



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Implementering av anestesipoliklinikk–
Resultat og innvirkende organisatoriske faktorer

Implementation of anesthesia outpatient clinic–
Result and influencing organizational factors

Torkel Andor Viland

Masterstudium i organisasjon og ledelse, helse- og
velferdsledelse og utdanningsledelse

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap
Institutt for samfunnsvitenskap

10.06.22

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.

Forord

Et tips tikket inn på SMS en sen kveld på vårparten i 2016. Det skulle startes opp et masterstudium i organisasjon og ledelse i Haugesund, og vedkommende mente dette var noe jeg burde prøve. Grepet av panikken å muligens gå glipp av noe spennende sendte jeg inn en søknad nærmest fra sengekanten. Etter noen måneder fikk jeg tilbakemelding om at jeg stod på ventelisteplass nr. 13. Etter to dager fikk jeg kontrabeskjed, jeg hadde fått plass.

Mitt ønske med studiet har vært å tilegne meg kunnskaper om organisasjon og ledelse. I tillegg har jeg fått muligheten til å praktisere og studere dette hos egen arbeidsgiver. Det har vært en givende og interessant erfaring.

Jeg ønsker å rette en takk til arbeidsgiver og mine nærmeste ledere for å ha støttet opp når jeg har hatt behov for tilrettelegging, samt å stille organisasjonen til disposisjon for prosjektet mitt. Det hadde heller ikke vært mulig å gjennomføre undersøkelsen hvis det ikke hadde vært for informantene som uten å nøle sa seg villige til å delta.

En stor takk til veilederen min, Einar Hovlid, for å ha loset meg gjennom et krevende arbeid og for tålmodige og konstruktive veiledninger samt støtte og optimisme når veien ble uklar. Det har vært veldig lærerikt. En takk til Per Einar Garmannslund for undervisning og veiledning med de statistiske beregningene.

Den største takken skal min kone Jessica og barna mine ha for tålmodig å ha ventet på at pappa skulle komme opp fra kontoret, og for å ha lagt til rette for at jeg fikk gjennomføre studiet.

Haugesund, juni 2022

Torkel A. Viland

Sammendrag

Tema for denne studien har vært oppstart av en anestesipoliklinikk med drop-in funksjon. Problemstillingen omhandler hvordan implementeringen har påvirket antall pasienter som ble strøket fra operasjonsprogrammet, og hvilke faktorer som har hemmet og fremmet implementeringsprosessen.

Strykninger er et kjent kvalitetsproblem for mange operasjonsavdelinger, og oppstår når en planlagt pasient til operasjon tas av operasjonsprogrammet. Eksempel på årsak til dette kan være at pasienten ikke er godt nok medisinsk forberedt før anestesi og kirurgi.

En kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode har blitt brukt for å belyse dette. Den kvantitative delen innebar å gjøre analyser av strykningsdata, og for den kvalitative delen ble fokusgruppe intervjuer benyttet. Ved bruk av Students t-test og kontrollidiagram viste resultatet av de kvantitative dataene en signifikant reduksjon av strykninger, men at dette tok noe tid. I tillegg viste dataene en vedvarende endring etter noen år. For å analysere de kvalitative dataene ble rammeverket til Damschroder et al. (2009) benyttet. De kvalitative dataene viste i sum flere fremmende enn hemmende faktorer.

Konklusjonen er at implementeringen av anestesipoliklinikken har bidratt til en reduksjon i antall strykninger. Personalressurser, klargjøring av pasienter samt oppslutning om ideen utenfor prosjektet var noen av de hemmende faktorene. Ønske om endring, klarhet for endring, pasientfokus og individkarakteristikk var de mest sentrale faktorene som fremmet implementeringen. Funnene viser også at den organisatoriske læringen og de mentale modellene endret seg gradvis, noe som forklarer hvorfor det tok tid før strykningsprosenten gikk ned.

Summary

This study focusses on the start-up of an anesthesiology outpatient clinic with a drop-in option. The challenge addressed here is how the implementation has affected the numbers of patient being removed from the operation list, and which factors enable or hindered the implementation process.

Cancellations from operation lists is a common problem for many surgical departments and occur when a patient does not undergo a planned surgery. Examples for causes for this are that the patient is not correctly prepared medically for the anesthetic or the surgery.

A combination of both quantitative and qualitative methods have been used to assess the challenge. The quantitative methods have used data analysis from cancellations, and the qualitative methods included interviews of focus groups. Use of Student's t-test and control diagram showed a significant reduction in cancellations through the quantitative data, but this was a time-consuming process. The data also showed a long-term change after a few years. Damschroder et al.'s (2009) framework was used to evaluate the qualitative data. These data showed generally more factors that enable rather than hinder.

The conclusion shows that the implementation of this out-patient anesthesiology clinic has contributed to a reduction in surgery cancellations. Personnel resources, patient preparation and preconceptions of the clinic were identified as hindering factors.

A tension for change, readiness for change, focus on the patients and characteristics of individual are seen as the most important factors which enabled the implementation.

The results also showed that organizational learning and the conceptual model changed over time which explains why the reduction in cancellations took some time.

Tabeller og figurer

DIAGRAM 1 HELDØGN STRYKPROSENT	36
DIAGRAM 2 GJENNOMSNIITLIG STRYKPROSENT	37
DIAGRAM 3 GJENNOMSNIIT STRYKNINGER OG ÅRSÅK FØR OG ETTER	39
DIAGRAM 4 SUMMERTE STRYKNINGSKODER FØR OG ETTER	40
DIAGRAM 5 U-DIAGRAM FOR STRYK	41
FIGUR 1 ANALYSEPROSESS	31
TABELL 1 GJENNOMSNIITTSVERDIEN FØR OG ETTER IMPLEMENTERING	38
TABELL 2 STUDENTS T-TEST.....	38

Innholdsfortegnelse

INNLEDNING	1
BAKGRUNN	2
FORMÅL	6
PROBLEMSTILLING	6
KUNNSKAPSSTATUS	7
<i>Den nye anestesipoliklinikken blir til</i>	8
TEORI	10
IMPLEMENTERING	10
<i>Intervensjonskarakteristikk</i>	10
<i>Ytre settinger</i>	11
<i>Indre settinger</i>	12
<i>Individkarakteristikk</i>	14
<i>Prosess</i>	14
«READINESS FOR CHANGE»	16
LÆRING I ORGANISASJONER	20
<i>Enkelkretslæring og dobbelkretslæring</i>	20
<i>Mentale modeller og systemtenkning</i>	21
DESIGN OG METODE	24
VALG AV STUDIEDESIGN	24
<i>Utvalg strykningsdata</i>	24
<i>Utvalg intervju</i>	25
DATAINNSAMLING	26
<i>Kvantitative data</i>	26
<i>Kvalitative data</i>	27
ANALYSE	28
<i>Analyse av kvantitative data</i>	28
<i>Analyse av kvalitative data</i>	29
<i>Forskningsetikk og godkjenninger</i>	31
<i>Reliabilitet</i>	32
<i>Validitet</i>	33
FUNN	36
KVANTITATIVE FUNN	36
KVALITATIVE FUNN	42
<i>Intervensjonskarakteristikk</i>	42
Videreutvikling av gammelt konsept	42
Tro på ideen.....	44
Motivasjon i organisasjonen.....	45
Ressurseffektiv løsning	46
<i>Ytre faktorer</i>	46
Gevinst ved implementeringen	46
Skepsis	47
Bemanning.....	47
Nasjonale og lokale trender	48
<i>Indre faktorer</i>	48
Jobbglidning.....	48
Agenda og motivasjon	49
Lokalt styrt.....	51
Endring for organisasjon og pasient	51
<i>Individkarakteristikk</i>	52
Frivillighet og positivitet	52
Ildsjeler i bresjen	53
Ulik dedikasjon	53
Kommunikasjon.....	54

<i>Prosess</i>	56
«Kort prosess».....	56
Formalisering og prosedyrer	57
Engasjement.....	57
«Fryse fast»	57
Resultat?.....	58
DISKUSJON	60
STRYKNINGSDATA.....	60
HEMMEDE FAKTORER.....	61
<i>Personalressurser</i>	61
<i>Klargjøring</i>	63
<i>Kapasitet</i>	63
<i>Oppslutning og gevinst</i>	64
FREMMEDE FAKTORER.....	65
<i>Klarhet for endring</i>	65
<i>Ønske om endring</i>	67
<i>Implementeringsklima</i>	68
<i>Tilpasninger og tilrettelegging</i>	69
<i>Pasientfokus</i>	70
<i>Ildsjele</i>	71
<i>Læring i organisasjonen</i>	72
STYRKER OG SVAKHETER	75
EKSTERN OVERFØRBARHET	76
FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	77
OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	78
LITTERATURLISTE	80
VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV	83
VEDLEGG 2 «VEDLEGG 1 TIL INFORMASJONSSKRIV»:	86
VEDLEGG 3: SAMTYKKEERKLÆRING	87
VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE	88
VEDLEGG 5: VURDERING NSD	91
VEDLEGG 6: GODKJENNING HELSE FONNA	94

Innledning

Etter mange år som ansatt ved sentraloperasjonen ved Haugesund sykehus ønsket jeg å gjøre en studie av om det kunne være en sammenheng mellom opprettelsen av en anestesipoliklinikk og andelen strøkne pasienter til planlagte operasjoner.

Strykningsprosenten er en nasjonal indikator som rapporteres til myndighetene fra alle norske sykehus. Indikatoren er ment å være et uttrykk for hvor godt et sykehus evner å planlegge og gjennomføre operasjonsvirksomhet. Strykninger er en uakseptabel praksis og defineres som «andel pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet», og målsettingen er å holde den under 5 % (Helsedirektoratet, 2008, s. 1).

Strykning av operasjonspasienter er et kjent kvalitetsproblem og påvirker i stor grad effektiviteten på operasjonsavdelingen og gir dessuten et betydelig økonomisk tap (Armoeyan et al., 2021). Det viktigste er kanskje de negative konsekvensene for pasienten. I tillegg kommer frustrasjon for personalet samt omrøkkering og dårlig utnyttede operasjonsressurser, især hvis kanselleringen gjøres tett opp til planlagt tid. Høy strykprosent kan indikere at planleggingen ikke er god nok, og en ineffektiv bruk av ressursene. Det faktiske kostnadstapet kan være vanskelig å beregne fordi mange faktorer spiller inn alt etter hva som innberegnes. I verste fall kan det forringe pasientens prognose hvis utsettelsen blir langvarig (Abate et al., 2020; Armoeyan et al., 2021; Gómez Rivas, 2020; Hovlid, 2012; Sweetman et al., 2020).

For Helse Fonna er klokken 15.00 dagen før planlagt operasjon definert som tidspunktet når en strykning skal registreres. Tas pasienten bort fra programmet etter dette klokkeslettet, uansett årsak, skal dette registreres som en strykning. Årsaken til en strykning angis ut fra et forhåndsdefinert kodeverk. Statistikken som da dannes, kan brukes til å se på hvilke årsaker som hyppigst går igjen når operasjoner strykes. Slik kan sykehuset jobbe målrettet med å forbedre hver enkelt faktor. Jeg har benyttet meg av muligheten å studere dette ved å se på implementering av anestesipoliklinikken og strykningskoder som omfatter forberedelse av pasientene.

Bakgrunn

I 2016 ble det startet opp en ny anestesipoliklinikk ved Haugesund sykehus. Bakgrunnen for å skrive denne oppgaven har vært å undersøke implementeringsprosessen av denne. Jeg ønsket å forstå hva som innvirket på oppstart og drift, samt belyse eventuelle endringer som følge av prosjektet.

Norsk anesthesiologisk forening (NAF) og Anestesisykepleierne Norsk Sykepleierforbund (ANSF) har siden 1991 hatt en felles utarbeidet standard for anestesi (Norsk anesthesiologisk forening, 2016). I definisjonen av anesthesiologisk arbeid i denne standarden inkluderes preoperativ anesthesiologisk vurdering. Videre heter det i standarden at «tilsyn, preoperativ informasjon og dokumentasjon gjennomføres av anestesisykepleier eller anestesilege. Før innledning av anestesi skal alle pasienter klareres og anestesis metode godkjennes av anestesilege» (Norsk anesthesiologisk forening, 2016). Det skal tas hensyn til inngrepets type ut fra den planlagte anestesian, og pasienten skal gis anledning å ta del i valg og beslutninger. Denne standarden er ikke en lovtekst, men skal danne grunnlag for tilfredsstillende praksis, ivareta pasientsikkerhet og er slik å anse som en normgivende retningslinje. Anestesipoliklinikken bidrar derfor til å ivareta den faglige praksisen, normen som er satt i standarden, i tillegg til å være et organisatorisk tilbud for å sikre den preoperative vurderingen.

Ved Haugesund sykehus er det rutine at alle pasienter som skal ha en eller annen form for bedøvelse, får en grundig vurdering av anestesipersonell først. Hensikten med dette er å kartlegge pasientens helsetilstand, avdekke mulige risikoer ved bedøvelse samt velge den mest hensiktsmessige bedøvelsesformen. Dette kan gjerne skje en måned før planlagt prosedyre, eller så sent som når pasienten er på operasjonsstuen – da oftest i akutte tilfeller. Optimalt bør dette gjøres noen uker før, slik at det er tid til å gjøre tilleggsundersøkelser, men også for at helsetilstanden ikke skal endres vesentlig mellom vurdering og inngrep. Denne vurderingen er det tradisjonelt sett blitt utført av anestesilegene på sykehuset. Implementeringen av den nye anestesipoliklinikken ville markere en utvidelse av den gamle ordningen hvor blant annet anestesisykepleierne ikke hadde noen rolle. I tillegg ville tilbudet nå ut til langt flere pasienter enn tidligere.

Tidligere ble slike tilsyn hovedsakelig utført ved kirurgisk poliklinikk for elektive pasienter. Her disponerte anestesilegene et lite kontor deler av dagen. Det var vanlige sykepleiere som

hjalp til med pasientlogistikken, men ikke noen ytterligere enn det. For alle andre pasienter var det vanlig å bli tilsett på sengepost av vakthavende anestesilege kvelden før. Anestesilegene måtte gjennomføre et intervju av pasienten hvor man kartla hva problemet var, hva som var planlagt gjennomført samt pasientens generelle helsetilstand, tidligere og nåværende sykdommer og eventuelle tidligere gjennomførte bedøvelser. Målet var å tilrettelegge for en sikker gjennomføring av anestesi.

Måten denne preoperative anestesivurderingen var organisert, hadde vært gjenstand for diskusjon en lengre tid da man bestemte at noe måtte gjøres. En av årsakene til dette var et ønske om å redusere strykningsprosenten som var høyere enn målsettingen. I tillegg var det ønskelig å gjøre en endring for å sikre at pasientene fikk gjennomført tilleggsundersøkelser eller optimalisert sin behandling i forkant av operasjon. En annen faktor var å redusere arbeidsbelastningen for anestesilegene på kveldstid, idet anestesilegene hadde sterkt redusert bemanning på kveld og natt. Prevurderingene kom i tillegg til operasjonsvirksomhet på sentraloperasjonen og arbeid på intensiv og postoperativ enhet. Begge steder kunne til tider ha stort behov for å ha anestesilege der. Å måtte velge mellom øyeblikkelig-hjelp-hendelser og prevurderinger av neste dags operasjonspasienter ble en krevende jobb. Dette medførte at tilsynet fra anestesilegen kunne komme lang på natt, noe som var svært ugunstig for pasienten. Taushetsplikten var heller ikke mulig å overholde i disse omstendighetene, noe som kan ha bidratt til at pasienten har holdt tilbake informasjon som vil være viktig for anestesilegen å vite om. I tillegg var det ikke mulighet for å gjøre tilleggsundersøkelser av pasientene så tett opp til operasjon. I mange tilfeller medførte dette at pasienten ble strøket fra operasjonsprogrammet. Disse strykningene ble kanskje gjort så sent som på morgenkvisten etter at pasienten allerede hadde overnattet på sykehuset, fastet og fått klyster, tatt premedikasjon, barbert operasjonsstedet og i noen tilfeller kommet helt inn på operasjonsstuen. I det planlagte programmet ble det da et hull hvor operasjonsteamet stod uten noe å gjøre, og pasienten måtte reise hjem i påvente av supplerende undersøkelser og ny operasjonsdato (Helse Fonna, 2014a). Noen ganger lyktes man å få gjort slike undersøkelser i hui og hast formiddagen før operasjon dersom den undersøkende avdelingen hadde tid til det. Dette belastet systemet veldig og var svært ugunstig fordi tilleggsundersøkelsen kunne avdekke at pasienten ikke var klar for operasjon. Hvor godt pasienten faktisk ble forberedt, kunne derfor variere, og flere i anestesimiljøet stilte seg spørsmålet om dette var godt nok. Nå tar ikke denne studien for seg kvaliteten på prevurderingene, men det kan tenkes at kvaliteten kan påvirkes under slike forhold, og det er lett å overse eller glemme viktige momenter når man til stadig blir avbrutt av

vakttelefonen, andre forstyrrende elementer ved sengekanten til pasienten på et rom med flere pasienter til stede. Å stryke en planlagt pasient kunne slik i mange tilfeller skyldes måten sykehuset var organisert på, og indikerte at evnen til å forberede pasientene ikke var god nok. Målet var å opprette et tilbud til de kirurgiske avdelingene og pasientene som var enkelt å administrere og benytte, med økt forutsigbarhet for alle.

I 2014 ble det bestemt å starte et prosjekt i kirurgisk klinikk som skulle se på pasientlogistikken. Det skulle i tillegg planlegges for en drop-in anestesipoliklinikk. Arbeidsgruppen skulle kartlegge behovet for preoperative anestesivurderinger og ressursbehovet for dette. Prosjektet ble ikke tildelt økonomiske midler, løsningene måtte derfor baseres på allerede eksisterende ressurser og eventuelle omfordelinger eller omprioriteringer. Målsettingen for prosjektet var å lage et mer strømlinjet pasientforløp samt øke såkalt samme-dags-oppmøte. I tillegg var ønsket å redusere strykningsprosenten (Helse Fonna, 2014b).

Det er mange faktorer som innvirker på strykningsstatistikken til en operasjonsavdeling. Forfatterne i artikkelen av Armoeyan et al. (2021) finner at den hyppigste årsaken til strykning er pasientrelatert, og en klar anbefaling er å styrke rutiner for oppfølging av pasient og preoperative forberedelser i tillegg til å gjennomgå pasientinformasjon ved innleggelse. I kirurgiske avdelinger hvor hovedtyngden av opererte pasienter er barn, kan store deler av operasjonsprogrammet ryke i de verste forkjølelsesperiodene, i og med at det ikke er gunstig å operere forkjølte barn, det kan øke risikoen for komplikasjoner i forløpet. Hos eldre og skrøpelige pasienter kan sykdomsgraden variere i takt med medisiner og generell allmenntilstand. Dette spiller en vesentlig rolle for når det er tryggest å gjennomføre et inngrep. Noen pasienter kan ha angst eller være usikre på operasjonsindikasjonen, noe som medfører at de trekker seg i siste liten. I tillegg kan sykdom hos personalet medføre at det ikke er tilstrekkelige personalressurser for å ta hånd om pasientene. Medisinteknisk utstyr kan også svikte slik at det blir uforsvarlig å bruke. Pasienter med livstruende tilstander hvor kirurgi er nødvendig, kan også fortrenge planlagte operasjoner. Dette er bare noen av årsakene som kan inntreffe og føre til strykning. En komplett oversikt over de ulike strykningskodene for Helse Fonna finnes i diagram 3.

På grunn av anstrengt økonomi i norsk helsevesen har blant annet pasienters «liggetid» på sykehuset fått økende oppmerksomhet. Tiltakene for å redusere dette har vært blant annet å «poliklinisere» flere tilbud – med andre ord redusere behovet for innleggelser og øke tilbudet

av behandlinger og undersøkelser som kan utføres på dagtid. Hensynet til økonomi veier tungt – det koster mye å betjene en sykehusseng i form av bemanning og plass. En jevnt økende befolkningsutvikling i tillegg til en økende andel eldre vil sannsynligvis medføre en lengre periode med vekst og resultere i økt etterspørsel etter tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Sannsynligvis øker også dette kostnadene for sykehusene (Romøren, 2018, s. 155). Strykninger er for øvrig en stor kostnad for sykehusene verden over. I artikkelen til Childers og Maggard-Gibbons (2018) angis kostnaden for en operasjonsstue ved et akutt sykehus i California i 2014 til \$ 37 per minutt (ca. 350 NOK). I artikkelen til Armoeyan et al. (2021) angis en stryking å koste \$ 2000 (ca. 18 800 NOK) i Sør-Afrika i 2017 og \$ 4802 (ca. 45 200 NOK) i USA i 2019. Dette er omregnet til norske kroner (NOK) med en vekslingskurs på 9,41 den 2. mai 2022. Her vil naturligvis mange faktorer spille inn på beregningene. I samme artikkel nevnes i tillegg utgifter ved strykninger som nye medisiner til pasienten før neste operasjon samt alle de økonomiske og helsemessige ulempene dette måtte få for pasienten.

