Intervjuene ble gjennomført i deltakers arbeidstid, slik som det ble planlagt for, og siden alle var ledere ble ikke kollegaer belastet i noen stor grad. Intervjuene ble som planlagt en-til-en-intervjuer, og de første intervjuene ble gjennomført på deltagers arbeidsplass, på eget kontor i en del av bygget med lite forstyrrelser og lite folk. Etter at de første intervjuene ble tatt, og i påvente av neste avtalte intervju, kom en ny bølge med koronaepidemi til vår del av landet. Dette innebar at fysiske møter ikke lenger lot seg gjennomføre. Resterende intervjuer ble derfor gjennomført som digitale Teams-møter med opptak av intervjuet med frittstående båndopptaker som tidligere. Dette ble gjort i samråd med den enkelte deltaker, og fungerte veldig bra. Jeg valgte å ikke bruke opptaksfunksjonen i Teams fordi jeg ønsket å ha alle intervjudataene samlet på et sted, og jeg var noe usikker på kvaliteten på opptak via Teams. Digitale intervjuer ble godkjent av NSD da jeg sendte inn forespørsel om endring av metode. Ved gjennomføring av intervjuene viste det seg at den ene deltakeren i kommune B ikke oppfylte kriteriene for utvalg av deltakere, da h*n var leder på en institusjon for korttidsopphold. Intervjuet ble likevel gjennomført, men det er ikke transkribert eller tatt med noe form for informasjon fra dette inn i studien.

Asymmetrisk relasjon (Fog, 2007:229 i Thagaard, 2018) mellom intervjuer og deltaker er noe jeg må ta hensyn til i mine intervjuer, spesielt i den ene kommunen. Der har jeg tidligere hatt rollen som leder, og jeg har derfor vurdert om jeg skulle hatt en annen person som gjennomfører intervjuene for meg. Faren med dette er å gå glipp av viktig informasjon som samtalen kan gi. Dette kunne vært gjort om jeg hadde et strukturert intervju hvor spørsmålene hadde vært grunnlag for intervjuene, og ikke informasjonen som kan tilføres i et semistrukturert intervju. Mine deltakere er ikke noen jeg tidligere har hatt et overordnet lederansvar for, og etter en totalvurdering valgte jeg å gjennomføre intervjuene selv.

3.1.6 Innhenting av dokumenter

Gjennom forespørselen om å delta i studien ble det også gjort kjent at jeg ønsket å få tilgang til dokumenter som kan være med å belyse temaene som kommer frem i intervjuene. Dette kan blant annet være diverse referater fra arbeidet, planarbeid eller politiske papirer. Egentlig hva som helst av dokumenter som omhandlet prosessen med implementering av metoder og verktøy i den enkelte avdeling/virksomhet.

Dokumenter fra deltakerne i de første intervjuene ble levert til meg over bordet, mens de som jeg hadde digitalt Teams-møte med oversendte via mailsystemet (ingen taushetsbelagte dokumenter). Det som kom frem fra flere av deltakerne var at de måtte lete en del etter dokumenter, og det ble stor variasjon i hvilke dokumenter som kom inn til meg. Noen hadde mye å levere fra seg, mens andre var noe mer sparsommelige. En deltaker har ikke oversendt noe dokumentasjon.

3.1.7 Etiske vurderinger

En undersøkelse med intervju, er ifølge Kvale og Brinkmann (2018), en moralsk undersøkelse hvor det er tilknyttet moralske spørsmål til undersøkelsens midler og dens mål. Samspillet i intervjusituasjonen påvirker deltaker, og kunnskapen vi får fra intervjuene påvirker vårt syn på menneskets situasjon. Derfor må de etiske aspektene vurderes. Thagaard (2018) sier at det er tre hovedprinsipper som forsker er ansvarlig for å sørge for å informere om og oppfylle kravet til: informert samtykke, konfidensialitet og konsekvensene for deltaker som deltar i studien.

Gjennom dokumentet «Informasjon til intervjudeltakere om studien» ble deltakerne informert om studiens mål og hovedtrekk. Det ble i tillegg informert om risiko og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet. Frivillighet til å være med i prosjektet og muligheten til å trekke seg underveis, og frem til rapporten blir levert, ble også informert om her (vedlegg 2). Deltakerne

har alle underskrevet informert samtykke før det ble foretatt intervjuer (vedlegg 3). Et etisk dilemma med informert samtykke er at en må vurdere konsekvensene av den informasjonen man gir i forkant av intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2018). Det må også vurderes om hvor mye informasjon en skal gi, og når en skal gi det. Total åpenhet kan gjøre en kvalitativ studie håpløs å gjennomføre, samtidig som tilbakeholdelse av informasjon kan gjøre at en kan få en større kunnskap for det større fellesskapet (Kvale og Brinkmann, 2018). Jeg opplever å ha funnet en god balanse i den informasjonen deltakerne fikk om studien, og formålet med den.

I begrepet konfidensialitet ligger det at deltaker ikke skal kunne bli gjenkjent i presentasjonen av studien (Kvale og Brinkmann, 2018), og at opplysningene som kommer inn i intervjuene skal behandles konfidensielt. Gjennom bruk av sitater er det en vurdering av hvor mye direkte sitater er kan ha fra hver enkelt deltaker før en får en fare for gjenkjennelse. Måten presentasjonen av dataene blir gjort på, er med på å påvirke konfidensialiteten. I denne studien er det meste basert på tema, og presentasjonen er variert mellom fellespresentasjon fra deltakerkommunene og noe enkeltvis fra deltakerne. Avdelingsledere og virksomhetsledere blir ikke skilt i presentasjonene, de går under lederbegrepet. Det etiske usikkerhetsmomentet med tanke på konfidensialitet er at det på den ene siden skal beskytte deltakerne mens det på den andre side kan gi forskerne mulighet for å tolke deltakernes uttalelser uten å møte motstand. Konsekvenser for deltaker må vurderes (Kvale og Brinkmann, 2018). Tanken er at det må sees på ut fra et nytteperspektiv. Samlede potensielle fordeler for deltaker, og den kunnskapen en kan oppnå, må veie tyngre enn risikoen for at deltaker utsettes for skade. Etter en samlet vurdering har jeg kommet frem til at det i denne studien vil være større nytte av forskningen enn negative konsekvenser for deltaker, og vurderer det derfor til at undersøkelsen kan gjennomføres. Innsamlede data og behandlingen av disse er håndtert etter gjeldende retningslinjer for «Vern og utveksling av personopplysninger og helseforskningsdata» ved HVL.

3.2 Analyse

3.2.1 Analyse av intervjudata

Prosessen med å få klargjort intervjumaterialet på båndopptageren til analyse blir i litteraturen omtalt som å transkribere (Kvale og Brinkmann, 2018). Hovedmålet med transkribering er å få strukturert materialet i tekstform, og ved dette lettere få en god oversikt. Transkriberingen er en fortsettelse av analysen av innsamlet materiale som, sammen med tolkningen, allerede startet under intervjuet (Thagaard, 2018). Notatene som ble gjort underveis i intervjuet er derfor viktig. Transkriberingen tar mye tid, og Kvale og Brinkmann

(2018) sier at dette arbeidet kan vi sette over til andre. Etter å ha vurdert dette, bestemte jeg meg for å transkribere intervjuene selv. Dette fordi jeg da så at jeg ville lære mer, og bli mer kjent med materialet jeg har samlet inn.

Før jeg startet transkribering fra båndopptaker hørte jeg gjennom intervjuene og gjorde meg noen notater underveis. Deretter startet jeg transkriberingsprosessen. Transkriberingen tok, som beskrevet i litteraturen, mye tid og var en krevende prosess. Jeg valgte å transkribere to ganger: første gang ordrett fra båndopptaker, og andre gang for å få hele setninger uten uord, pauser og annet. Det som ble tatt bort ble markert i klamme [...] i transkribert intervju.

Thagaard (2018) sier at en induktiv tilnærming innebærer at koder forankres empirisk ved at vi utvikler kodersom gir et samlet uttrykk for deltakernes erfaringer og handlinger. Kodingen jeg har gjort er basert på deltakernes eget språk i intervjuene. Informasjonen ble kodet og ble satt opp i en matrise med bakgrunn i forskningsspørsmålene, hvor den enkelte deltakers utsagn om det enkelte forskningsspørsmål ble satt inn. Denne matrisen inneholdt store mengder informasjon. Her ble det funnet informasjon fra den enkelte deltaker som kunne plasseres i samme kategorier. Kategoriseringen reduserer og sammenfatter informasjonen fra intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2018). Ved utvikling av kategorier som representerer sentrale tema i teksten, medfører kategoriseringen av vi binder sammen de enkelte temaene som representeres i kodingen. Kategoriene som jeg har utarbeidet opplever jeg at styrker forbindelsen mellom teori og data, og har gitt en mer omfattende forståelse av temaene Jeg har derfor en kvalitativ studie med en temaanalytisk tilnærming (Thagaard, 2018).

Thagaard (2018) sier at kategorisering gir oss en god oversikt over dataene vi har, men det medfører også at vi får en begrensning ved at data som ikke passer inn kan forsvinne. Dette har jeg vært observant på gjennom prosessen, og det er markert i kodingen hva som ikke er "kommet med videre". Kategorier ble satt inn i ny matrise hvor deltakernes utsagn på nytt ble sorter og filtrert. Dette gjorde at informasjonen ble lettere å få oversikt over. Dette dannet grunnlaget for presentasjon av funnene som en fortelling av casene, og hva som jeg ser utmerker seg til drøfting opp mot litteratur og tidligere forskning. Prosessen med å utarbeide matriser, for til slutt å få en oversikt over kategorier og deltakernes informasjon innenfor disse, har gjort at jeg har utviklet god kjennskap til intervjumaterialet.

3.2.2 Vurdering av reliabilitet, validitet og overførbarhet av intervjuene

Reliabilitet innebærer en kritisk vurdering av om prosjektet gir inntrykk av at forskningen er gjennomført på en pålitelig og tillitsvekkende måte. For å vurdere dette, må forskeren

argumentere for reliabiliteten ved å redegjøre for utviklingen av data i løpet av forskningsprosessen (Thagaard, 2018).

Tidligere i dette kapittelet har jeg gjort rede for hvordan deltakere ble valgt ut og kontaktet, og hvor og hvordan intervjuene ble gjennomført. Noe som er viktig å si noe om er min bakgrunn som geriatrisk sykepleier og som tidligere ansatt som leder i den ene deltakerkommunen. Jeg vet hvem deltakerne i kommunen er, men jeg har ikke hatt lederrolle ovenfor noen av dem. I den andre kommunen har jeg ingen kjennskap til noen av deltakerne i forkant.

I intervjusituasjonen ble min evne til å reflektere over konteksten for intervjuene, og min relasjon til intervjudeltakerne sentral. Har det vært en god prosess hvor det har vært åpenhet, eller har det vært utfordrende prosess med opplevelse av begrensninger og overfladiskhet? Thagaard (2018) sier at en mulig sosial avstand til deltakerne kan reduseres ved at en intervjuer i et miljø vi kjenner godt fra før. Intervjueren kan lettere oppnå tillitt. En opplevelse av avstand mellom intervjuer og deltaker kan være en feilkilde og resultere i et dårlig intervju. Dette var jeg bevisst på i intervjusituasjonen. Deltakerne ga inntrykk av at dette hadde vært en positiv opplevelse og flere sa de ble inspirert til å ta opp igjen arbeidet med forbedringsarbeid. De har heller ikke ytret noen betenkeligheter om å delta i dette studiet.

Begrepet validitet omhandler at vi stiller spørsmål om de tolkningene vi kommer frem til er gyldige hensyntatt den virkeligheten vi har studert (Thagaard, 2018). Å bruke tidligere forskning til å støtte opp under de tolkningene jeg legger frem er med å styrke validiteten. Ved å bruke triangulering mellom metoder (Bukve, 2016), intervjuanalyse og dokumentanalyse, har jeg klart å få et mer nyansert blikk på det jeg har undersøkt. Å ha kjennskap til miljøet kan medføre at nyanser som ikke er i tråd med egne erfaringer forsvinner. Dette er noe jeg har reflektert over underveis i prosessen.

Som beskrevet ovenfor kan min rolle som geriatrisk sykepleier, leder i helse- og omsorgstjenesten og deltaker i prosjekt for implementering av metoder og verktøy medføre at jeg går glipp av nyanser i informasjonen jeg har fått. Dette kan da relateres til min forforståelse av temaet. Derfor har jeg underveis i intervjuene sørget for å få bekreftet at jeg har forstått det de sier på den måten de ønsker å bli forstått. Dette er blitt bekreftet eller avkreftet, og jeg har kunnet stille oppfølgingsspørsmål for å få nyansene og klarere forståelse av det de ønsker å formidle. Informantene har ikke fått tilbud om å lese min tolkning av

datamaterialet før oppgaven er ferdig. Dette grunnet tidspress, og at det er en krevende arbeidsprosess jeg har valgt bort. De som har sagt de ønsker det, får oppgaven tilsendt når den er ferdig.

Forskningsresultatenes overførbarhet omhandler i hvilken grad tolkningen av resultatene kan være relevant i andre sammenhenger (Thagaard, 2018). Tolkningen av data er i denne studien knyttet opp mot implementeringsprosess i forbedringsarbeid, og leders opplevelse av dette. Jeg har sett på tidligere forskning, som er presentert i kapittel 2.5 i dette dokumentet, og sammenlignet de funnene og tolkningene med mine egne funn og tolkninger. Utvalget av deltakere er et element i vurderingen av overførbarhet. Deltakerne er alle involvert i arbeidet i større eller mindre grad, så informasjonen som funnene og tolkningene er basert på, er mennesker som kjenner arbeidet “på kroppen”. Overførbarheten kan også eksempelvis være knyttet opp mot organisasjonen, ansatte eller arbeidsoperasjoner (Thagaard, 2018). I min studie vil dette være helse- og omsorgstjenesten, ledere på like nivå og innføring av nye metoder og verktøy.

3.2.3 Analyse av dokumenter

For å få mer informasjon om arbeidet med implementering av metoder og verktøy, har jeg i tillegg til intervjuene valgt å innhente dokumenter fra kommunene. Ved å analysere disse har jeg fått en mer komplementær forståelse av den muntlige informasjonen.

Jeg gikk gjennom de ulike dokumentene og markerte ord til bruk i koding. Jeg brukte noe av den samme fremgangsmåten som ved intervjuene i prosessen. Ved å kategorisere og sette dette opp i matrise innenfor de ulike forskningsspørsmålene, klarte jeg å få litt “kjøtt på bena” til det deltakerne formidlet.

3.2.4 Vurdering av relevans, autentisitet og troverdighet av dokumentene

Thagaard (2018) sier at vi må gjøre kildekritiske vurderinger av de dokumentene vi anvender som kilde om saksforhold. Det må derfor vurderes dokumentenes relevans, autentisitet og troverdighet.

Dokumentene jeg har fått tilgang til er direkte knyttet opp mot prosesser og status i implementering av ulike metoder og verktøy for å øke pasientsikkerheten ved virksomhetene. Dette er også strategidokumenter som viser planer for videre arbeid, og hvor dette er forankret. Jeg vurderer derfor at samtlige dokumenter jeg har fått i hende har stor relevans for det som er formålet med studien.

Det andre som må vurderes er om dokumentet er ekte. Disse dokumentene speiler arbeidet i virksomhetene, og flere av disse er referater fra ulike møtevirksomheter i implementeringsfasen, samt statusbeskrivelser undervis. Dokumenter viser også "veien videre", og planlegging for et år om gangen. Jeg ser ingen grunn til å tvile på om dokumentene kommer fra deltakerne og deres arbeid. Jeg vurderer derfor at dokumentene er ekte.

Bakgrunnen for å dokumentere arbeidet som blir gjort i dokumentene er blant annet å vise fremgang, ha en rød tråd i arbeidet, sørge for kontinuitet og god planlegging av valgte arbeidsområder. Det oppleves ikke at det fra deltakernes side, eller i dokumentet, som om noen har en skjult agenda med dette. En kunne kanskje tenkt at referater og andre dokumenter er "pyntete på" for at det skal fremstå som bedre enn det er, men det tenker jeg ville fort bli oppdaget når en leser alle dokumentene under ett fra hver enkelt deltaker. Jeg tenker derfor at dokumentene jeg har mottatt er troverdige, og kan brukes i studien. Samtidig tas det forbehold om at alt som er planlagt i dokumentene muligens ikke er gjennomført.

4 Resultat

I følgende kapittel presenteres funnene fra intervjuer og dokumenter. Jeg har valgt å presentere dataene fra intervjuene slik at det som er sammenfallende for deltakerne i kommune A og B er presentert sammen, mens det som er ulikt hos deltakerne mellom kommunene er presentert hver for seg. Funnene presenteres under overskrifter som sammenfaller med forskningsspørsmålene, gjerne med noen underoverskrifter for å skille temaene litt. Jeg fremstiller en konklusjon til hvert forskningsspørsmål i slutten av presentasjonen under hvert funn. Presentasjonen av dokumentene er vist med overskrifter ut fra hva som utmerket seg i analysen, og kommunene blir presentert hver for seg.

4.1 Funn i dokumentene

4.1.1. Kommune A

Etter gjennomgang av ulike dokumenter (som stort sett ikke er datofestet), som er oversendt fra deltakere i kommune A, kan en se at det er arbeidet mye med å dokumentere arbeidet som blir gjort i implementeringsfasen av nye metoder og verktøy direkte relatert til de ulike tiltakspakkene. Disse tiltakspakkene er utarbeidet og presentert i Pasientsikkerhetsprogrammet (Helsedirektoratet, u.å.), og av dokumentene ser en at implementeringen av noen av tiltakspakkene er gjennomført ved deltagelse i læringsnettverk i regi av USHT.

Dokumenter som er lagt frem er eksempelvis ansvars- og oppgavefordeling mellom virksomhetsleder og avdelingsleder, referater fra forbedringsmøter, statusrapporter og sluttrapporter i forbindelse med læringsnettverk og risikoskjemaer.

Fordeling arbeidsoppgaver i ledergruppen

I dokumentene som er oversendt er det, fra den ene deltakeren, en oversikt over ansvars- og oppgavefordeling mellom virksomhetsleder og avdelingsleder i virksomheten. Denne viser en systematisk oversikt hvor hovedområdene er økonomi, personal, internkontroll, fag, samarbeid og egenutvikling. Her kommer det tydelig frem at det er virksomhetsleder som har det overordnede ansvaret for hele virksomheten, samtidig som avdelingsleder har det overordnede ansvaret for den avdelingen h*en er leder for. Under overskriften “Internkontroll” kommer det frem ulike kvalitetsmomenter som eksempelvis HMS/IA, brannvern, hygiene, smittevern og avvikshåndtering. Det viser ikke her at det foregår, eller er planlagt noe, i forhold til internkontroll og pasientsikkerhetsarbeid på et overordnet nivå, ei heller på

avdelingsleders nivå. Det er likevel tydelig at det er virksomhetsleder som er hovedansvarlig for internkontrollen og at avdelingsleder er medansvarlig direkte i egen avdeling. Under “Fag” står det at virksomhetsleder er ansvarlig for kvalitetsutvikling og prosjekter i virksomheten. Avdelingsleder har ansvar for utviklingsarbeid, og har det faglige ansvaret i avdelingen. Det er ingenting dokumentert direkte på pasientsikkerhetsarbeid eller prosjekter knyttet til økning av kvalitet i tjenestene som ytes.

Ansattinvolvering

Det er satt sammen tverrfaglige forbedringsteam for hver enkelt tiltakspakke det skal arbeides med. Benevnelsen forbedringsteam i dette arbeidet blir brukt i all dokumentasjon fra kommunen. Medlemmene er valgt ut på bakgrunn av profesjon og interesse for temaet. Samtidig er avdelingsleder representert og på den måten direkte involvert i planlegging og gjennomføring. Av dokumentene kan en se at det ikke er de samme som er representanter inn i de ulike teamene, noe som innebærer at det er stor bredde av ansatte som får anledning til å delta, og som derved utvikler forbedringskunnskap. Ut fra hvilket tema som skal arbeides med, blir eksempelvis lege, kjøkkendrift og ernæringsfysiolog invitert med som medlemmer i teamene. Det er stor oppmerksomhet på å sikre tverrfaglighet, og i noen av dokumentene kan en se at det å skaffe ressurspersoner ute i avdelingene til å være med å drive arbeidet har vært et tema.

Informasjon til de ansatte kommer frem i dokumentasjonen som en viktig forutsetning for å lykkes med implementeringen. Informasjon i forkant, om det en skal starte å implementere, kommer frem som viktig og som noe en planlegger, og gjennomfører, før praktisk oppstart av arbeidet. I ett av dokumentene står det som følger:

“Utfordring: Vil alle ansatte følge opp? Får de nok informasjon til å følge opp?”

I ett av dokumentene kommer det også frem at grundig informasjon må gis grunnet dårlig erfaring fra tidligere om dette ikke blir gjort skikkelig. At informasjon tar lang tid å få ut til alle ansatte, er også tatt frem som et moment til vurdering i planleggingen.

Informasjonen skjer skriftlig og muntlig gjennom personalmøter, tavlemøter og noen har lukket Facebook-gruppe som brukes til dette formålet. Målet er at de ansatte skal forstå hvorfor arbeidet skal gjøres. Tavlemøter gjennomføres noe ulikt med tanke på om det er daglige eller ukentlige møter, men hensikten med tavlemøtene er lik: det skal vise status, tid for videre arbeid og være systematisert og oversiktlig slik at informasjonen lett kan leses og

forstås av alle ansatte. På denne måten sikrer en både en skriftlig informasjon, og en muntlig informasjon via tavler og tavlemøter.

Kompetanse og fravær av kompetanse

Noen av dokumentene viser en systematisk tilnærming til temaet kompetanseheving, eller opplæring, i de aktuelle områdene. Det kommer også frem at kompetanseheving ikke bare omfatter de som arbeider aktivt i teamene, men også alle andre ansatte uavhengig av formell kompetanse og stillingsstørrelse. Alle må med. Noen av dokumentene viser at dette er en del av forberedelsen før en starter arbeidet, mens andre dokumenter viser at det er ønske om mer tid til å forberede tiltakspakkene, herunder også kompetanseheving. I dokumentene beskrives det at opplæring og informasjon skjer kontinuerlig, og i det ene dokumentet sies det at informasjon tar tid og er krevende. En kan også lese ut fra dokumentene at opplæring og informasjon er tema under hele implementeringsfasen.

Mangel på kunnskap om de ulike metodene og verktøyene, og de områdene det skal arbeides med (eksempelvis forebygging av underernæring), er en faktor som påvirker arbeidet med implementering ifølge dokumentene. Av den grunn legger noen av virksomhetene opp til undervisning av temaene i forkant av oppstart, slik at flest mulig har best mulig forutsetning for å forstå og delta i arbeidet. Samtidig som det vises at alle ansatte trenger mer kunnskap, trenger også avdelingene å ha den formelle kompetansen, som høyskolekompetanse, på plass. Dette viser seg å være en utfordring grunnet høyt fravær i sykepleiergruppen i noen virksomheter. Høyt fravær i avdelingene medfører også at noen av teammedlemmene er ute av drift for en kortere eller lengre periode. Dette kan gjøre at teamene, og arbeidet i disse, blir sårbart og en opplever ikke den progresjonen som er planlagt. Høyt fravær medfører også, ifølge dokumentene, en utfordring grunnet vikarer ofte er uten fagkompetanse og kun inne sporadisk eller i kortere perioder. Dette omfatter også ferievikarer. En annen kompetanse som nevnes i dokumentene er legeressursen. I dokumentene kommer det frem at avdelinger har tilsyn av lege en dag i uken. Lege har oppgaver i tiltakspakkene spesielt rettet mot eksempelvis diagnoser og indikasjoner på legemiddelkort. Dette skal gjøres samtidig som en ivaretar sine allerede eksisterende tilsynslegeoppgaver. Tidsklemme blir nevnt i et av dokumentene. Mangel på nok tid til alle oppgaver, er et begrep som i varierende grad blir omtalt. Alt en skal gjøre skal gjøres innenfor samme tidsramme som tidligere. Med periodevise store utfordringer i pasientsituasjoner, fravær og mye vikarer i drift, er det utfordrende, om enn ikke umulig, å få fremdrift i arbeidet. Behov for å frikjøpe ansatte til

arbeidet oppstår periodevis. Dette må gjøres innenfor egne eksisterende rammer og kan være utfordrende å få til.

Bruk av "Modell for forbedring"

Alle referater/rapporter som er gjennomgått nevner småskalatesting som en metode til bruk i implementeringsfasen. De starter med en pasient: prøver ut tiltak, evaluerer og korrigerer for deretter å videreføre dette til 3-5-7 pasienter og så videre. Det vises til god erfaring med denne metoden. En virksomhet hadde plan om å starte med en hel avdeling – omtrent 30 pasienter – noe de fort fant ut ikke gikk fordi det ble for mye på en gang. Så resultatet ble ny start med småskalatesting som utgangspunkt. Småskalatesting er en del av "Modell for forbedring" sine verktøy for å få en vellykket implementering, og PDSA-sirkelen (plan – do – study – act) er en tilnærming til småskalatesting som er felles i mange ulike endringsmodeller for organisasjoner (Damschroder et al. 2009). I dokumentasjonen er det oversendt flere PDSA-sirkler som er utfylt, men kun på første trinn. Om PDSA-sirklene er fulgt opp videre kan ikke sees av dokumentasjonen.

Det er i alle dokumentene satt opp mål for det enkelte forbedringsarbeidet. Det er i tillegg lagt opp til målinger på bakgrunn disse. Målingene er foretatt både på prosess og på resultat, og er dokumentert i eget ekstranett på nettsiden for Pasientsikkerhetsprogrammet.

Dokumentasjonen viser at målinger både har vært vellykkede og mindre vellykkede, og at målene har vært lite konkrete hos noen og mer et preg av overordnet mål, og derved lite målbart. Eksempel på dette er et mål fra dokumentene er:

"Redusere fall med 30%"

Dette kan være vanskelig å måle da det ikke kommer frem for hvilken periode eller antall fall det skal sammenlignes med, og det er heller ikke satt en frist for å oppnå målet.

Ledelsesforankring

I dokumentene kommer det tydelig frem at avdelingsleder, og til dels virksomhetsleder, er deltagende i forbedringsteamene/arbeidsgrupper. Noen har ledet arbeidet mens andre har deltatt i forbedringsteamet som medlem. Det er helst avdelingsledere som har ført statusrapporter og referater etter møtevirksomhet i penn. En virksomhetsleder har hatt samme oppgaver som avdelingslederne, vises det av dokumentene. Det er stort sett lederne som setter agenda ved innkalling til møter, og en ser derved at det er lederne som er pådriver og planlegger for fremdrift, fordeling av oppgaver og etterspør status. Ved flere statusmøtereferater sees det en rød tråd i arbeidet hvor en starter en prosess i et møte,

etterspør resultater på dette og iverksetter nye/videre tiltak i neste møte. Det oppleves som god planlegging av arbeidet hos noen virksomheter, mens andre virksomheter opplever dårligere planlegging og ufullstendige rutiner til bruk i implementeringen. Og mye av tiden i forberedelse av tiltakspakkene går til å utvikle rutiner som de ansatte kan ta i bruk, og som er lett tilgjengelige, for å gjøre jobben.

Gjennom arbeidet som er utført og dokumentasjonen som er gjort kan det se ut som at arbeidet med forbedringsarbeid for å redusere pasientskader er blitt mer systematisert. Det rapporteres også om bedret dokumentasjon i elektronisk pasientjournal som en positiv effekt. Dokumentasjonen viser også at resultater er blitt etterspurt fra overordnet ledelse ved at en for en periode har svart opp og levert inn statusrapporter på arbeidet i de ulike tiltakspakkene.

4.1.2 Kommune B

Dokumentene fra kommune B har et noe annet innhold enn de i kommune A. Det som er oversendt fra kommune B omhandler det som skjer i det systematiske kvalitetsarbeidet og som er dokumentert i overordnet planverk og virksomhetens eget planverk, og noen dokumenter er fra det direkte arbeidet som er gjort i avdelingene. Dokumenter som er lagt frem er blant annet kvalitetsplan, ernæringsstrategi, års-hjul, internkontroll, dokumentasjonskontroll og rapport etter pilotprosjekt.

Systematisk kvalitetsarbeid

Av dokumentene ser en at pasientsikkerhetsarbeidet er integrert i virksomhetens planverk for kvalitet. Det er en helhetlig fremstilling av virksomhetens kvalitetsarbeid hvor alle faktorer er inkludert. Mål for arbeidet blir definert i planen og denne blir gjennomgått og korrigert hvert år av ledergruppen. Det er også satt opp forbedringsområder med plan for når og hvordan disse skal arbeides med for å bli implementert, samtidig som det er dokumentert hvem som er ansvarlige for dette. Det viser i planen at det er oppmerksomhet på å ivareta brukermedvirkning i virksomhetene. Dette omfatter både brukermedvirkning i forhold til egne helseutfordringer, men også til daglige gjøremål og aktiviteter. Kompetanseutvikling for de ansatte er et tema i planen, og det er spesielt oppmerksomhet på demens, norsk språk, palliativ behandling og dokumentasjonskunnskap i elektronisk pasientjournal. En kan se av dokumentene at kompetanseutviklingen har sammenheng med forbedringsområder i perioden planen er for. Det er også et tema å arbeide opp mot frivillige og utvikle samarbeidet med dem. I slutten av planen beskrives hvordan kvaliteten skal følges opp i virksomheten ved at det er lagt en plan på hvilke områder som skal sjekkes ut, til hvilken tid og om en har gjennomført det en skal i henhold til tiltakspakker og andre egne forbedringsområder.

Ledelsesforankring

Et av forbedringsområdene det er laget plan for i en implementeringsperiode er forebygging og behandling av ernæring. Denne planen inneholder mål for arbeidet, hvordan en skal arbeide for å sikre brukermedvirkning, arbeidet med kompetanseheving på området og hvordan en skal involvere aktuelle samarbeidspartnere som eksempelvis kjøkkenpersonell.

Lederforankring blir av en leder beskrevet i dokumentene til å være god i virksomheten. Lederne oppgis å være pådrivere for å få gjennomført oppgavene, og en tilrettelegger for gjennomføringen av tiltakene. En slik vektlegging av tilretteleggerrollen er i samsvar med anbefalingene fra Andreasson et al. (2016), som sier at det er viktig for sykepleieledere å oppmuntre, motivere og utvikle myndig-gjorte ansatte for å oppnå en vellykket implementering av prosesser for å forbedre kvaliteten på helsetjenester. Lederne har også sørget for å implementere arbeidet i institusjonens kvalitetssystem som beskrevet ovenfor. I tillegg er det utarbeidet en strategi rettet direkte mot ernæring. Det kommer frem en holdning i ledelsen om at en må synliggjøre resultater til alle som er innom virksomheten. Det er derfor egne tavler med info om resultat og fremdrift synlig for alle ved den ene virksomheten.

Kompetanseheving og informasjon

Kompetanseheving av ansatte er en del av forberedelsene før en iverksetter implementering, og det er ut av dokumentene fra en virksomhet nevnt E-læringskurs, fagdager, kick-off og internundervisning som metoder. Informasjon til pasienter og pårørende er gjennomført via informasjonsmøter og møter i brukerråd, samtidig som resultater presenteres for alle på informasjonstavler. Ansatte får informasjon på tavlemøter, vaktskifter og personalmøter.

Bruk av "Modell for forbedring"

Det kommer frem av dokumentene fra den ene virksomheten at "Modell for forbedring" er brukt som en metode for implementering av tiltakspakken forebygging av underernæring. Det ble opprettet en tverrfaglig prosjektgruppe som skal arbeide med dette. Lege var involvert i den tverrfaglige gruppen, og arbeidet i elektronisk pasientjournal med å sette diagnoser. Arbeidet blir i tillegg til allerede eksisterende drift da det ikke er tilført ressurser til dette. Det er risikotavler i alle avdelingene og tavlemøter er innført. Arbeidet er startet opp ved å bruke metoden småskalatesting. Det ble i forkant av arbeidet utarbeidet en egen mal for hva ernæringsplan skal inneholde slik at de ansatte hadde en "oppskrift" å forholde seg til under utarbeidelsen. Samtidig ble det utarbeidet et hjelpeskjema for registrering av målinger som skulle gjøres inne i ekstranett på nettsiden til Pasientsikkerhetsprogrammet. Utarbeidelse og

korrigerings av hjelpeskjemaer skjer etter meldte behov fra de ansatte. Målinger som er gjennomført er både på prosess og resultat.

Det kommer fram av dokumentasjonen i kommune B at oppmerksomheten på fag og arbeid med tiltakspakker har hatt flere positive effekter. Det er blitt økt oppmerksomhet og økt bevissthet rundt brukermedvirkning. En har i tillegg fått økt kompetanse på området da en har iverksatt kompetansehevende tiltak i forkant, og brukt tavler i prosessen. Det er iverksatt systematiske tiltak som sikrer kartlegging og risikovurdering av alle pasienter. En har samtidig fått et bedre samarbeid med andre samarbeidspartnere, som eksempelvis kjøkkendrift. Dette viser gjennom dokumentene hvor en kan se at en lettere tar kontakt med hverandre, og kjøkkenpersonell kommer i avdelingen og snakker med pasientene.

4.2 Funn i intervjuene

Kommunene som deltakerne kommer fra, er av ulik størrelse. Begge kommunene har organisert ledelsen på institusjonene på to nivå hvor virksomhetsleder har overordnet ansvar for institusjonen, og avdelingsleder har ansvar på avdelingsnivå. Det er foretatt intervjuer av representanter fra begge ledernivåene i begge kommunene. Det er ulik størrelse på virksomhetene og avdelingene som lederne representerer. Lederne som er intervjuet, er ansvarlig for ulike størrelser på avdelingen hvor antall årsverk varierer mellom 16 og 70. Ledelseserfaringen hos lederne i kommunene varierer fra fem år til 26 år. Det er noe ulik grad av formell ledelseskompetanse blant lederne. Mens alle deltakerne i kommune B har ledelsesutdanning i tillegg til bachelor i sykepleie, er det bare halvparten av deltakerne i kommune A som har slik videreutdanning. Lederspennt varierer med et antall ansatte på mellom 18 og 90. Andelen helge-stillinger er også ulik. I kommune A er det et fåtall av disse lave stillingsstørrelsene, mens i kommune B er det et mye høyere antall. Dette henger sammen med antall helgetimer og frekvens på helgene de ansatte går. Eksempelvis i kommune A kan ansatte gå 28 timer på helg (lørdag og søndag) med en helgefrequens på hver tredje helg. I kommune B går de også stort sett hver tredje helg, men der går ansatte tradisjonelle vakter på omtrent åtte timer og en får et helgetimeantall på 16 timer. Det betyr at antall "hoder" må økes for å ha nok personale til å ta seg av pasientene. En deltaker i kommune B nevner også at det er opptil 20 ulike nasjonaliteter blant de ansatte.

De funnene som er sammenfallende for begge kommunene blir presentert som et felles funn, mens det som er ulikt blir beskrevet som hver kommune for seg. Funnene blir presentert som

et svar opp mot hvert enkelt forskningsspørsmål, og det blir presentert en konklusjon i slutten av hvert delkapittel

4.2.1 Ledernes opplevelse av sin rolle

Leders rolle som tilrettelegger

Organisering og ledelse av arbeidet sier alle deltakerne i begge kommunene er noen av de viktigste rollene de har i implementeringen. Dette omfatter det å planlegge bruken av kompetanse og ressurser gjennom strategisk valg av ansatte til å delta i forbedringsteam/arbeidsgrupper, sørge for oppgavefordeling og rolleavklaring, og tilrettelegge for nok utstyr og ressurser i planleggingen av arbeidet

I kommune A sier deltakerne at kvalitetsarbeidet fra overordnet nivå oppleves lite strukturert og systematisert, med unntak av det arbeidet som fag- og kvalitetsrådgiver sentralt i kommunen gjør. Innenfor den enkelte virksomhet er det ingen dedikerte ansatte som kun arbeider med fag- og kvalitetsutvikling. Fagansvarligrollen var tidligere en del av organiseringen i virksomhetene, men denne ble organisert bort under en omorganisering av ledelsesnivåene. Flere savner fagansvarlig til en slik funksjon med arbeidsoppgavene direkte mot fag- og kvalitetsutvikling, og en annen deltaker sier at organiseringen og bruk av avdelingslederne må sees på slik at det kan fristilles mer tid til å arbeide med fag. H*n mener at avdelingsleder innehar mange administrative oppgaver som kunne vært tatt bort, eller flyttet på, for på denne måten å skape et handlingsrom for kvalitetsarbeid. Avdelingslederens opplevelse av økende administrative oppgaver og derved lav prioritering av forbedringsarbeid, samsvarer med funnene i Andreasson et al. (2016) sin studie. Deltakerne har vært involvert i forbedringsteamene gjennom å være ansvarlig for å lede disse, de har delegert ledelsen til ansatte og deltatt som medlem, eller fungert som veileder.

Arbeidsoppgavene i forbedringsteamene har vært fordelt mellom leder og medlemmer, og en av deltakerne sier at det i hovedsak er de ansatte (medlemmene i forbedringsteamet) som har gjort arbeidet. En av deltakerne beskriver seg som en pådriver for arbeidet, veldig involvert og med god kjennskap til det som skjer i avdelingen. Å være kjent med de ansatte, og hvordan det til enhver tid fungerer ute i avdelingene, ansees av deltakerne å være en forutsetning for å kunne ta de riktige valgene til enhver tid. Gjennom å delta og være synlig i teamene, og delta på læringsnettverkene i regi av USHT, sies det at en også har rolle som den som bremser arbeidet når det går for fort frem i henhold til det som er planen for implementeringen. Om en går for fort frem risikeres det å miste viktig erfaring en har gjort seg underveis i prosessen, og faren for å “glemme” å evaluere tiltak og korrigere disse

underveis kan øke. Å ta hensyn til tempo og grad av implementering i virksomhetene blir av Andreasson et al. (2016) beskrevet som ledelse ved hjelp av coaching, som krever dedikerte ledere som kan dele ansvar med sine team, og engasjerte ansatte med kunnskap og tid til å bidra inn i arbeidet.

Det kommer frem av deltakerne i kommune B at de har ulik organisering av kvalitetsarbeid sammenlignet med kommune A. Virksomhetene har en dedikert ansatt som er organisert i stab, og har ansvar for å drive og utvikle pasientsikkerhetsarbeid og kvalitetsarbeid i hele virksomheten. På tross av at innholdet i stillingene er like, er titlene på disse noe ulike i virksomhetene: fagutviklingssykepleier og kvalitets- og pasientsikkerhetskoordinator. Benevnelsen kvalitets- og pasientsikkerhetskoordinator var et bevisst valg fra virksomhetsleder, som har denne i sin portefølje, da denne stillingen ble opprettet og lagt i stab. H*n er av den oppfattelsen av at tittelen må si noe om hva som skal være arbeidsområdet, og at pasientsikkerhet er viktig å fremheve. Samtidig er det kvalitetsutvalg i virksomhetene som består av ledere og ansatte som gjenspeiler ansattgruppen. Sentralt er det en fag- og kvalitetsrådgiver, slik som i kommune A, som har det overordnede ansvaret for kvalitetsarbeidet i etaten. I tillegg har denne kommunen et kvalitetsutvalg i overordnet ledelse.

Deltakerne i kommune B sier de er delaktige i forbedringsarbeidet gjennom å ha en støttefunksjonsrolle og som medlem i forbedringsteam eller lignende arbeidsgrupper, men de har ikke ledet dette. Det er i disse teamene/gruppene implementeringen planlegges og hvor arbeidet tas videre ut i avdelingen. Ledernes involvering blir det sagt noe om i en studie Andreasson et al. (2016) har utført. Her kommer det frem at lederskapskvaliteter som å gi støtte, være tilgjengelig og sette mål er blitt assosiert med ansattes jobbengasjement, grad av hvor fornøyd en er med jobben sin og stress. En av oppgavene for deltakerne i kommune B har vært å se på tiltakspakkene og tilpasse dem til egen drift, og forberedt arbeidet med dem gjennom å legge til rette for arbeidet som forbedringsteamet/arbeidsgruppene skal gjøre. En del av tilretteleggingen innebærer å finne målinger en kan gjøre seg nytte av. En utfordring som blir beskrevet av flere av deltakerne, er å finne og tilpasse målinger i forbedringsarbeidet som er tilpasset den enkelte driften, og som gir svar på det en har som definert målsetting å få vite mer om. Tilretteleggingen handler også om å sette av tid, rekruttere engasjerte medlemmer og sørge for god informasjon.

Deltakerne i kommune A har vært oppmerksomme på å være synlige for de ansatte, satt på brems ved for stor fart i arbeidet og organisere tidsbruken. Ankerstjerne et al. (2017) finner i sin studie om implementering av trykkskadeforebygging, at grad av synlig lederskap er faktor som påvirker utfallet av implementering. Ledere i kommune B er tett på og deltar på alle morgenrapporter for på denne måten få oversikt og vite hva som skjer i avdelingen til enhver tid. Tilstedeværende ledelse blir også omtalt av Øvretveit (2010) i hans studie. Han sier at fravær av lederskap medfører dårlig kvalitet og redusert sikkerhet.

Deltaker 8:” Vi i ledelsen er delaktige hele tiden og det ser vi er viktig. Vi må være på hele tiden. Ellers glipper det”.

På overordnet nivå har deltakerne i kommune B ansvar for å få forankring i ledelsen, planlegging og prioritering av videre arbeid, samt å sette pasientsikkerhetsarbeidet i system i kvalitetssystemet hvor etterspørring av resultater er et av temaene.

Deltakerne i begge kommunene sier resultater at etterspørring fra lederne minner de ansatte om hva som skal gjøres og hvorfor, og at etterspørring derfor er en viktig aktivitet å ivareta for lederne. Det å ha tydelige mål og tilbakemeldinger gjennom blant annet evalueringer, blir av Damschroder et al. (2009) sagt at kan bidra til et positivt klima for implementering. Det er i kommune A skissert flere ulike måter å etterspørre resultater av implementeringsarbeid som pågår. Det er risikotavler ved alle virksomhetene og ved å følge med på endringer i dataene på den har leder god oversikt. Journalansvaret ligger på avdelingslederne og der skal alt forbedringsarbeid og registreringer på den enkelte pasient registreres. Ved gjennomgang sjekkes tiltak og oppfølging av disse. Om det er mangler vil primærkontakt være en naturlig kilde til mer informasjon og oppretting- og behandling av avvik. Ved avvik på oppfølging og tjenesteytingen blir dette registrert i avvikssystemet, og en bruker avvikene til å innhente informasjon om hva som er skjedd eller ikke utført. Lederrollen i dette vil også være å svare opp på forespørsel fra sentral ledelse i kommunen ved ulike rapporteringer. Men det er ingen systematisk rapportering på kvalitetsarbeid med unntak av når fag- og kvalitetsrådgiver etterspør den enkelte virksomhet.