Som en følge av nyere behandlingsformer og teknikker kan flere inkluderes i de polikliniske løpene enn før. Presset sykehusøkonomi stimulerer også til nytenkning. Dette var to av flere medvirkende årsaker til tanken rundt opprettelsen av anestesipoliklinikken på Haugesund sykehus. Man så at flere pasienter kunne komme samme dag som de skulle opereres. Det gjorde arbeidet med anestesitilsyn kvelden før vanskelig. Avdelingene ønsket også å gjøre så mye som mulig av forberedelsene tidligere i forløpet, og dette åpnet muligheten for at pasientene kunne komme til anestesivurdering samtidig. For anestesipoliklinikken ville dette bety at avdelingene kunne ta imot pasientene, sende dem til de nødvendige undersøkelsene, og når alt var gjort, ville de komme til anestesipoliklinikken for tilsyn. Tilbudet måtte av den grunn være tilgjengelig når det passet for avdelingene å sende ned pasientene litt utpå dagen. For å gjøre det enkelt å bruke ønsket man å ha en drop-in-ordning. Avdelingene som ikke hadde en ordning med samme-dags-oppmøte, hadde en større jobb å gjøre når det gjaldt pasientforløpet. De som allerede hadde denne ordningen, måtte inkludere anestesitilsynet som siste post i programmet. Felles for dem alle var at hvis man ved anestesitilsynet avdekket behov for ytterligere undersøkelser eller behandlinger, måtte man ha tid nok til å kunne få dette gjort. Eventuelt måtte operasjonen forskyves frem i tid. Så lenge operasjonsdagen ikke var neste dag, så ville det være mulighet å få inn andre pasienter på programmet. Dette ville etter all sannsynlighet gjøre jobben for operasjonsplanleggerne enklere.

Formål

Implementeringen av anestesipoliklinikken var en stor endring i organisasjonen. Både pasienter, merkantile, sykepleiere på post og poliklinikk, anestesisykepleiere samt anestesileger ville bli berørt av konsekvensene ved opprettelsen. Jeg ønsket å finne ut hvordan implementeringsprosessen var gjennomført, og hvordan dette hadde påvirket organisasjonen. Sentrale spørsmål for meg har vært å finne ut hva som hendte da prosessen ble startet, hva som medvirket, og hva som bremsset, og om implementeringen ga noen varige endringer. De første spørsmålene ønsket jeg å belyse fra et kvalitativt perspektiv. For å se om implementeringen medførte varige endringer i organisasjonen, har jeg ønsket å gjøre en kvantitativ analyse ved å måle strykningsprosenten før og etter oppstart av anestesipoliklinikken.

Problemstilling

Ut fra bakgrunn og formål som beskrevet over søker jeg å finne svar på følgende problemstilling:

- Hvordan har implementeringen av anestesipoliklinikk påvirket strykningsraten, og hvilke organisatoriske faktorer har påvirket implementeringsprosessen?

Som hjelp til å besvare den overordnede problemstillingen har jeg jobbet med følgende forskningsspørsmål:

1. Har opprettelsen av anestesipoliklinikken påvirket strykningsprosenten?
2. Hvilke organisatoriske faktorer hemmet og fremmet implementeringen av anestesipoliklinikken?

Kunnskapsstatus

Et større prosjekt utført ved Førde sentralsykehus i tidsrommet 2007–2010 (Hovlid, 2012; Hovlid et al., 2012) viste at ved omstrukturering av elektivt operasjonsforløp kunne kvaliteten på helsetjenesten økes ved blant annet at strykningsprosenten gikk ned. Endringene som skulle gjøres, ble godt forankret i ledelsen. Hele forløpet for pasientene ble omstrukturert, og alle klinikere ble involvert i endringene. Dette ble gjort ved å danne grupper på ulike avdelinger som jobbet både innenfor avdelingen, men også på tvers av avdelingene. Disse gruppene hadde i tillegg samarbeid på tvers i etterkant av prosjektet. Det ble også lagt opp til bedre pasientmedvirkning for når operasjonen skulle utføres. Dette høynet tilfredsheten, ifølge studien. Pasientene ble også noen dager i forkant oppringt som en siste forberedelse og påminnelse. Ett felles datasystem ble også implementert for å forbedre operasjonsplanleggingen. Studien viste at reduksjonen i strykninger holdt seg stabilt lavt to år etter implementeringen.

En annen studie av Værdal et al. (2021) som så på årsaker til forsinkelser ved elektive operasjoner, peker på at hovedårsaken til forsinkelser og strykninger var mangelfull organisering og planlegging av operasjonsprogrammet. Bare i mindre grad var pasient eller personal årsaken. Studien nevner spesifikt at bedre informasjonsutveksling mellom organisatoriske enheter samt bedre organisering kunne bidra til en betydelig forbedring.

I 2012 ble et nytt system for operasjonsplanlegging innført i Helse Fonna. Det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS var allerede etablert, og den nye modulen DIPS Operasjonsplan skulle tas i bruk. Fra tidligere hadde man brukt et Access-program hvor man først la inn pasientene manuelt i systemet for så å skrive ut oversikter over operasjonsprogrammet for hver dag. DIPS Operasjonsplan ga flere muligheter og var en integrert del av resten av journalssystemet. Dette medførte en langt bedre tilgang og flyt i pasientdataene samt en bedre oversikt over planlagte inngrep. Kirurgene kunne nå få oversikt samt bestille operasjoner uavhengig hvor de befant seg i foretaket. Planleggingen og forvaltningen av operasjonsprogrammene foregikk i sanntid. Dette sikret naturligvis at endringer i oppsatt program eller i pasientdata ble synlig for alle. I tillegg ble det lettere å ta ut driftsdata som strykningsrapporter. Å gjøre operasjonsprogrammet tilgjengelig for alle som jobbet med pasienter i dette forløpet, medførte at alle visste hvem som var planlagt operert, når det var planlagt, og hva som skulle gjøres. Endringer og beskjeder ble mer synlige og tilgjengelige –

ikke minst når strykninger ble registrert, og hvorfor de ble registrert. Av den grunn ble flere mer bevisste på strykninger, idet disse rett og slett kom mer til syne.

Det ble i årene etter implementeringen gjort et arbeid med å konsolidere rutiner og konfigurasjon av programmet med Helse Førde. Dette gjaldt også strykningsårsaker. Dermed fikk konsolideringen konsekvenser for uthenting av data til denne studien. Kunnskaper og innsikt om dette stammer fra egen deltakelse i prosjektet og i arbeidet med dette i tiden etter innføringen. Programmet har vært i bruk siden den gang.

Den nye anestesipoliklinikken blir til

Prosjektet som ble besluttet startet i 2014, skulle jobbe med mer enn bare anestesipoliklinikken, to andre prosjekt skulle også startes opp. Navnet på hovedprosjektet ble «Optimalisering av pasientlogistikk for operasjonspasienter i Kirurgisk klinikk, Helse Fonna». De tre delprosjektene som hørte inn under dette, var: «Ressursfordeling Operasjon», «Poliklinisk klargjøring av elektive operasjonspasienter, inkludert Drop-in anestesipoliklinikk» og «Oppmøte samme dag» (Helse Fonna, 2014b). Årsaken til oppstarten av prosjektet var ifølge sluttrapporten til prosjektet, et stadig økende trykk av pasienter på samtlige seksjoner og sengeposter. Og ønsket var som følge av manglende økonomiske midler å se på andre tiltak som kunne bedre situasjonen og utnytte ressursene på en mer tilfredsstillende måte. Ett av fokusområdene var heldøgns pasienter som skulle til operasjon ved sentraloperasjonen (SOP). En analyse i forkant hadde vist at kun 10 % av pasientene ble innlagt operasjonsdagen, hvor en benchmarking hadde vist andre som lå på hele 90 % oppmøte samme dag. Ved Sykehuset i Haugesund ble de resterende pasientene innlagt minst en dag før operasjon. I tillegg klarte ikke SOP å imøtekomme behovene for team, noe som kunne medføre at elektive pasienter måtte strykes til fordel for øyeblikkelig-hjelp-pasienter. Målene for prosjektet var blant annet

- å få ned strykprosenten
- å redusere liggetiden for operasjonspasienten
- å ha minimum 90 % oppmøte samme dag
- å gjøre legekonsultasjon, journalopptak og anestesivurdering samme dag
- å øke aktivitet, tilfredshet blant medarbeidere og inntjening m.m.

Det overordnede prosjektet hadde et tydelig fokus og en plan for arbeidet. Dette var godt forankret i ledelsen, og det var satt start- og sluttdato samt dato for når prosjektet skulle overleveres drift. Sluttrapporten fra prosjektet ble på 44 sider med en grundig oppsummering

av situasjonen med henvisninger til sammenlignbare sykehus. I tillegg ble det gitt mange konkrete forslag til endringer og forbedringer (Helse Fonna, 2014b).

I mandatet til delprosjektet «Poliklinisk klargjøring av elektive operasjonspasienter, inkludert Drop-in anestesipoliklinikk» var det beskrevet hvilke områder som skulle kartlegges og forberedes. Her ble det i detalj gjort rede for pasientforløp, planlagte oppgaver for de enkelte profesjonene, laget informasjonsmateriell og sjekklister samt samkjørt med andre delprosjekt for å sy sammen planene (Helse Fonna, 2014a).

Oppdraget for delprosjektet var at «målsettingen er at alle pasienter som skal innlegges til elektive operasjoner er klargjort samme dag som de er til vurdering på poliklinikken. Unntak er pasienter som har behov for utvidet medisinsk vurdering. Disse må få beskrevet et eget forløp» (Helse Fonna, 2014b).

For den daværende løsningen for anestesipoliklinikken ble det i sluttrapport fra Helse Fonna (2014b) vist til at vurderingene ble gjennomført på flere ulike steder på sykehuset. Ett av disse stedene var kirurgisk poliklinikk. I sluttrapporten påpekes det at der var det kapasitetsutfordringer ut fra dagens behov, noe som medførte at pasientene måtte møte på sengepost for anestesivurdering i stedet og bli tilsett av vakthavende anestesilege. Rapporten beskriver også at dette kan medføre strykninger hvis pasienten har behov for ytterlige utredninger. Videre ville man se på lokaler for et egnet sted hvor en samlet drift kunne virke, samt om mulig ansette personal for drift. I tillegg ville man gjøre endringer i pasientadministrativt system, brev og sjekklister samt undervisningsopplegg fra fysioterapeut og sykepleier. En kartlegging som ble utført, viste at omtrent 112 pasienter per måned ble tilsett på dagtid på anestesipoliklinikken fordelt på flere steder, og omtrent 90 pasienter per måned ble tilsett på sengepost. Anbefalingen var å etablere et eget egnet sted for gjennomføringen av denne typen virksomhet med spesifisering hva angikk personalet, fasiliteter, og om at enheten ville forventes å måtte håndtere 20–25 pasienter daglig (Helse Fonna, 2014b).

Teori

Implementering

For å forstå implementeringsprosesser har jeg valgt å bruke et rammeverk for implementeringsforskning av Damschroder et al. (2009). Dette rammeverket har jeg også valgt å bruke som grunnlag og modell for intervjuguide og analyse. Rammeverket er basert på en omfattende gjennomgang av implementeringsforskning ved hjelp av «snøball»-metoden. Dette innebar at Damschroder og medforfattere fant frem til nye artikler for gjennomgang ved å enten konsultere kolleger som hadde sitert en spesifikk syntese, eller forskere som hadde blitt hyppig sitert i andre publikasjoner. Forfatterne søkte deretter etter faktorer som hadde hatt en hemmende eller fremmende innvirkning ved implementeringer, og kombinerte disse funnene på tvers av artiklene. Dette ble gjort fordi forfatterne mente det ikke fantes tidligere artikler som dannet en helhetlig oversikt over hvilke faktorer som var sentrale ved implementering, og hvordan disse virket. I tillegg mente forfatterne at forskere bør evaluere mer enn de summative resultatene. De formative resultatene må også evalueres, altså hvordan man kommer til mål, samt hvilke tiltak som virker. Hensikten var å kunne forbedre implementeringen samt øke utbyttet av implementeringstiltakene. Rammeverket bygger på, og inneholder, mange andre teorier knyttet til implementeringsforskning som læring og klarhet for endring, for å nevne noen (Damschroder et al., 2009, s. 2).

Forfatterne samlet funnene og kom frem til de fem hoveddomenene intervensjonskarakteristikk, ytre settinger, indre settinger, individkarakteristikk og prosess. I tillegg ble det for intervensjonskarakteristikken funnet åtte faktorer, fire for ytre settinger, tolv faktorer under indre settinger, fem under individkarakteristikk samt åtte faktorer under prosess (Damschroder et al., 2009, s. 1). Under følger en beskrivelse av faktorene.

Intervensjonskarakteristikk

1. Intervensjonskarakteristikkenes første faktor omhandler hvor kilden til ideen kommer fra, og om nøkkelpersonell oppfatter dette som en legitim kilde (Damschroder et al., 2009, s. 6).

2. Den andre faktoren sier noe om de involverte oppfatter ideen til å ha styrke nok til å fremskaffe det ønskede resultatet, og om det finnes bevis for dette i form av eksempelvis tidligere resultater (Damschroder et al., 2009, s. 6).
3. Den tredje faktoren peker på om interessentene oppfatter ideen til å ha noen fordel fremfor alternativene (Damschroder et al., 2009, s. 6).
4. Den fjerde faktoren sier noe om intervensjonens tilpasningsevne, altså hvor godt den kan omgjøres for å passe lokale forhold og behov. Tilpasningsevnen beskrives i artikkelen som å tilhøre en av kjernekomponentene for intervensjonskarakteristikk (Damschroder et al., 2009, s. 6).
5. Den femte faktoren omhandler muligheten for å teste intervensjonen i en mindre setting før den skaleres opp. Dette vil være nyttig om implementeringen må ruller tilbake (Damschroder et al., 2009, s. 6). Forfatterne trekker frem at denne faktoren henger sammen med den såkalte Plan-Do-Study-Act (PDSA)-modellen eller også kalt Demings-sirkel, et verktøy for kvalitetsforbedring (Ogrinc et al., 2018, s. 21).
6. Sjette faktor omhandler kompleksiteten på intervensjonen. Er kompleksiteten høy, vil det kreves adskillig mer innsats for å oppnå en endring i grunnstrukturen i organisasjonen (Damschroder et al., 2009, s. 6-7).
7. Den syvende faktoren handler om hvordan intervensjonens design oppfattes, og hvordan den blir presentert (Damschroder et al., 2009, s. 7).
8. Kostnaden av intervensjonen er den åttende faktoren og angår hva den totale kostnaden for tiltakene vil være. Her menes hva som skal til for å gjøre endringene, og dette må ikke forveksles med den indre faktoren som angår ressurser (Damschroder et al., 2009, s. 7)

Ytre settinger

1. De ytre settingenes første faktor angår i hvor stor grad implementeringen er pasientfokuset. For best mulig utfall må tiltakene treffe pasientbehovene, og fremmende og hemmende faktorer må være kartlagt. Forfatterne hevder videre at organisasjoner med høyt pasientfokus har større sannsynlighet for mer effektive implementeringer relatert til denne faktoren (Damschroder et al., 2009, s. 7).
2. Den andre faktoren handler om hvor gode nettverk organisasjonen har til andre organisasjoner. Ved å fremme erfaringsoverføringer og brobygging ved hjelp av

personalet vil ny praksis gjennomføres raskere. Dette omtales av forfatterne som en sosial ressurs (Damschroder et al., 2009, s. 7).

3. Ytre press og konkurranse beskrives som den tredje faktoren. Press fra andre tilsvarende organisasjoner eller personer kan skape et konkurransedriv som fremmer endring i egen organisasjon og spiller på det å være først og best i klassen. Dette kan være høyest hos de som er sent ute med endringer (Damschroder et al., 2009, s. 7).
4. Fjerde faktor er graden av ytre påvirkning fra regulerende myndigheter og politiske føringer så som insentiv eller reguleringer, men det kan også være internasjonale eller nasjonale retningslinjer og benchmarkrapporter organisasjonen bruker (Damschroder et al., 2009, s. 7).

Indre settinger

1. Strukturelle karakterer er de indre settingenes første faktor og kjennetegner organisasjonens oppbygging. Men også dens modenhet og alder samt de ansattes organisering og handlingsrom til å yte en tjeneste hører til begrepet. Forfatterne trekker frem funn i forskningen som viser at implementeringen vil ha høyere grad av suksess dess mer stabile personalgruppene holder seg (mindre utskiftning). En høyere ratio av administrerende personer per ansatt fremmer implementering, men sentralisering av beslutningstakere hemmer innovasjon (Damschroder et al., 2009, s. 7).
2. Kommunikasjon og nettverk er den andre faktoren. Det avgjørende her er hvor godt det sosiale nettverket er bygget opp med uformelle og formelle kanaler innad i organisasjonen. I forbindelse med dette trekker forfatterne frem forskning som kan indikere at det sosiale interne båndet mellom personer i en organisasjon som finnes eller blir til, bidrar mer positivt til å fremme implementering enn de enkeltes personlige egenskaper. I tillegg vil en høy standard på formell kommunikasjon bidra positivt. Dette utdypes som formidling av tydelige beskjeder, gode tilbakemeldinger, kommunikasjon mellom hierarkiene samt klar og tydelig kommunisert agenda og klare og tydelige mål (Damschroder et al., 2009, s. 8).
3. Den tredje faktoren er organisasjonens kultur og hvilke verdier og normer som eksisterer. Muligheten for endring kan hemmes hvis det gjøres feil antakelser og feil vurdering av hvor viktigheten denne faktoren er (Damschroder et al., 2009, s. 8).
4. Fjerde faktor handler om klima for implementering og angir hvor godt organisasjonen og individene klarer å ta i mot endringer, og om det finnes et gode ved å gjennomføre

endringen (Damschroder et al., 2009, s. 8). Forfatterne deler denne faktoren inn i seks underfaktorer:

- a. Den første er hvor stort endringsønsket er (Damschroder et al., 2009, s. 8).
 - b. Den andre er i hvilken grad det er samsvar mellom verdier og mening mellom intervensjonen og de involverte. Et høyere samsvar vil bidra til å fremme implementering (Damschroder et al., 2009, s. 8).
 - c. Tredje underfaktor er hvor viktig de involverte oppfatter at implementeringen er (Damschroder et al., 2009, s. 8).
 - d. Det fjerde punktet er hva organisasjonen kan belønne med underveis, så som feiring av milepæler, lønnsøkning, positive omtaler og økende respekt (Damschroder et al., 2009, s. 8).
 - e. Tilbakemeldinger og mål er den femte underfaktoren og angir i hvilken grad de involverte får tilbakemeldinger samt blir holdt oppdatert om hvilke mål som gjelder for prosjektet (Damschroder et al., 2009, s. 9).
 - f. Sjette underfaktor omhandler «klimaet for læring» eller forholdene i læringsmiljøet. Den fremmende faktoren er å gjøre teammedlemmene gode, gi dem følelsen av å bidra, og skape rom for at de kan tenke nytt. I tillegg bør lederne vise at de trenger hjelp av medlemmene, at de ikke er feilfrie, og at de ønsker tilbakemeldinger (Damschroder et al., 2009, s. 9).
5. Den femte faktoren angir hvor klar organisasjonen er for endringen, og i hvilken grad det oppleves forpliktelse til avgjørelsen om endring. Forfatterne deler dette videre inn i tre underfaktorer (Damschroder et al., 2009, s. 9):
- a. Lederengasjement og involvering uavhengig av ledernivå angis å være svært viktig. Dette gjelder både organisasjonsledere og prosjektledere. En viktig fremmende egenskap er langsiktig tenkning og aksept for kortvarig nedgang i effektivitet i påvente av at endringene skal tre i kraft (Damschroder et al., 2009, s. 9).
 - b. Den neste underfaktoren er i hvilken grad det er ressurser tilgjengelige for prosjektet, dette inkluderer alt som trengs for implementeringen (Damschroder et al., 2009, s. 9).
 - c. Kunnskaps- og informasjonstilgang fra alle nyttige kilder og som er enkel å forstå, men som også lar seg innarbeide i prosessen, er den tredje underfaktoren (Damschroder et al., 2009, s. 9).

Individkarakteristikk

1. Den første faktoren for individkarakteristikkdomenet er den enkeltes kunnskap og tro på intervensjonen inkludert kjennskap til fakta og prinsipper for tiltakene. Entusiasme skapt fra positive meninger eller ytringer fra involverte trekkes frem av forfatterne som positivt for arbeidet (Damschroder et al., 2009, s. 9).
2. Den neste faktoren som kan fremme implementering, er graden av den enkeltes tro på mestringsevne til å skape en forandring for å nå målene for prosjektet. Individuer med stor grad av mestringsevne vil selv ved hindringer kunne oppnå mer i prosessen (Damschroder et al., 2009, s. 9).
3. Tredje faktor peker på hvilken fase den enkelte befinner seg i, og hvordan den enkelte håndterer prosessen (Damschroder et al., 2009, s. 10).
4. Den fjerde faktoren omhandler individets tilknytning til og oppfattelse av egen organisasjonen og bygger videre på hvor dedikert og engasjert innsatsen vil være. Forfatterne hevder dette kan være viktig særlig for prosjektledelsen. Hvis individene føler en nær tilknytning til organisasjonen, kan dette medføre at det legges inn ekstra innsats i arbeidet (Damschroder et al., 2009, s. 10).
5. Femte faktor inkluderer andre personlige egenskaper så som intellektuelle evner, arbeidskapasitet, evnen til å håndtere tvetydighet og motivasjon, for å nevne noen (Damschroder et al., 2009, s. 10).