Deltaker 3: “Kvalitetsrådgiver har etterspurt [...] ved en anledning en del informasjon og resultater i forhold til den jobben vi har gjort”.

Deltakere i kommune B nevner også rapportering videre til overordnet ledelse i kommunen. Avvikssystemet blir nevnt som et verktøy for å kunne etterspørre resultater i virksomheten og progresjon av arbeidet, samt en kan bruke systemet til å informere om status til de ansatte. Informasjonen til ansatte/fra ansatte skjer gjennom kvalitetsutvalgene på virksomheten, og

gjennom avdelingsmøter kan en etterspør og få direkte svar. Et annet verktøy for å etterspørre resultater er å ha internkontroller hvor en månedlig etterspør på allerede implementerte forbedringsområder.

Leders aktive rolle

Deltakerne i begge kommunene sier at en deres viktigste rolle i implementeringsarbeidet er å informere. De sier at informasjonen som gis må være slik at den gjør at de ansatte og alle lederne i virksomheten ser nytten og hensikten av å ta i bruk nye metoder og verktøy. De må få kunnskap om hvorfor de må forbedre. Dette kan de få ved å bli gjort kjent med målet som er å bedre kvaliteten på tjenestene som ytes gjennom blant annet å redusere pasientskader. På denne måten kan en klare å motivere de ansatte til å få en positiv holdning og en trygghet til å delta i implementeringen. Det pekes spesielt på at ansatte, inkludert nyansatte, har behov for å vite hva som er den enkeltes rolle og arbeidsoppgaver i dette arbeidet gjennom strukturert og forutsigbar arbeidsfordeling og tydelige rolleavklaringer.

Deltaker 2: "Informasjon til ansatte om føringer for pasientsikkerhetsarbeidet på personalmøter. Hvorfor vi gjør det, hvor det er forankret og hvilke mål vi har".

Deltaker 8: "Involvere og implementere nye medarbeidere i vårt tankesett og vår måte å gjøre det på".

I tillegg til viktigheten av informasjon til ansatte nevnes også informasjon til pårørende om innføringen av metoder og verktøy, hensikten med disse og resultatene av implementeringen. Informasjonsoverføringen til pårørende skjer gjennom felles pårørendemøter og ved en-til-en kontakt. En virksomhet i kommune B gjør bruk av oppslagstavler (såkalte forbedringstavler) i fellesareal til informasjon som også omfatter kontinuerlig oppdatert status og resultater på pågående pasientrelaterte forbedringsarbeider. Denne informasjonen er da åpen for alle som er innom virksomheten som ansatte, pasienter, pårørende og andre besøkende og frivillige.

Å sørge for ansattinvolvering er i intervjuene kommet frem som en av de viktige rollene lederne har. Deltakerne i kommune A er sammenfallende i viktigheten av at de ansatte er med å velge ut forbedringsområder for virksomheten. En viktig arena for dette er HMS-IA gruppene hvor ansatte er representert, og hvor det er gjennomgang av avvik som viser hvor det er svakheter og hvor en da kan se på mulige forbedringsområder. Andre informasjonskilder til hvor en kan sette inn forbedringsarbeidet er gjennom medarbeiderundersøkelsene. Ansattes opplevelse av hva de synes en må arbeide med må en ha oppmerksomhet på, for på denne måten klare å motivere og engasjere de ansatte til å delta på implementeringen. Dette samsvarer med funnene i Andreasson et al. (2016) sin studie, som

sier at motiverte og engasjerte ansatte i implementeringen av metoder i omsorgstjenesten er sentralt for suksess i dette arbeidet.

Deltaker 3: “Viktig at personalet sier noe om hva det er vi bør forbedre oss på. [...] vi må involvere de ansatte hele tiden. Vi kan som leder si: Nå blir det sånn! Men det er jo ikke greit. Må ta tak i det som kommer fra dem”.

Ansatte er videre involvert gjennom å ha deltatt i forbedringsteam innenfor det enkelte forbedringsområdet. Leders rolle i dette har vært å velge ut engasjerte ansatte med spesiell interesse for områdene. På denne måten sier en deltaker at de får endringsagenter i avdelingene som er med å drive arbeidet, også når lederne ikke er til stede.

Deltakerne i kommune B gir noe ulik respons på hvordan involvering av ansatte gjennomføres i utvelgelse av forbedringsområder. En deltaker sier at en oppmuntrer til deltakelse og legger til rette for dette gjennom organiserte samlinger, men de ansatte oppleves som lite deltagende. En annen sier at de ansatte er med gjennom arrangerte dagsseminarer hvor en er med å velge områder. Forbedringsområdene for kvalitetsarbeidet er definert og styrt gjennom overordnet ledelse i kommunen, og noen av deltakernes opplevelse er at de kunne vært flinkere å involvere og engasjere de ansatte i hva en skal forbedre i egen virksomhet med utgangspunkt i disse føringene. På tross av dette beskrives ansatte i virksomhetene som lojale, dedikerte, kunnskapsrike og endringsagenter. De ansatte er godt representert i arbeidsgruppene.

Opplevelsen fra deltakerne av hvordan en sørger for ansattinvolveringen er noe likt og noe ulikt i kommunene. Ansattinvolveringen ser likevel ut fra deltakernes side til å handle om å få innspill fra ansatte på forbedringsområder, oppmuntre til bruk av avvikssystemet, motivere dem til å delta i forbedringsteam eller forbedringsgrupper, motivere ansatte til kompetanseheving på området og praktisk være med å utføre oppgavene som skal gjøres.

Øvretveit (2010) henviser i sin artikkel til litteratur som sier at vellykket implementering ofte handler om leders handlinger, og oftest da om leders evne til å motivere og påvirke andre til å arbeide med forbedring ved å bruke effektive metoder og/eller vellykkede implementerte endringer som andre har erfart som positive. Ansattinvolvering er et tema som alle deltakerne er innom og anser som viktig for en vellykket implementering. De ulike lederne har noe ulik tilnærming til dette. På tross av tilrettelegging for medvirkning oppleves det av en leder et tidvis lavt engasjement fra de ansatte, noe som ikke er unikt for denne lederen. Hva kan årsaker være til det? Kan det være en måte å vise motstand på? Er de ansatte endringstrette?

Er ikke leder motivert nok til å klare å engasjere? Eller er det bare godt å få sette seg ned på et møte, drikke kaffe og være passiv tilhører av og til?

Ved innføring av nye metoder og verktøy må en påregne å arbeide med motstand i ansattgruppen, sier deltaker i kommune A. H*n sier videre at motstand som er åpenlys er enklere å arbeide med, og enklere å forholde seg til, enn motstand som foregår i det skjulte. Årsak til motstanden mener deltaker er at ansatte ikke forstår, eller ikke vil forstå, hensikten med innføringen av nye metoder og verktøy. En annen årsak påpekes å være når en opplever at en får flere oppgaver som skal gjøres innenfor allerede eksisterende rammene for ressurser og økonomi, og eksisterende oppgaver ikke blir tatt bort for å skape handlingsrom. For å forebygge motstand er det viktig å inkludere alle i avdelingen i arbeidet. I hvert fall så mange som det overhode er mulig å få til med tanke på opprettholdelse av drift til enhver tid.

Deltaker i kommune B sier at det handler om å møte motstanden med utholdenhet, informasjon, kunnskap og mulighet for den ansatte til å delta i forbedringsteamet.

Deltaker 5: “Jeg har hatt en rolle som den som aldri gir opp, selv om du ofte møter motstand og motvilje og i det hele tatt. Så ledermotto er hele veien at du må aldri gi opp, men det tar litt lengre tid enn du hadde tenkt. Og det beste er jo når de ansatte kommer med en glimrende ide som du sa for to år siden. Da har du kommet langt.”

Deltaker 5: “Motvilje er noe som jeg ikke er veldig fan av. For enten er du med eller så er du ikke med. Igjen så tror jeg dette med å møte motvilje er mangel på informasjon og mangel på følelsen av å være delaktig. Det blir mer en slik opplevelse av å få noe tredd ned over hodet, så det tror jeg det er viktig å være obs på.”

Å nyttiggjøre seg dedikerte ansatte ved å selge inn forbedringsarbeidet i virksomhetene og på denne måten møte motstanden med kunnskap og fakta, kan ha en positiv effekt på motstanden. Andreasson et al. (2016) sier at motstand blant ansatte relatert til mangel på kunnskap om organisatoriske endringer er blitt beskrevet i mange sammenhenger. Det kan dras paralleller til implementering av nye verktøy og metoder som ikke er en organisatorisk endring, men en endring av måten de ansatte skal arbeide på og utfordring av etablerte sannheter. Andreasson et al. (2016) sier også at implementeringen vil være mislykket om motstanden blant de ansatte ikke blir håndtert. En av deltakerne sier selv at h*n hadde ytt motstand i oppstarten av arbeidet.

Deltaker 8: “Men jeg må nok innrømme at også jeg [...] i og med at jeg måtte ha folk inn til dette her [...]. Det går jo på informasjon. Men så er du på konferansene, du lærer mer, det går på kunnskap. Det er viktigst. Jeg starte på 70% og er oppe i 100%. Ja, men vi er vel sånn alle mennesker. Jeg (...), jeg vil jo og dra med meg min erfaring på hva som virket før. Jeg kjenner meg selv veldig godt og var veldig tydelig når jeg var uenig”:

Deltakerne i kommune A sier at en rolle for leder er å oppmuntre til, og tilrettelegge for, opplæring og kompetanseheving i tiltakspakkene (som inneholder metoder og verktøy) før en starter arbeidet og deltar i læringsnettverk i regi av USHT. Leder har ansvar for å sørge for at flere ansatte får samme opplæring slik at flere enn et par ansatte får kunnskapen, og at opplæring skal bygge på erfaringer og kunnskapsbasert praksis. Kompetanseheving i forkant av innføring av nye verktøy og metoder må være målrettet, og rettet mot den enkelte ansattes behov for opplæring for å bli bedre.

Deltaker 2: “Hos oss er det i hvert fall at vi må vite at vi har kunnskapen på plass. I hvert fall at de må øke kompetansen”.

Deltaker 2: “Prøver jo å plukke ut hva jeg ser er deres svakheter og styrker og hva de er interessert i og hvor de trenger kompetanseheving”.

Det tilbys også andre kurs og opplæring enn det som skjer i læringsnettverkene for de ansatte. Deriblant diverse E-læringskurs har vært med å motivere til arbeidet.

Noen av lederne har også vært på opplæring og hatt kompetanseheving av metodene og verktøyene gjennom deltakelse i Helsedirektoratets Pasientsikkerhetskonferanse som blir arrangert hvert år. Samtidig sier en av deltakerne i kommune A at h*n hadde mer forventning om oppæring i metodene, verktøyene og det å lede selve arbeidet. Andreasson et al. (2016) sier at det anbefales at ledere har kunnskap om endringsledelse og modeller de skal implementere, og ledernes opplæring som skissert ovenfor ser ut til å stemme overens med dette. Samtidig sier flere av lederne i kommune A at de opplever å ha fått for lite opplæring i forkant.

Deltakerne i kommune B er omtrent sammenfallende med det de andre deltakerne sier om opplæring og kompetanse. De sier at opplæringsplanene i virksomhetene må brukes aktivt, og at det må tilrettelegges for kompetanseheving, sørge for og oppmuntre til kompetanseheving og gjøre nytte av kompetansen i virksomheten. Ankerstjerne et al. (2017) sier at rammene for undervisningen kan være med på å påvirke kompetansehevingen. Faktorer som travelhet i avdelingene kan medføre at ansatte ikke kan gå fra til oppsatt tid, ansatte går i turnus og kan ha utfordringer med å stille på fritiden og plassering av undervisningslokale (internt i enhet eller eksternt) kan påvirke. Å gjøre nytte av kompetanseheving omfatter også fagarbeidere, og ikke bare sykepleiere. Det er en omforent forståelse av alle må få gå på kurs, ikke bare noen få som skal dele dette videre. Erfaringsmessig oppleves det for sårbart om kun noen få sitter med kompetansen. Eksempel fra en av virksomhetene er avdelingsleder som tok forbedringsutdanning gjennom Helsedirektoratet. H*n organiserte og ledet arbeidet i

virksomheten, og når h*n sluttet var kunnskapen ikke videreført til kollegaer og kompetansen forsvant. En utfordring som nevnes av en deltaker er at de norskspråklige ansatte er i fåtall, noe som kan skape utfordringer på flere områder.

Deltakerne i begge kommunene er enige om at stabil kompetanse til enhver tid er noe en må arbeide aktivt og kontinuerlig med gjennom sykefraværsoppfølging og god opplæring av nyansatte. Stor turnover, høyt sykefravær og mange vikarer medfører ifølge samtlige deltakere mangel på kontinuitet i arbeidet med forbedring i virksomhetene, og er derved hemmende på utvikling av kvaliteten på tjenestene.

Deltakerne har en oppfattelse at det er deres ansvar å sørge for at dette arbeidet blir gjennomført, og dette innebærer at en må være synlig som leder og direkte involvert i arbeidet i en eller annen form. Ellers har lederne en aktiv rolle i å sørge for ansattinvolvering, arbeide med motstand mot endring, og sørge for opplæring og tilrettelegging for arbeidet. Det som kommer frem som mest ulikt mellom kommunene er måten ledelsen i virksomhetene og sentral ledelse organiserer kvalitetsarbeidet. Organisering av arbeidet på overordnet nivå og utarbeidelse av struktur i arbeidet er også et lederansvar. Oppsummert kan en si at leders opplevelse av sin rolle i arbeidet med implementering av nye metoder og verktøy er at den er altomfattende og krevende.

4.2.2 Ledernes opplevelse av støtte

Deltakerne i kommune A sier at de opplever at innføring av nye metoder og verktøy er forankret i øverste ledelse i kommunen, men på tross av dette oppleves det ikke direkte støtte i arbeidet.

Deltaker 1: “Jeg har ikke tenkt at det har vært støtte, men jeg føler det har vært forankret”.

En av deltakerne opplever støtte og forankring spesielt hos omsorgssjefen som en representant for øverste ledelse, men det er likevel et ønske om mer direkte systematisert ledelsesinvolvering. Gjennom intervjuene kommer det ikke tydelig fram hva en mener med at det er forankret i øverste ledelse. Noen snakker om at ledelsen, med omsorgssjef og fag- og kvalitetsrådgiver, er med på kurser og deltar på pasientvisitter. Det kan da se ut som om det oppleves som en aksept for at arbeidet skal gjennomføres og forankring i toppledelsen. Det ser ut som om det er den fysiske tilstedeværelsen som gir opplevelsen av forankring. Samtidig sier deltakerne at det ikke er utarbeidet mål og strategier for pasientsikkerhetsarbeidet sentralt. Hva er det da som kjennetegner grad av ledelsesforankring fra øverste ledelse i kommune A? Det ser ut som om de er i varierende, og ikke-systematisert,

grad direkte involvert i arbeidet. Samtidig er øverste leders ansvar å sette tema med pasientsikkerhet på dagsorden, sikre rammebetingelser og kreve/etterspørre resultater. Så hva er ledelsesforankringen? Si “ja” til arbeidet, være direkte involvert, eller arbeidet med en organisatorisk forankring?

Pasientsikkerhetsvisitter er gjennomført i noen virksomheter og nevnes av deltakere i begge kommunene. Disse blir gjennomført som følger i kommune A: Ved disse visittene er øverste ledelse ute i virksomhetene og snakker med de ansatte på “gulvet”. Etter samtalen sender overordnet ledelse ut temaer som de ønsker de ansatte, som var med i samtalen, skal arbeide videre med og sette i verk tiltak til. Innen en frist kommer ledelsen tilbake og gjennomfører et oppfølgingsmøte hvor en får evaluert tiltak og effekt av disse. Noe av hensikten med dette er at virksomhetens ledelse skal “tie og lytte” i bakgrunnen i møtene. Dette oppleves som støttende til arbeidet som gjøres for ledernes del, siden det støtter opp om metodikken som pasientsikkerhetsprogrammet presenterer. Samtidig forklarer intervjudeltakerne at de opplever at de ansatte føler seg sett og hørt. Pasientsikkerhetsvisitter ble beskrevet var startet i kommune B, men det ble ikke utdypet noe mer om hvordan det gjennomføres.

Det er noe ulik opplevelse av virksomhetsleders direkte involvering i kommune A, hvorav to deltakere sier at direkte involvering fra virksomhetsleder er varierende, men at leder likevel er støttende og tilgjengelig ved spørsmål for avdelingsleder. I løpet av intervjuene kommer det også frem at en deltaker opplever at kollegaer i linje i virksomheten har vært lite involvert i arbeidet, men kollegaene har likevel vært opplevd som støttende.

Gjennom å etterspørre resultater kan en vise at en støtter lederne i arbeidet. I hvilken grad nærmeste leder har etterspurt resultater er det noe ulik oppfatning av blant deltakerne. Den ene sier at det ble etterspurt mye resultater i oppstarten av arbeidet, men at det ikke etterspørres nå. Andre deltakere sier at overordnet ledelse etterspør resultater gjennom fag- og kvalitetsrådgiveren i kommunen. En av deltakerne i kommune A opplever at de ansatte er blitt veldig engasjert og motivert for forbedringsarbeid, og kommer med forslag til områder å forbedre på eget initiativ. Dette oppleves som støttende for leder.

Sentral ledelse legger føringer for arbeidet og støtter på den måten det som skal gjøres i kommune B. Det oppleves at det er blitt økt oppmerksomhet mot kvalitet fra overordnet ledelse siste årene. Samtidig er det etablert et ledernetverk hvor en har et “kvalitetshjørne” hvor den enkelte deltagende virksomhetsleder kan luften utfordringer eller fortelle om arbeid som er planlagt, pågår eller er avsluttet. Ledelsen ved virksomheten, virksomhetsleder og

avdelingsleder, setter opp plan for arbeidet utfra sentralt valgte forbedringsområder og støtter hverandre på dette arbeidet. En deltaker sier at nærmeste leder ikke er tett på, men kommer på banen når det meldes store/mange avvik i avvikssystemet. En annen deltaker sier at nærmeste leder viser støtte gjennom å være direkte involvert. Det kan se ut som om opplevelsen av støtte avhenger av hvilket nivå den enkelte leder er på. Gjennom informasjonen fra intervjuene opplever jeg at ledelsesforankringen fra sentral ledelse i kommune B har noe annet innhold enn i kommune A. Her systematiseres og legges føringer for arbeidet ifølge deltakerne. Dette vises igjen ute i virksomhetene, hvor virksomhetslederne videreføre dette arbeidet ut i egen drift. Samtidig sier flere av deltakerne at sentral ledelse har vært direkte involvert og har etterspurt resultater. Etterspørring av resultater forekommer oftest i etterkant av implementering ved ordinær implementering, men ved deltagelse i læringsnettverk på USHT blir det stadig etterspurt.

Sitatet nedenfor beskriver resultatet av forsøk på implementering av en endring hvor ledelsen ikke har vært involvert, og derved ikke fått gitt sin støtte eller mulighet for å tilrettelegge. En anser forsøket som mislykket, eller som en miss, som deltaker i kommune B sier:

Deltaker 7: “Vi hadde et samarbeid med USHT med noe tannhelse [..]. Vi skulle starte med registreringer i uke 26 når ferieavvikling var begynt. Og det var så miss. Og da så vi hva som skjer hvis ikke det er ledelsesforankret. Det er kjempeviktig”.

Damschroder et al. (2009) sier at grad av tilgjengelige ressurser som eksempelvis økonomi, tid og opplæring kan si noe om hvor klargjort organisasjonen er for implementering. Det blir forventet fra overordnet ledelse i kommunen at implementeringen skal gjøres innenfor allerede eksisterende rammer i virksomhetene, både hensyntatt avsetting av tid til arbeidet, ressursbruk og innenfor egne budsjett.

Deltaker 2: “Støtte har vi fått hele veien fra virksomhetsleder og øverst, men det er jo avhengig av at vi skal få gjort det innenfor rammene for å si det sånn. Og det er vanskelig”.

Det deltakerne i kommune A sier, er at de har fått ressurser til kompetanseheving ved opplæring av lederne hos Helsedirektoratet. Dette var en veilederopplæring hvor de som fikk opplæringen kunne brukes som interne veiledere i arbeidet i kommunen. Samtidig sier en deltaker at h*n fikk støtte til opplæring som forbedringsveileder og andre kurser i forhold til kvalitet og systematikk. På noen av disse opplæringen deltok også omsorgssjef og/eller fag- og kvalitetsrådgiver, noe som opplevdes som positivt og deltaker følte seg “sett” av overordnet ledelse. Ellers nevnes læringsnettverk ved USHT som en viktig læringsarena. Det savnes direkte opplæring i metoder og verktøy som skal implementeres, og en av deltakerne

opplevde å få opplæring av metoder og verktøy fra sin nærmeste leder som ikke kunne dette selv. Det opplevdes ikke som vellykket.

Opplevelsen av ikke å få tildelt ressurser til implementeringen i virksomhetene i kommune A er sammenfallende med det som kommer frem i intervjuene i kommunen B. Det ikke er tilført ressurser til arbeidet og det forventes at dette skal planlegges og gjennomføres innenfor allerede eksisterende rammer. Kommune B har derimot søkt om innovasjonsmidler og fått tildelt dette gjennom Statsforvalteren i fylket. Det er opplevd at en er blitt støttet i å reise på pasientsikkerhetskonferansen, å delta på læringsnettverk ved USHT og en ansatt har fått tatt forbedringsutdanning i regi av Helsedirektoratet.