Prosess

1. Under prosessdomenet presenterer forfatterne fire faktorer som har blitt funnet i flere endringsmodeller, og som kan brukes på samme måte som den tidligere omtalte PDSA-modellen, i en sirkel eller en spiral. Den første faktoren er planlegging. Her vil graden av fremmende effekt være avhengig av hvor godt implementeringen er planlagt, om det i forkant av prosessen er utarbeidet en oversikt for hva som skal gjøres når. Formålet er å ha synliggjort gjøremålene med tidsfrister for de ulike trinnene, slik at det fremmes effektivitet og progresjon i prosjektet (Damschroder et al., 2009, s. 10).
2. Neste faktor handler om iverksetting og hvordan tiltrekke de rette individene til prosjektet. Forfatterne skriver at en ofte forbigått del i implementeringen er de engasjerte personene som er først ute som teammedlemmer, eller de som først gjør seg nytte av intervensjonen. Hvis gruppe-medlemmer eller prosjektledelse samt de som

frem snakker prosjektet, er personer med noenlunde lik bakgrunn og tilhørighet som de implementeringen skal gjelde for, er sjansen større for at endringen blir gjennomført. Implementeringsledelsens påvirkning er viktig og kan vurderes ut fra graden av engasjement og tilstedeværelse i tillegg til om vedkommende fremstår som en rollemodell (Damschroder et al., 2009, s. 11). Forfatterne velger her å dele inn i fire ulike typer av implementeringsledere:

- a. Den første typen er meningslederne som kjennetegnes ved å ha en innflytelse og påvirkningskraft, enten uformelt eller formelt, på holdninger mot prosjektet. Her finnes det to slags meningsledere. Det ene slaget har egenskaper som å utøve representativ innflytelse og inneha høy troverdighet, det andre slaget ved å ha status og autoritet (Damschroder et al., 2009, s. 11).
 - b. Den andre typen implementeringsleder forskerne beskriver, er der en internt ansatt formelt blir valgt til leder. Dette er typisk en fra organisasjonen som blir utnevnt til å være prosjektleder, koordinator eller tilsvarende. Denne personen får oppgaven i tillegg til sin vanlige jobb, og avsatt tid vil kanskje variere (Damschroder et al., 2009, s. 11).
 - c. Neste type er de som dedikerer seg selv til å få gjennom implementeringen, og kjennetegnes ved å sette både eget rykte og status på spill for å klare det. Viljen til gjennomføring er svært stor, og motstand som måtte oppstå, overkommes (Damschroder et al., 2009, s. 11).
 - d. Siste type er eksterne individer, gjerne profesjonelle prosjektledere eller personer som innehar spesialkunnskap om endringsledelse, fra egen eller annen organisasjon (Damschroder et al., 2009, s. 11).
3. Tredje faktor er gjennomføring av implementeringen, og kvaliteten avhenger av i hvilken grad man holder seg til planen. I tillegg er engasjement hos nøkkelpersonell, nøyaktighet, fremdriftsfart samt overholdelse av tidsfrister og oppgaver viktige momenter for kvaliteten på gjennomføringen (Damschroder et al., 2009).
 4. Siste faktor omhandler evaluering av prosessen, og et viktig fokus er innsatsen i endringsprosessen og hvordan dette kan beskrives. Vurderinger og refleksjoner kan foregå med både muntlige og skriftlige tilbakemeldinger så vel som skje i møter med enkeltindivider eller i plenumsmøter (Damschroder et al., 2009, s. 11).

«Readiness for change»

For å forstå og forklare mekanismene som oppstår når en organisasjon blir presentert for en endring, velger jeg å ta med teori om reaksjoner på endringsinitiativer, slik Jacobsen (2018, s. 124) velger å beskrive dette. Han har oversatt *readiness for change* til «klarhet for endring», en oversettelse jeg også vil bruke videre.

Definisjonen av klarhet for endring beskrives av Holt et al. (2010, s. 50) som, fritt oversatt, «graden av hvor godt de involverte som individ eller gruppe er forberedt, motivert og teknisk i stand til å utføre en endring». Klarhet for endring er en flerdimensjonal og kompleks konstruksjon som inkluderer strukturelle og psykologiske faktorer som finnes både på organisasjons- og individnivå, og vil i praksis kreve evne og vilje til gjennomføring, ifølge Holt et al. (2010, s. 54). Den primære mekanismen for å skape eller forberede klarhet for endring er selve budskapet for endringen, ifølge Armenakis et al. (1993, s. 1). I artikkelen til Weiner (2009, s. 2) omtales det hvor klar en organisasjon er for endring, som en kritisk forløper for en vellykket implementering. I boken til Jacobsen (2018, s. 179) vises det til Kurt Lewin sin trestegsmodell for endring; «opptining, bevegelse og nedfrysing». I fasen for opptining dannes det endringsvilje, eller klarhet for endring. Dette er fasen hvor individene deler en oppfatning om at implementeringen er nødvendig og viktig, og skapes ofte av endringslederne. Den neste fasen innebærer selve endringen. Siste fasen beskrives som institusjonaliseringsfasen hvor den nye tilstanden skal stabiliseres slik at man ikke vender tilbake til gamle vaner.

I boken til Jacobsen (2018, s. 126) deles klarhet for endring inn i to hovedpunkter. Det ene er hvor god oppslutning det er rundt endringen, det andre hvor stor motstand som finnes mot endringen.

Graden av oppslutning angis i tre nivå. Nivå 1 beskrives som en nødvendighetsoppslutning hvor deltakelse og oppslutning gjøres fordi deltakerne tror de ikke har noe annet valg. I tillegg baseres dette på alt arbeidet den enkelte har lagt ned i organisasjonen gjennom bygging av nettverk og karriere. Det andre nivået er hvilke muligheter den enkelte har for å få jobb et annet sted. Den ansatte kan ytre mer kritikk mot endring hvis sjansen for å få seg jobb et annet sted er høy, ifølge Jacobsen (2018, s. 126). Nivå 2 er en normativ oppslutning og preges av en oppfatning på individnivå om forpliktelse overfor organisasjonen og at det derfor bør støttes opp under endringen. Her spiller graden av hvor godt den ansatte for eksempel har blitt ivarett

og fått tilrettelegging tidligere, inn, og hvor den ansatte da som resultat føler en forpliktelse til å yte noe tilbake (Jacobsen, 2018, s. 126). Nivå 3 kalles affektiv oppslutning og er det nivået hvor individene er positive eller uttrykker begeistring over endringen. De mener og tror denne endringen vil løse problemer og at endringen er nødvendig. Det siste nivået utgjør den sterkeste drivkraften for å få til en endring (Jacobsen, 2018, s. 126).

Motstand mot endring varierer naturligvis også individer imellom, og Jacobsen (2018, s. 127) deler inn i fire motstands nivå. Det første nivået er de som fremviser en form for likegyldighet og apati. Motstanden hos disse individene kan være vanskelig å oppdage fordi de kan gi uttrykk for å være med på endringen, men i praksis fortsetter de med gammel vane. De mangler rett og slett interesse for endring og kan trenere endringer med diverse unnskyldninger. På nivå 2 uttrykker individene en passiv motstand ved å ha negative holdninger og oppfatninger. Hos disse vil motstanden være lettere å legge merke til på grunn av verbale utsagn med kritiske og negative holdninger. Individene vil sette spørsmålstegn ved nødvendigheten av endringen og kan i ytterste fall true med oppsigelse (Jacobsen, 2018, s. 128). På nivå 3 går motstanden fra å være passiv til aktiv. Dette nivået kjennetegnes av at individene ytrer seg sterkt kritisk til endring og forsøker å danne allianser med kolleger eller ytre aktører som media eller politikere for å få drahjelp. I det daglige arbeidet kan små protestaksjoner i form av regelrytteri, somling samt boikott være et virkemiddel (Jacobsen, 2018, s. 128). Det siste nivået, nivå 4, er den sterkeste motstanden og beskrives som aggressiv motstand. Det kan bli gjort forsøk på å undergrave argumentasjon og sverte endringslederne med beskyldninger som at disse har egne økonomiske interesser, samt spredning av løgner og rykter. Det vil her være en betydelig lobbyvirksomhet overfor beslutningstakere for å overbevise dem om at endringen er feil. Sjelden og unntaksvis kan ulovlige former for aktivitet forekomme med sabotasje og streik (Jacobsen, 2018, s. 128).

Jeg ønsker å ta med årsaker til motstand og oppslutning i en endringsprosess. Dette er viktig for å forklare mekanismene mellom mennesker i en sosial kontekst. En viktig faktor er hvorvidt fagpersonene er enige om endringen, og hvorvidt det er behov for den. Uenigheter vil fort bremse opp fremdriften i et prosjekt og være en viktig kilde til motstand. Derimot vil enighet om en endring kunne være en viktig drivkraft som fremmer endringen. Dette vil også øke oppslutningen om endringen (Jacobsen, 2018, s. 130-131).

En endring kan også fremstå som noe nytt og ukjent og fremkalle frykt. Spørsmål om ens egen situasjon og jobb kan vekke usikkerhet og medføre økt stressnivå. Motvilje og forsøk på å holde sin egen situasjon stabil kan oppstå. I tillegg vil en endring kanskje medføre nye arbeidsoppgaver. Dette kan vekke frykt for å ikke klare å tilpasse seg eller å strekke til i nye situasjoner. Hvis frykten for det nye og ukjente tas bort, vil dessverre ikke dette medføre bedre oppslutning, det kan kun skape motstand (Jacobsen, 2018, s. 131-132).

Ved en endring vil individer gå fra en situasjon til en annen. Medfører dette en gevinst eller et tap av personlige goder, kan det påvirke oppslutningen om endringen. En endringsprosess kan bety at noen får en bedre arbeidssituasjon, mens andre får en mindre bra situasjon. Dette vil klart hemme eller fremme den enkeltes ønske om endring. Situasjonene hvor en endring betyr en forbedring for den enkelte, påpekes som en sentral faktor for medvirkning til endring og er nært knyttet til insentiv. I et prosjekt kan dette benyttes for å skape oppslutning, men graden av hvor sterk oppslutningen blir, kan variere (Jacobsen, 2018, s. 132-133).

Ved endring kan det forekomme tap av identitet. Dette kan være knyttet til lokaler med betydning for individet, eller det kan gjelde roller og arbeidsoppgaver. Hvis en kliniker ikke lenger skal gjøre det vedkommende er vant til, men i stedet må tilegne seg nye oppgaver eller får en ny rolle, kan dette snu om på hvordan vedkommende oppfatter sin rolle i forhold til organisasjonen. Man føler seg kanskje ikke like til nytte og verdifull lenger. Den enkeltes identitet og følelser bygges opp over tid, og ved endring kan risikoen for å tape dette medføre motstand (Jacobsen, 2018, s. 133).

Den praktiske jobben ved endring kan også være en årsak til motstand. En endring medfører kanskje ekstraarbeid og dobbeltarbeid, noe som vil kreve en ekstra innsats av den enkelte. Dette kan bety å lage eller sette seg inn i nye rutiner, lære opp andre og at man opplever en økt arbeidsbelastning ved for eksempel overtidsarbeid. Nye arbeidsoppgaver kan kreve skolering i form av kursing og kompetanseheving. Dette er i utgangspunktet bra, men når det skal gjøres i tillegg til de eksisterende oppgavene, blir belastningen større. Kombinert med å avlære gamle vaner og rutiner kan dette medføre motstand mot endring (Jacobsen, 2018, s. 134).

Viktigheten av de sosiale relasjonene for personer som omfattes av en endring, må ikke undervurderes. Flyttes gode kolleger fra hverandre og tvinges inn i nye sosiale forhold og omgivelser, kan dette vekke motstand. Det sosiale kan for mange være vel så viktig som selve

jobben og gir arbeidstiden mening. Omgruppering og splitting kan medføre at gode kollegelasjoner forsvinner. Dette forutsetter at forholdene til kollegaen var gode. Dersom relasjoner og forholdet til kollegene er dårlig, kan en endring markere noe positivt og slik fremme endring. Grunnårsaken vil derimot ikke være selve endringen, men den sosiale relasjonen (Jacobsen, 2018, s. 134-135).

Over tid opparbeider den ansatte uformelle og personlige psykologiske kontrakter med organisasjonen og medarbeiderne. Dette er tett knyttet til de sosiale relasjonene, men skiller seg ut ved å si noe om det å lære seg hvordan man forholder seg til de enkelte, og hva som forventes at man gjør noe med, og hva man holder seg borte fra. Ved endring vil det oppstå brudd i de psykologiske kontraktene, og de må lages på ny, noe som er krevende og kan fremme motstand (Jacobsen, 2018, s. 135)

En endring i maktforhold hos den enkelte kan fremme motstand. Her defineres maktforhold som den formelle og den uformelle makten. Formell makt innebærer stillingen man besitter, og dens mandat i organisasjonens hierarki. Den uformelle makten kan eksempelvis handle om hvilke kritiske oppgaver man besitter. For eksempel kan det å være en person som håndterer en spesiell kritisk oppgave, kan gi en form for uformell makt, da fraværet av denne kompetansen kan få store konsekvenser for organisasjonen. Disse to maktforholdene vil være i en viss balanse på et gitt tidspunkt i en organisasjon, og endring vil forstyrre denne balansen. Den friheten og muligheten for handlingsrom man tidligere hadde, forsvinner. Det kan medføre usikkerhet ved at andre tar over kontrollen. Hvis endringen betyr en forbedring av maktposisjonen, kan dette gi en fremmede effekt for endringen, men det er da selve fokuset på maktposisjonen, og i mindre grad endringen, som er motivasjon (Jacobsen, 2018, s. 136).

Ved organisasjonsendringer vil det også ofte oppstå en endring i det som omtales som den symbolske orden, dette er tett knyttet til maktforhold. Den symbolske orden dreier seg om de dypere meningene i endringen og ikke bare det fysiske som kan ses. Verdiene som formidles eller gjenspeiles ved endringen, er av vesentlig betydning og kan lede videre til status. Konkrete eksempler er hvem som nå får sitte nærmest sjefen sitt kontor, eller hvilken signaleffekt et navnebytte på en bedrift gir markedet. Å skape oppslutning om en endring vil likevel ha liten effekt om det forespeiles en vedlikeholdelse av den symbolske statusen (Jacobsen, 2018, s. 137)

En endring kan få konsekvens for rollen organisasjonen utgjør som aktør for omgivelsene. I dette legges hvilken forankring organisasjonen har i det lokale samfunnet, men også for hvilken betydning den har for familiene til de som jobber der. Nedleggelse eller flytting kan få store konsekvenser og ringvirkninger. For små bygder hvor hjørnestensbedriften utgjør identiteten og næringsgrunnlaget for samfunnet, kan trussel om nedleggelse møtes med harnisk og fakkeltog. Et ønske om endring kan også komme utenfra organisasjonen hvor forbrukerne for eksempel forlanger at organisasjonen enten endrer seg for å tilpasse seg ønsker eller bibeholder funksjoner og produkter (Jacobsen, 2018, s. 138).

Læring i organisasjoner

Jeg ønsker å ta med ytterligere teori om læring selv om noe allerede dekkes av rammeverket til Damschroder et al. (2009) i domenet om de indre settingene. Læringsteori belyser betingelsene for å få til en endring i atferd for individer og organisasjon. Dette kan bidra til å forklare hva som hendte ved implementeringen av anestesipoliklinikken og resultatene i etterkant.

Jacobsen og Thorsvik (2016) definerer læring i organisasjoner som en prosess der «mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, og endrer sin atferd på grunnlag av denne kunnskapen» (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 353). Læring som begrep kan være det man tilegner seg av kunnskaper, men også atferdsendring på grunn av ny kunnskap. I en organisasjon kan man få til læring når det gjøres en problemanalyse av en hendelse. Men det kan bli også læring av at en organisasjon endres på grunn av et stimuli. Det kan også være at man løser et problem ut fra et tiltak som blir gjort, eller at det iverksettes tiltak. Men for at det skal forekomme en læring i organisasjonen, må visse elementer være til stede: Individer i organisasjonen vil begynne med en refleksjon ut fra en erfaring. Videre må det som erfares av individer i organisasjonen, bringes videre til resten av organisasjonen. og læringsprosessen i organisasjonen omfatter denne spredningen og kunnskapsoverføringen. Den siste forutsetningen for læring i organisasjonen er at det som er brakt videre, må settes ut i praksis til en kollektiv atferd. Først da har det skjedd en læring (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 354).

Enkelkretslæring og dobbelkretslæring

Argyris og Schön (1978, s. 3) skriver at læring i organisasjoner består av å detektere og korrigere feil. Når organisasjonen har oppdaget en feil og korrigert denne slik at arbeidet kan

fortsette som før, har det foregått en enkelkretslæring. De sammenligner dette med en termostat som korrigerer for høy eller lav temperatur ved å henholdsvis slå seg av eller på. Men hvis det skal forekomme en dobbelkretslæring, må det skje dypere endringer i organisasjonens grunnleggende mål, politikk og normer/verdier. Forenklet sagt kan vi si at ved enkelkretslæring stilles spørsmålet *hvordan* ting kan gjøres bedre, og ved dobbelkretslæring stilles spørsmålet *hvorfor* ting skal gjøres bedre. Argyris hevder at de to læringsformene er to forskjellige læringstyper (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 360). Ved enkelkretslæring vil hensikten kun være å forbedre atferden, det vil ikke reflekteres ytterligere rundt problemstillingen. Dette er ifølge forskning den mest utbredte formen for læring. Det som derimot kjennetegner dobbelkretslæring, er at man begynner å stille spørsmål til om det man gjør, er det rette ut fra det man har erfart fra tidligere handling. Svaret på spørsmålet oppleves ikke å være det som var ønskelig eller forventet. For å utvikle en bedre evne til å lære er det tre ting Argyris hevder man bør etterstrebe: Den første er å forsøke å skaffe til veie så sann informasjon som mulig. Den andre er å velge handlingsalternativer ut fra kunnskap. Videre er den tredje at man kontinuerlig må evaluere handlingene og finne ut om de er som forventet og ønsket (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 361).

Mentale modeller og systemtenkning

Teoriene til Senge (2006) forsøker å forklare hvilke utfordringer som møter en organisasjon som ønsker å utvikle en lærende organisasjon samt lære hvordan dette kan beherskes. Han beskriver fem kjernedisipliner som er vesentlige dimensjoner for en organisasjon som ønsker å utvikle seg og lære for å oppnå høyere mål.

Den første dimensjonen handler om personlig mestring og hvorvidt individer evner å oppnå etterlengtede milepæler. Dette innebærer å kontinuerlig fordype seg i de personlige visjonene og strekke seg etter å oppnå høyere mål (Senge, 2006, s. 7). Forfatteren mener dette er en essensiell verdi for organisasjonen og at få organisasjoner oppfordrer eller stimulerer sine ansatte til å videreutvikle denne evnen. Det er heller ikke mange voksne som strever etter en høyere mestringsevne, mener han. Det er altså en uutnyttet ressurs hos de ansatte. Han knytter dette opp mot den lærende organisasjonen og den personlige læringen og hvordan dette gjensidige samspillet kan virke inn på kulturen i bedriften (Senge, 2006, s. 7-8).

De mentale modellene er hans neste dimensjon. De mentale modellene er «dypt integrerte antakelser, generaliseringer, eller bilder av forestillinger som påvirker hvordan vi forstår omgivelsene og hvordan vi handler» (Senge, 2006, s. 8). De mentale modellene er noe hjernen har dannet seg, og ofte er vi ikke bevisste på hvordan dette influerer på handlemåtene våre. De mentale modellene vi har tilegnet oss, kan komme gjennom vurdering og oppfatning (persepsjon) ut fra å sammenstille de signalene vi oppfatter. Betydningen av dette vil være at det er vanskelig å endre gamle tankemåter og handlemønstre, og at det igjen kan gå ut over vår effektivitet. I ytterste fall – når dette er bevisst – kan individer forsøke å manipulere virkeligheten for å beskytte sine egne overbevisninger (Bolman et al., 2014, s. 63-64). En måte å bli bedre på denne dimensjonen er å ha dialog med kolleger hvor man blottlegger sine tanker og lar andre få ta del i dette ved å argumentere og stille kritiske spørsmål (Senge, 2006, s. 8).

Den tredje dimensjonen handler om å bygge en felles visjon. Å tegne et bilde av hvordan man ønsker fremtiden skal være, vil påvirke omgivelsene til å dra i samme retning. Dette handler om å sette opp visjoner, mål og verdier for organisasjonen slik at man knytter identitet og mennesker mot en felles fremtid. Hvis dette lykkes, vil den enkeltes deltakelse og engasjement fremmes. Kunsten vil være å få satt dette ut i livet og få individene til å ha lyst til å bidra. Senge beskriver at dessverre har mange slike visjoner kun eksistert innenfor kontorveggene til lederen fordi man ikke evner å formidle dem videre (Senge, 2006, s. 9).

Gruppelæring, eller læring i team, er den fjerde dimensjonen Senge beskriver. Dette handler om hvordan intelligente og oppegående ledere sammen kan gjøre dårlige valg. I et team vil ikke hvert enkelt individs intelligens avgjøre resultatet fra teamets innsats, snarere hvordan gruppen samarbeider og koordinerer seg. Hvis gruppen håndterer denne typen læring, vil gruppen kunne utrette mer, og den enkelte vil ha større fremgang enn om de handlet utenfor gruppen. Dette handler om hvordan individene klarer, gjennom dialog, å tenke sammen. Men det er like viktig å lære seg å vite når dialogen ikke lenger leder til læring, men i stedet skaper barrierer og motstand. Gruppelæring er det som kjennetegner moderne organisasjoner, og uten disse teamenes evne til å lære vil heller ikke organisasjonen lære (Senge, 2006, s. 10).

Siste dimensjon er den Senge omtaler som den femte disiplinen. Dette handler om hvordan alle dimensjonene samvirker, skaper synergieffekt for hverandre og til slutt utgjør det han kaller systemtenkning eller helhetstenkning. Frafall og manglende fokus på en dimensjon vil få utslagsgivende effekt på resultatet i form av manglende fremgang eller suksess. Når

organisasjoner lærer ut fra disse dimensjonene, vil man skape nye mentale modeller hvor individene forstår at de er knyttet til omgivelsene og ikke står som et individ så å si utenfor omgivelsene. De kan gjennom å kontinuerlig reflektere over sin tilstedeværelse skape sin virkelighet og vite hvordan de kan forandre den (Senge, 2006, s. 12).

Design og Metode

Valg av studiedesign

Jeg har valgt å studere implementeringen av anestesipoliklinikken som et fenomen, hvor jeg undersøker én enhet, avgrenset i tid og rom, men likevel ser på utvikling over tid. Av den grunn velger jeg å benytte meg av casesdesign fordi det er formålstjenlig ut fra et ønske om å komme frem til nye kunnskaper om denne implementeringen. Med bakgrunn i de skisserte rammene for studien kan undersøkelsen defineres som en enkeltcasestudie (Jacobsen, 2015, s. 105). En casestudie kan beskrives som studien av «eit samfunnsfenomen i sin verkelege kontekst» (Bukve, 2016, s. 121). En annen definisjon hevder at en casestudie er en intensiv undersøkelse av et fåtall enheter hvor man uthenter mye informasjon (Thagaard, 2018, s. 51). Yin (2018) anbefaler blant annet casestudie når man kan stille spørsmålene med hvordan og hvorfor (fritt oversatt til norsk), og at det benyttes ulike perspektiv samt flere kilder til data slik som i denne undersøkelsen. Ifølge Bukve (2016) er fordelene med en enkeltcasestudie at man kan forklare fenomenet i lys av etablert teori.

Mitt fokusområde var anestesipoliklinikken, hvordan denne hadde blitt implementert, og om dette hadde endret strykningsstatistikken på noe vis. Det første leddet i undersøkelsen ble derfor å se på strykningsstatistikken. Tallmaterialet statistikken utgjorde, ville alene kun ha vært et summativt resultat av det som lå bak, uten å gi noe utdypende forklaring på hvorfor det ble sånn. Derfor ønsket jeg i tillegg å undersøke klinikernes oppfatning om implementeringen av anestesipoliklinikken, men også klinikernes inntrykk av hvor god organisasjonen er i å planlegge operasjoner. Empirien fra klinikerne ville representere det formative resultatet og dermed kunne bidra til en mulig forklaring av de summative resultatene. Hvis disse to undersøkelsene viste det samme, ville dette styrke sannsynligheten for at det var en sammenheng. Hvis det var motstridende funn, ville dette være enda mer vitenskapelig interessant, om enn vanskeligere å forklare. Det vil i så fall fordre ytterligere studier.

Utvalg strykningsdata

Kilden for uthenting av strykningstall var rapport D-6946 i det pasientadministrative journalsystemet DIPS. Hver operasjon blir oppmeldt med en operasjonsrekvisisjon. Hvis pasienten likevel ikke opereres, blir det i denne oppmeldingen registrert en strykningsårsak. Fra

januar 2014 til desember 2020 har Helse Fonna hatt 25 ulike strykningskoder. Kodeverket ble konsolidert med Helse Førde i november 2014 hvor man ble enige om tolv strykningskoder som skulle gjelde fra da av. I mine data har jeg tatt med alle strykningskodene som ble brukt både før og etter denne datoen. På grunn av organisatoriske endringer hvor data var knyttet til de tidligere enhetene, har jeg måttet inkludere inaktive organisasjonsenheter for å få en korrekt uthenting av historisk data. Alle øyeblikkelig-hjelp-pasienter har blitt ekskludert, og kun elektive heldøgnspatienter planlagt for sentraloperasjonen er tatt med. Av pasientgrunnlaget til anestesipoliklinikken var det hovedsakelig elektive heldøgnspatienter som kom, og disse pasientene er derfor mest representative for min problemstilling. Ordinært avsluttede pasienter er pasienter som har vært gjennom operasjonsforløpet og er ferdige, disse teller med ved beregning av strykningsprosenten som en del av det totale antallet. Data fra de to andre sykehusene i Helse Fonna (Stord og Odda) er ekskludert. I rapportene fra 1. januar 2014 til 31. desember 2020 var det til sammen 43 709 pasienter. Av disse ble alle poliklinisk opererte pasienter, alle øyeblikkelig-hjelp-pasienter samt et mindre antall pasienter innlagt for anestesitjenester (kortvarige undersøkelser i narkose) ekskludert. Antallet pasienter inkludert i studien ble da 17 406, og av disse var 1255 pasienter registrert med en strykningskode.

Utvalg intervju

En strategisk utvelgelse ble gjort for å sikre at informantene hadde den erfaringen og kunnskapen som var nødvendig for å uttale seg rundt temaet. Kriteriene var at de hadde en nåværende aktiv rolle i driften av anestesipoliklinikken, og at de hadde jobbet to år eller mer før implementeringen. Den strategiske utvelgelsen var med på å sikre at jeg fikk informanter som hadde vært med fra starten av implementeringen. I tillegg hadde noen leger og sykepleiere vært ansatt så lenge at de kjente til hvordan systemet hadde fungert i flere tiår tilbake. I tillegg ønsket jeg å ha med avdelingsledelse og ledere for implementeringsprosjektet fra det aktuelle tidspunktet. Dette ble gjort for å sikre førstehånds informasjon samt data fra både prosjektledelse, avdelingsledelse og gruppedeltakere. Den strategiske utvelgelsen var også med på å sikre at jeg fikk med de ulike yrkesgruppene som var relevante for implementeringen, som hadde sentrale og viktige oppgaver knyttet til dette, samt å få med flere perspektiv ut fra informantenes yrkesgruppe og rolle.

Avdelingsledelsen ble informert skriftlig og muntlig om prosjektet. For å rekruttere informanter sendte ledelsen ut informasjon på e-post til alle de aktuelle medarbeiderne om hvem som kunne

tenke seg å delta. Noen meldte seg frivillig til å delta, mens andre ble spurt direkte om deltakelse etter avtale med leder. Dette resulterte i en strategisk utvelgelse av to ledere, fire anestesileger og seks anestesisykepleiere. Utvalget bestod av til sammen syv kvinner og fem menn. For lederne var gjennomsnittsalderen 58,5 år og ansienniteten 31 år. For anestesilegene var gjennomsnittsalderen 54,3 år og ansienniteten 26,3 år. Og for anestesisykepleierne var gjennomsnittsalderen 48 år og ansienniteten 14,8 år.

Alle fikk utlevert samtykkeerklæring og underskrev denne. Ingen deltakere trakk godkjenningen tilbake underveis eller etterpå. Det ble først gjennomført et prøveintervju med én informant. På denne måten fikk jeg testet ut spørsmålene mine og hvordan informanten responderte. På grunn av gode data ble dette intervjuet inkludert. Med bakgrunn i dette gjorde jeg korte presiseringer i noen av spørsmålene for å unngå misforståelser og for å sikre at spørsmålene ble forstått.

Datainnsamling

Kvantitative data

Datainnsamlingen ble gjort i løpet av en ukes tid i mars 2021 hvor jeg kjørte kvalitetsrapport for strykingsdata, som tidligere nevnt, i det pasientadministrative systemet. Dette ble gjort for alle 84 månedene mellom 1. januar 2014 til 31. desember 2020. For å sjekke at dataene i rapportene stemte med faktiske tall, gjorde jeg stikkprøver i operasjonsplanleggingsverktøyet hvor jeg talte opp antall strykninger i løpet av en måned, og hvor jeg også så på den enkelte strykingsårsaken. I tillegg sammenlignet jeg med rapporter tatt ut av merkantilt personell som rapporterer kvartalsvis om det samme. Den formelle oppstarten av anestesipoliklinikken var 29. februar 2016. Følgelig var det naturlig å dele strykningstallene før og etter mars 2016. Statistisk sett har vi derfor to grupper av data som kan sammenlignes. Jeg har benyttet meg av Microsoft Excel for Mac versjon 16 for å sammenstille data. Dataene er deretter bearbeidet og klargjort for videre analyse i form av tabeller og kurver. Den statistiske analysen er gjort i IBM SPSS Statistics versjon 27 for Mac.

Mellom 2014 og til 1. mars 2016 ble kodeverket for strykingsårsaker slått sammen med Helse Førde. I perioden før implementering hadde det derfor eksistert to sett med kodeverk, det ene avløste det andre. Kodeverkene ble ikke på noe tidspunkt brukt samtidig. Etter implementering

av anestesipoliklinikken har kodeverkene ikke blitt endret. Dette medfører at datagrunnlaget for strykningsårsakene har ulik tekst for samme årsak i perioden før implementering. I presentasjonen av funnene vil alle strykningsårsakene bli vist, men med ulike farger.

Kvalitative data

For å studere hva som innvirket på implementeringsprosessen, ble rammeverket fra Damschroder et al. (2009) «A consolidated framework for advancing implementation science» (CFIR) benyttet. Rammeverket er anerkjent og brukt i et bredt omfang for ulike typer forskning på implementeringsarbeider. En anbefaling er å benytte dette rammeverket gjennom hele forskningsprosessen, også hvis prosessen studeres i etterkant (Kirk et al., 2016). CFIR er resultatet av en systematisk gjennomgang av et stort antall implementeringsarbeider hvor man har kommet frem til det som kalles konstruksjoner, eller, fritt oversatt, faktorer. Det er til sammen fem hoveddomener og 39 underpunkter. Disse faktorene angir områder som kan innvirke på implementeringen i form av å hemme eller fremme prosessen. CFIR danner grunnlaget for å gjøre en formativ evaluering av en prosess, da den ser på virkemåtene til de enkelte faktorene og ikke utelukkende på et summativt resultat (Damschroder et al., 2009). Ut fra de ovenstående punktene vil dette rammeverket være godt egnet for denne studien. Intervjuguiden er utarbeidet med rammeverket fra CFIR som utgangspunkt. Spørsmålene tar utgangspunkt i de fem hoveddomenene og underpunkter. Spørsmålene ble konstruert slik at informantene ville besvare temaet for hver faktor ut fra erfaringen fra innføringen. Intervjuene ble gjennomført med intervjuguiden som hovedstruktur, men ble ikke nødvendigvis fulgt i rekkefølge eller fulgt konsekvent hvis informantene allerede hadde vært inne på temaet tidligere. I tillegg ble informantene gitt anledning å komme med informasjon som de mente var viktig.

Jeg gjennomførte intervjuene i februar 2021. Til dette hadde jeg to lydopptakere samt en semistrukturert intervjuguide. Intervjuene ble lastet opp i dataprogrammet NCH Software (2021) Express Scribe Pro versjon 9.22 for Mac for å lette transkripsjonen med tanke på justering av hastighet. Total intervjutid var 5,93 timer, noe som transkribert ble til 64 A4-sider med enkel linjeavstand. Transkripsjonsprosessen ble utført av meg direkte i etterkant av intervju, dette for å få best mulig kjennskap så nært opptil selve intervjuet. For å systematisere stoffet satte jeg grønn tekstfarge på intervjuene av anestesisykepleierne, gul tekstfarge for anestesilegene og rød tekstfarge for lederne. Disse fargene ble beholdt gjennom hele

analysefasen, slik kunne jeg lettere skille og sammenligne de ulike dataene som jeg plukket ut. Jeg utførte anonymisering fortløpende. I tillegg oversatte jeg lydopptakene til bokmål, både som en del av anonymiseringen, men også fordi jeg ikke hadde til hensikt å analysere mening eller språk.

Analyse

Analyse av kvantitative data

Tallmaterialet fra rapportene ble lagt inn i Excel for hver måned. Deretter regnet jeg ut strykningsprosenten for hver måned som beskrevet i neste avsnitt. Mitt fokus var heldøgns pasienter til operasjon på sentraloperasjonen, da disse pasientene var i flertall for vurdering på anestesipoliklinikken. Datamaterialet ble videre bearbeidet ut fra formlene (vist i de følgende avsnitt) for å kunne lage kontrolldiagram. Hensikten med kontrolldiagrammet er å visualisere den statistiske variasjonen i dataene over tid, og det er i tillegg et sterkere verktøy enn run-diagram. Kontrollinjene vil danne rammer for hva som er innenfor normalvariasjon, og om det er avvik fra dette som ligger utenfor (Nyen, 2009, s. 22). For å importere til statistikkprogrammet SPSS ble følgende data satt inn i eget Excel-ark: måned, heldøgn antall stryk, strykprosent samt indikator 0 som gruppen før implementering og indikator 1 som gruppen etter oppstart. For å finne ut om gjennomsnittsverdien i de to datasettene er signifikant forskjellig fra en null-hypotese, benyttet jeg meg av Students t-test. Denne statistiske hypotesetesten tester om gjennomsnittsverdien er signifikant i to tilnærmet likt normalfordelte datasett, og er en relativt sterk test med hensyn til ulik varians (Hk, 2017; Jacobsen, 2015; Lydersen & Fagerland, 2020).

Kontrolldiagrammet, eller u-diagram («unequal area of opportunity»), brukes i statistiske prosesskontroller der hvor utvalgsstørrelsen kan variere, eller der hver enhet kan fremvise ett eller flere avvik (Brudvik, 2009; Nyen, 2009, s. 29). Jeg har av den grunn benyttet meg av dette for å fremstille strykraten måned for måned samt vise om målingene er innenfor sannsynlig variasjon. Strykraten (u) ble regnet ut ved å dele antall heldøgn stryk (c) med antall heldøgn gjennomført (n) etter følgende formel:

$$u = \frac{c}{n}$$

Gjennomsnittlig strykningsrate isolert for hver periode, altså summen av strykninger delt på det totale antallet gjennomførte i hver gruppe, ble regnet ut etter følgende formel:

$$\bar{u} = \frac{\sum c}{\sum n}$$

I tillegg regnet jeg ut øvre og nedre kontrollinje (konfidensintervallet) med tre standardavvik over og under gjennomsnittet. Hvis målingene ligger innenfor konfidensintervallet, betyr det at det er 99,7 % sannsynlig normal variasjon. Hvis de er utenfor konfidensintervallet, er det 0,3 % sannsynlig at dette er en normalvariasjon.. Dette ble regnet ut etter følgende formel:

$$UCL = \bar{u} + 3 \frac{\sqrt{\bar{u}}}{\sqrt{n}}$$
$$LCL = \bar{u} - 3 \frac{\sqrt{\bar{u}}}{\sqrt{n}}$$

(McNeese, 2008)

For å se på hvilke strykningskoder som blir hyppigst brukt, satte jeg opp statistikk for strykning ut fra hver enkelt strykningskode. Her er selve strykningsårsaken regnet ut fra det totale antallet pasienter i gruppen, og av den grunn er prosentene nokså små.

Analyse av kvalitative data

Rammeverket til Damschroder et al. (2009) har blitt brukt for å danne rammene for arbeidet med analysen av teksten. Ifølge Malterud (2016) kan dette gjøres for å skape et underlag eller bakteppe i tillegg til å tydeliggjøre hvilket tolkningsfokus som prioriteres.

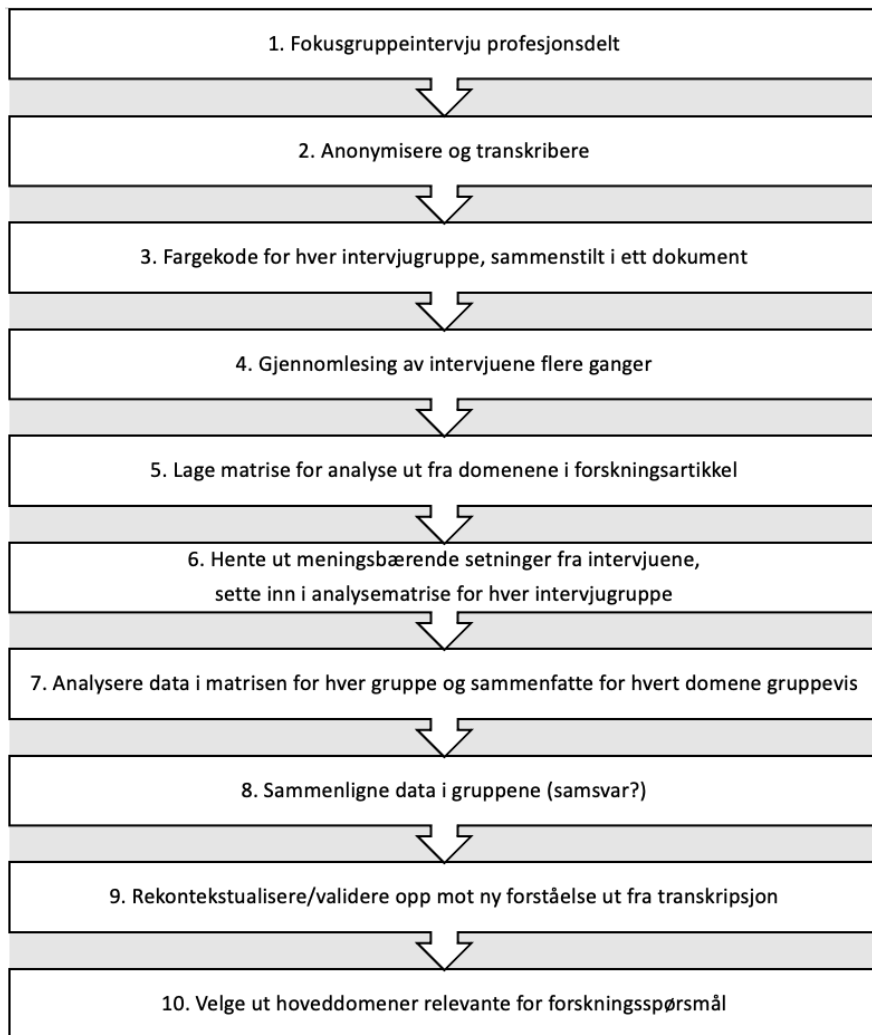
Som utgangspunkt for bearbeiding av de kvalitative dataene har jeg benyttet meg av en tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006; Malterud, 2018, s. 95). Denne typen analyse er ikke bundet til en bestemt metodetradisjon, og den er i tillegg fleksibel. Hensikten er å «identifisere, analysere og rapportere mønstre i det empiriske materialet» (Malterud, 2018, s. 95). Jeg har valgt denne metoden fordi den er fortolkende og innholdsorientert i tillegg til å vektlegge forståelse og mening.

For videre analyseprosess av tekstmateriale har jeg valgt å gjøre en systematisk tekstkondensering. Metoden er egnet for nybegynnere innen forskning og er ikke knyttet til en

bestemt tradisjon eller filosofisk retning (Malterud, 2018, s. 97). Jeg har benyttet Malterud (2012) sin analyserekkefølge som omfattes av fire trinn. Den første går ut på å danne seg et helhetsinntrykk. Andre trinn dreier seg om å finne meningsbærende enheter. I tredje trinn skal de meningsdannende enhetenes innhold abstraheres, før man så sammenfatter betydningen av dette i fjerde trinn.

Intervjuene ble gjennomført profesjonsdelt. Etter å ha utført anonymisering og transkripsjon (punkt 2, figur 1) ble data fargekodet etter hvilken profesjon det tilhørte, og sammenstilt til ett dokument (punkt 3, figur 1). Deretter leste jeg gjennom intervjuene flere ganger for å bli godt kjent med innhold (punkt 4, figur 1). Jeg laget så en matrise basert på konstruksjonene og faktorene fra rammeverket til Damschroder et al. (2009) (punkt 5, figur 1). Dette dokumentet ble fire A3-sider langt i breddeformat. Her satte jeg inn setninger som inneholdt meningsbærende elementer ut fra det jeg hadde spurt om i de ulike konstruksjonsgruppene (punkt 6, figur 1). Da dette var gjort, viste matrisen nokså raskt hvor jeg hadde fått lite eller mye data. På grunn av fargekodene kunne jeg gjennom hele prosessen se hvilken profesjon dataene kom fra. Jeg gjorde en sammenfatning under hver konstruksjon fra rammeverket (CFIR) med meningsbærende utsagn slik at det ble tre ulike oppsummeringer, en fra sykepleiergruppen, en fra legegruppen og den siste fra ledergruppen (punkt 7, figur 1). Disse kunne videre sammenlignes for å se etter ulikheter (punkt 8, figur 1). Jeg gikk deretter tilbake til intervjuene for å se om disse oppsummeringene jeg hadde sammenfattet, stemte med utsagnene og meningene i intervjuene (punkt 9, figur 1). Dette ble valideringen jeg gjorde med tanke på analyseprosessen og som er et ledd i den fjerde prosessen i analysemodellen fra Malterud (2012). Med tanke på forskningsspørsmålet ble konstruksjoner med godt datagrunnlag tatt med videre for å presenteres i oppgaven (punkt 10, figur 1). Området med lite data på (lite representativt grunnet få utsagn) ble ikke tatt med videre i presentasjonen av funnene.

Figur 1 på neste side tas med for å gi leseren en skjematisk fremstilling av analyseprosessen, dette i den hensikt å gjøre det lettere å følge prosessen jeg har benyttet.