Deltakerne nevner også andre som gir støtte til arbeidet foruten nærmeste leder. Støtte fra fag- og kvalitetsrådgiver og fra kommunale veiledere som har fått opplæring i Helsedirektoratet nevnes som roller ledere i kommune A har fått støtte fra.

Deltaker 1: “Jeg synes jeg hadde god støtte av den kvalitetsrådgiveren i kommunen og disse veilederne som på en måte var mer dedikerte inn i de forskjellige tiltakspakkene”.

Andre yrkesgrupper, som eksempelvis lege, er også nevnt som en god støttespiller sammen med ansatte og pårørendegruppen.

I kommune B er pasient- og sikkerhetskoordinator eller fagutviklingssykepleier for virksomheten en støttespiller. Dette er ulike benevnelse på samme rolle i virksomhetene hvor på tross av at innholdet i stillingene er like. Ellers er sentral kvalitetsrådgiver i kommunen, kollegaer, prosjektleder og kollegagruppen nevnt.

Informasjonen fra deltakerne viser at de opplever å ha fått støtte til arbeidet fra ulike hold, men i varierende grad. Tilbakemeldingene er noe ulik fra kommunene. De opplever støtte fra kollegaer i linje, pårørende, ansatte, fag- og kvalitetsrådgiver og nærmeste leder. Samtidig sies det at det er et ønske om mer direkte involvering fra nærmeste leder, det være seg på virksomhetsnivå og sentralt nivå. Opplevelse av støtte henger tydelig sammen med tilførsel av ressurser, etterspørring av resultater, og mulighet og støtte til kompetanseheving. Det kan se ut som om deltakernes definisjon og forståelse av begrepet lederforankringen også er knyttet opp mot disse faktorene ovenfor.

4.2.3 Ledernes strategier

Å ha en strategi for implementering handler om å ha en langsiktig planlegging for hva som skal gjøres.

I kommune A kommer det ikke frem i intervjuene at det er noen fremtidsrettet plan over hva som skal implementeres, hverken i den enkelte virksomhet eller på sentralt nivå. Det som kommer frem, er at det dukker opp tilbud om læringsnettverk i regi av USHT som en da velger om en ønsker å delta på. Det siste tilbudet som er kommet til kommunene er læringsnettverk hvor deltakerne selv kan velge seg en tiltakspakke, eller eget valgt forbedringsområde fra drift som de ønsker å arbeide med. Dette var planlagt startet opp i januar 2021, men har blitt utsatt noe grunnet utfordringene med planlegging fremover relatert til pågående koronapandemi siste året. Denne situasjonen har satt mye av forbedringsarbeid og utviklingsarbeid generelt på vent i kommunen. Andreasson et al. (2016) sier i sin studie at tidligere forskning viser flere barrierer for leders utviklingsarbeid på virksomhetsnivå: motstridende logikker, lite tid til strategisk arbeid, legitimitet, verdikonflikter, problemer med gruppedynamikk, lite erfaring i organisasjonsutvikling, ansvarlighet og evne til samarbeid. Dette kan tyde på at det kan være flere årsaker enn pandemien til at det ikke er lagt strategier for arbeidet. Deltakerne er ikke kjent med at overordnet ledelse, eller egen virksomhet, har lagt strategi for arbeidet med pasientsikkerhet og implementering av metoder og verktøy i det henseende. Men en deltaker sier følgende om pasientsikkerhetsarbeid:

Deltaker 3: “Det som jeg har opplevd at det har vært et sterkt krav både fra kvalitetsrådgiver og omsorgssjef [...] at dette er noe vi skal”.

En av deltakerne nevner at kommunen har en visjon som også omfatter kvalitet i tjenestene kommunen yter, men det er ikke lagt noen videre strategi for hva som skal implementeres som h*n er kjent med. En overordnet plan for dette arbeidet mener deltakerne at ikke foreligger. Den er i alle tilfeller ikke gjort godt nok kjent slik at lederne kjenner seg igjen i den. Overordnet ledelse har tilgodesett midler til en 100 % stilling til fag- og kvalitetsrådgiver som dekker hele helse – og omsorgstjenesten i kommunen, og dette kan være en del av en strategi rettet mot forbedringsarbeid og pasientsikkerhetsarbeid.

I kommune B er det litt annen informasjon fra deltakerne når det handler om temaet strategi. Fremstillingen av arbeidet fremstår som en helhetlig tilnærming til fag- og pasientsikkerhetsarbeidet hvor avvik, planarbeid, avviksbehandling, internkontroll, valgte forbedringsområder, prosedyrer/rutiner og rolleavklaringer var tydeliggjort og har en rød tråd. Der kommer det frem at det på virksomhetsnivå er ledere som har kvalitet og strategier på agenda, og som følger dette opp årlig med nye mål og nye implementeringsprosjekter.

Deltaker 8: “Vi setter alltid kvalitetsmessige mål, og vi har jo nettopp tatt årsplanleggingen [...]. Vi har både kompetanseplaner, kvalitet og årsplaner. Vi har mål og delmål på alt”.

Det kommer tydelig frem i intervjuene at det settes mål for det enkelte forbedringsarbeidet. Alt blir dokumentert i planarbeidet for virksomheten og lagt inn i internkontrollsystemet for kommunen. I dette systemet blir det lagt opp til hva de ansatte skal gå gjennom av informasjon og opplæring, og den ansatte må signere inne i systemet når det er gjennomført. Ved hjelp av dette kan leder kontrollere kunnskapsstatus på de valgte områdene til de ansatte. I virksomhetene hvor det er intervjuet, er det et kvalitetsutvalg som er aktiv i planlegging og gjennomføring av prosjekter. Kvalitetsutvalget får være med å påvirke arbeidet. Det er i tillegg ansatt en fagutviklingspsykepleier/kvalitet- og pasientsikkerhetskoordinator i stab, som er direkte involvert i kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid i hele virksomheten. På overordnet ledelsesnivå i kommunen er det lagt føringer for arbeidet gjennom aktuelle planverk. Det er i henhold til disse føringene virksomhetene legger strategi for hva som skal arbeides med. I kommunen er det også etablert et overordnet kvalitetsutvalg.

Det viser seg at det er ulik tilnærming til bruk av strategi som innebærer den langsiktige og systematiske planleggingen. For kommune B, som har fått satt dette i system på overordnet nivå og virksomhetsnivå, er arbeidet forutsigbart, og en vet hva som forventes en skal starte opp med i løpet av neste år. Dette betyr en mer planlagt oppstart hvor en kan kontrollere alle faktorer som påvirker implementeringen i forkant, med et større sjans for vellykket implementering. Kommune A, uten en kommunisert strategi, kan oppleve en mer tilfeldig tilnærming til oppstart av nye tiltak, og det vil være prisgitt ledere som er motivert og ser nytten av arbeidet. Dette kan påvirke arbeidet på en negativ måte.

4.2.4 Ledernes opplevelse av organisasjonskulturens påvirkning

Kultur for kompetanseheving

Holdninger til å videreutvikle seg i faget ved å søke ny kunnskap og øke kompetansen, sier de hos fleste deltakerne i begge kommunene at er en viktig faktor i organisasjonskulturen, og derved for pasientsikkerhetsarbeidet. Det er litt ulik tilnærming hos de ulike faggruppene til det å ta videreutdannelser. Det oppleves at sykepleierne etterspør mer faglig oppdatering enn fagarbeidere og assistenter, selv om en ser at frittstående kurs motiverer til å få økt oppmerksomhet på fag, i hvert fall for en periode. For mange oppleves det for krevende å ta en hel videreutdanning kombinert med jobb, og ofte familie. En av deltakerne henviser til lønnskompensasjonsordningen etter endt videreutdanning som en faktor for å velge å ta videreutdanning eller ikke.

Deltaker 2: “Men vi har hatt flere som har tatt videreutdanning nå de siste årene. Sykepleiere helst. Fagarbeiderne er ikke så interessert i forhold til lønn. Når de stiger i lønn får de ingenting igjen for det, mener de”.

Det er enighet blant deltakerne at en kultur med økt oppmerksomhet på fag, god utnyttelse av tilgjengelig kompetanse og forebygging av skader på pasientene er en forutsetning for en vellykket implementering og for økt pasientsikkerhet i kommunene. Damschroder et.al (2009) sier at en av de indre kriteriene i en organisasjon for å være klar til å implementere er tilgang til dokumentasjon og kunnskap. Deltaker i kommune B nevner i tillegg kultur for å drive refleksjon over det vi gjør, situasjoner som har oppstått og hva gjør vi videre. Refleksjoner sier deltakeren kan være noe som spiller inn på en positiv måte.

Utøvelse av ledelse

Måten en utøver ledelse på er nevnt som en faktor av samtlige deltakere – hvordan er kulturen for ledelse på virksomhetene? Øvretveit (2010) sier i sin studie at det er ingen tvil om at lederskap er en viktig faktor i forbedringsarbeid. Men hvor viktig lederskap er sammenlignet med andre faktorer er usikker. Gjennom intervjuene kommer det frem at synlig ledelse kan medføre at det blir lettere for de ansatte å ta direkte kontakt med nærmeste leder. Ved å være lydhør for ansattes feedback, og sørge for at deres tilbakemeldinger på behov for forbedringsarbeid blir tatt imot på en god måte, skapes motivasjon og velvilje hos de ansatte. På bakgrunn av dette skapes en kultur som kan gjøre implementeringen enklere.

Deltaker 1: “Men det ser jeg jo at siden jeg har hatt så stabilt personal og har fått jobbet med personalet over tid på en måte. De så var litt misfornøyde med alt. du har fått snakket litt med dem, og vært litt på dem og ansvarliggjort dem litt. Men du ser jo og i hierarkiet hvem de går til. Virksomhetsleder virker jo litt mer skummel for de fleste og er jo ikke så synlig. Det er litt mer ufarlig å komme med ting til meg”

Deltaker 7: “Ansatte må gi feedback på tiltak. Ting må prøves. Går det ikke så avslutter vi. Da klarer du å få folk med. Alltid noen som er litt saboterende, men det er blitt mye bedre”.

Gjennom å fordele arbeidsoppgaver og organisere arbeidet i avdelingen, både ved å se på hvem som gjør hva og gi handlingsrom for arbeidet ved å fristille andre oppgaver og leie inn ekstra personal ved behov, kan en motivere de ansatte til å ta ansvar og den enkelte ansatte kan føle seg sett. Dette sammenfaller med Andreassons et al. (2016) funn i sin studie hvor det sies at leder på operativt nivå spiller en nøkkelrolle i implementeringsprosesser. Det sies videre i studien at suksessen hos lederne avhenger av deres egen evne til å overbevise ansatte av nødvendigheten av å utvikle tjenestetilbudet. Når ansatte føler seg sett, “eier” de jobben sin, og dette kan være med på å redusere fravær og derved skape en mer stabil ansattgruppe

med kompetansen på plass til enhver tid. Stabil ansattgruppe, og derved stabil kompetanse, er av samtlige deltakere nevnt som en av forutsetning for å få en vellykket implementering.

Uformelle ledere og motstand hos ansatte

Det kommer frem i størsteparten av intervjuene i kommunene at en kultur med uformelle ledere og med motstand mot endring kan påvirke implementeringen negativt, samtidig som motstand ofte kan være med på å drive arbeidet framover og få god kvalitet. Øvretveit (2010) sier som konklusjon i sin studie at vi finner ledere for forbedringsarbeid i mange ulike posisjoner i virksomhetene, noe som også da kan omfatte ansatte uten formelle lederposisjoner.

Deltaker 4: “[..] uformelle ledere er ofte veldig sterke personligheter som mange har tillit til i avdelingen ,og som mange ser opp til og som er personer som både har makt og kunnskap og som kanskje har vært der i veldig mange år og vet hvor stolen skal så. [...] så lenge du ikke får de meg på lagene kan det være utfordrende”

Ved å kartlegge hvem de uformelle lederne er og prøve å få disse med på “lag”, kan en være med å gi en økt kvalitet i implementering av den grunn at de stiller de spørsmålene ingen andre gjør, eller tør. Å få dem med på “lag” kan en gjøre gjennom blant annet å rette oppmerksomheten mot fag og vise til resultater av tidligere arbeid. Motstanden og uformelle ledere oppstår ofte, ifølge deltakerne, når det blir tillagt nye oppgaver uten at en får tilført nye ressurser.

Deltaker 3: “Men så er det jo det som stadig personalet sier og som jeg og kjenner på, vi gjør uhyre mye, og nye ting er vanskelig å få på plass”

Det kommer også ofte frem en opplevelse av at det som gjøres nå ikke er godt nok, og at nye ting innføres fra overordnet ledelse fordi de ansatte ikke gjør en god nok jobb. Da er det enighet hos deltakerne at det må fylles på med mer informasjon og kunnskap, og få økt oppmerksomhet på fag og pasientene. Andreasson et al. (2016) poengterer viktigheten at lederne har oppmerksomhet mot skepsisen de ansatte har mot ideer fra overordnet ledelse, og at det er en fare for at implementeringen vil bli mislykket om ledere ikke klarer å motivere ansatte til å delta. Ledere må balansere de ansattes krav mot det å være lojal mot ledelsen.

Det kommer tydelig frem i informasjonen fra begge kommunene at organisasjonskulturen har stor betydning for implementeringen av nye metoder og verktøy. Det skisseres både hemmende og fremmende faktorer direkte relatert til kulturen som kan påvirke. Et tema som ble tatt opp av samtlige deltakere var arbeidet med motstand mot endring i ansattgruppen. Deltakerne i begge kommunene har stor oppmerksomhet mot temaet, og jobber kontinuerlig med tiltak som virker fremmende på implementeringen i sin helhet.

4.2.5 Ledernes opplevelse av fremmende og hemmende faktorer

Organisering og lederspenn

To faktorer som påvirker implementeringen av kvalitetsforbedring, som alle deltakerne i begge kommunen nevner i større eller mindre grad, er organisering av den daglige driften og lederspenn.

Alle virksomhetene hvor deltakerne er valgt ut fra har en todelt ledelse. Dette er tilfeldig og ikke et kriterium ved utvelgelse av deltakere. Virksomheten ledes av en virksomhetsleder som har overordnet økonomiansvar, personalansvar og faglig ansvar. I avdelingene er det ansatt avdelingsledere som da har økonomiansvar, personalansvar og faglig ansvar for egen avdeling. Ett unntak er en virksomhet i kommune B, som grunnet økonomiske utfordringer og knappe sykepleierressurser har måttet omorganisere lederskapet og har en virksomhetsleder, en avdelingsleder og teamledere i avdelingene som har ansvar for den daglige driften. Teamlederne er fagarbeidere i drift og har ikke personalansvar. Dette sier deltaker om hva som har skjedd ved innføringen av teamledelse:

Deltaker 8: “Jeg ser jo nå når de får være med å styre og stelle, så ser jeg og den generelle arbeidsstokken hvor mye mer motiverte de er på å jobbe med en av sine. Det blir på en helt annen måte.”

Dette innebærer at deltakeren har personalansvar for omtrent 65 årsverk. Lederspenn (hvor mange ansatte en leder er nær-leder til) er et viktig element for innovasjon og må kartlegges ved implementering, sier Damschroder et al. (2009) i sin studie. Gjennom intervjuene ser jeg at dette varierer fra 16 årsverk og til denne som da har 65. Forutsetningene for å implementere nye metoder og verktøy opplever jeg da å være veldig ulik.

Deltakerne opplever at de har for mange administrative oppgaver til å kunne ta dette arbeidet på en grundig nok måte slik at det blir vellykket. Det kommer også frem i intervjuene at størrelse på avdelingen og lederspennet kan være med å påvirke implementeringen. Store avdelinger med mange ansatte i lave stillingsstørrelser oppleves å kunne ha større utfordringer med å få til en vellykket implementering. Lederspennet for avdelingsledere varierer, som tidligere sagt, fra 16 til 65 årsverk, og kulturen for alltid er noe ulik. Avdelingen med flest årsverk og hvor lederspennet er størst, har omtrent bare 100% stillinger, men en del helge-stillinger, mens avdelingen med færrest ansatte har stillinger fra 75% og oppover og fem helge-stillinger.

Ansatte krever oppfølging, og informasjon skal gis slik at alle kan forstå. Har en flere ansatte må en anta at en har større trykk på det administrative i forhold til personalbiten av jobben.

Dette krever tid og medfører at ledere må prioritere. Dette stemmer med det deltakerne i begge kommunene sier: at den administrative delen av lederjobben tar mye av tiden. Dette er sammenfallende med forskningsresultatet fra Andreasson et al. (2016) sin studie hvor økonomi, økende administrative oppgaver, stort volum på antall pasienter og utilstrekkelig bemanning ble vist til som hemmende på implementeringen.

Deltaker 8: “Men vi ser jo at flinkere vi er til å organisere de slik at de bruker tiden sin rett. Og rett person på rett plass. Så går jo det opp. Noen klarer det, noen klarer det ikke. Vi er ikke skrudd sammen likt, så her må vi lage en oppfølging slik at alle får det til”.

Dedikerte ansatte til å ta seg av fagutviklingsarbeidet i virksomhetene er ulikt i kommunene. Dette påvirker arbeidet. I kommune A er det ingen ansatte med kun dette som arbeidsområde, mens i kommune B er det ansatt fagutviklingssykepleier/kvalitets- og pasientsikkerhetskoordinator i stab på hver institusjon som server hele virksomheten, og driver arbeidet i samarbeid med ledelsen. Kommune A har deltatt i pilotprosjekt i pasient- og bruker-sikker kommune som en av fem kommuner i Norge, det har ikke kommune B. I begge kommunene er det ansatt fag- og kvalitetsrådgiver som sitter sentralt i kommunen.

Deltakerne fra kommune A er tydelige på at det burde vært egne dedikerte ansatte til å drive forbedringsarbeidet i virksomheten.

Deltaker 2: “Det jeg tenker litt på er jo at hadde dette vært i oljebransjen eller sånn type industri så hadde de hatt egne folk som jobbet med dette”.

Deltaker 2: “Jeg savner jo en fagansvarlig jeg da. For jeg har budsjettansvar, økonomi, personalansvar og pårørende i tillegg som ringer meg. Så da blir det veldig masse å favne om. Om mitt hovedfokus er på fag, da er det noe annet som må vike. Så det å ha fagansvarlig som kunne samarbeide med, og som var tett på avdelingen hele tiden, hadde vært til stor hjelp”

Deltakerne i kommune B formidler tydelig gjennom intervjuene at å ha en dedikert ansatt i stab med dette tema som hovedområde, fremmer implementeringsarbeid og er en absolutt nødvendighet for å ivareta arbeidet.

Det er enighet blant deltakerne om at å ha ansattinvolvering og representanter fra de ansatte inn i forbedringsteam eller arbeidsgrupper som arbeider med implementering, er en faktor som fremmer implementeringen. De ansatte som er med i dette arbeidet får et eierskap til temaet, de er lojale og har ønske om å gjøre en god jobb opp mot pasientene. Å forebygge pasientskade er en god motivasjonsfaktor for oppgaven.

Tidsklemme

Mangel på nok tid til å utføre nye oppgaver er deltakerne i begge kommunene enige om at er en hemmende faktor på implementeringen. En av deltakerne i kommune B sier om dette at en må planlegge tiden sin:

Deltaker 7: “Vi må sette av og låse tid i kalender”.

Allerede eksisterende oppgaver i virksomhetene (i begge kommuner) blir ikke lempet på, eller forslått satt til side i implementeringsfasen, for å skape handlingsrom for å kunne bruke tid til eksempelvis informasjon om verktøy og metoder. Det blir heller ikke tilført midler i budsjett som kan brukes til leie inn personal, om og når det blir behov for det.

Deltaker 2: “Jeg mener jo at dette med forbedringsarbeid, unngå pasientskader og holde seg oppdatert er jo såpass viktig at det burde vært avsatt tid og midler til det”.

Opplevd merarbeid fører til økende tidspress med motstand mot implementeringen som resultat. Dette samstemmer med funnene i Ankerstjerne et al (2017) sin studie som nevner opplevelse av travelhet som en faktor som kan påvirke implementeringen på en negativ måte og at planlegging for når implementeringen skal starte må tenkes nøye over i forkant.

Deltaker 3: “[..] vi får stadig nye arbeidsoppgaver. De føler de får stadig nye ting og at alt krever så mye tid. Tid som de ville bruke sammen med pasienten. Og ofte er det jo tilfellet og det”.

En av deltakerne i kommune B sier at en kan få til mye om en bare organiserer arbeidet på en god nok måte.

Nærledelse og ansattinvolvering

Deltakere i begge kommunene har nevnt at grad av nærledelse kan være med å påvirke implementeringen. For å få en vellykket implementering må leder være tett på, synlig i avdelingen, tilgjengelig og etterspørre resultater. Alle deltakerne hadde et inntrykk av at de ansatte opplevde nærledelse. Andreassons et al. (2016) studie omtaler motiverte og engasjerte ansatte som fremmende faktorer for implementering, og ledere må motivere, oppmuntre og myndig-gjøre ansatte til dette arbeidet. Informasjonen i intervjuene gir opplevelse av at dette samsvarer med ledernes fremtreden i avdelingen, og i deres møte med den ansatte.

En lederoppgave er å vise at arbeidet er forankret i ledelsen, og ved å være deltagende i arbeidet viser en at dette stemmer. En av deltakerne i kommune B uttaler at erfaringen viser at det blir miss om det ikke er ledelsesforankring som nevnt under tidligere kapittel med temaet om leders støtte (kapittel 4.2.2). En annen av lederoppgavene som kan fremme implementering er hvordan informasjonen blir presentert når det kommer til avvik. En måte å

håndtere dette “negativt ladede” begrepet er å flytte oppmerksomheten bort fra hvilke feil som er gjort, til å formidle at dette skal brukes i forbedringsøyemed.