Figur 1 Analyseprosess

Forskningsetikk og godkjenninger

Denne masteroppgaven inkluderer en kvalitativ og en kvantitativ studie og er som all annen forskning underlagt forskningsetiske prinsipper. En forskningsprosess og dens utførelse vil reise spørsmål forskeren må ta stilling til, og handler tradisjonelt om fire områder: fortrolighet, konsekvenser, forskerens rolle og informert samtykke, ifølge Kvale et al. (2015, s. 102). Ifølge Jacobsen (2015, s. 46-47) har det for Norge vært tre krav som har vært gjeldende for forholdet mellom forsker og forskningsobjekt. Dette er krav om å bli korrekt gjengitt, informert samtykke og krav til privatliv. Jacobsen legger også til at nyere forskningsetikk inkluderer Kant sitt grunnleggende humanistiske perspektiv om å ikke skade andre eller ville dem vondt. Dette er prinsipper jeg fortløpende har vurdert og forholdt meg til.

Studien min ble vurdert av NSD – Norsk senter for forskningsdata AS (vedlegg 5) med saksnummer 960914. Etter vurdering av NSD ble den også vurdert av forskningsavdelingen ved Helse Fonna (vedlegg 6), saksnummer 2020/6744-455/2021. Hver enkelt informant fikk skriftlig informasjon i samtykkeerklæringen (vedlegg 2) om hvilke rettigheter de hadde, samt hvordan personopplysninger og anonymitet ville bli ivaretatt. Personopplysninger samt tilhørende opptak ble slettet som angitt i søknadene til NSD. Transkripsjon og gjengivelse av sitater er gjort etter beste evne for å bevare meningen i det som ble sagt. Jeg har ikke handlet på oppdrag fra arbeidsgiver, men selv tatt initiativ til problemstilling og undersøkelse og har derfor ikke hatt noen agenda eller noe ønske om et bestemt resultat. Det har heller ikke vært noen form for involvering fra arbeidsgiver i prosessen. Dette er på generelt grunnlag forhold som kan virke inn på troverdigheten til meg som forsker og gyldigheten av resultatet.

Ingen deler av de kvantitative dataene har inneholdt personopplysninger på noe tidspunkt.

Reliabilitet

Reliabilitet i forskning er noe forskeren må argumentere for i utviklingen av data. Dette gjøres for å styrke verdien av resultatene samt overbevise den kritiske leser om kvaliteten av arbeidet, ifølge Thagaard (2018, s. 188)

I den kvantitative delen har jeg gjennomført kjøring av standard rapporter/spørringer selv. Dette ble så kontrollert opp mot tidligere rapporterte data fra merkantilt personale. Ved uthenting har jeg skrevet ned fremgangsmåten slik at jeg sikret å gjøre det likt for hver rapport som ble tatt ut. Tallene ble lagt inn i regneark og dobbeltsjekket for eventuelle inntastingsfeil. Gjennomføringen av beregninger i statistikkprogrammet er utført selvstendig, men fremgangsmåte og resultat er anbefalt og kontrollert av veiledere med kompetanse på området.

Svakheter med denne metoden kan oppstå ved feil i rapporten som henter ut tall fra databasene. Det må antas at en liten prosentandel av registrerte strykninger inneholder feilregistreringer, og da med tanke på angitt strykningsårsak. I tillegg kan det være organisasjonsendringer som ikke har blitt inkludert ved uthenting av data. En annen svakhet er feil ved overføring og behandling av tallmateriale fra rapporter til egne analyser og utregninger.

For den kvalitative delen har jeg valgt å ikke gjøre en reliabilitetstest av transkripsjonen, som innebærer at to personer gjør en uavhengig transkripsjon for så å se på ulikheter etterpå. Dette ble for ressurskrevende. Jeg har heller valgt å benytte et dataprogram hvor jeg kunne justere hastigheten ned på intervjuene og slik fikk fanget opp alle detaljene som ble sagt. I etterkant av transkripsjonen lyttet jeg gjennom intervjuet en gang til i normal hastighet samtidig som jeg leste teksten for å sikre at jeg hadde gjengitt ord og mening så presist som mulig. Ved analyse har jeg sett på den nye tolkningen i lys av intervjuene for å sikre at dette ikke avviker eller kommer ut av kontekst. Siden jeg selv er en kollega av informantene, kan dette ha påvirket hvilke data informantene har kommet med i frykt for at kritiske vinklinger ville bli gjenkjent eller komme informanten til last ved fremtidige situasjoner. I intervjusammenheng har jeg derfor vært nøye med å påpeke anonymiseringen av dataene og at jeg som forsker ønsket at de skulle svare så oppriktig som mulig.

Validitet

For validering av kvantitative data skriver Jacobsen (2015, s. 358) om kausal feilslutning. Dette er feil som gjøres ved å forveksle sammenhenger og samvariasjon. Dette betyr at man tolker feil mellom hva som er årsak og virkning, og skjer når vi tror to variabler henger sammen, uten at de gjør det. Det kan også gjøres feil ved den eksterne gyldigheten til de kvantitative dataene. Dette handler om at utvalget kan være skjevt, og at konklusjonen som trekkes ut, gjøres på feil datagrunnlag. I tillegg behøver ikke utvalget å være representativt hvis slutninger generaliseres til større populasjoner (Jacobsen, 2015). T-testen som jeg har brukt i denne studien, er ment å vise at forskjellen i gjennomsnittet statistisk sett før og etter implementering høyst sannsynlig også er reelt i populasjonen. Ved feil i utvalg vil også tolkningen av resultatet bli feil (Jacobsen, 2015, s. 370). Underveis i gjennomføringen av t-testen kan også tekniske feil gjøres og medføre beregningsfeil.

Den interne validiteten av de kvantitative dataene omhandler i hvilken grad måleapparatet brukt for uthenting av data har levert det som var etterspurt (Jacobsen, 2015, s. 351). I denne studien ble det benyttet standardrapporter laget av leverandør av DIPS. For å sikre at rapportene viste nøyaktige tall, ble det tatt ut tall for enkelte dager. Deretter ble det foretatt en manuell opptelling av antall strykninger samt hvilken strykningsårsak for å sjekke at disse tallene stemte overens. I tillegg ble rapportene tatt ut for hele år sammenlignet med rapporter tatt ut av merkantilt personell som leverer driftsdata til kvartalsvis rapportering for ledelse og helsemyndigheter.

Merkantilt personell hadde gjort etterregistreringer og korrigeringer av data relatert til strykninger og årsakskoder. Dette hadde ikke innvirkning på tallene tatt ut for denne studien, da det ble sjekket at denne type etterarbeid var utført for de aktuelle tidspunktene rapportene omfattet. Den ytre validiteten omhandler ifølge Jacobsen (2015, s. 351) hvor generaliserbare dataene er for den øvrige populasjonen. Siden dette er driftsdata hentet ut for en bestemt avdeling, vil dette være et speilbilde av virkeligheten for nøyaktig denne populasjonen så sant rapporten stemmer. Sammenlignet med andre tilsvarende avdelinger i andre foretak vil tallene etter all sannsynlighet variere mye. Dette kan forklares med at mange faktorer virker inn på hvor godt en avdeling driftes, og hvor god planlegging som gjøres. Alle strykningsrapporter som sendes inn til offentlige registre, viser statistikk per sykehus eller foretak, ikke bestemte avdelinger. Av den grunn kan ekstern validitet være vanskelig å vurdere på dette punktet. Feil i utvalg er som tidligere beskrevet også en feilkilde opp mot ekstern validitet. En antakelse i studien er at de fleste som har blitt operert på sentraloperasjonen, har vært prevurdert med den gamle og den nye modellen. Her kan det være avvik i større eller mindre grad og medføre årsak til feilkilde.

Thagaard (2018, s. 189) skriver at validitet kan presiseres som at de tolkningene vi kommer frem til, er gyldige for det vi har studert, og videre at dette kan styrkes ved å gå kritisk gjennom analyseprosessen. Bukve (2016, s. 99) uthever også viktigheten av at man skal kunne trekke slutninger ut fra dataene på tilsvarende fenomen, og at hvis dette ikke er mulig, vil undersøkelsen ha lav validitet. Han trekker frem tre ulike krav til validitet: konstruksjonsvaliditet, intern og ekstern validitet. Med konstruksjonsvaliditeten definerer han om dataene måler det man i teorien ønsker å måle. Videre beskriver han intern validitet som hvor godt man evner å konkludere årsakssammenhengene fra materialet man besitter. Den eksterne validiteten beskriver han ut fra hvor godt overførbare og representative dataene vil være for å gjelde tilsvarende fenomen (Bukve, 2016, s. 99-100). I denne studien har det teoretisk rammeverk CFIR av Damschroder et al. (2009) blitt benyttet i utarbeidelsen av intervjuguiden. Ved å bruke rammeverket som utgangspunkt for spørsmålene var målet å treffe mer nøyaktig på de faktorene som ville gi best mulig svar på problemstillingen. Mer konkret vil konstruksjonsvaliditeten dermed handle om hvor godt spørsmålene evner å fange opp det problemstillingen etterspør. Med bakgrunn i teorien og de ulike faktorene som var utgangspunktet for intervjuguiden, har jeg for hvert punkt formulert spørsmål som skal forsøke å besvare i hvilken grad den gjeldende faktoren har vært hemmende eller fremmende i implementeringen av anestesipoliklinikken. I tillegg handler validitet om å validere eller

kontrollere gjennom hele forskningsprosessen de feilkilder som kan finnes. Forskeren skal stille seg kritisk til funnene og om tolkningene understøttes av etablerte teorier (Thagaard, 2018). Dette har vært et fokus gjennom hele studien og spesielt i funn og diskusjonsdelen. Den interne validiteten i mitt prosjekt baseres på om jeg finner gode argumenter som kan styrke sammenhengen mellom teorien jeg har valgt, og empirien jeg har fått fra dataene. I diskusjonsdelen er derfor eksempler og sitater knyttet opp mot de ulike teoriene for å styrke validiteten i funnene og konklusjonene. Til slutt vil den eksterne validiteten si noe om de slutningene jeg drar, er representative for tilsvarende fenomen, og om slutningene er generaliserbare.

Ved å kombinere kvantitativ og kvalitativ metode mener jeg å ha utnyttet mulighetene best mulig for å kunne besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene samt å styrke validiteten av funnene. Dette understøttes i artikkelen av Johnson et al. (2007, s. 129) og i boken av Bukve (2016, s. 147).

Funn

De kvantitative og kvalitative funnene blir presentert hver for seg. I diskusjonsdelen vil jeg flette funnene sammen og se dem i lys av hverandre ut fra teorien.

Kvantitative funn

I diagram 1 vises den totale strykningsprosenten månedsvis for hele 6-årsperioden (84 md.) for heldøgns pasienter ved Haugesund sykehus. Totalt omfatter dette over 17 406 oppmeldte pasienter, hvorav 1255 ble strøket. Den røde vertikale linjen indikerer dato for oppstart av anestesipoliklinikken. Grafen indikerer en stor spredning i strykningsprosenten. Totalt sett ses det noe nedgang fra starten og til slutten.

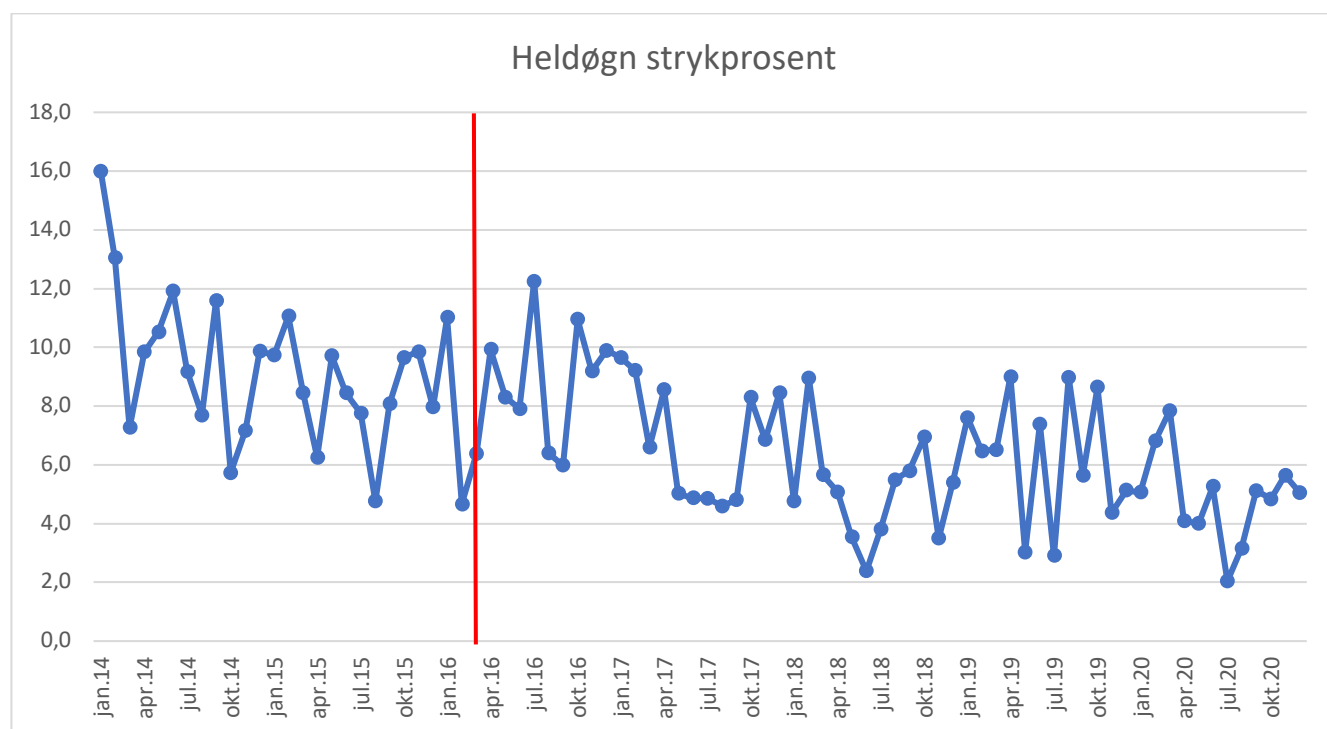


Diagram 1 Heldøgn strykprosent

Diagram 2 under viser gjennomsnittlig strykprosent i perioden fra 1. januar 2014 til 29. februar 2016 og fra 1. mars 2016 til 31. desember 2020. For å illustrere differansen vises en stolpe med reduksjonen.

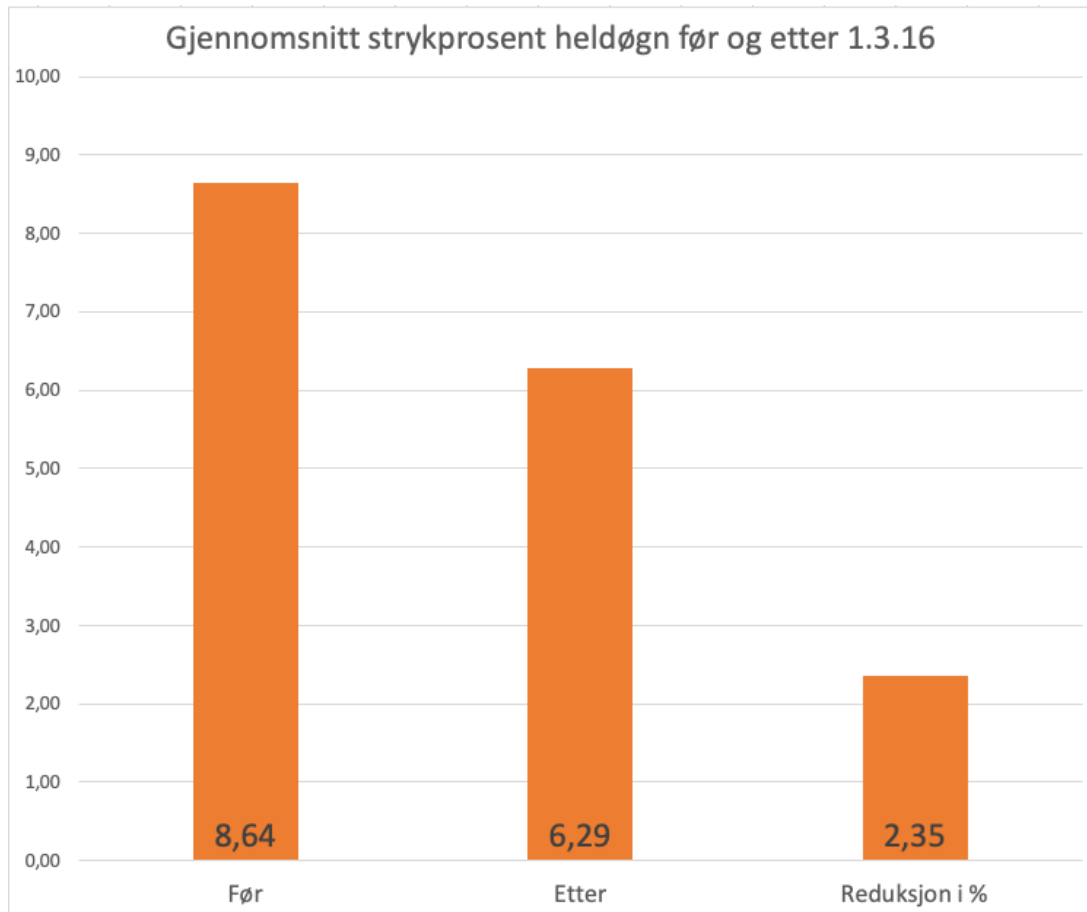


Diagram 2 Gjennomsnittlig strykprosent

I tabell 1 representerer 0-gruppen (før implementeringen) strykningstall fra 1. januar 2014 til 29. februar 2016 og 1-gruppen (etter implementeringen) strykningstall fra 1. mars 2016 og ut desember 2020. Gjennomsnittsverdien i 0-gruppen er 8,6 % og for 1-gruppen 6,3 %. «N» representerer her antall måneder hver gruppe inneholder. Differansen er 2,35 %.

	V5	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
u (stryk)	0	26	,086416031	,019972585	,003916946
	1	58	,062891938	,022658468	,002975203

Tabell 1 Gjennomsnittsverdien før og etter implementering

I tabell 2 vises $p \leq 0,01$, altså er forskjellen i strykningsprosent før og etter 1. mars 2016 signifikant.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
u (stryk)	Equal variances assumed	,722	,398	4,557	82	,000	,023524094	,005162720	,013253798	,033794389
	Equal variances not assumed			4,783	54,249	,000	,023524094	,004918770	,013663591	,033384596

Tabell 2 Students t-test

Jeg kan ut fra dette funnet si at det har vært en statistisk signifikant nedgang i strykningsprosenten etter at anestesipoliklinikken ble opprettet, sammenlignet med de drøye to årene før implementeringen.

Diagram 3 viser en oversikt over gjennomsnittlig antall strykninger per måned fordelt på årsak for heldøgnspatientene ved Haugesund sykehus før og etter implementering. Den mest fremtredende årsaken var «Ikkje ferdig utreda/førebudd til operasjon». Denne årsakskoden må ses i sammenheng med årsakskoden «Ikke medisinsk klargjort» fordi begge disse kodene er årsaker som relaterer til det arbeidet som blir utført på anestesipoliklinikken. De to strykningskodene til sammen utgjør en relativt stor gruppe.

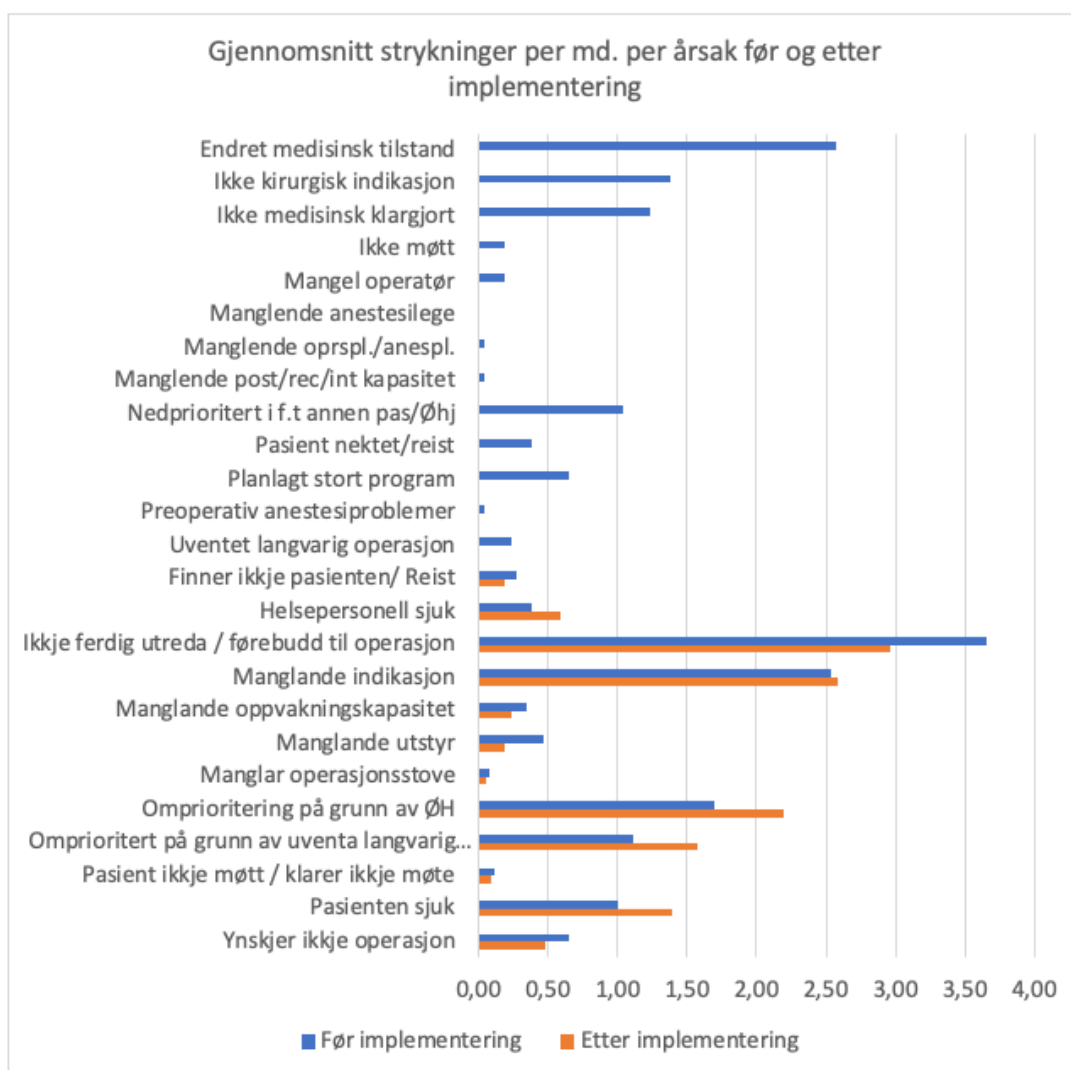


Diagram 3 Gjennomsnitt strykninger og årsak før og etter

I diagram 4 vises gjennomsnittlig antall strykninger for strykningskodene «Ikkje ferdig utreda/førebudd til operasjon» og «Ikke medisinsk klargjort» før implementering og «Ikkje ferdig utreda/førebudd til operasjon» etter implementeringen. Blå gruppe hadde 127 strykninger fordelt på 26 måneder. Den oransje gruppen hadde 172 strykninger fordelt på 58 måneder.

Ett av målene med opprettelsen av anestesipoliklinikken var å legge om organiseringen av den preoperative vurderingen for å klargjøre pasientene bedre før operasjon. Selv om andre grunner til strykninger faller inn under samme strykningskode, vil hovedvekten av disse årsakene fanges opp på anestesipoliklinikken. Resultatet under viser at det på disse to strykningskodene er en differanse på 1,9 pasienter i gjennomsnitt per måned som ikke blir strøket. I gruppen før

implementering ble 4,9 pasienter strøket per måned, og etter implementering ble 3 pasienter strøket i gjennomsnitt per måned med disse årsakene.

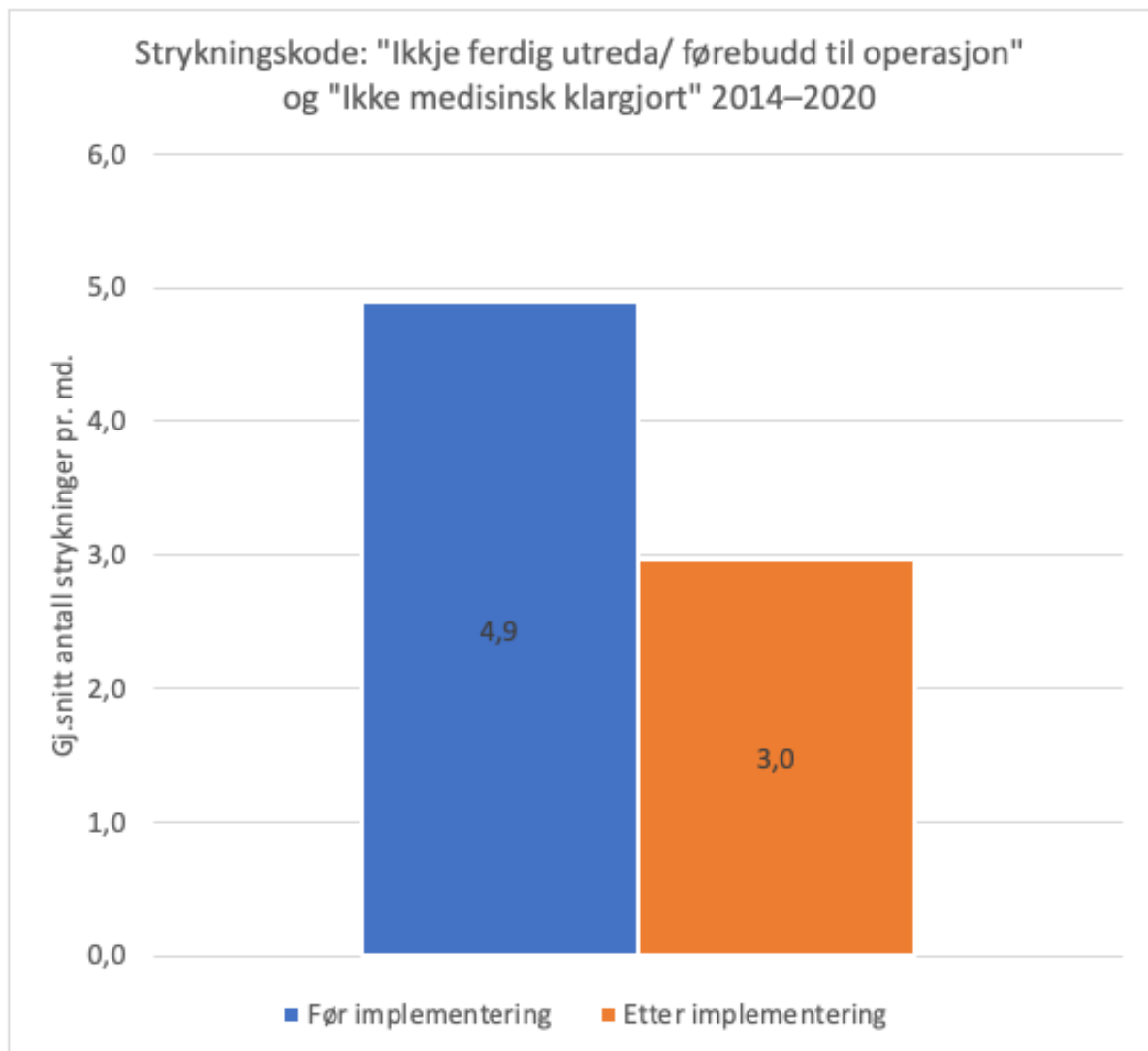


Diagram 4 Summerte strykningskoder før og etter

Kontrolldiagrammet (diagram 5) viser den totale strykningsraten som blå linje for heldøgnspasienter for sentraloperasjonen over tidsperioden januar 2014 til desember 2020.

- Sammenlignes kontrollgrensene, er variasjonen større før implementering enn etter endringen.
- Sammenlignes gjennomsnittlig strykningsrate før og etter implementering i mars 2016, observeres en tydelig nedgang, her vist med rød linje (\bar{u}).

- Ingen av målingene treffer kontrollinjene, noe som tilsier at variasjonene er innenfor statistisk normalvarians.
- En viktig observasjon er forholdet mellom den røde linjen (\bar{u}) og strykraten (u) over tid. Etter omtrent ett år etter implementering faller strykraten sammenlignet med tiden før og holder seg lav. Helt mot slutten faller den ytterligere.
- De ni siste målingene ligger under den gjennomsnittlige strykningsraten. Ifølge Nyen (2009, s. 21) vil det derfor foreligge en spesiell variasjon, noe som indikerer at det har skjedd en endring.

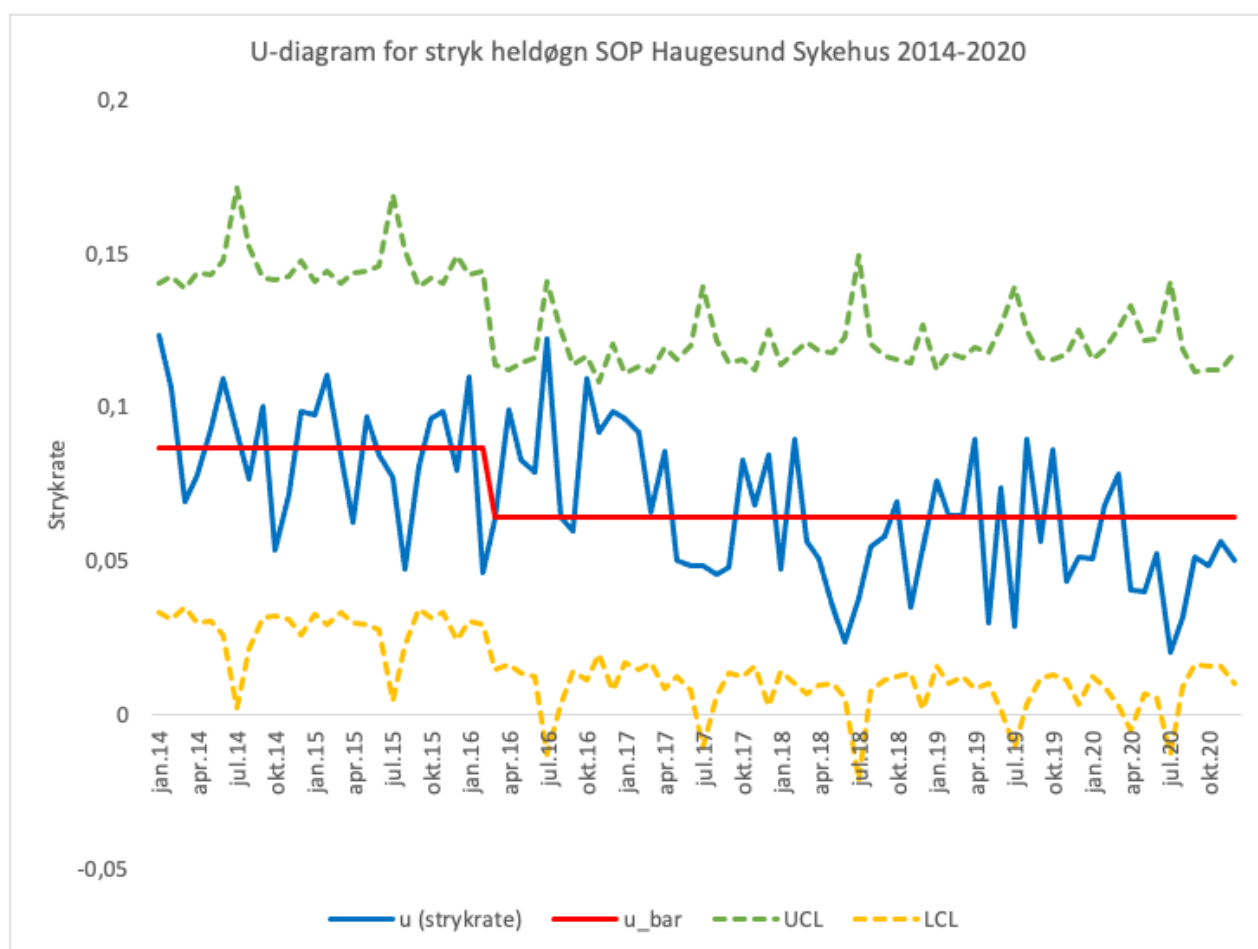


Diagram 5 U-diagram for stryk

Kvalitative funn

I dette kapitlet presenterer jeg funnene med bakgrunn i de overordnede konstruksjonene fra artikkelen til Damschroder et al. (2009). I tillegg har jeg hentet ut de meningsbærende dataene fra hver konstruksjon og laget en tematisk overskrift. Eventuelle navn er anonymisert.

Intervensjonskarakteristikk

Videreutvikling av gammelt konsept

I løpet av intervjuene kommer det frem at i 90-årene ble prevurdering av pasienter utført av anestesisykepleiere. På et eller annet tidspunkt ble dette overtatt gradvis av anestesilegene. Nå har det gått mange år, og arbeidsoppgavene vender tilbake til anestesisykepleierne. Implementeringen av anestesipoliklinikken er av den grunn historisk sett en videreutvikling av et gammelt konsept. To informanter uttalte følgende:

Informant 1: «... tok opp igjen en tradisjon som tidligere var her [...] på 90-tallet så gikk sykepleierne ganske mye visitt på de friske pasientene ASA 1 og 2.»

Informant 2: «Det er som du sier, at man fikk tatt litt tilbake det man hadde før.»

Drivkraften for å gjøre en endring har muligens andre årsaker. Hos alle tre intervjugruppene ble bakgrunnen for implementeringen angitt å være noenlunde de samme: reduksjon av arbeidsbelastning på vakt for anestesilegene, en bedre organisering av prevurdering av pasienter til operasjon samt samkjøring med andre avdelinger. En bedre organisering utdypes av informantene med at pasientene skulle bli tidligere prevurdert, slik at tilleggsundersøkelser kunne bli gjort ved behov. På denne måten trodde man at strykprosenten kunne reduseres. I tillegg ville en samkjøring med avdelingene medføre at pasientene kunne komme til anestesipoliklinikken, som var en drop-in poliklinikk, den dagen de var til vurdering av kirurg og det ble bestemt operasjon. Anestesilegene trekker også frem mangelfulle prevurderinger hvor tilleggsundersøkelser manglet, og hvor man så seg nødt til å stryke pasienten. En anestesilege uttalte følgende:

Bakgrunnen for implementering var at vi som da gikk vakt, måtte gå rundt kanskje og se på 25–30 pasienter på en kveld. [...] Det førte til at det ble mye strykninger på grunn av at ... altså ... vi fant ting som ikke var oppdaget tidligere.

Det ble innhentet erfaringer og ideer fra andre helseforetak ved hjelp av hospitering. Dette ble så brakt tilbake og modifisert til den «lokale» ideen. I tillegg var det andre prosjekt i organisasjonen som jobbet med omorganisering av drift i forbindelse med bygging av nytt sykehusbygg, deriblant oppmøte samme dag for operasjonspasienter. Av den grunn ville ikke den gamle modellen med prevurdering kvelden før kunne gjennomføres.

I tillegg var anestesisykepleierne planlagt inn som en del av poliklinikken. Lederne som ble intervjuet, nevner dette med å flytte arbeidsbelastning og jobbglidning som noen av årsakene. Ledelsen var klar over den store arbeidsbelastningen for anestesilegene på vakttid, hvor akuttberedskap og drift på operasjonsavdeling og intensiv måtte avvikles samtidig som prevurderingene av neste dags pasienter måtte gjennomføres. Ved å flytte dette til dagtid samt involvere anestesisykepleierne i driften av poliklinikken kunne man lette vaktarbeidet for anestesilegene. Dette medførte at ledelsen måtte omdisponere bruken av en anestesisykepleier daglig for å drifte poliklinikken. Ut fra informantenes besvarelser fremgår det at det ikke ble tilført ressurser for å utføre denne ekstra oppgaven. Men oppgaven hadde en tydelig interesse hos gruppen. En informant uttalte følgende: «*Det falt jo i veldig god jord hos sykepleierne for å si det sånn [...], en får en tettere oppfølging på en måte av de pasientene man skal ha.*»

Konseptet som eksisterte før implementeringen, fungerte ikke tilfredsstillende. Det ble beskrevet som rotete og ugunstig for pasienter og vaktpersonalet. Lokalisasjonen av poliklinikken var et stykke fra operasjonsavdelingen og ble bemannet av sykepleiere fra kirurgisk poliklinikk. Disse sykepleierne deltok ikke i selve vurderingen, men sørget kun for å legge til rette for anestesilegen. Det var angivelig ikke alle avdelingene som benyttet seg av denne ordningen. Kirurgene hadde heller ikke særlig fokus på dette, og det medførte derved at en del pasienter ikke fikk noen tidlig vurdering. Tidsperspektivet fra vurdering til operasjon kunne være varierende også. Ifølge informantene ble den nye organiseringen delvis basert på ideer hentet fra andre sykehus, men tilpasset den ideen som lå til grunn for prosjektet. Det ble utført hospitering på andre sykehus for å se hvordan preoperative vurderinger ble utført der. Slik dette ble tenkt gjennomført i Haugesund, ville ikke være tilsvarende som hos andre sykehus. Det ble også oppdaget at ingen andre sykehus drev slik Haugesund hadde hatt det, en informant uttalte: «*Jeg tror ikke det var noen sykehus som vi visste om som holdt på på den måten som vi gjorde det, at vakthavende skulle se på pasientene.*» Nå skulle anestesisykepleierne ta over den jobben som sykepleierne fra kirurgisk poliklinikk hadde gjort. Men de skulle i tillegg læres opp av anestesilegene til å utføre vurderinger på ASA 1- og

2-pasienter. Dette mente informantene kunne være en fordel fordi det ville avlaste anestesilegene. I tillegg ble det hevdet at anestesisykepleierne var mer prosedyrestyrt, og at dette kunne sikre at jobben ble gjort bra. Som hjelp til arbeidet for sykepleierne skulle det lages en rutine som beskrev hva sykepleierne kunne gjøre selv, og når anestesilegen måtte tilkalles. En anestesisykepleier begrunnet dette på følgende vis: *«bedre at anestesisykepleierne gjør det fordi for det første så er vi veldig nøye [...] og så er vi veldig prosedyrestyrte på godt og vondt.»*

Tro på ideen

Under de første intervjuene ble det tidlig klart at særlig en person hadde vært en motivator og pådriver for å få gjennomført ideen om en ny type anestesipoliklinikk. Etter hvert smittet dette engasjementet over på kolleger. Hospitering og idéhenting fra andre sykehus medførte en stigende tro på at tilsvarende kunne la seg gjennomføre lokalt. En informant uttalte blant annet etter spørsmål om hvor ideen kom fra: *«Vi hadde vel hørt litt om andre sykehus som hadde poliklinikk [...], noen anestesisykepleiere som hadde reist der [...], ble vi vel litt inspirert av det, tror jeg. Så var det ikke så vanskelig å be om å diskutere gjennom dette.»*

At anestesisykepleierne skulle involveres i driften og prevurderingen av pasientene, angir informantene at møtte noe motstand eller skepsis blant anestesilegene. Ut fra intervjuene går det frem at prosjektledelsen var lite urolig for dette og derimot mente at det var en fordel å ha anestesipersonell som til daglig inngikk i operasjonsdriften og visste hva man så etter ved prevurdering. Ledelsen hadde også tro på dette og omdisponerte ressurser til arbeidet: *«Det var absolutt noe vi hadde troen på og var gjennomførbart, ja.»* Dette medførte at prosjektet kunne gå videre. En informant sa følgende: *«Så det var egentlig, når avdelingslederen på anesthesi og avdelingssykepleieren fant ut at man kunne bruke litt ressurser, så var det egentlig lett å gjennomføre.»* Det ble hengt opp liste og sendt ut e-post med forespørsel om hvem som kunne tenke seg å være med på dette. Etter kort tid hadde man mange nok til å kunne starte opp.

Noen informanter angir at det underveis var utfordringer og startvansker av varierende karakter. Til dels var dette praktiske utfordringer med tanke på bemanning. Men det var også utfordringer knyttet til om avdelingene hadde klargjort pasientene før oppmøte på anestesipoliklinikken. Det ble tatt noen runder med rutinerevidering og kommunikasjon mellom anestesipoliklinikken og de tilstøtende avdelingene. Måten å gjøre dette på medførte ifølge informantene at veiene ble litt til etter hvert, og at prosedyrene også ble til ut fra erfaring og behov. Ikke alle planene for

anestesi poliklinikken lot seg gjennomføre. Informantene angir at det var tenkt at de som hadde prevurdert pasientene, også var de som skulle ha pasienten på operasjonsstuen i etterkant. Men det ble for vanskelig organisatorisk. Lokalene begrenset også noe i starten, og det ble nødvendig å gjøre justeringer på det.

Motivasjon i organisasjonen

På spørsmål om prosjektet var begripelig og mulig å gjennomføre, svarte alle tre intervjugrupper ja på dette. Selv om ikke alle anestesisykepleierne ga uttrykk for å vite nøyaktig hva de hadde blitt med på, eller hvordan det ville bli, var det bare et fåtall som trakk seg fra prosjektet. «*Tror ikke jeg forstod all tankegangen rundt det*», uttalte en anestesisykepleier som hadde vært med i prosjektet hele tiden. Ut fra en sammenligning av besvarelsene fra sykepleierne og legene virket motivasjonen å være størst hos legene på dette punktet. Gjennom en årrekke hadde klinikere sett problemstillingen med både dårlig forberedte pasienter samt strykninger fordi pasientene ikke var medisinsk klargjort. Det ble i intervjuene nevnt av flere arbeidsgrupper at man trodde en bedre forberedt pasient ville medføre færre strykninger operasjonsdagen. Slike strykninger skulle forhindres ved hjelp av tidligere prevurdering. En større forutsigbarhet for pasientene, operatørene og anestesipersonalet var en viktig faktor. Anestesilegene ga sterkt uttrykk for at dette måtte på plass. Ledelsen var av samme formening, med de hadde også bekymringer med tanke på ressurs spørsmålet.

Lederne påpekte spesielt troen på en gevinst ved implementering, og det var noe som ble påpekt for ledere på høyere nivå. Legene nevner også dette med gevinst hvor de relaterer det til redusert arbeidsmengde på vakt samt bedre vilkår for prevurdering og at dette vil medføre flere opererte pasienter. Prosjektleder for implementeringen hadde ifølge samtlige grupper en iverende motivasjon og pågangskraft for å få dette til. Engasjementet til vedkommende ble nøkternt og saklig formidlet i organisasjonen og spredte interessen for implementeringen i omgivelsene. Alle hadde lyst å få dette til. De som ble med i prosjektet fra anestesisykepleierne, hadde meldt seg frivillig til å delta. Dette angir informantene var på grunnlag av at de oppfattet det som spennende, at man fikk være med på noen nytt, og at det var snakk om kompetanseglidning. Og som en av informantene uttaler:

Dette har jo vært på en måte positivt for anestesisykepleierne, for det har vært en jobbglidning. Fra legene til sykepleierne. At vi har fått den tilliten til å gjøre den jobben som egentlig de alltid har gjort før. Og det ser jeg på som positivt for faget vårt.