Nærledelse innebærer også at en har kjennskap og detaljer om driften. Dette gjør at arbeidsoppgaver kan bli presentert på den måten de ansatte kan forstå det best på, og en har mulighet til å fordele arbeidsbelastninger slik at det kommer pasienter og ansatte til gode. En god organisering og systematisering som kan fremme prosessene i arbeidet er en forutsetning for at implementeringen skal gå bra. Det handler om å ha rett person på rett sted, inkludere bredt hos de ansatte og ha en god porsjon tålmodighet som leder. Andreasson et al. (2016) sier i sin studie at de ofte fant ledere som ofte tok en rolle som ikke-aktiv og delegerte oppgavene og ansvaret i implementeringen til en gruppe ansatte. Lederne uttalte også at enheten ikke ville fungert om ikke mye av ansvaret gikk til de ansatte. De sier videre at dette kan være en ledelsesstil, men kan også være resultat av stor administrativ belastning, og/eller fravær av kunnskap om endringsledelse. Gjennom intervjuene i begge kommunene er det samstemt at involvering av ansatte i forbedringsteam eller arbeidsgrupper med hovedoppgave å sørge for implementering, er en forutsetning for å lykkes. Samtidig sier deltakerne at de bidrar inn i gruppen som leder av gruppen, deltaker eller veileder. En av deltakerne i kommune B sier at de ikke kan slippe taket, og at de må ha kontroll for at det skal gå bra.

Å etterspørre resultater er av deltakerne i kommune B nevnt som en faktor som kan fremme eller hemme implementering av nye metoder og verktøy. Dette omfatter også etterspørring av resultater fra overordnet ledelse. Dette nevnes også som en faktor i studien gjort av Damschroder et al. (2009). I hvilken grad mål og tilbakemeldinger er klart kommunisert, oppover og nedover i organisasjonen, sier noe om klimaet for implementering. Deltaker i kommune B sier at det oppleves ikke som at overordnet ledelse i kommunen er tett på selv om de tidvis tar kontakt ved alvorlige/hyppige avvik, noe som oppleves sammenfallende med erfaringene fra kommune A.

Grad av ansattinvolvering blir av alle deltakerne nevnt som en faktor som kan hemme og fremme implementeringen. I kommune A var deltakerne opptatt av at ansattinvolvering fører til engasjerte ansatte. Når ansatte blir involvert i planleggingen av arbeidsoppgavene kan resultatet bli at de på et senere tidspunkt etterspør utfordringer, og vil komme med forslag til å teste ut nye ting selv.

Deltaker 3: “Når noe er vanskelig eller de ønsker å gjøre det på en annen måte, eksempelvis “vi jobber litt tungt der, kan vi gjøre noe nytt?” Å ta tak i det som kom fra dem var bra”.

Det er individualitet i ansattgruppene, og det sier flere av deltakerene at det må det få lov å være. Deltakerne sier også at når innspillene fra de ansatte kommer, er det viktig å ta disse på alvor og ha en gjennomgang av disse.

Deltakerne i kommune B viser gjennom samtalene at de har samme forståelse som kommune A angående dette med å rette oppmerksomheten mot fag og pasienten, med et mål om å øke kvaliteten på tjenestene en yter. Gjennom å feire oppnådde mål, store og små, skaper en motivasjon og motiverte/engasjerte ansatte som kan fungere som allierte og dra med seg de som yter motstand.

Deltaker 8: “Vi har alltid satt egne folk til å ha litt mer ansvar enn andre, men da ser en at de som har interessene utfra de ressurspersonene vi har. Men ikke for mye på en gang”.

Utfordringen i denne kommunen, ifølge deltakerne, er store språk og kulturforskjeller som fordrer direkte rettede tiltak mot dette. Å få de ansatte til å forstå hvorfor vi gjøre det vi gjør kan derved være mer krevende.

Kompetanse og fravær

Kompetanseheving kan være med å øke motivasjonen for å jobbe med faget. Lav kompetanse kan da være hemmende på implementeringen, mens høyere kompetanse blant de ansatte kan være med å fremme implementeringen grunnet økt faglig oppmerksomhet. Dette er det enighet om blant deltakerne i begge kommunene. En av deltakerne i kommune A mener på bakgrunn av dette at det burde blitt satt av mer midler til kompetanseheving i kommunen da en opplever at kompetansen på forbedringsarbeid, og direkte på det en skal implementere, er for lav både for ledere og ansatte. Dette er et tema Andreasson et al. (2016) sier noe om i sin studie. De sier at lederne har ulik tilnærming til prosessene med forbedringsarbeid og kunnskapsutvikling på dette området er nødvendig.

Deltaker 1: Jeg ser jo at dess bedre kompetanse du har hvor mer motivert du er til å arbeide med fag. Då du har stor andel uten noe særlig kompetanse så er de ikke så motiverte”.

Kompetanseheving kan være ulike kurs og videreutdannelse, og deltakerne i begge kommunene var like opptatt av å sørge for kompetanseheving på det fagområdet som skulle forbedres.

Av en deltaker i kommune B nevnes spesielt et eksempel hvor en ansatt fikk ta veilederutdannelse i regi av Helsedirektoratet, hvorpå h*n etter en tid sluttet uten å videreføre kunnskapen sin til noen andre i virksomheten. Derfor er det ønske om å dele kunnskapen sin

med kollegaene slik at kompetanse blir værende i virksomheten, og det ikke er så sårbart grunnet personavhengig kompetanse.

Deltaker 7: “Så er de opptatt av dette med at vi har faglunsj annenhver uke. Da har vi ressurspersoner. Om det er i sår så får de gå på kurs i forhold til det. Da er det forventet at de har en faglunsj i dette for sine kollegaer en halvtime”.

Høyt fravær nevnes også av de fleste deltakerne i begge kommunene som årsak til at implementering ikke blir vellykket. Det er derfor stor oppmerksomhet mot å forebygge fravær og på denne måten være med å forebygge at ansatte får ytterligere tildelte oppgaver. Om det er høy turnover skaper det behov for vikarer som ofte er ufaglærte og inne og arbeider på avdelingen for en kort periode. Dette medfører ustabil og uforutsigbar kompetanse og mangel på kontinuitet på de tjenestene som skal ytes til pasientene.

Deltaker 2: “Hvis det er høyt fravær fra før av er det vanskelig. Og jeg kjenner også at det er vanskelig å pålegge folk nye eller andre oppgaver når de har mer enn nok med å få ting til å gå rundt når de er på vakt”.

Damschroder et al. (2009) sier noe om akkurat dette i sin studie: Dess mer stabile teamene er, med lite turnover, dess mer sannsynlig er det at implementeringen er suksessfull. Om en i en implementeringsfase sliter med å ha nok fagkompetanse på vakt kan dette, ifølge en deltakerne i kommune B, gå ut over dokumentasjonen som er en viktig forutsetning for at implementering nye metoder og verktøy skal være vellykket.

Gjennom økt oppmerksomhet på heltidskultur i virksomhetene kan en få økt eierskap til arbeidsplassen. Dette på grunn av at de derved er oftere på jobb enn der det er liten grad av heltidskultur. Gjennom intervjuene vises det gjennomgående stor oppmerksomhet fra ledernes side i begge kommunene på at de ansatte som ønsker det skal få høye, og aller helst, 100% stillinger. I kommune A viser det seg at det er høyskolekompetansen som har gjennomsnittlig høyest stillingsprosent. I kommune B fremstår det som en lik fordeling. Forskjellen er at kommune B har høyere antall rene stillinger på helg enn kommune A har. Dette handler om hvordan en løser turnusutfordringene grunnet 24/7/365 drift. I kommune A går flere ansatte høyere antall helgetimer enn i kommune B. I kommune B er det ordinær turnus (inntil 8 timersdager på dag/kveld) med hver tredje helg, som fordrer flere helgestillinger. Implementering av nye metoder og verktøy kan bli påvirket i positiv eller negativ grad ut fra hvor i stor grad en arbeider med heltidsperspektivet og kulturen for heltid i ledelsen.

Deltaker 4: “dette med høyest mulig stillinger er med på å påvirke. Det er vel forsket på og at har du større stilling tar du mer ansvar for arbeidsplassen når du er på jobb.

Og fravær ikke minst. Veldig mye utskiftninger og veldig mange vikarer og vikarer som bare er i perioder det skaper ingen flyt og kontinuitet. Det blir mangel på kontinuitet”.

I dette underkapittelet har jeg presentert funnen deltakerne har svart opp i forhold til hemmende og fremmende faktorer på implementering. Det fremkommer ulike momenter innenfor hver kategori, og viser at det er mange faktorer i en organisasjon som påvirker prosessen både på en positiv og mindre positiv måte. De faktorene som utmerket seg i intervjuene var organisering, lederspenn, opplevelse av tidsklemme, grad av nærledelse, grad av ansattinvolvering, kompetanse og fravær.

5 Drøfting

Som beskrevet i kapittel 4, har deltakerne i studien ganske sammenfallende tilbakemeldinger på hva som hemmer og fremmer implementeringen. Faktorer som blir fremhevet er faktorer knyttet til organisering og lederspenning, tidsklemme, nærledelse og kompetanse og fravær. I det følgende kapittelet vil det rettes oppmerksomhet mot ulike områder som jeg opplever har utmerket seg i funnene. Disse har jeg valgt å se opp og drøfte mot den presenterte teorien og tidligere forskning fra kapittel 2. Jeg vil også her presentere mine egne betraktninger rundt det enkelte temaet.

5.1 Ledelsesforankring og grad av vellykket implementering

De fleste deltakerne fra begge kommunene omtaler ledelsesforankring, eller forankring i ledelsen, som en del av opplevd støtte i det forbedringsarbeidet de gjør. Kongsmo et al. (2015) sier at en forutsetning for å sikre en vellykket gjennomføring av implementering er at arbeidet er forankret i ledelsen, hos ansatte og i organisasjonen. Flere deltakere i begge kommuner opplever ikke sin øverste leder som direkte involvert i arbeidet, men på tross av dette opplevdes det støtte i den forstand at det er et uttrykt ønske om, og til dels kommuniserte forventninger om, at forbedringsarbeid skal være et prioritert område. Ledelsesforankring blir av Basmo (2010) beskrevet som en type forankring hvor et "ja" til arbeidet også innebærer involvering og oppmerksomhet i organisasjonen, men også oppmerksomhet rettet ut mot ledergruppene.

Å etterspørre resultater av arbeidet kan være en måte å være involvert og oppmerksom på. Dette sier deltakere i kommune A at var mer fremtredende i starten, spesielt under perioden som deltaker som pilotkommune i regi av Pasient- og bruker-sikker kommune, og at det nå er sjelden og oppleves tilfeldig om noe blir etterspurt. I kommune B har deltakerne en helt annerledes opplevelse hvor det via internkontrollsystemet og ledermøter blir systematisk etterspurt resultater fra overordnet ledelse gjennom rapporteringssystem. Det er også laget egne kontroller som er systematisert og hvor en måler endring. Dette sammenfaller med det som ble funnet i dokumentene. Direkte involvering av nærmeste leder er noe variert i begge kommunene, men de sier at de har vært involvert på et vis.

Samtidig innebærer ledelsesforankringen, ifølge Basmo (2010), at arbeidet krever en organisatorisk forankring, og at det må være endel av det systematiske forbedringsarbeidet både på sentralt nivå og hos den enkelte leder. Dette sier Arntzen (2016) også noe om når hun

sier at kommunen skal ha en kvalitetspolitikk som skal komme fra øverste ledelse. Hennestad et al. (2006) sier på sin side at forankringen må være til stede i toppledelsen, og de må vise at de deltar i arbeidet. Dette fremgår som veldig ulikt i de to kommunene, og gjennom intervjuer og dokumenter kommer det ikke frem hva de egentlig mener at ledelsesforankring, eller forankring i ledelsen, innebærer konkret.

I artikkelen Amdam (2016) har publisert sies det at forankring er et diffust begrep. I kommune A er det ikke kjent for deltakerne at det foreligger en strategi eller plan for arbeidet fra overordnet nivå. En av deltakere nevner en visjon, men ikke noen tiltak rettet ut mot kvalitet eller pasientsikkerhetsarbeid utover det. Det er i hvert fall ikke kommunisert godt nok ut i ledergruppen om den foreligger. Det er ansatt en fag- og kvalitetsrådgiver i stab sentralt, og denne er tilgjengelig for alle i tjenesteområdet, og er brukt som veileder og en å “sperre” med. Denne rollen sier deltakerne at det oppleves som positivt å ha tilgjengelig. Ved å opprette denne stillingen blir det rettet oppmerksomhet mot forbedringsarbeid, og en kan oppleve at dette kommuniserer en aksept for at arbeidet er viktig, og at det skal være et område som prioriteres.

Gjennom intervjuene ser det ut som om det oppleves ledelsesforankring når omsorgssjef og fag- og kvalitetsrådgiver har vært med på kurs og pasientsikkerhetsvisitter sammen med lederne for virksomhetene. Det kan tyde på at det å være synlig, til stede og snakker med lederne i virksomhetene er noe som oppleves positivt. Dette sammenfaller med Hennestad et al. (2006), som sier at toppledelsen må vise at de deltar i arbeidet. Ute i virksomhetene blir planleggingsarbeidet, og til dels det praktiske arbeidet, drevet av avdelingsledere og virksomhetsledere. Dette medfører at lederne både er synlige og deltakende i arbeidet. Samtidig er ledelsesforankringen fra toppledelsen ikke kommet frem i noen dokumenter som viser strategi eller føringer for dette arbeidet. Det er heller ikke kommet frem i intervjuene at dette er utarbeidet.

I kommune B er informasjonen fra deltakerne om dette temaet noe annerledes. Områder en forventer det skal arbeides med er her dokumentert i føringer fra sentral ledelse. Samtidig er det etablert kvalitetsutvalg på overordnet- og virksomhetsnivå, og det er ansatt en fag- og kvalitetsrådgiver som er organisert i stab sentralt. Hver virksomhet har i tillegg ansatt fag – pasientsikkerhetskoordinator/fagutviklingspsykepleier organisert i stab. Det er disse som har ansvar for det praktiske utviklingsarbeidet rettet mot avdelingene og pasientene i. Å være synlig og deltakende i arbeidet er faktorer som kan påvirke implementeringen. Å ha delegert

arbeidet til en dedikert ansatt, kan medføre en viss avstand til overordnet ledelse ved virksomheten. Samtidig sier Andreasson et al. (2015) at ved å identifisere og involvere ansatte som er interessert i forbedringsarbeid får leder ekstra støtte med å introdusere nye ideer og implementering av endringer. Denne måten å organisere arbeidet på krever at lederne er tett på i det daglige, og at ledelsen har hånd om planarbeidet for virksomheten på dette området, om en skal få en vellykket implementering. Gjennom planarbeidet på området kvalitet i kommunen ser en at dette er gjennomført fra overordnet ledelse til virksomhetsnivå. Ved at det er klart kommunisert til lederne hva som forventes av dem i henhold til temaet, gis det et handlingsrom med forutsigbarhet og muligheter for god planlegging i forkant av en ny implementeringsprosess.

Basmo (2010) sier at en del av forankringen også innebærer å ta beslutninger om konkrete forbedringsområder. Deltakerne i kommune A sier at det ikke foreligger noen plan for videre arbeid sentralt eller lokalt på virksomhetene. Det oppleves som om lederne ved virksomhetene avventer en ny oppstart, gjerne i regi av USHT. Dette kan tyde på at det til tider kan bli noe tilfeldig hvilke forbedringsområder som velges. Samtidig har lederne stor oppmerksomhet på å bruke avvikssystemet og finne områder hvor det er svikt, og sette inn tiltak direkte rettet mot definerte utfordringer. Noe de også sier at de skal gjøre når en går over i mer normal drift etter utfordringene med koronapandemi. Beslutningen om hvilke forbedringsområder ligger i denne kommunen på virksomhetsnivå, og det oppleves ikke som en helhet eller sammenheng i kommunes arbeid med dette. I kommune B kom det frem, både i intervjuer og i dokumenter, at nye forbedringsområder det skal arbeides med er skissert opp i sentralt planverk og i virksomhetens eget planverk. Ledere kan derfor tidlig starte å planlegge prosessene, motivere ansatte og arbeide med temaet.

Ledelsesforankringen innebærer også at ledere på alle nivå skal tilrettelegge for arbeidet, ifølge Basmo (2010). Overordnet ledelse i kommune A har tilrettelagt for arbeidet ved å delta som pilotkommune i Pasient og brukersikker kommune. De har i tillegg ansatt en fag- og kvalitetsrådgiver i stab som tidligere nevnt. Utover det sier deltakerne at det ikke er tilført økonomiske midler fra overordnet ledelse til å gjennomføre arbeidet ute i virksomhetene. Tilretteleggingen og gjennomføringen av implementeringen har måttet foregå innenfor egne rammer, både når det kommer til økonomi og personalressurser. Samtidig, kommer det frem i intervjuene og i dokumentene, har tilretteleggingen for arbeidet ute i virksomhetene vært den enkelte leders ansvar, og da mest på avdelingsnivå. Gjennom dokumentene finner jeg at det er ulik systematisering av kvalitetsforbedringsarbeidet i virksomhetene. Å finne rom til

arbeidet, samtidig som en skal ivareta allerede eksisterende drift, oppleves som å være en krevende øvelse. Dette sammenfaller med Andreasson et al. (2015) sine funn hvor de sier at økende administrative oppgaver for lederne, kan medføre en lavere prioritering av forbedringsarbeid. I kommune B er det heller ikke tilført noen ressurser med unntak det som er søkt om hos Statsforvalteren på eget initiativ fra virksomhetene. Deltakerne har ens opplevelse av dette som deltakerne i kommune A. Det er en vesentlig forskjell mellom kommunene, og det er at det er lagt planer for hvilke områder det skal has oppmerksomhet på, og en har derved mulighet for å tilrettelegge mer i forkant. De har også en etablert struktur i kvalitetsarbeidet, som nevnt tidligere, som avlaster lederne med det praktiske forbedringsarbeidet i virksomheten.

Å ha arbeidet forankret i ledelsen innebærer ikke bare at det er enighet om at arbeid skal gjennomføres (Hennestad et al. 2006). Det innebærer også at tiltak må iverksettes for å få optimale forhold for at arbeidet skal kunne utvikle seg. Samtidig ser jeg at engasjerte ledere som har stor oppmerksomhet på kvalitet og forbedringsarbeid, kan klare å få til mye innenfor de rammene som allerede finnes, noe som også Øvretveit (2010) sier noe om da han sier at vellykket implementering ofte handler om lederes handling. Så om en implementering er vellykket henger sammen med flere faktorer enn om det er forankret i overordnet ledelsen, eller ikke. Det kommer ikke frem i denne studien jeg har gjort om de implementeringene som er mer eller mindre vellykket er relatert til ledelsesforankring på overordnet nivå. Det jeg ser kan ha mer betydning er den enkelte leders engasjement og forankring på avdeling og virksomhetsnivå. Det jeg stiller meg noe spørrende til er om at når de sier de opplever forankring, om det da kanskje handler mer om opplevd støtte? Eller er det to sider av samme sak? Kanskje det ene forsterker det andre?

Av det som er kommet frem ovenfor kan en se at ledelsesforankringen fremstår som noe ulikt i kommunene organisatorisk, samtidig som lederne opplevelse av at arbeidet er godt forankret kommer til uttrykk i begge kommunene. Det jeg finner her støtter Amdam (2016) sitt argument om at ledelsesforankring er et vagt begrep. Ved den organisatoriske organiseringen i kommune B kan en tenke at forutsetningen for en vellykket implementering er høyere enn for kommune A under de forutsetningene de har, men lederne på virksomhetene med engasjement og motivasjon for oppgavene vil være avgjørende til slutt.

5.2 Hvordan lede i spenningen mellom krav og ressurser?

Innføring av nye verktøy og metoder innebærer i hovedsak en mer individuell tilnærming til pasientene og deres behov. Utfordringen blir å lede dette arbeidet i en organisasjon som av

Vabø (2014) beskrives som menneskebeholdende organisasjoner hvor en skal “gjøre noe med” personene i den. Forfatteren sier også at uregjerlige problemer skal løses, og metoder og verktøyer som skal implementeres er hjelpemidler mot dette målet. Individualitet innebærer at det ikke vil bli noen fasit på løsningen, og tiltak ikke kan overføres «uredigert» til neste “kasus”. Hvordan skal en da lede i motstand for å få en vellykket implementering?

Motstand

Motstand mot endring er en av utfordringene lederne må håndtere, og som alle deltakerne ytret var dette noe de var godt kjent med. Hennestad (2006) sier at en kan relatere motstand til individene og deres barrierer for endring. Dette sammenfaller med funnene i studien Damschroder et al. (2009) har gjennomført som viser at motstand mot endring er relatert til kunnskap hos de ansatte om det som skal skje. Dette er knyttet til kulturperspektivet på organisasjoner, som fremhever muligheter og begrensninger i etablerte tradisjoner og kulturer (Christensen et al., 2004). Arntzen (2016) beskriver organisasjonen som et “isfjell”, hvor 90 % av organisasjonen ligger skjult under vannskorpen og relaterer seg til det som har med menneskene i den å gjøre, nærmere bestemt i kulturen. I dette området ligger kilde til vekst og utvikling, samtidig som en her har opphav til maktkamper og konflikter. Hennestad et al. (2006) sier på sin side at motstand er viktig, og at den kan være med å drive arbeidet på frem.