Ressurseffektiv løsning

På spørsmålet i hvilken grad ideen om anestesipoliklinikken kunne kopieres inn i egen organisasjon, svarte anestesisykepleierne at de oppfattet det som at man satte i gang og tilpasset underveis. Det ble ikke brukt noe særlig tid eller krefter på å gjøre undersøkelser eller piloter før man satte i gang: «*Det var liksom hvis ... da avdelingssykepleier på anestesien fant ut at det var en sykepleier tilgjengelig, og de klarte å organisere det, så var det egentlig lett å starte opp. Noen mer utredning ble det ikke gjort.*» uttalte en av prosjektlederne. For sengepostene hadde det angivelig vært en større endring med tanke på rutiner og oppgaver slik at pasientene skulle få gjort alt de skulle før de kom til anestesipoliklinikken. Legene svarte at det ikke var den store endringen for dem å legge om til den nye driften. De mente endringen var størst for anestesisykepleierne. Den nye driften var i tillegg en minimumsløsning som var minst mulig ressurskrevende. Det startet i det små, men hadde mulighet for å ekspanderes. «*Vi valgte en løsning som var minst mulig ressurskrevende [...], vi gikk for en minimumsløsning der vi satte av tre timer til dagen og håpet og fikk se hvordan det gikk.*» Når det gjaldt utstyr, ble brukte ting hentet opp fra kjelleren på sykehuset, for eksempel stoler og bokhyller. Lokalene var møterom som på kort tid ble omdisponert til poliklinikk deler av dagen. Ett av disse lokalene var svært trangt, men ble likevel brukt i mangel av noe bedre.

Ytre faktorer

Gevinst ved implementeringen

Til spørsmål om de ytre faktorene og hva som hemmet og fremmet implementeringen, svarte informantene blant annet at andre avdelinger så en gevinst med prosjektet. Konsekvensen av dette mente informantene var at disse avdelingene bidro til prosjektet i større grad. Medisinske avdelinger var tidlig ute og så fordelene. De kunne spare en innleggelse fordi den gamle rutinen var at pasientene ble innlagt dagen før for blant annet å bli tilsett av anestesilegen. Nå kunne pasientene få gjort unna alt forarbeidet noen uker før og så bare møte opp på selve operasjonsdagen. Dette var veldig interessant blant annet for barneavdelingen:

En av tingene som nok bidrar til at det var lettere å få medisinsk avdeling med på dette, og barneavdelingen [...], var en gulrot for medisinen å slippe å journalskrive og legge de inn ved å gjøre det på denne måten. Da kom de som dagpasienter. Det lettet gjennomføringen [...], så med en gang noen ser en gevinst i noe, da er det mye lettere å få det til å gli.

Dette var også noe som forplantet seg til kirurgene, de hadde et ønske om å redusere strykninger på operasjonsprogrammet. Prosjektet var derfor noe de anså som en mulig medvirkende faktor til dette. Dette var ikke like lett, ifølge informantene. Det skulle gå noen runder og måneder før man fikk kirurgene til å melde pasientene tidsnok opp til operasjon og sende dem til anestesipoliklinikken. En informant svarte følgende på spørsmålet rundt hemmende faktorer: «Ja, kanskje litt at kirurgene meldte pasientene til operasjon litt i siste liten. Sånn at de da ikke fikk komme til poliklinikken.»

Skepsis

Utenfor prosjektgruppen fantes det en viss grad av skepsis til at anestesisykepleierne skulle gå inn i en ny rolle som tidligere var besatt av en anestesilege. Dette bekreftes av informanter fra både lege- og sykepleiergruppen. Anestesisykepleierne hevder at noe av dette smittet litt over på dem, og at de opplevde seg som uglesett. De legene som var skeptiske, opplevdes heller ikke å ha bidratt i like stor grad som andre leger på poliklinikken. Det følte derfor ikke så lett å overta arbeidet som tidligere var anestesilegene sitt, og sykepleierne var av den grunn redde for å gjøre feil og bli hengt ut i legegruppen.

Bemanning

Den generelle bemanningsfaktoren (ikke bare innad i prosjektet) fremhever informantene fra ledelsen som en ustabil faktor. Den angis å ha vært svingende og at bemanningen av poliklinikken flere ganger har stått i fare for å falle bort. Poliklinikken angis likevel å ha vært svært høyt prioritert, da frafallet av tilbud ville få store konsekvenser for pasientene og personalet. At andre oppgaver har blitt prioritert bort, har man måttet akseptere. Det har blant annet ifølge informantene vært færre løse anestesisykepleiere til å understøtte driften på sentraloperasjonen. I tillegg angir anestesilegene at de har vært i en skvis mellom å prioritere driften på operasjonsstuene og på poliklinikken. Da ble stort sett driften på operasjonsstuen

prioritert. Dette medførte ifølge både anestesisykepleierne og legene at ventetiden på anestesipoliklinikken gikk opp, noe de ansatte opplevde som frustrerende.

Nasjonale og lokale trender

Ifølge informantene fra anestesilegene har administrasjon og ledelse de senere årene blitt stadig mer opptatt av å redusere tiden pasientene er innlagt. Dette er også noe informantene hevder har vært, og ennå er, en drivende kraft for sengepostene. For eksempel nevnes det andre prosjekt som har hatt til hensikt å redusere liggetiden for pasienter på sykehuset, samt at pasienter skal raskere gjennom systemet. Informantene fra ledelsen nevner viktigheten av anestesipoliklinikken hvis man skal klare å oppnå målene satt lokalt for at flere skal møte samme dag de skal til operasjon. Alle informantgruppene nevner spesielt strykningsprosenten som en faktor det har vært stor oppmerksomhet rundt. Det angis å ha vært høye verdier og at ønsket var å få redusert dette. Noen av informantene trekker frem at dette er en kvalitetsindikator, og at man gjerne ønsker å holde seg under en viss prosent. I tillegg trekkes det frem å ha vært et ønske i mange år nasjonalt og internasjonalt å gjøre mer dagkirurgi, samtidig som man går bort fra å legge pasientene inn før man gjør alle undersøkelsene. Dette begrunnes med at man ikke okkuperer senger. Flere informanter fra alle profesjoner tilkjenner å vite om myndighetenes ønske og krav for pasientdrift og hva dette vil ha å si for lokal drift. Den enkeltes bevissthet rundt dette er varierende, men når temaet kommer opp fra en, angir flere å vite om dette. Noen få virket å ha dette i fokus i den daglige driften, da særlig anestesilegegruppen. Dette begrunnes med at informantene anga å følge med på bestillingsdokumenter fra myndighetene til sykehusene og ledelsens overordnende styringsmål.

Indre faktorer

Jobbglidning

Anestesisykepleierinformantene belyser flere av de indre faktorene som kan ha fremmet og hemmet oppstarten. Og det første som trekkes frem, er utfordringen med jobbglidning. Med jobbglidning menes at oppgaver typisk tilhørende en profesjon overlates eller overtas helt eller delvis av en annen profesjon. Her var det anestesisykepleierne som skulle begynne å ta del i prevurdering av operasjonspasienter, noe som var en anestesilegeoppgave. En informant uttalte følgende om jobbglidning: «... synes at dette her var veldig spennende og hadde lyst å gå i gang med det». Men vedkommende sier videre at dette muligens var noe ledelsen oppfattet på en annen måte fordi anestesisykepleierressurser ville forsvinne fra den daglige driften. Ulike

interessekonfliktene som ville oppstå mellom ledelse, anestesisykepleierne og anestesilegene, ble påpekt: Poliklinikken skulle bemannes, men driften på operasjon måtte ha førsteprioritet. Noen ganger var det de samme folkene som skulle gjøre begge deler. I tillegg hadde man nye roller med nye arbeidsoppgaver som ikke alltid var like lette å løse på egen hånd. Ved usikkerhet og behov for hjelp ble man da nødt å springe rundt for å finne noen som kunne hjelpe de dagene den oppsatte anestesilegen ikke var tilgjengelig. Dette bedret seg angivelig etter noe tid etter hvert som de ansatte var mer kjent med rollene sine og trygge på oppgavene.

Det nevnes også en mulig interesseforskjell innad i sykepleiergruppen, hvor noen var fornøyde med de oppgavene de hadde, og noen så nye muligheter og utfordringer. En motivasjon som trekkes frem, er at man får jobbe med pasientene på en annen måte: *«Jeg synes det er kjekt å treffe folk i den settingen [...]. De ligger ikke i pyjamas under dynen. I sine egne klær i lag med pårørende.»*

Agenda og motivasjon

Profesjonene som gruppe, men også enkeltindivider, formidlet under intervjuene at motivasjonen var høy. Dette ble observert å være begrunnet med til dels sammenfallende interesser eller agendaer. En gjennomgående motivasjon var å gjøre en bedre prevurdering av pasientene for å forhindre strykninger. I tillegg var det et felles ønske å legge til rette for en bedre organisering som kunne medføre blant annet mindre ventetid for pasientene og pårørende som fulgte dem.

Ledelsen hadde et overordnet ønske om bedre organisering, pasientflyt og prevurdering av pasienter:

«Det var veldig lite tilfredsstillende slik det var før. Og da var det jo lite tilfredsstillende for pasientene også. Så jeg tenker at det var viktig både for pasientene og legene, og kanskje også for sykepleierne som fikk tilbake noe av faget sitt.»

«Grunnen var at vi skulle bedre kvaliteten vår og ikke minst få pasienten forberedt godt nok til operasjon i god tid før.»

«Vi var nede på kir pol. Vi var ikke så fornøyde med den organiseringen, ikke minst fordi vi måtte gå bort fra avdelingen. Det er litt enklere her.»

Hos anesthesisykepleierne virket mye av motivasjonen å komme fra at dette var nye oppgaver, de kunne gjøre selvstendige vurderinger samtidig med å ha tett samarbeid med lege. I tillegg var det noe annet enn å stå på stue, og det var en jobbglidning. Under intervjuene kom det frem at ingen helt visste hva de nye arbeidsoppgavene var, og hvordan dette ville slå ut for anesthesisykepleierne. Likevel var motivasjonen stor.

«Det har vært bra for sykepleierne og fordi at det har jo utviklet oss også, å se ting fra en annen side.»

«Og så synes jeg det er bra for samarbeidet mellom anestesileger og anesthesisykepleiere. Vi snakker godt i lag og at vi har et felles mål for pasientene.»

«Jeg synes at jeg som sykepleier får en god faglig utfordring ved å snakke med pasientene og skrive ned, og dette skal faktisk andre bruke. Jeg synes det er en viktig jobb.»

«Blant sykepleierne så tror jeg det var en populær ting å starte opp med. Det var mange som ønsket å bidra her.»

Motivasjonen ble oppfattet som størst hos anestesilegene, selv om engasjementet underveis i prosjektfasen ikke virket så høyt. Det var primært én anestesilege som jobbet med dette, og han konfererte med de andre ved behov. Agendaen for legene var å få en bedre fordeling av vaktarbeidet. Men de hadde også et sterkt ønske om bedre vilkår for vurdering av pasienter i form av nærhet til lokaler og drift fra anesthesisykepleiere samtidig med bedre muligheter for utredning av pasienter i forkant av operasjon.

«Viktig først og fremst for vår egen del. Men også for pasientene sin del, at de slipper å vente en hel dag kanskje bare for å få snakke med en anestesilege.»

«Så håper at det skal gi en bedre kvalitet og, men det er kanskje vanskelig å dokumentere, tror jeg. Vet ikke hvor lett det er. Men vi håper jo på det.»

«Poliklinikken var viktig for de grunner vi allerede har sagt. Ønsket om å få ned strykingsprosenten. Og så redusere arbeidsbelastningen på vakthavende.»

Lokalt styrt

Avgjørelsen om å iverksette prosjektet ble fattet av de lokale klinikerne og deres ledelse. Det hadde vært informert om planene i lederrekkene oppover. Men det ble angivelig ikke iverksatt noe på direktørnivå. En av lederne uttalte følgende: *«Altså, det er vi som har tatt en avgjørelse om at dette er noe vi vil satse på.»* Ønsket var å gjennomføre prosjektet uten å tilføre midler. Det ble uttrykt skepsis til å avvente oppstart i påvente av midler, dette var noe lokal prosjektledelse kun så som et hinder for oppstart, da disse midlene sannsynligvis ville ta tid å finne.

Det trengtes en anestesisykepleier til selve driften av poliklinikken. I avdelingen hadde man noen få løse anestesisykepleiere som hjalp kolleger på operasjonsstuer med pauseavvikling samt mindre anesthesiologiske inngrep sammen med anestesilegene. Funksjonsleder for anestesisykepleierne besluttet i samråd med seksjonsleder å omdisponere den ene løse sykepleieren til daglig drift av anestesipoliklinikken. Konsekvensene var én færre løs i avdelingen fra klokken 13.00 i starten, og senere justert til klokken 12.00, til slutten av dagvakten.

Den lokale styringen og den korte avstanden mellom prosjektledelse og avdelingsledere medførte stor fleksibilitet for hva som skulle gjøres når. Beslutninger som ble tatt, og endringer som ble gjort, kunne effektueres så hurtig som ønsket. Flere informanter trekker frem at dette var gunstig for å kunne få en rask progresjon i implementeringsarbeidet. Men også justeringer som var nødvendige, kom omtrent umiddelbart etter at det hadde blitt diskutert.

Endring for organisasjon og pasient

Informantene kunne ikke huske om det var fremsatt noen insentiv som bakgrunn for implementeringen. Men alle kunne uten videre påpeke hvem dette var viktig for. Den endringen som var på vei, var insentiv nok for deltakerne. Anestesisykepleierne nevner spesielt redusert strykning som en viktig faktor. Anestesilegene trekker frem oppmøte samme dag for pasienten som viktig, og ledelsen så endringen som en måte å forbedre kvaliteten på forberedelsen av operasjonspasienten. Men den totale organiseringen rundt det å forberede pasienten før

operasjon ble et fokus for mer enn bare prosjektdeltakerne. På grunn av endringen var det naturlig at sengepostene og poliklinikkene også måtte se på hvordan de kunne tilpasse sin drift slik at de ville få utbytte av anestesipoliklinikken. Å være med på dette ville bety at de ikke trengte å ta imot pasientene sine igjen før etter operasjonen var utført. En del av pasientene kunne få anestesitilsyn allerede da de var ferdige på poliklinikken. Andre ble kalt inn til journalopptak og anestesitilsyn etter konsultasjon på kirurgisk poliklinikk. Men felles for alle var at pasienten da ble klarert til operasjon og kunne komme direkte til operasjonsavdelingen. Etter oppholdet på postoperativ ville pasienten komme til sengepost hvor vedkommende etter planen ville bli skrevet ut når det var tilrådelig. Pasientene ville av den grunn få redusert liggetid på sykehuset samt økt forutsigbarhet og trygghet for operasjonen.

Individkarakteristikk

Frivillighet og positivitet

I forkant av prosjektet hadde det vært diskusjoner i fagmiljøet på anestesi om hvordan organiseringen rundt prevurdering eller tilsyn av operasjonspasientene kunne gjøres bedre. Løsningen som fantes, fungerte noenlunde, men den fanget ikke opp alle pasientene. Og i tillegg innebar det mye venting for pasientene og belastende arbeidsmengde for legene. Stemningen hos den enkelte lege og sykepleier for å få til en endring var av den grunn veldig positiv. Da det ble besluttet å gjennomføre prosjektet, meldte flere sykepleiere seg frivillig til å være med på dette. I løpet av prosjektet ble det også snakket på tvers av faggruppene om hva som var på gang, og hvordan dette ville bli, noe som kan ha medført en økt positivitet blant enkeltindivider til prosessen og resultatet. Men underveis i innkjøringsfasen dalte positiviteten noe blant anestesisykepleieren da de fikk kjenne på stresset av at ikke alt fungerte helt som tenkt. Legene som var satt opp på poliklinikken, ble opplevd som fraværende, og noen sykepleiere opplevde dette som problematisk. Legene, på sin side, begrunnet det med at de også hadde ansvar for en eller flere operasjonsstuer, og at det ble en samtidighetskonflikt. Det kunne derfor ta noe tid før de kunne komme og assistere på poliklinikken. Det kunne fort bli opphoping av pasienter og trangt om plassen. I tillegg hadde anestesisykepleierne behov for å avklare enkelte pasienter før de sendte dem fra seg. En informant fra legene uttalte følgende: «*Mulig at anestesisykepleierne opplevde det litt annerledes i forhold til når de ringer på den anestesilegen [...], at det er vanskelig å få tak i den legen og få den legen til å komme ut.*» En annen informant uttalte at «*det ser vi jo, noen har det kanskje 'travlere' enn andre*». Dette var en kilde til stress for begge parter. Men det er usikkert om dette påvirket positiviteten over lengre tid.

Ildsjeler i bresjen

En svært viktig faktor for igangsettelse av prosjektet var ifølge alle intervjugruppene flere ildsjeler. Felles for disse personene var at de sørget for fremgang i prosjektet og koordinerte arbeidet for å få dette til. Ifølge informantene holdt de prosjektet i «ørene», slik at man sikret progresjon og at oppgavene ble gjort. I tillegg ble det satt opp formelle og mer uformelle møter med nøkkelpersoner for å drive gjennom prosessen og gjøre avklaringer. Særlig en person går igjen hos alle informantene. Denne personen har hatt sterk motivasjon, interesse og vist nytenkning på tvers av fagnivåene. Vedkommende har ifølge informantene vært hjernen bak implementeringen og vært pådriver for å få dette til. Som flere informanter la det frem:

«Det var vel han som på en måte var motivator og pådriver til å få dette til.»

«Jeg tenker jo spesielt en av legene som virkelig har stått i bresjen.»

«For det er jo han jeg tenker som 'far' av dette her prosjektet, då.»

Informantene trekker også frem en anestesisykepleier som var med fra starten, og som hadde en sentral rolle i utarbeidelsene av elektroniske rutiner samt overfor de andre anestesisykepleierne. Disse to personene fremstår tidlig som ildsjeler i prosjektet, og de er raskt i gang med å etablere formelle rutiner og retningslinjer for driften. I tillegg jobbet de opp mot sengepostene slik at poliklinikkens hensikt og tilbud fort blir spredt til de som skal sende pasienter til poliklinikken. Denne given og dette engasjementet virket å smitte over på flere personer etter hvert. Dette medførte at flere personer ble dratt med og engasjerte seg for å gjøre poliklinikken bedre ved å jobbe med flyt og rutiner for videreutvikling av implementeringen.

Ulik dedikasjon

Informantene fremhever at de fleste i avdelingen ble opplevd som dedikert til å få prosjektet til å fungere før og under oppstartsfasen av prosjektet. Men etter hvert ble opplevelsen at dedikasjonen falt noe hos enkelte i alle grupper. Blant anestesisykepleierne var det noen som trakk seg. I tillegg kunne det virke som at noen anestesileger syntes det var et kjedelig arbeid og mer eller mindre prioriterte annen drift noe høyere fremfor å assistere på poliklinikken. Anestesisykepleierne opplevde å måtte purre gjentatte ganger før vedkommende dukket opp. Informantene fra ledelsen kunne understøtte dette og i tillegg kommentere at engasjementet

etter hvert sank hos legene. Det ble ikke sagt så mye rundt prosjektet, kun når det var ting som ikke fungerte. Ledelsen funderte på om dette kunne ha noe med at ting fungerte, at man glemte litt hvordan det hadde vært før, og at anestesisykepleierne nå hadde en rolle i driften, og at legene da ble litt tilbakelente.

I tillegg til dette var det hos enkelte anestesileger en oppfatning av at et anesthesiologisk tilsyn eller slik prevurdering var en legeoppgave. Jobbglidningen som nå skulle gjøres, falt ikke helt i god jord hos alle, og en viss skepsis over dette var absolutt til stede. Sykepleierne kunne merke dette godt, og de oppfattet derfor at noen kanskje ikke klarte å samarbeide så godt som andre leger gjorde i driften av poliklinikken. Om dette var en stille motarbeidelse eller en bevisst trening, kom ikke frem under intervjuene. Men sykepleierne la også merke til at dette gikk relativt fort over. En informant fra sykepleierne uttalte følgende:

Det var vel noen anestesileger som mente at dette var en legeoppgave. De var veldig skeptiske til at sykepleiere skulle overta det. Men så har vel de også sett hvor arbeidsbesparende det er, og egentlig at vi gjør en god jobb, og at vi spør om deres medisinske hjelp når vi trenger det.

Informantene fra anestesilegene mente at dette kunne ha med ansvarsfølelse hos den enkelte å gjøre, og at dette kunne ha vært varierende i starten. De mente at det hadde tatt to år før alle anså dette arbeidet på lik linje med annet arbeid. Ifølge anestesisykepleierne forsvant motstanden gradvis. Men de var usikre på hvor lang tid det tok.

Kommunikasjon

Fra både lege- og sykepleiergruppen kommer det frem flere steder i intervjuet at kommunikasjonen har vært god gjennom hele prosjektet. Terskelen for å ta kontakt på tvers av yrkesgruppene har vært lav. Det ble også opprettet et eget telefonnummer til den ansvarlige sykepleieren som hadde poliklinikken. Den ble betjent fra morgenen av, selv om poliklinikken ikke åpnet før 13.00, og senere 12.00. Beskjeder til ansvarlig sykepleier kunne derfor gis raskt fra poster og ansvarlig anestesilege.