I et av intervjuene i kommune B, kom det frem at leder selv ytte motstand i starten, men at mer informasjon og kunnskap bidro til å snu lederens holdning til arbeidet underveis. Deltakerne i begge kommunene er enige om at kunnskap (her: kompetanseheving) og informasjon om prosessene, og hvorfor ting skal gjennomføres, har vært med på å minske motstand. I intervjuene kommer det frem at dette arbeidet har det vært stor oppmerksomhet på i implementeringen, og det sammenfaller også med det som kommer frem i dokumentene i begge kommunene. Å arbeide med motstand mot endring oppleves av deltakerne som krevende med behov for tett oppfølging i forbedringsteam/arbeidsgrupper og/eller direkte ansattoppfølging, og kan til tider oppleves som ressurskrevende. Samtidig sies det at de er nødt til å inkludere ansatte som er motstandere mot endring i forbedringsteam/arbeidsgruppene slik at en får belyst alle sider av implementeringen, og får disse til å bli gode “fremsnakkere” i avdelingene. Dette sammenfaller med Hennestad et al. (2006) som sier at motstand er en nødvendig del av arbeidet, og kan være med å få arbeidet til å «skyte fart». En deltaker i kommune A sier at de som yter motstand ofte har stor påvirkningskraft og blir respektert av kollegaene sine. Det ytres samtidig fra deltakerne i kommune B en opplevelse av “seier” når en opplever at en har snudd motstanden og en

opplever å få lojale ansatte som snakker arbeidet frem i avdelingen. Om en implementering ikke blir vellykket kan det ifølge Hennestad et al. (2006) relateres til at motkreftene er for store, noe som da kan relateres til at en ikke har klart å håndtere motstand i avdelingen.

Jeg har en opplevelse av at motstand mot implementering av nye metoder og verktøy er uttalt, og at alle deltakerne uansett hvilket nivå de er på i virksomhetene, har oppmerksomhet mot utfordringer og klarer å fange opp når noe er i "emning". De kjenner sine ansatte og vet hvor en må være ekstra observant, og handler deretter om det blir nødvendig. Dette tenker jeg viser at lederne er tett på i implementeringsarbeidet og er involvert, om enn ikke alltid direkte, i arbeidet. Målet for arbeidet deres er å få en vellykket implementering. Men hva gjøres når motkreftene blir for store og implementeringen ikke lykkes? Har vi da gjort noe feil? Kanskje vi ikke har vært utholdende nok? Eller kunne noe vært kartlagt og avdekket før oppstart? Deltakerne sier at det er ikke kartlagt fra sentralt nivå hvilke konsekvenser innføringen av nye metoder og verktøy vil medføre. Dette er heller ikke lokalt i virksomhetene, med unntak av planlegging av hver enkelt tiltakspakke. Det er en opplevelse fra min side at det ikke er kultur, eller satt av prioritert tid og/eller ressurser, for dette.

Hvordan kan en da forebygge motstand mot implementering av nye metoder og verktøy? Kan en ved bruk av kartlegginger i forkant av implementering være med å forebygge eller begrense dette?

Kvalitetsmodell

Donabedian (1988) sier i sin kvalitetsmodell at det er en sammenheng mellom struktur (materielle ressurser, menneskelige ressurser og organisasjonsstruktur), prosess (hva som egentlig blir gjort) og resultat, og at dette kan forklare hvilke faktorer som kan påvirke resultatet. Gjennom å bruke modellen kan en klare å møte motstanden på et tidlig stadium, og kanskje på denne måten klare å parere den.

På nivået struktur formidler deltakerne en ulik tilnærming i de to kommunene angående organiseringen av kvalitetsarbeidet, både relatert til ledelse på overordnet- og virksomhetsnivå. Dette kommer frem både gjennom intervjuer og dokumenter. Begge kommunene har todelt ledelse på institusjonen med avdelingsleder og virksomhetsleder, hvor ansvaret mellom de to ledernivåene fremstår likeens i kommunene. På overordnet nivå er det i kommune A en fag- og kvalitetsrådgiver i stab, mens det i kommune B er en fag- og kvalitetsrådgiver i stab og et overordnet kvalitetsutvalg. Prioritering av de menneskelige ressursene (her: ansatte) er også noe ulikt på virksomhetsnivå da kommune B har valgt og

ansatte en fag- og pasientsikkerhetskoordinator/fagutviklingspsykepleier i stab, samtidig som det er opprettet kvalitetsutvalg på hver virksomhet. Kompetansefordelingen er omtrent likt fordelt på høyskole og fagarbeidere i begge kommunene, og der hvor det er lite høyskole er det iverksatt organisatoriske tiltak for å ivareta faget og de ansatte. Det som er ulikt, er at kommune A har færre lave stillinger (+/- 20%) enn kommune B. Dette henger sammen med turnusordninger og forskjellen i antall arbeidede helgetimer per ansatt. Deltakere i begge kommunene opplever at det er tilgang til hjelpemidler en måtte trenge til pasienten, samtidig savnes er tilførsel av økonomiske ressurser i implementeringsfasen slik at ansatte kan “frikjøpes” og bruke tid på arbeidet.

Gjennom valgene ved virksomhetene i kommune B med å prioritere fag- og kvalitetsrådgiver i stab og iverksetting av kvalitetsutvalg på virksomhetene, opplever jeg at lederne viser for de ansatte at arbeidet har stor oppmerksomhet. Det sender også signaler om at det forventes at forbedringsarbeid skal arbeides med. Ved å ta disse valgene tenker jeg at en sørger for at dedikerte ansatte arbeider med det de interesserer seg for, og at det ikke blir enda en oppgave for avdelingsledere som fort kan bli satt til side i perioder hvor arbeid må prioriteres av ulike grunner. Det samme tenker jeg om organiseringen av arbeidet på overordnet nivå. Dette er valg lederne i kommune A ikke har tatt. Disse valgene kommunene har gjort kan påvirke arbeidet med motstand og grad av vellykket implementering.

I begge kommunen arbeides det med å øke heltidskulturen (arbeide for en kultur hvor ansatte skal ønske å gå i 100 % stilling) i virksomhetene. I kommune A har en løst dette med alternative turnusløsninger med langvakter inntil 14 timer og tredje hver helg. Resultatet av dette er et fåtall lave stillinger for ansatte som bare går helgevakter, og derved bedre kontinuitet i arbeidet. Fagkompetansen i helgene blir også høyere, da det i utgangspunktet ikke ansettes ufaglærte med unntak i lave prosentstillinger. En sikrer på denne måten at implementeringen ikke stopper opp i helgene hvor det tidligere har vært mange ufaglærte ansatte som kun har arbeidet helg, og gjerne flere på hver vakt. Dette sammenfaller med Damschroder et al. (2009) som sier at strukturelle tiltak er en forutsetning for vellykket implementering. Dette tenker jeg kan være med på å forebygge motstand siden alle er kjent med hva de skal gjøre til enhver tid. I kommune B er det fortsatt mange lave stillingsprosent som medfører at det er flere ufaglærte på vakt til enhver tid i helgene. For å ivareta implementeringsarbeidet er det satt i verk tiltak som eksempelvis tavlemøter syv dager i uken. Dette som et tiltak for at alle skal være kjent med hva som arbeides med til enhver tid, og et tiltak hvor en når alle de som kun er inne og arbeider i helgene. Det er også

et tiltak å la de ansatte få uttale seg og la dem være med å bidra til å velge forbedringsområder. I kommune B sies det at det kan være utfordrende å få de ansatte til å engasjere seg. Dette er ikke nevnt som utfordring i kommune A. Deltakerne i begge kommunene er også opptatt av god informasjon og opplæring til de ansatte slik at de skal få økt kompetanse, og forstå hensikten med innføringen av nye metoder og verktøy. Dette sammenfaller med Andreasson et al. (2015) sin studie hvor det kommer frem at ansatte trenger undervisning og opplæring i det de skal arbeide med, samtidig sier de at de ansatte må ha tid til å gjennomføre oppgavene.

Ansattinvolvering som begrep blir ikke definert av deltakerne, og det kan se ut som om det er noe ulik oppfattelse om hva som er “god nok” involvering. Samtidig fremstår det som at det er viktig for samtlige deltakere i studien, både gjennom intervjuer og dokumenter, å sørge for at ansatte blir hørt på hva en bør velge av forbedringsområder fremover. Dette tenker jeg kan avhengig av leder og kulturen for lederskap i den enkelte virksomhet, og en kan derfor oppleve å ha noe ulik praksis på dette. Andreasson et al. (2015) sier i sin studie at leder på operativt nivå spiller en nøkkelrolle i implementeringsprosesser, samtidig sier Øvretveit (2010) på sin side at det er usikkert hvor viktig lederskap er sammenlignet med andre faktorer. Jeg tenker at hovedoppgaven i ansattinvolveringen må være deltakelse i valg av forbedringsområder, legge rammene for hvordan ting praktisk skal utføres, og hvordan en skal gjennomføre oppgavene i møte med pasienten.

En del av det å måle om vi egentlig har en forbedring på kvaliteten i arbeidet, er å utvikle måleindikatorer på struktur, prosess og resultat. Ifølge Donabedian (1988) er dette lite gjort i forhold til struktur, men noe mer i prosess og resultat. Å sette mål er tema i flere studier, og Damschroder et al. (2009) sier at tydelige mål og tilbakemeldinger gjennom blant annet evalueringer, kan bidra til et positivt klima for implementering. Andreasson et al. (2016) fremhever at det er en lederegenskap å kunne sette mål, og at det er viktig for arbeidet.

Deltakerne i kommune B sier at de bruker målinger for å se på status og utvikling, og at de målingene som var tilgjengelige hos Pasientsikkerhetsprogrammet (Helsedirektoratet, u.å.) ble brukt. Noen målinger har de utarbeidet selv etter behov. Flere av deltakerne i kommune A sier at de opplevde at de ikke fikk de data de ønsket fra målingene, og at det opplevdes demotiverende og krevde mye ressurser. Dette resulterte i manglende målinger, selv om de “visste” at det var vellykket. Dette bekreftes av dokumentene fra kommune A, hvor det kommer frem at det har vært utfordrende å sette målbare mål på det en ønsker å finne ut. Men

hvordan kan man da bevise forbedring og frigjøre seg fra subjektiv oppfattelse? Ved å ikke klare å utarbeide målinger kan en tenke at det er mangel på gode mål som er målbare. Det kan handle om at det i helse- og omsorgstjenesten har vært vanskelig å måle kvalitet, og at det ikke har vært nok oppmerksomhet mot å få dette til. Kvalitet kan være en subjektiv opplevelse (Arntzen, 2016), og utfordringen blir å sette mål. Noe av det samme formidler Grepperud (2009:1112) når han sier at kvalitet er brukers egne opplevelser av tjenestene. Utfordringen blir å da å kunne utarbeide objektive og målbare mål for det enkelte tiltaket. Samtidig ser jeg at det er mye mer oppmerksomhet mot å måle forbedring nå enn det var for bare noen år tilbake, og det er et håp at gjennom myndighetenes uttalte forventninger kan en få dette mer satt i system.

Å ta disse kartleggingene som Donebadian (1988) her beskriver er ikke tatt systematisk i forkant av implementering i noen av kommunene. Jeg mener kartleggingen også må inneholde hvilke individuelle menneskelige ressurser vi har, og hvordan vi best mulig kan utnytte det potensialet vi har i drift, og ikke bare antall ansatte vi har. Det som er forberedt er den enkelte tiltakspakke, men ikke på overordnet nivå sentralt eller i den enkelte virksomhet. Spørsmålet er da om prosessene med implementering hadde vært enklere og hatt større grad av vellykkethet om en hadde gjort det? Jeg ser at en grundig kartlegging i forkant av implementering også er med på å redusere innsatsen det krever for å arbeide med motstand i ansattgruppen, og at en vellykket implementering kan effektivisere måten å arbeide på ved at alt blir satt i et system og at alle ansatte har samme tilnærming til arbeidet.

Opplæring i metoder og verktøy

Arntzen (2016) sier noe om utfordringsbildet fremover, og at dette vil kreve et godt lederskap og gode systemer for utvikling og implementering av nye rutiner og metoder. PDSA-sirkelen er en slik metode å bruke i forbedringsarbeid ifølge Kongsmo et al. (2015). Dette verktøyet var kjent av alle deltakerne og benyttet i ulik grad, noe som kom frem både i intervjuer og dokumenter. Noen av deltakerne i begge kommunene brukte den systematisk i forbedringsarbeid, mens andre brukte den i mindre grad. Det var enighet blant deltakerne i begge kommunene om at dette var et godt verktøy som systematiserte arbeidet.

Ved at de ansatte har kunnskap og kompetanse i å bruke verktøyene og metodene (som eksempelvis PDSA-sirkelen) opplever jeg at en kan se at prosessen i møtet med pasienten blir bedre, og at kvaliteten på tjenestene øker for den enkelte pasient. Samtidig oppfatter jeg at kvaliteten på hele implementeringsprosessen øker ved bruk av denne metoden. Gjennom å

systematiser og teste pasientarbeidet i småskala, sees det at en får erfaringer som kan spres videre til andre avdelinger.

Andreasson et al. (2015) sier at ledere har ulik tilnærming til prosessene med forbedringsarbeid, og at kunnskapsutvikling på dette området er nødvendig, og Levin og Klev (Strand, 2007) understreker på sin side leders ansvar, involvering og egenopplæring.

En del av utfordringsbildet ved bruk av denne metoden er deltakernes opplevelse av at de ikke har fått god nok opplæring i metoder og verktøy. Dette nevnes i begge kommunene, men spesielt en deltaker i kommune A hadde høye forventninger om dette da de var pilotkommune i Pasient- og brukersikker kommune. Samtidig vises det i dokumentene fra kommune A at de har brukt PDSA-sirkelen, og derved har gjort seg noen erfaringer med den. Det er enighet blant deltakerne i begge kommunene om at det har vært mye selvstudier og opplæring gjennom læringsnettverk i regi av USHT, og lite eller ingen organisert undervisning lokalt utenom det. Deltakere i begge kommunen har hentet inspirasjon ved å delta på Pasientsikkerhetskonferansen i regi av Helsedirektoratet. Mangelen på kunnskap kan medføre motstand mot nye oppgaver fra lederne side, og Hennestad et al. (2012) sier at motstand fra ledere har særlig kraft. En av lederne i kommune B ytret at h*n hadde hatt en viss motstand i starten av implementering av nye metoder og verktøy. H*n relaterte dette til sin lange erfaring og flere mer eller mindre vellykkede implementeringsforsøk i kommunen. Jeg ser at på grunn av den kraften en leders motstand kan ha (Hennestad et al. 2012) kunne det vært nyttig å satse på lederkompetansen før implementering. Noe annet som kan være en faktor i arbeidet med motstand er lederne formelle lederutdannelse. I kommune A har 50 % av deltakerne formell lederkompetanse, mens det i kommune B er 100 % av lederne som innehar denne kompetansen. Dette opplever jeg kan påvirke lederne evne til å kartlegge, avdekke og arbeide med motstand. En annen faktor er erfaringen med praktisk ledelseserfaring. Deltakerne har variert erfaring, og det spenner fra fem til 26 år. Lang erfaring kan medføre at motstand oppdages tidlig og at prosessene for å jobbe med dette er bedre enn en som har lavere ledererfaring. Samtidig opplever jeg at en med lav ledererfaring kan ha et åpnere sinn og en annen tilnærming til motstand som ikke er farget av tidligere erfaringer. Dette ser jeg at kan være positivt i møte med de ansatte.

Jeg ser at ved å ikke ha kunnskap om det en skal formidle videre til sine ansatte kan en oppleve at ledere ikke prioriterer arbeidet til fordel for andre pålagte oppgaver i eksisterende drift. Det kan oppleves utfordrende og krevende å få til fordi en ikke er trygg på denne

oppgaven selv. «Tid» blir en viktig faktor for vellykket implementering. En har mange oppgaver i eksisterende drift som skal utføres, og nye metoder og verktøy kan på grunn av kunnskapsnivået på området bli valgt bort. Om en må prioritere tiden en har til disposisjon, er det de lovpålagte oppgavene som blir foretrukket gjennomført, både i forhold til pasienter og i arbeidet med de ansatte. Krav og forventninger står ikke i forhold til tiden og ressursene en har til å gjennomføre dette. Rasmussen og Vabø (2014) kaller dette inneklemt ledelse, og det er flere av deltakerne i begge kommunene som kjenner på akkurat dette.

5.3 Tidsklemme

Maher et al. (2010) sier at all forandring fordrer, blant annet, betydelig investering i tid. Lederne i menneskebehandler organisasjoner (Vabø, 2014) er satt til å lede bakkebyråkrater (Lipsky, 2010), og må stadig må forholde seg til et misforhold mellom ressurser og velferdspolitiske visjoner. Samtidig opplever lederne å utføre inneklemt ledelse som ifølge Rasmussen og Vabø (2014) på den ene siden innebærer å motivere og stimulere de ansatte til fleksibilitet og til å finne gode løsninger på (ofte) akutte hendelser som oppstår, samtidig som de på den andre siden skal holde seg innenfor politiske vedtak og ressursgrenser. Vabø (2014) beskriver også dette når hun sier noe om verdisett som er legitime og aktuelle, og som står i konfliktforhold til hverandre.

Funnene i studien viser at flere av deltakerne i begge kommunen sier at mangel på tid, til å gjennomføre alle oppgaver, er en faktor som kan påvirke om implementering av nye metoder og verktøy er vellykket. Dette sammenfaller også med Andreasson et al. (2015) sine funn, hvor de sier at det er økende administrative oppgaver for ledere i helsevesenet, og Ankerstjerne et al. (2017) sier at opplevelse av travelhet er en faktor som kan påvirke en implementeringsprosess. Ansatte ute i avdelingene har også ytret at å ha nok tid er en utfordring, og deltakerne sier at dette er en kilde til motstand mot implementeringen. En av deltakerne i kommune B sier at å drive med forbedringsarbeid medfører at du trenger stor tålmodighet. Du må stå i det som skjer og ikke gi deg, og å bruke god tid på implementeringen svarer seg til slutt.

Når de ansatte snakker om tidsklemme, og å ikke ha nok tid, har jeg en forståelse av at det er tiden til å gjennomføre alle oppgavene i avdelingen som har oppmerksomhet, og ikke tidsperspektivet på perioden hvor endringen som skal implementeres. Når en allerede er presset på nok tid til å gjennomføre alle oppgavene i hverdagen, vil nye metoder og verktøy oppleves som en merbelastning. Det kommer frem i dokumentene fra kommune A at det er en forventning om at en skal gjøre nye oppgaver (i tillegg til allerede eksisterende oppgaver)

innenfor samme tidsramme som tidligere. Med periodevise store utfordringer i pasientsituasjoner, fravær og mye vikarer i drift, tenker jeg det er utfordrende, om enn ikke umulig, å få fremdrift i arbeidet.

Opplevelsen av tidsklemme påvirker også opplæring og informasjonen de ansatte trenger for å få gjennomført en vellykket implementering. Eksempler på informasjon de trenger er hvor og når en skal starte opp arbeidet, informasjon om mål for implementeringen og hvilke pasienter som skal startes med først. Opplæringen handler om den praktiske bruken av metoder og verktøy, og sørge for at alle gjør det på samme måte slik at kartlegginger og tiltak er til å stole på. Tidsklemme kan bety at de ansatte trenger informasjon om hvordan de kan organisere arbeidsdagen for å skape et handlingsrom som er tiltenkt arbeid med implementering, samtidig som leder må tilrettelegge for at de ansatte kan møte til oppsatt opplæring/informasjon. Ankerstjerne et al. (2017) finner i sin studie at kunnskapsutvikling relatert til tilnærming til prosesser i forbedringsarbeid er nødvendige, mens Andreasson et al. (2016) på sin side sier at komponenten som travelhet kan medføre at ansatte ikke kan gå fra avdeling for å få den nødvendige informasjon/opplæring de trenger. Dette mener jeg kan være en medvirkende årsak til om implementering er vellykket eller ikke. Dette støttes av forskningen Damschroder et al. (2009) har gjennomført, hvor det sies at faktorer som økonomi, tid og opplæring kan si noe om hvor klargjort en organisasjon er for implementering.

Jeg ser at å balansere alle krav for lederne i utgangspunktet er en utfordring, og at begrepet inneklemt ledelse (Rasmussen og Vabø, 2014) er gjeldende for alle deltakerne i studien. Implementering av nye verktøy og metoder er krevende, fordrer tett oppfølging og avsatt tid til arbeidet. Som tidligere nevnt er det ikke tilført ressurser i arbeidet, noe som kunne vært en metode for å "kjøpe seg tid" ved å leie inn ekstrapersonell slik at dedikerte medarbeidere kunne hatt økt oppmerksomhet og oppfølging av implementeringen. Samtidig kan en bruke denne muligheten med opplevelsen av mangel av tid til å se på hva vi egentlig gjør i arbeidshverdagen vår. En kartlegging av hva en faktisk bruker tiden på, og hva vi skal bruke tiden til, kan avdekke et mulighetsrom vi ikke øyner i starten. Gjøres oppgaver vi kan overlate til andre, kan oppgaver flyttes fra dagvakt til kveldsvakt, kan fagarbeidere overta noen oppgaver fra sykepleiere, og gjør vi noen oppgaver vi egentlig ikke skal gjøre i det hele tatt? Dette samsvarer med Jacobsen og Thorsvik (2013) som sier at ved å se på hvordan vi løser oppgaver, realiserer mål og fordeler oppgaver kan vi se hvordan organisasjonen

fungerer. Dette omfatter den formelle delen av en organisasjon, eller de ti prosentene av “det organisatoriske isfjellet” som Arntzen (2016) sier vi kan se.

En annen mulighet er å ta i bruk velferdsteknologi for å gjøre hverdagen enklere. Jeg ser at vi i helse- og omsorg må øve oss på å tenke smartere og finne mer effektive måter å utføre arbeidsoppgavene våre på. Omsorgstjenestene er også i hovedsak bestående av kvinnelige ansatte. Min opplevelse er at de fleste av de ansatte er ja-mennesker og har et stort “omsorgs-gen”. Det kan da være vanskelig å sette grenser for hva som er våre oppgaver i møtet med pasient og pårørende, og hva som ikke er våre oppgaver. Kan dette være med å påvirke opplevelsen av å ikke ha nok tid, og kan det være en årsak at vi ikke er flinke nok å si nei? Og at vi derved får en opplevelse av tidsklemme?

5.4 “Helge-stillinger”

Et av punktene alle deltakerne kom innom i løpet av intervjuet, var lave stillingsstørrelser også kalt helge-stillinger. Dette er stillinger som kun omfatter helgearbeid lørdag og søndag (i noen tilfeller også fredag kveld), og da oftest hver tredje helg, alternativt annenhver helg. Disse stillingene blir stor grad dekket opp av assistenter som har startet et utdanningsløp (elever og studenter), eller assistenter som både har mål om, og ikke mål om, å utdanne seg innen omsorg. Disse omtales også som ufaglærte. I kommune A er det få slike stillinger på avdelingene, mens i kommune B er det en del flere. Begge kommunene arbeider mot en heltidskultur, så antall helge-stillinger har med turnusløsninger i de ulike kommunene å gjøre. Dette blir av Arntzen (2016) og Jacobsen og Thorsvik (2013) omtalt som den formelle delen av en organisasjon.

Andreasson et al. (2016) finner i sin forskning at leder skal motivere, støtte og være tilgjengelig for sine ansatte. Dette sammenfaller med Ankerstjerne et al. (2017) sine funn hvor det sies at synlig lederskap er en forutsetning for en vellykket implementering. Et av kriteriene for et suksessfullt forbedringsarbeid sier også Øvretveit (2010) at er tilstedeværelse av ledelse og motivering av ansatte. Konsmo et al. (2015) sier at det må være forankring av arbeidet hos ansatte, og Maher et al. (2010) omtaler involvering, og arbeid med holdninger og motivasjon for å få en vellykket endring. Samtidig ser vi at den formelle delen av organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 1997; Arntzen, 2016) påvirker kvaliteten og implementeringen av nye metoder og verktøy, gjennom blant annet arbeidet med turnusløsninger og heltidskulturperspektiv. Dette er strategiarbeid og metoder for å sørge for å bruke rett kompetanse, på rett sted og til rett tid.

Utfordring for ledere som har flere ansatte som går i helge-stillinger er å finne møtepunkter hvor en kan klare å motivere og vise at de ansatte har støtte i arbeidet de gjør. Lederne går dagtid på hverdager, mens denne gruppen ansatte er på vakt i helger og helligdager. Av de som går disse stillingene er det mange som studerer i ukedagene, og det vil derfor være utfordrende å skape et møtepunkt som kan passe for alle. Jeg tenker at det derfor blir en stor oppgave for lederne å finne gode kommunikasjonsveier rettet mot denne gruppen.

Forbedringsarbeid er kontinuerlig arbeid som også skal foregå i helgene, og det er derfor viktig at ansatte får informasjon og opplæring i det som skal implementeres. Damschroder et al. (2009) sier at faktorer som påvirker implementering er lederspenn, og at en har team med mindre grad av turnover. De sier videre at dess mer stabile teamene er, dess mer sannsynlig er det at implementering er suksessfull. Konsmo et al. (2015) sier på sin side at ansatte må få opplæring i forbedringsarbeid. Utilstrekkelig bemanning, sier Andreasson et al. (2016), kan være en medvirkende årsak til en mindre vellykket implementering. Vabø (2014) fremholder at yrkesutøver som er nærmest pasient/bruker må ha kvalifikasjoner og utøve ansvarlighet.

Ved å ha flere lave stillingsstørrelser som kun er til å dekke helgevaktene, vil en få økt antall ansatte en er leder for. I tillegg vil en ikke treffe disse i løpet av en normal arbeidsdag med arbeidstid 08.00-15.30. Stort lederspenn kan være med på å gjøre at informasjon om det som skal iverksettes blir tyngre å få ut, og det er vanskeligere å få sjekket om de ansatte har tatt imot den informasjonen de har fått. I kommune B har de ved den ene virksomheten løst informasjonsoverføringen til de med helge-stillinger ved å gjennomføre tavlemøter også lørdag og søndag. Da kvalitetssikres det at alle får informasjon underveis i arbeidet med pasientene. En lederutfordring er å få opplæring i forbedringsmetodene til alle, og spesielt da til ansatte i helge-stillinger. I og med at disse ansatte ofte er opptatt på dagtid i ukene, må leder være kreativ og fleksibel om en skal klare å lære opp alle.

Utilstrekkelig bemanning trenger ikke bare handle om antall ansatte på vakt. Det kan like gjerne også handle om hvilken kompetanse en har på vakt til enhver tid. Ansatte i disse lave stillingsandelene er oftest ufaglærte og ansatt som assistenter, og om det blir flere av denne ansattgruppen på hver vakt kan dette få konsekvenser for kvaliteten som ytes på tjenestene. Vabø (2014) sier at det er leders oppgave å tilrettelegge for god faglig utøvelse. Dette kan være utfordrende å få til med flere ufaglærte i helge-stillinger i driften. Maher et al. (2010) sier i sin presentasjon av "Sustainability Model" at holdning og motivasjon handler om å bygge ned motstand mot endring og øke personalets eierforhold til prosjektet. Når ansatte

ikke er opplært i metoder og verktøy kan dette skape frustrasjoner i ansattgruppen. En av de viktigste faktorene lederne må ta hensyn til, i implementering av nye metoder og verktøy, er å forebygge utvikling av motstand. Kunnskap og informasjon om det som skal gjennomføres er en forutsetning for at ansatte skal bli med i arbeidet og at implementeringen skal lykkes.

En annen faktor som kan være en utfordring ved helge-stillinger er rekrutteringen inn i disse. Det kan i perioder være vanskelig å få ansette personer som er i et utdanningsløp, og som i tillegg har gode språk- og kommunikasjonsevner på norsk. Det er i fra deltaker i kommune B nevnt at de har 20 ulike nasjonaliteter i driften. Dette betyr nødvendigvis ikke at det er språk- eller kulturutfordringer i virksomheten, men om det skulle være slike utfordringer ser jeg det kan være en faktor som hemmer implementering av nye metoder og verktøy, spesielt om disse ansatte da kun arbeider helge-stillinger. Dette kan da få konsekvenser for kvaliteten, og en kan få en variabel kvalitet på tjenestene om det er helg eller hverdag grunnet språkkompetansen.

5.5. Metodiske styrker og svakheter

Jeg har i studien valgt å ha fler-casestudie hvor hver av de to kommunene jeg har forsket i, er selvstendige case. Deltakerne er ledere på to nivå i kommunene, og de har i tillegg til intervju bidratt med ulike dokumenter til analyse. Metoden med å ha to case har både sine svakheter og styrker. Gjennom å velge å ha to case klarer jeg å få mer informasjon om de enkelte faktorene enn jeg ville klart om jeg hadde brukt kun ett case og derved forsket i kun en kommune. Samtidig ser jeg at det jeg har forsket på vil være en evigvarende utfordring i disse komplekse organisasjonene, og en vil aldri få nok case til å belyse alle faktorer.

Jeg har valgt å ikke bruke en komparativ, variabelsentrert metode (Bukve, 2016) i studien for å belyse disse to casene. Dette med bakgrunn i at jeg har utforsket implementeringsprosessen og lederrollen (deres opplevelse og deres forutsetninger) i dette arbeidet, og dette kan sjelden analyseres som en suksess eller klar feil. Det er mange ulike variabler i kommunene, og jeg har ikke forsket på om en kommune har mer vellykket implementering enn den andre. Det er ikke en enkelt faktor som skiller dem som det kan forskes på og relateres til om det er en vellykket implementering eller ikke.

Gjennom å bruke triangulering mellom metoder og datakilder har jeg i studien flere metodiske ben å stå på. Yin (1999) sier at casestudie kan, og bør inneholde flere teknikker for innhenting av data. Dess flere metoder som brukes i samme studie, dess sterkere vil bevisene være. Forfatteren sier videre at å bruke flere kilder for bevis er målet gjennom

datainnsamlingen å samle bevis og diskutere disse i henhold til funn. Dette mener jeg styrker validiteten og troverdigheten av funnen i studien. Intervjuanalysene har vært primærmetoden, og dokumentanalysen har vært sekundærmetode som har vært med å gi enda mer informasjon til det som kom frem i intervjuene. En av styrkene med dette er at dokumentene ikke er påvirket av meg som forsker slik intervjuer kan bli. Ett eksempel på det er hvordan bruken av PDSA-sirkelen var praktisert og dokumentert i dokumentene, hvor det kom frem et inntrykk av at den var godt kjent. Samtidig kom det frem i intervjuene at deltakerne var kjent med metoden, og at den var i ulik grad tatt i bruk. Inntrykket fra intervjuene var at den var kjent, men kanskje ikke så systematisert tatt i bruk som dokumentasjonen tilsa.

Jeg har gjennom min rolle som tidligere leder i den ene deltakerkommunen, inngående kjennskap til kvalitetsforbedringsarbeid, praktisk intervju- og arbeidserfaring innen omsorgssektoren. Dette har vært en fordel å ha med seg inn i intervjuene og i analysen av dokumentene, da jeg har kunnet spørre ytterligere og lete etter de temaene jeg ønsker å få utdypende svar på. Jeg har forstått deltakernes terminologi, og mener at det er viktig for en intervjuer å ha godt kjennskap til tema og intervjuerfaring. Samtidig har min forforståelse for tema kunnet være noe som kunne gjort at jeg ikke fikk den utdypende informasjonen jeg ønsket å få. Det er også lett å gå glipp av informasjon som ikke passer inn i min forforståelse. Ved å være kritisk til lesning av intervjutekstene og dokumentene mener jeg å ha klart å distansere meg og få sett på informasjonen med «nye øyne».

6 Oppsummering og avslutning

I dette avsluttende kapittelet ønsker jeg å gi en kort oppsummering av studiens svar på de enkelte forskningsspørsmålene og problemstillingen som er presentert i kapittel 1.

6.1 Oppsummering

I studien har jeg prøvd å beskrive hvordan ledere opplever implementering av nye metoder og verktøy relatert til pasientsikkerhetsarbeid, og til øking av kvaliteten på tjenestene som ytes. Studien har foregått i to kommuner, hvor tiltakspakker med disse metodene og verktøyene blir brukt. Deltakerne representerer to nivå i ledelsen av institusjoner for pasienter med langtidsplass – henholdsvis avdelingsleder og virksomhetsleder. Mye oppleves likt av lederne i de to kommunene, mens noen temaer er noe ulikt fremstilt.

Lederens opplevelse av egen rolle

Alle deltakerne i denne studien vurderer egen rolle til å være omfattende og kompleks. De skal lede allerede eksisterende drift, med krav om å holde seg innenfor økonomi- og ressursrammer, i tillegg til å implementere nye metoder og verktøy. De skal motivere ansatte, og gjerne i tillegg motivere seg selv, og legge til rette for at implementeringen kan gjennomføres på en best mulig måte. Dette skal skje samtidig som det ikke blir tilført ressurser til arbeidet, og ingen oppgaver blir satt på vent for en periode. Det kommer frem i intervjuene at denne opplevelsen av stor arbeidsmengde kan være en faktor som påvirker om implementeringen er vellykket eller ikke. Samtidig som de har økte mengder av administrative oppgaver, er de synlige for de ansatte og involvert i implementeringen, om enn i ulik grad.

Et av funnene er at organiseringen av kvalitetsarbeidet, og ulikhetene i dette, når en ser på disse to kommunene. Kommune A opplever et lite strukturert og sammenhengende kvalitetsforbedringsarbeid, mens kommune B melder det motsatte. Forskjellen ligger i organiseringen av arbeidet fra overordnet ledelse til avdelingsnivå. En av oppgavene som lederne nevner er å svare på etterspøringer på fremdrift og resultat fra overordnet ledelse. Opplevelsen av dette vil være forskjellig i de to kommunen grunnet forskjell i organiseringen. Dette skjer mer systematisk, gjennom internkontrollsystemet, risikotavler, tavlemøter og møtevirksomhet, i kommune B enn i kommune A. I kommune A er det en opplevelse av tilfeldig og ikke-systematisert etterspørring på overordnet nivå, mens det på avdelingsnivå er mer systematisert via blant annet avvikssystem og risikotavler. Forskjellen i organiseringen

av kvalitetsarbeidet vil få konsekvenser for flere områder som blir presentert lenger nede i dette kapittelet.

En av de store oppgavene for lederne i implementeringsarbeidet er å sørge for at de som trenger informasjon om det som skal implementeres, får dette, sammen med opplæring når det er behov for det. Det er enighet blant alle deltakerne i begge kommunene om at kunnskap er med på å gjøre de ansatte tryggere i arbeidet, og at en kunnskapsheving er en god håndtering av eventuell motstand. Motstand fra ansatte i implementering av nye måter å arbeide på er også kjent i begge kommunene. Ledere i begge kommunene fremhever ansattinvolvering som en måte å møte motstand på, samtidig informeres det om noe ulik grad av ansattinvolvering i de to kommunene. Ulikheten relateres til hvordan en har valgt forbedringsområder, og til de ansattes eget engasjement. Dette kan ha en sammenheng med organiseringen av kvalitetsarbeidet i kommunen.

Oppsummert kan en si at lederne er bevisst sitt ansvar i arbeidet i begge kommunene, samtidig som de ser at oppgaven er krevende i en, i utgangspunktet, hektisk arbeidshverdag. Vilåårene for at dette arbeidet skal fungere godt og bli vellykket er noe ulike for disse to kommunene, samtidig som mye er likt.

Ledernes opplevelse av støtte

Det informeres fra deltakerne i begge kommunene at det oppleves støtte til arbeidet fra overordnet ledelse, nærmeste leder, kollegaer og fag- og kvalitetsrådgiver, om enn i noe ulik grad. Direkte involvering i arbeidet er også ulikt internt i den enkelte kommune. Gjennom den systematiske organiseringen av kvalitetsarbeidet i kommune B er det økt oppmerksomhet om arbeidet, og en har en opplevelse av at kvalitetsarbeid er viktig. I kommune A nevnes pasientsikkerhetsvisitter, og at omsorgssjef og fag- og kvalitetsrådgiver har deltatt sammen med virksomhetens ledere på kurs, som en støtte til arbeidet. Lederne i kommune A har også en opplevelse av at arbeidet er viktig, på tross av at det ikke er satt i samme system som i kommune B. Det en savner mest i begge kommunene er økonomisk støtte. Gjærne i form av ressurser til å kjøpe dedikerte ansatte fri fra daglige oppgaver, slik at de kan konsentrere seg om oppgaver i arbeidet med implementeringen. Det kan påvirke utfallet av implementeringen om en ikke klarer å organisere arbeidet på en slik måte at det blir laget et handlingsrom for arbeidet.

En kan si at lederne opplever støtte, samtidig som de gjerne kunnet ønsket å ha mer direkte involvering fra nærmeste leder og økonomisk støtte.

Ledernes strategi

Å ha langsiktig planlegging for arbeidet med kvalitet og innføring av nye metoder og verktøy, fremstår ulikt i de to kommunene. Deltakerne i kommune B har utarbeidet planer og mål for det meste av arbeidet som skal gjøres. Føringerne for dette arbeidet kommer fra overordnet ledelse og gjennom overordnede dokumenter, og det oppleves som en "rød tråd" i planarbeidet. I kommune A er dette arbeidet ikke gjort på en systematisk måte. Det settes mål for det enkelte forbedringsarbeid, men det finnes ingen plan som deltakerne opplever er retningsgivende for arbeidet fremover. Dette omfatter både på virksomhetsnivå og på overordnet nivå.

Det viser seg å være en ulik tilnærming i disse to kommunene til begrepet strategi og den systematiske fremtidsrettede planleggingen. Dette sees igjen som en sammenheng med organiseringen av arbeidet som vist tidligere i dette kapitlet.

Ledernes opplevelse av organisasjonskulturens betydning

At organisasjonskulturen har en betydning både som hemmende og fremmende faktor for implementering, var det enighet om hos deltakerne i begge kommunene. De opplever også at de bruker mye tid på å arbeide med de ansatte og arbeidsmiljøet, og jobbe med målrettede tiltak for å forebygge motstand i ansattgruppen. Å få de ansatte med på lag og bruke uformelle ledere på en klok måte, kan gjøre arbeidet for lederne lettere og implementeringen kan bli enklere å gjennomføre. Andre faktorer i kulturen de opplever har betydning er: kultur og struktur for kompetanseheving for ansatte, individuelle lederegenskaper, å være en synlig leder og å arbeide for en stabil ansattgruppe med god oppfølging av fravær.

Lederne opplever at organisasjonskulturen har stor betydning for en vellykket implementering av nye metoder og verktøy, og de sier at dette er noe en må jobbe kontinuerlig med.

Ledernes opplevelse av hemmende og fremmende faktorer

Det ble fremmet flere ulike faktorer som kan virke hemmende og fremmende på implementeringsarbeidet av nye metoder og verktøy. Et av hovedområdene var lederspenn og organisering av arbeidet. Det å ha mange ansatte som en har personalansvar for, medfører økende mengder administrative oppgaver. Å ha dedikerte ansatte til å drive forbedringsarbeidet ble nevnt som en fremmende faktor da dette savnes i kommune A, men er satt i system på overordnet og virksomhetsnivå i kommune B. Å implementere nye metoder og verktøy samtidig som det ikke blir tilført ressurser, og allerede eksisterende drift skal gå som normalt, er utfordrende å få til. Det medfører at de ansatte opplever tidsklemme,

som innebærer en opplevelse av å ikke ha nok tid til å gjøre alle oppgaver. Tid er en faktor i ledernes opplevelse av hemmende og fremmende faktorer. En annen faktor som nevnes er nærledelse og ansattinvolvering. Disse faktorene kan påvirke hvor vellykket implementeringen blir. Det siste hovedpunktet som kom frem i intervjuene var kompetanse og fravær. Kompetansen må være på plass i avdelingen, og det bør være minst mulig turnover og fravær for at implementeringen skal ha gode vilkår.

Lederne opplever at det er mange hemmende og fremmende faktorer. De faktorer som virker hemmende er alle deltakerne omforent om at må arbeides med, og det iverksettes målrettede tiltak for å arbeide med dette.

6.2 Avslutning

Problemstillingen i oppgaven har vært: “Hvordan opplever ledere implementering av nye metoder og verktøy relatert til pasientsikkerhetsarbeid?”

Svaret på problemstillingen er presentert gjennom svar på de ulike forskningsspørsmålene i kapittel 6.1. Kort sagt kan en si at opplevelsen for lederne er at dette er en ressurskrevende oppgave, men at å nå definerte mål gir motivasjon til å stå på videre. Rollen som leder i implementeringsprosessen er preget av mange oppgaver og ulike krav som skal balanseres på en klok måte.

Hvilke implikasjoner har så studiens funn for videre forskning?

Et av funnene i studien er grad av bruken av rene helge-stillinger og hvordan dette kan påvirke implementeringen av nye metoder og verktøy. Grad av stabilitet i ansattgruppen med faktorer som turnover, fravær og kompetanse på hver vakt påvirker implementeringen. Selv om stabilitet i ansattgruppen har blitt fremhevet i tidligere studier som en forutsetning for vellykket implementering (Damschroder et al., 2017), har det ikke blitt lagt stor vekt på utfordringer knyttet til små stillingsprosenter, som vi ofte finner i kommunale helse- og omsorgstjenester. Her kan funnene i denne oppgaven være med på å peke ut områder som bør undersøkes i fremtidig forskning.

Forskning videre kunne vært å se på effekten av rene helge-stillinger, kompetansen på de ansatte som innehar disse og vurdere dette opp mot grad av vellykket implementering. Jeg viser også at ledelsesforankring er et uklart begrep som det kan se ut som om deltakerne i de to kommunene har ulik forståelse av, og som kan være et interessant tema å se på i videre forskning.

Et annet funn i studien det kunne vært interessant å forske videre på er språk-barrierer i den kommunale omsorgstjenesten. Det er informert om opptil 20 nasjonaliteter ved en virksomhet i kommune B. Dette kan få konsekvenser for implementering av nye metoder og verktøy. Noe grunnet språklig utfordringer, men også forskjeller mellom kulturen en kommer fra og kulturen en kommer til. Det som kan være interessant å se på er hvordan en kan sikre at informasjon og opplæring er tilpasset den enkelte ansattes behov. Et annet tema for videre forskning kan være å se på hvordan vi kan kvalitetssikre at de har forstått den informasjonen og opplæringen de har fått. Det kan også være interessant å se på dette både fra de minoritets-språkliges side, og fra kommunens side med tanke på arbeidet med deltakelse og inkludering i arbeidslivet.

Brukermedvirkning er et område det er mye oppmerksomhet rundt med tanke på å utvikle bedre tjenester. Dette er også et tema hos alle deltakerne i studien. Det kommer dog frem noe ulik tilnærming til dette tema med bakgrunn i om det er satt i system eller tilfeldig ivaretatt. Et tema for videre forskning kan være brukermedvirkningen sett fra brukers ståsted i forbindelse med pasientsikkerhetsarbeidet. Opplevs det en reell medvirkning og påvirkning i arbeidet? Hvordan opplever brukerne at brukermedvirkningen blir ivaretatt i kommunal helse- og omsorgstjeneste? Det kan også være interessant å se på dette fra leders ståsted, hvor forståelse for brukermedvirkning, inkludering av pasienter/brukere og systematikk i dette arbeidet kan være et tema.

Denne oppgaven har vist at det kan være utfordrende å inneha en lederrolle i kvalitetsforbedringsarbeid, og den viser at leder bør ha kunnskap om forbedring og endringsledelse. Det som kunne vært interessant å sett på i videre forskning er hvordan sammenhengen er mellom individuelle lederegenskaper, ledererfaring og formell lederutdannelse og hvordan det påvirker implementering av endringer. Dette var faktorer som var veldig ulikt hos deltakerne i begge kommunene. Bør det være krav til formell lederutdannelse på alle ledernivå? Eller kan individuelle lederegenskaper og erfaring balansere dette?

Litteraturliste

- Amdam, R. (2016). Planlegging, forankring og legitimitet. *Plan 3/4 2016*. Hentet fra https://www.idunn.no/plan/2016/03-04/planlegging_forankring_og_legitimitet
- Andreasson, J., Eriksson, A. og Dellve, L. (2016). Health care managers' views on and approaches to implementing models for improving care processes. *Journal of nursing management*, 2016, **24**, 219-227. Doi: 10.1111/jonm.12303.
- Ankerstjerne, A., Vogelsang, A-B. og Svanholm, J. R. (2017). Implementering af trykscadeforebyggelse. *Nordisk sygepleieforskning*, 2-2017, s 104-120. Doi: 10.1826/ISSN.1892-2686-2017-02-03. Hentet fra Idunn.no
- Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten – Arbeidsglede og orden i eget hus*. Gyldendal akademisk
- Basmo, H. R. (2010). *Forankring i ledelsen*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/anbefalte-metoder-og-verktoy/forankring-i-ledelsen>
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre. Om design av samfunnsvitenskaplege forskningsprosjekt*. Universitetsforlaget
- Christensen, T., Egeberg, Morten., Lægreid, P., Roness, P. G. og Røvik, K. A. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3.utgave). Universitetsforlaget
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. and Lowery, J. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 2009, **4**:50. Doi:10.1186/1748-5908-4-50
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Archives of pathology and Laboratory Medicine*; Nov 1997; 121, 11: ProQuest Nursing Journals pg. 1145
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring*. Hentet fra <https://helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=lov%20om%20folkehelsearbeid>

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. FOR-2016-10-28-1250. Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Grepperud, S. (2009). Kvalitet i helsetjenesten – hva menes egentlig? Hentet fra *Tidsskrift fra den norske legeforening*, 129(11), 1112-1114. Hentet fra <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0377>
- Heggedal, H. M. og Bukve, O. (2014). Reguleringsstrategier og kvalitetsarbeid. I O. Bukve og G. Kvåle (Red), *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. (s.77 - 96). Universitetsforlaget
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring* (2019-2023). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf>
- Helsedirektoratet. (u.å.) *Pasientsikkerhetsprogrammet – I trygge hender 24/7*. Hentet 8. mai 2021 fra [Pasientsikkerhetsprogrammet](#)
- Helsedirektoratet. (u.å.b). *Pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24/7*. Strategi 2014-2018. Hentet 8.mai 2021 fra [strategi_pasientsikkerhetsprogrammet_2014-2018.pdf \(regjeringen.no\)](#)
- Hennestad, B. W., Revang, Ø. og Strønen, F. H. (2012). *Endringsledelse og ledelsesendring* (2. Utgave). Universitetsforlaget
- Hovlid, E. (2014). Kvalitet og kvalitetsforbedring i helsetenester. I O. Bukve og G. Kvåle (Red.), *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. (s. 27-41). Universitetsforlaget
- Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utgave). Fagbokforlaget
- Kaufmann, G. og Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (5. Utgave). Fagbokforlaget

- Konsmo, T., de Vive, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., Brudvik, M. og Vege, A. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. Kunnskapssenteret. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utgave). Gyldendal akademisk
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy, dilemmas of the individual in public Service*. 30th ann. Ed. Russel Sage Foundation
- Maher, L., Gustafson, D. og Evans, A. (2010). *Sustainability - Model and Guide*. Hentet fra <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/NHS-Sustainability-Model-2010.pdf>
- Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1>
- Meld. St. 9 (2019-2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018*. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 9 (2019–2020) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20192020/id2681185/>
- Ovretveit, J. (2010). Improvement leaders: what do they and should they do? A summary of a review of research. *Qual Saf Health Care*, 2010;19:490-492. Doi:10.1136/qshc.2010.041772
- Rasmussen, B. og Vabø, M. (2014). Inneklemte ledelse. I Vabø, M. og Vabø, S. I. (red.) (2014). *Velferdens organisering*. Universitetsforlaget
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Og bedre skal det bli – nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og helsetjenesten*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/organisasjon-og-kommunehelsetjenesten/rapporter/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring?lenkedetaljer=vis>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. utgave). Fagbokforlaget
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitative metoder* (5.utgave). Fagbokforlaget
- Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering. I Vabø, M. og Vabo, S. I. (red.) (2014). *Velferdens organisering*. Universitetsforlaget
- Yin, R. K. (1999). Enhancing the Quality of Case Studies in Health Services Research. *HSR: Health Services Research* 34:5 Part II (December 1999). Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089060/pdf/hsresearch00022-0132.pdf>

Vedlegg 1

Forespørsel om tillatelse til å intervju i kommunen

Jeg er inne i siste del av studiet mitt hvor jeg tar mastergrad i organisasjon og ledelse ved Høgskulen på Vestlandet.

Valgt tema for masterstudien er “Arbeid med kvalitetsforbedring i kommunal omsorgstjeneste – en studie av faktorer innen ledelse og organisasjonskultur som kan påvirke implementering av nye metoder og verktøy i arbeidet med kvalitetsforbedring innen pasientsikkerhet”.

Fokuset vil være på ledelse av implementering av metoder og verktøy i forbedringsarbeid som presenteres i tiltakspakkene i Pasientsikkerhetsprogrammet initiert av Helsedirektoratet. Det er arbeidet som foregår på to ledernivå ved langtidsinstitusjoner som det skal forskes på - avdelingsleder/avdelingssykepleier og virksomhetsleder/enhetsleder.

I studien planlegges det å bruke intervju og dokumentanalyse som metode for innhenting av data.

Intervjuene skal gjennomføres i to kommuner, hvor avdelingsledere/avdelingssykepleiere og virksomhetsleder/enhetsleder er tenkt som deltakere. Det vil bli brukt opptaker under intervjuet som kommer til å vare 45- 60 minutter per deltaker. Når jeg får navn på deltaker henvender jeg meg til dem gjennom et personlig skriv hvor jeg forteller ytterligere om studien og innhenter informert samtykke fra dem. Målet er å få gjennomført intervjuene i deltakernes arbeidstid og på deres arbeidsplass i løpet av desember 2020.

Ved å innhente dokumenter (politiske vedtak, prosjektbeskrivelser, referater etc), som er brukt i forbindelse med arbeidet ved innføring av tiltakspakkene i avdelingene, tenkes det å få utfyllende informasjon om temaet.

Det jeg trenger i første omgang fra dere er tillatelse til å forske i deres kommune, og navn og mailadresse til en kontaktperson som jeg kan avtale intervju med videre.

Om dere trenger mer informasjon vennligst ta kontakt. Håper på snarlig positiv tilbakemelding!

Med vennlig hilsen

Solveig Vela Liknes

Omsorgsjef institusjonsdrift og mastergradsstudent Haugesund kommune

Telefon: 977 48 792

Mailadresse: solveig.vela.liknes@haugesund.kommune.no

Vedlegg 2

Informasjon til intervjudeltakere om studien

Dette er en forespørsel til deg om å delta som intervjudeltaker i en studie med tema “Arbeid med kvalitetsforbedring i kommunal omsorgstjeneste – en studie av faktorer innen ledelse og organisasjonskultur som kan påvirke implementering av nye metoder og verktøy i arbeidet med kvalitetsforbedring innen pasientsikkerhet”.

Satsninger og prosjekter på nasjonalt nivå inkluderer pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, og Helsedirektoratets lansering av Pasientsikkerhetsprogrammet “I Trygge Hender 24/7” er et eksempel på en av disse satsningene. Eksempler på tiltakspakker i programmet kan være legemiddelgjennomgang i sykehjem, forebygging av fall og forebygging av underernæring. I dette skrivet vil du få informasjon om studien og hva det innebærer for deg som deltaker.

Bakgrunn og formål

Jeg arbeider som omsorgssjef for institusjonsdrift i Haugesund kommune samtidig som jeg er deltidsstudent ved masterstudiet i organisasjon og ledelse ved Høgskulen på Vestlandet (HVL). Jeg har nå startet arbeidet med å skrive masteroppgaven med tema presentert ovenfor.

Fokuset i studien vil være ledere og ledererfaring ved innføring av tiltakspakker på to nivå: avdelingsleder/avdelingssykepleier og virksomhetsleder/enhetsleder.

Hvorfor spør jeg deg?

Jeg trenger kvalitative data til gjennomføring av studien, og jeg ønsker derfor å snakke med avdelingsledere/avdelingssykepleiere og virksomhetsledere/enhetsledere som arbeider ved institusjoner med langtidsopphold for eldre med kronisk sykdom, og som har vært involvert i arbeidet med innføring av metoder og verktøy i utøvelse av ledelse av forbedringsarbeid innen pasientsikkerhet vil være representert fra to kommuner og det vil totalt være åtte deltakere.

Forespørselen om kommunen kan stille med deltakere til studien ble rettet til administrativ ledelse og godkjent der. Det er administrativ ledelse som har valgt ut deltakere til intervjuer og jeg har fått navn og kontaktinformasjon fra dem.

Hva spør jeg deg om å være med på?

Jeg ønsker gjennom intervjuet å få innblikk i hvordan lederrollen og ledelse av pasientsikkerhetsarbeidet oppleves. Jeg ønsker å se på ledererfaringer med innføringen av de metoder og verktøy som blir presentert i Pasientsikkerhetsprogrammet, samtidig som jeg ønsker jeg å få mer kunnskap om hva som påvirker arbeidet med innføring av disse.

Intervjuet vil vare fra 45-60 minutter, og vil bli gjennomført i din arbeidstid i perioden 15.12.20 til 31.01.21. Det vil bli brukt båndopptager og skrevet notater under intervjuet.

Jeg ønsker også tilgang til dokumenter som bekrefter oppstart og planlegging av arbeid. Eksempler på dokumenter kan være prosjektskisser eller referater fra møter i forbedringsteam/gruppe rettet mot arbeidet med pasientsikkerhet. I tillegg vil jeg søke etter offentlig dokumenter, avtaler og planer på kommunens nettsider.

Anonymitet

Alle opplysninger fra intervjuer vil bli anonymisert og trygt lagret i henhold til HVL's retningslinjer. Tilgang til dataene fra deg vil kun være tilgjengelige for prosjektansvarlig og student. Navn og kontaktopplysninger blir kodet og lagret på egen liste adskilt fra andre data. Informasjon fra ulike dokumenter vil bli kodet i ferdig masteroppgave og deltagers personopplysninger vil bli anonymisert.

Som deltaker vil du få tilsendt teksten etter at den er ferdig produsert om du ønsker det. Jeg ønsker et skiftelig samtykke fra deg som deltaker i studien. Du kan trekke det når som helst uten at det får noen konsekvenser for deg.

Når tar jeg kontakt med deg?

Jeg kontakter deg via e-mail og avtaler intervjutidspunkt og sted som passer for deg. Når masterstudiet er avsluttet kan jeg, om du ønsker det, gi en tilbakemelding på resultatet.

Min veileder er Gunnar Husabø, stipendiat ved Høgskulen på Vestlandet

Du kan kontakte meg på mobiltelefon: 977 48 792 og/eller e-mail: solveig.vela.liknes@haugesund.kommune.no

På forhånd takk 😊

Med vennlig hilsen

Solveig Vela Liknes

Mastergradstudent ved HVL og omsorgssjef i Haugesund kommune.

Vedlegg 3

Samtykkeerklæring

Jeg gir med dette mitt samtykke til å være deltaker i studien til Solveig Vela Liknes som har tema: “Arbeid med kvalitetsforbedring i kommunal omsorgstjeneste – en studie av faktorer innen ledelse og organisasjonskultur som kan påvirke implementering av nye metoder og verktøy i arbeidet med kvalitetsforbedring innen pasientsikkerhet”.

Jeg har fått skriftlig informasjon om formål med studien, metode og innhold.

Jeg gir tillatelse til at mine anonymiserte data blir brukt i studien, og at de kan offentliggjøres gjennom publisering i masteroppgaven.

Jeg gir godkjenning til intervju, og til at intervjuet blir tatt opp på båndopptaker (MP3). Jeg har fått informasjon om hvordan data blir anonymisert og lagret.

Jeg gir tillatelse til data fra intervjuet kan sees i sammenheng med dokumenter som innhentes, om det blir gjort i anonymisert form.

Å delta som deltaker i studien er frivillig, og dersom jeg ønsker å trekke meg som deltaker skal mine data slettes og kan ikke benyttes videre i studien.

Jeg samtykker til at mine opplysninger blir behandlet frem til studien avsluttes.

Sted/dato:

Signatur deltaker:

Vedlegg 4

Intervjuguide

1. Innledning

Takk for at du stiller opp til intervju og at du deler tanker, opplevelser og erfaringer med implementering av metoder og verktøy relatert til ledelse av kvalitetsarbeid innen pasientsikkerhetsarbeid med meg.

1.1 Navn, alder, utdanning- og yrkesbakgrunn (FØR LYDOPPTAK).

1.2 Hvilken virksomhet/enhet eller avdeling er du leder for (FØR LYDOPPTAK).

1.3 Hvor lenge har du jobbet i kommunen?

1.3.1 Hvor lenge har du vært leder i kommunen?

1.3.2 Hvor lenge har du stått i denne stillingen?

1.3.3 Har du hatt lederstillinger i tidligere ansettelsesforhold?

1.4 Hvor mange ansatte er du leder for og hvor mange årsverk har du i driften?

1.4.1 Hvordan vil du beskrive ansattgruppen din?

Intervjuers stikkord: alder, kjønn, kompetanse, stillingsstørrelse, turnuser etc

1.5 Har du noen form for lederutdanning, kurs eller gjennomgått kommunal lederopplæring? Eventuelt hvilke og når?

Intervjuers stikkord: ledelse i endring og friksjon, forbedringsarbeid, forbedringsmetodikk og pasientsikkerhetsarbeid

1.6 Hvordan er virksomheten eller enheten din organisert med tanke på ledernivå og ledelsesstruktur, og hvilke oppgaver og ansvar ligger til hvert av nivåene?

Intervjuers stikkord: relatert til forbedringsarbeid og pasientsikkerhet

2. Sentrale og lokale føringer for pasientsikkerhetsarbeid

2.1 Hvordan er din kjennskap til innholdet i sentral og lokale føringer for økning av kvaliteten på pasientsikkerhetsarbeid i kommunen?

2.1.1 Hvilke politiske føringer er det i din kommune på dette området?

2.2 Hvordan vil du beskrive dine ansattes kjennskap til innholdet i sentrale og lokale føringer for økning av kvaliteten på pasientsikkerhetsarbeid i kommunen?

2.2.1 Hvordan blir ansatte kjent med dette?

2.3 Hvilke kartlegginger blir gjennomført i forkant av innføring av nye metoder/verktøy for å se på oppgavefordeling og konsekvenser av innføringen?

2.4 Er det utarbeidet mål og strategier for arbeidet med å øke kvaliteten på pasientsikkerhetsarbeidet sentralt i kommunen og i din virksomhet/enhet/avdeling?

2.4.1 hvilke mål og strategier?

2.4.2 hvordan opplever du at disse fungerer?

Intervjuers stikkord: SMARTE mål, PDSA-metode

2.5 Får dere støtte i dette arbeidet?

2.5.1 Hvem støtter dere?

2.5.2 Hvilken rolle har den øverste leder i virksomheten/enheten eller kommunen som støtter dere?

Intervjuers stikkord: Legges føringer for valg av forbedringsområder, etterspørres resultater, tilbys veiledning på videre arbeid, er nærmeste leder direkte involvert?

2.6 På hvilken måte er det tilført ressurser i forbindelse med innføring av nye metoder og verktøy?

Intervjuers stikkord: ekstra personell, penger, utstyr, opplæring, undervisning og veiledning

3. Ledelse, rolle og ansvar i arbeid med kvaliteten på pasientsikkerhetsarbeid i din virksomhet/enhet

3.1 Helsedirektoratet har utarbeidet metoder og verktøy relatert til utøvelse av ledelse av forbedringsarbeid i pasientsikkerhetsarbeid. Kjenner du til noen slike verktøy/metodikker?

3.1.1 Hvilke (kjenner du til)?

3.1.2 Hvordan fikk du kjennskap til disse?

3.1.3 Har dere tatt i bruk noen slike metoder/verktøy?

3.1.4 Hvordan har du fått opplæring i bruk av disse?

3.1.5 Hvordan har du fått støtte i/opplæring i hvordan en kan lede implementeringen på best mulig måte?

Intervjuers stikkord: Risiko- og forbedringstavler, PDSA-sirkelen og tiltaksplaner til, småskalatesting, forbedringsteam med roller, SMARTE mål og målinger på prosess og resultat, evaluering, refleksjon, feiring av oppnådde mål?

3.2 Opplever du som leder noen dilemmaer knyttet til bruk av nye metoder og verktøy?

3.2.1 Opplever du som leder dilemmaer knyttet til nye metoder/verktøy versus allerede eksisterende drift?

Intervjuers stikkord: uregjerlige problem, bakkebyråkrati, “inneklemt ledelse”, kostnader

3.3 Hvilken rolle har de ansatte i arbeidet med valg av forbedringsområder relatert til pasientsikkerhet?

3.3.1 På hvilken måte involverer du de ansatte i dette arbeidet?

Intervjuers stikkord: Hva legger grunnlag for valget? (ansatt-involvering, avvik, kritiske skillelinjer, pasienters behov og ressurser)

3.4 Hvilken rolle har du hatt i arbeidet med innføringen av nye metoder og verktøy i din enhet eller avdeling?

3.4.1 Hvilke oppgaver har du gjort selv og hvilke oppgaver/roller har du delegert til ansatte?

Intervjuers stikkord: prosjektgruppe, forbedringsteam og arbeidsgruppe

3.5 Hvordan følger dere opp resultater av arbeidet med forbedring av kvaliteten på pasientsikkerheten?

3.5.1 På hvilken måte og hvor ofte har du etterspurt resultater av arbeidet?

3.6 På hvilken måte samarbeider eller utveksles det erfaringer om arbeidet til andre avdelinger/enheter/virksomheter? Hvilken planer foreligger for dette?

3.7 Hvordan opplever du at innføring av metoder og verktøy i din virksomhet/enhet/avdeling har påvirket måten å drive kvalitetsarbeid på?

3.8 Hva tenker du må legges til rette for i enhetene om nye metoder og verktøy skal ha en varig og vellykket implementering?

Intervjuers stikkord: utstyr – tid, kompetanse i bruk av verktøyer, stabil kompetanse i avdelingene, endringskompetanse

3.9 Opplever du at metoder/verktøy er tilpasset kommunale helse- og omsorgstjenester?

3.10 Har dine arbeidsoppgaver/måter å jobbe på endret seg etter innføringer av nye metoder/verktøy i arbeid med pasientsikkerhetsarbeid?

Intervjuers stikkord: Hvorfor/hvorfor ikke?

3.11 På hvilken måte opplever du i din lederrolle at strukturen (organisering av ledelse) i organisasjonen er med på å fremme eller hemme endringer og innovasjonstenkning?

3.12 Hvordan oppleves det totalt sett å stå i lederrollen ved innføring av nye metoder og verktøy?

3.12.1 Hva er de største utfordringene og mulighetene?

Intervjuers stikkord: Jobbe med motstand

3.13 Hvordan vil du definere ditt engasjement i arbeidet med systematisk forbedring av pasientsikkerheten?

3.12.1 Er det noe du ville gjort annerledes relatert til de erfaringene du har fått i arbeidet?

4.Organisasjonskultur

4.1 Hvilke tanker har du om hva som motiverer de ansatte til å være med på endringen av måte å jobbe på?

Intervjuers stikkord: redusert pasientskade - ikke-skade prinsipp, kompetanse, involvering, nye utfordringer, kritiske skillelinjer, engasjerte ansatte, involvering, tillitt til ledelsen

4.2 Hvilke tanker har du om hva som bremser engasjementet for nye måter å arbeider på hos de ansatte? I oppstart og i løpet av implementeringsprosess.

Intervjuers stikkord: konflikter, tid, bemanning, kompetanse, involvering, tillit til ledelsen

4.3 Hvilke rolle spiller normer og verdier i virksomheten/enheten/avdelingen i arbeidet med kvalitetsutvikling på pasientsikkerhetsarbeidet?

Intervjuers stikkord: uskrevne regler, uformelle ledere, motstand, menneskesyn, tidligere erfaringer og grunnleggende antagelser – noe som er bestemt og vanskelig å endre, individuell utvikling – kultur for kompetanseheving