En utfordring var å kommunisere med sengepostene. Da det ble gitt en beskjed, kunne denne ofte drukne i andre gjøremål, og postene glemte derfor å overbringe beskjeder. Dette resulterte

noen ganger i at pasientene ikke møtte godt nok forberedt, eller at beskjeder etter anestesitilsynet ikke ble kvittert ut. Det kunne få konsekvenser som at premedisinering ikke ble gitt, eller at legemidler ikke ble pausert tidsnok før operasjon.

Anestesisykepleierne som jobbet på poliklinikken, var i starten usikre på om de utførte jobben godt nok. I intervjuene kommer det frem at de ofte var veldig grundige og fylte ut anestesiskjema svært godt med mye informasjon. De var usikre på hvordan anestesilegene ville vurdere jobben deres, og hva som ble kommunisert om arbeidet anestesilegene imellom. Sykepleierne visste at vurderingen kunne være gjenstand for diskusjon ved anestesilegenes morgenmøte. Angsten for at de skulle gjøre feil og bli hengt ut på morgenmøtet, var til stede. *«En del sykepleiere, eller nesten alle, har vært veldig redd for å gjøre feilvurderinger av pasienten, da, som kanskje blir tatt opp på morgenmøtet når pasienten skal opereres»*, kommenterte en av informantene fra ledelsen. Vedkommende uttalte videre: *«Det tror jeg har vært det største ankepunktet blant sykepleierne, at de er redd for å få kritikk, at de har gjort feil vurdering.»* Andre informanter påpeker at sykepleierne er flinke til å ringe og avklare med ansvarlig anestesilege. I tillegg mente informantene fra ledelsen at dette avtok etter hvert som anestesisykepleierne opparbeidet seg erfaring, og at anestesilegene ble mer vant med å måtte forholde seg til vurderinger gjort av sykepleierne. Anestesisykepleierne uttalte at de fikk gode tilbakemeldinger fra prosjektledelsen i startfasen og tilsvarende fra anestesilegene etter hvert. Den enkelte ble bedre på å vite når det måtte gjøres avklaringer med anestesilege, og anestesilegene ble bedre på å kommunisere tilbake hvis de ønsket endringer.

Helt fra starten ble det gitt beskjeder til avdelingen på anestesiskjemaet. Dette kunne være informasjon om medisiner eller undersøkelser i forkant av operasjon. I tillegg ble det i økende grad benyttet elektronisk kommunikasjon og registrering av tiltenkt anestesimetode. Sykepleierne og til dels anestesilegen la inn i den elektroniske operasjonsrekvisisjonen hvem som hadde prevurdert pasienten, samt hva som var planlagt. Dette kunne leses umiddelbart av alle med tilgang til operasjonspasienten. For anestesipersonalet som skulle forberede mottak av operasjonspasientene, var dette en stor fordel. Samtidig ble det synlig for alle hvem som var prevurdert og ikke. For anestesilegene lettet det jobben med å vite hvem det hastet å tilse, for eksempel på vakt.

Prosess

«Kort prosess»

På spørsmål om hva som i implementeringsprosessen har fremmet arbeidet, svarer noen informanter at det ble gjort uten større involvering av byråkrati, både med tanke på prosjektorganisering, men også på selve driften av poliklinikken. Alt ble holdt på et minimum av involvering og administrering, kun det mest nødvendige. En informant uttalte:

Det er ikke basert på at man skal booke time så og så lang tid på forhånd, da blir det mye mindre komplisert med en gang. Det tror jeg er veldig viktig faktisk for å få det til å gli, for ellers så går alt bort i administrasjon.

Informantene uttrykte at ved å legge opp til en tjeneste som ikke krevde noen form for booking eller administrering, så ville det være lettere å komme med pasienter, men også å drifte. Hovedpoenget var at det skulle være en såkalt drop-in poliklinikk. Avdelingen skulle bare komme med pasientene når de var klare innenfor et gitt tidsrom. I tillegg skulle ikke anestesipersonalet måtte forholde seg til noen system for dette.

Det som ble oppgitt som noe begrensende, var at det noen dager kom veldig mange pasienter samtidig. Enkelte dager var det høy drift på de medisinske og kirurgisk poliklinikkene. Dette genererte mange pasienter som skulle til anestesivurdering. Da ble det gjerne til at hele gangen utenfor anestesipoliklinikken ble full, og ventetiden steg. Dette stresset anestesisykepleierne noe. Noen ganger kom anestesilegene til unnsetning og hjalp til, men dette var avhengig av driften på operasjon og samt andre oppgaver legene hadde.

Anestesisykepleierne uttrykte at de oppfattet implementeringen som lite planlagt, men at det gikk overraskende fort og bra likevel, slik en av dem kommenterer: «*Samtidig er jeg overrasket hvor ... altså at de ble så pass bra så pass fort når det var så pass lite planlagt.*» Det kommer også frem at de mener det må ha vært gjort en del planlegging som de ikke kjente til, siden ting fungerte nokså raskt. «*Jeg tror nok det var en del planlegging her. For å få en skikkelig organisering på det.*» Dette gjenspeiler flere utsagn når det gjelder spørsmålet rundt prosjektorganiseringen. Det ble gjort justeringer underveis, og utfordringer ble tatt etter hvert som de kom. Det fantes en idé om hvordan man ønsket å ha det, og så ble det gjennomført. Generelt ble uttalelsene fra informantene på dette punktet oppfattet som nøkternt.

Formalisering og prosedyrer

Det fantes en form for anestesipoliklinikk før den nye ble implementert. Siden anestesisykepleierne skulle involveres og organiseringen skulle endres, ble rutinene fra den gamle driften oppdatert og tilpasset nye forhold. Det ble angitt nøyaktige kriterier for hva anestesisykepleierne skulle gjøre, og hva anestesilegene hadde ansvar for. I tillegg ble det utarbeidet noen lister med blant annet oversikt over medikamenter som hadde betydning for valg av anestesimetode, preoperative blodprøver osv. Det ble gjort justeringer underveis etter hvert som man oppdaget nye problemstillinger. Anestesisykepleierne angir dette som en trygghet å kunne forholde seg til i startfasen. En informant fra anestesisykepleierne uttalte:

Vi fikk litt lister og sånn å forholde oss til, og da følte jeg at vi hadde et utgangspunkt, og visste at vi ikke gjorde så mye feil, altså da hadde vi noe vi kunne vise til. Ett dokument, vi fulgte bare det. Så ble det litt lettere for min del hvert fall.

Engasjement

Ledelsen sendte ut e-post til anestesisykepleierne og ønsket seg frivillige til prosjektet. Dette resulterte i personer som var motivert, og som ønsket å bidra. Ledelsen la til rette for deltakelse i prosjektet og avsatte ressurser, både i form av lokaler og personell. Dette angir informantene fra anestesisykepleierne å ha vært avgjørende for en god prosess:

«Det var en gjeng som hadde lyst å være med på dette her, og som var pådrivere, og ja, dette vil vi og sånn. At det var en gjeng som godt kunne tenke seg det.»

«Både seksjonsleder og funksjonsledere har hatt fokus på dette på en positiv måte og har et ønske om å ha denne driften av poliklinikken. Bakket opp oss som er her.»

«Man må ha klart å få ledelsen med på dette her, eller så tror jeg ikke det hadde gått i det hele tatt.»

«Fryse fast»

Med tanke på prosessen og om ting ble utført slik det var planlagt, angir informantene litt ulike data. Informantene fra anestesisykepleierne hevder i store trekk at ting fungerte bra, og at det

tilsynelatende var godt planlagt. De opplevde arbeidet som litt faglende i starten, og det ble nødvendig med justeringer fortløpende. Av informantene fra sykepleierne mente flere at organiseringen av deres arbeid hadde gått seg til etter seks måneders drift. Men etableringen og aksepten fra anestesilegene hadde tatt lengre tid. De oppfattet at legene ikke helt hadde forstått sin rolle, og at det tok lengre tid før de hadde etablert seg med den nye ordningen. Rollefordelingen ble også tydeligere etter som tiden gikk og legene ble mer bevisste sine oppgaver når det var vurdering av sykere pasienter. Sykepleierne hevdet at de gjorde grundige vurderinger, men at de i starten var usikre på disse vurderingene, og at de var redde for å gå ut over sitt kompetanseområde, slik en av dem sier: *«Jeg tror vi er blitt litt mer kjent med hva den enkelte kan og ikke kan, og sånne ting. Tydeligere rollefordeling enn i starten, synes jeg.»*

Informantene fra anestesilegene mente at oppstarten hadde gått som planlagt, og at selve driften hadde satt seg overordnet sett etter tre måneder. Likevel hadde det kanskje tatt omtrent et par år før det satt som en ryggmargsrefleks hos de fleste. Generelt sett var deres oppfatning at poliklinikken hadde startet opp, og så hadde den fungert nokså godt. De var klare over noen problemer relatert til pasientflyt fra sengepostene og andre mindre problemer, men det hadde ikke vært noen stopp eller opphold i driften. En lege uttalte også at oppgavefordelingen mellom sykepleier og lege hadde gått seg til etter hvert. Sykepleierne tok seg av alt av det organisatoriske samt mange pasienter. *«Så de er jo blitt flinkere til å se at denne pasienten kan ikke de ta. Så da ringer de med en gang.»*

Informantene fra ledelsen var usikre på når driften begynte å flyte av seg selv, og når rutiner og prosedyrer hadde gått seg til. De mente at det hadde vært en gradvis overgang uten å nevne noe tidsperspektiv. Inntrykket deres var at de ennå ikke hadde kommet helt i mål med alle målene for poliklinikken. Noen punkter gjenstod. Men forbedringer grunnet oppstart av anestesipoliklinikken hadde skjedd ganske fort.

Resultat?

Informantene ble spurt om det hadde blitt brukt data underveis for å måle utviklingen, og hva dette i så fall hadde vist. Informantene fra ledelsen kunne ikke huske at dette hadde blitt etterspurt av overordnet ledelse eller av dem selv. Dette begrunnet de med at poliklinikken som prosjekt ikke følte som ferdig, og at den fortsatt var i utvikling: *«Jeg føler jo at poliklinikken er ikke et ferdig prosjekt ennå. Den ligger fremdeles litt sånn og formes sakte, men sikkert imot*

ett eller annet.» Lederne hadde et inntrykk av at ting var blitt bedre, og at man mente det var en reduksjon i strykningsprosenten. I tillegg understreket de at det er høy aktivitet i driften på poliklinikken, og at det viser behovet. Likevel var det ikke alle avdelingene som innrettet seg etter poliklinikkens rutiner. Dette kunne medføre litt problemer for driften. Noen dager hopet det seg også opp med pasienter fordi mange kirurgiske avdelinger hadde poliklinikk samme dag og sendte da pasienter til anestesipoliklinikken. Ledelsens inntrykk var at poliklinikken muligens burde øke driften.

Anestesisykepleierne hadde ikke noen tallfestede resultater, men kunne gjerne ønsket å vite mer om det hadde hatt noen effekt. På et personalmøte hadde det blitt snakket om en nedgang i strykningsprosenten. De hadde et klart inntrykk av at det hadde skjedd en endring i positiv retning. Noen av dem nevnte strykningsprosenten som en viktig faktor. Samtidig var de opptatt av å gi en god service og få gode tilbakemeldinger fra pasientene og sengepostene. I tillegg var det en stor forbedring for arbeidsdagen for legene, mente sykepleieren. Etter opprettelsen av anestesipoliklinikken ble det i langt større grad lagt inn i operasjonsrekvisisjonen hva som var planlagt anestesimetode samt ønsket tilleggsutstyr. Dette ble sjelden gjort tidligere. I tillegg var legene mer fokuserte på å ordinere og signere for premedikasjon. Anestesisykepleierne mente dette medførte økt bevissthet fra både legene og dem selv.

En av anestesilegene hadde foretatt noen uformelle målinger for å se hvor mange som møtte samme dag som operasjonsdagen, sammenlignet med tidligere. Dette hadde økt. *«Det er mange flere som kommer inn på operasjonsdagen og ikke blir lagt inn på forhånd.»* En annen lege uttalte: *«... Altså, hvis du vil bestille en ekstra blodprøve eller en spesialundersøkelse, så blir det gjort i større grad enn før.»* Dette er en påstand som støttes av flere av informantene fra anestesilegene og sykepleierne. Når det gjaldt strykningsprosenten, opplevde de fleste at denne hadde sunket. *«Mitt inntrykk er at vi stryker veldig få pasienter nå i forhold til det vi gjorde før. Før vi opprettet poliklinikk»* uttalte en informant fra anestesilegene. Ulempen for pasienter som ikke får gjort dette når de har time på kirurgisk poliklinikk, blir at de må inn en ekstra dag. Noen informanter trekker dette frem som både en ulempe og en fordel. En hel dag går med på journalopptak, røntgen, EKG, blodprøver, samtaler med fysioterapeut og anestesipersonalet osv. Samtidig påpekes gevinsten for pasienten og at pasienten kan være mer sikker på at operasjonen ikke blir strøket. En stor gevinst mente de var at de hadde mer tid til pasientene. Men om noen hadde målt dette, visste de ikke. Inntrykket var at det ikke hadde vært brukt noe særlig data underveis med tanke på å måle endringer.

Diskusjon

Resultatene fra de kvantitative og kvalitative funnene vil i dette kapitlet blir diskutert i lys av det teoretiske rammeverket for å besvare problemstillingen. Mitt mål var å finne ut om opprettelsen av anestesipoliklinikken hadde påvirket strykingsprosenten, og hvilke organisatoriske faktorer som hadde hemmet og fremmet implementeringen.

Strykingsdata

Ved å bruke den statistiske metoden t-test ønsket jeg å finne ut om det var en signifikant forskjell i gjennomsnittsverdiene av strykninger før og etter opprettelsen av anestesipoliklinikken. Resultatet av t-testen viste at nedgangen i strykingsprosenten var signifikant, og at den av den grunn ikke skyldtes tilfeldige variasjoner. Dette resultatet bekrefter at det skjedde en endring, men det sier ikke noe om utviklingen over tid. Ser man videre på kontrolldiagrammet, viser også dette at den gjennomsnittlige strykprosenten har gått ned etter implementeringen av anestesipoliklinikken. I tillegg viser kontrolldiagrammet at det kom en nedgang først ni måneder etter implementering. Dette er et interessant funn, men årsakene til denne forsinkelsen er vanskelig å finne ut fra tallene. I diskusjonen rundt de kvalitative dataene vil dette bli nærmere belyst.

Det kan være mange og komplekse årsaker til at strykningstallene har gått ned. Men tallene for strykingskodene «Ikke ferdig utredet/forberedt» og «Ikke medisinsk klargjort», som anestesipoliklinikken var særlig adressert å skulle påvirke, viste også en nedgang. Derfor er det sannsynlig at implementeringen av anestesipoliklinikken har bidratt til reduksjon av strykingsprosenten. I tillegg observeres det i kontrolldiagrammet at de ni siste målingene ligger under gjennomsnitts strykingsrate. Dette indikerer at det foreligger en vedvarende endring.

Både anestesilegene og anesthesisykepleierne pekte på særlig én årsak til mange strykninger: medisinske forhold som ble oppdaget ved anestesiprevurdering kvelden før operasjon, og som krevde videre utredninger før anestesi kunne gis. Pasientene ble da strøket fra operasjonsprogrammet, noe som kunne vært unngått om prevurderingen hadde blitt utført på et tidligere tidspunkt. Gjennom å endre på hvordan dette ble organisert, ville man få redusert antall

strykninger, mente de. Særlig to uttalelser fra informantene fra anestesilegene er viktige i denne sammenhengen:

- *«Mitt inntrykk er at vi stryker veldig få pasienter nå i forhold til det vi gjorde før.»*
- *«Jeg er overbevist om at pasientene blir forberedt bedre, og at det viser igjen på strykningsfrekvensen.»*

Med bakgrunn i at denne endringen ble gjennomført, slik at pasientene blir prevurdert tidligere enn før, er det sannsynlig at dette har bidratt til en reduksjon i strykninger. Tallene indikerer det samme.

Hemmende faktorer

Av de hemmende faktorene som er funnet i intervjuene, varierer det hvilken grad av betydning de har hatt for implementeringen. Med dette menes at noen av faktorene i større grad har vært til stede og påvirket selve arbeidet eller driften med implementeringen. Andre faktorer igjen har vært mer perifere, og implementeringen har kunnet fortsette på tross av dem.

Personalressurser

Rammeverket til Damschroder et al. (2009, s. 7-9) angir for de indre faktorene viktigheten av å ha tilgjengelig ressurser for implementeringen som et ledd i organisasjonens klarhet for endring. Å ha god nok tilgang på ressurser inkluderes også i de strukturelle faktorene på organisasjonsnivå, ifølge definisjonen av klarhet for endring av Holt et al. (2010, s. 54). Under intervjuene med informantene kom det frem at det i oppstarten hadde vært noen utfordringer og startvansker. Dette ble til dels forklart med bemanningsproblem. Driften på sentraloperasjonen hadde førsteprioritet, og når det gjaldt legene, var det hovedsakelig de samme personene som bemannet driften der som på anestesipoliklinikken. Sykepleierne hadde angivelig en annen ordning, hvor man omdisponerte ressurser fra sentraloperasjonen til poliklinikken når den hadde åpningstid. For anestesisykepleierne fant ledelsen en løsning relativt raskt for å bemanne anestesipoliklinikken, og det medførte at prosjektet kunne startes. For anestesipoliklinikken ble derfor bemanningen av sykepleiere et meget kortvarig hinder. På lengre sikt var konsekvensene at driften på sentraloperasjonen hadde en person mindre å hjelpe seg med i poliklinikkens åpningstid. Organisasjonens klarhet for endring ble til nærmest fortløpende på grunnlag av et sterkt ønske om å få til en endring. Det ble akseptert å ta ressurser fra ett sted for å bemanne opp prosjektet, noe som antakelig var en konflikt for ledelsen, hvor

man måtte gjøre en prioritering og avveining ut fra ønsket om endring. Slik var også situasjonen for lokalene, som ikke var optimale. Lokalene ble omdisponert til fordel for implementeringen, men var i en periode for små og hindret en god arbeidsflyt.

Det som virket å ha hatt større hemmende innvirkning på implementeringen, var legeressursene. Det blir ikke angitt at man tilførte legeressurser. I den tidligere modellen ble dette løst ved at en anestesilege bemannet anestesipoliklinikken i visse tidsrom. Denne legen ble nå frigjort på grunn av at anestesisykepleierne overtok selve driften og tilkalte legen ved behov. Nå ble denne legen i stedet satt opp til å drifte operasjonsstuer og i tillegg kunne tilkalles til anestesipoliklinikken. Informantene fra sykepleierne uttrykte at legene som var tildelt anestesipoliklinikken, ble opplevd som fraværende og vanskelige å få tak i. Det dannet seg kø av pasienter, og på grunn av små lokaliteter ble det overfullt. Som en konsekvens økte stressnivået, og engasjementet, og positiviteten falt hos anestesisykepleierne. I tillegg ble det fortalt at engasjementet underveis i prosjektet ikke lenger virket så høyt hos anestesilegene, de måtte pusses flere ganger før de kom. Teorien gir ikke et entydig svar på mangelen av engasjement, men det kan diskuteres om dette var en form for prioriteringskonflikt mellom operasjonsdrift og poliklinikkdrift, noe som også informantene oppga å være årsaken. Likevel er dette kanskje bare en delvis forklaring. Det kan også forklares med teorien om årsaker til motstand. Her sier teorien at den praktiske jobben som innebærer ekstraarbeid, vil kreve større innsats av den enkelte, og arbeidsbelastningen blir større, ifølge Jacobsen (2018, s. 128). Teorien beskriver videre grader av oppslutning og motstand. En lett grad av motstand kjennetegnes av likegyldighet og apati og kan være vanskelig å oppdage fordi individene trenerer og finner unnskyldninger, ifølge Jacobsen (2018, s. 128). Denne årsaken var til stede i starten, men avtok sannsynligvis grunnet den høye oppslutningen og motivasjonen for endringen. Og skepsisen som fantes før implementeringen, forsvant relativt raskt etter oppstart.

En annen medvirkende forklaring kan finnes i teorien om læring og mentale modeller. Senge (2006, s. 12) beskriver kjernedisipliner og dimensjoner som må virke sammen hos individene før organisasjonen utvikler seg og oppnår et høyere mål. Etter hvert oppnås det han kaller den femte disiplinen, systemtenkning eller helhetstenkning. For anestesilegene relateres dette til hvordan de oppfattet å mestre den nye hverdagen etter at den etterlengtede anestesipoliklinikken kom på plass. De mentale modellene og de gamle handlemønstrene måtte endres fordi prevurderingene nå delvis skulle gjøres av sykepleierne på dagtid, og fordi legene hadde fått en ny rolle som følge av denne organiseringen. I tillegg måtte det bygges en felles

visjon for den nye organiseringen og hva man ønsket å oppnå, og for hvordan fremtiden skulle bli. Dette utfordret også legene når det gjaldt læring i team, hvor resultatet ville være avhengig av hvor godt de samarbeidet og koordinerte seg for å løse utfordringene og oppgavene i forbindelse med poliklinikken. Og til slutt, ifølge teorien til Senge (2006), vil det oppnås en helhetstenkning som et resultat av at alle dimensjonene virket sammen og dannet en synergieffekt. Dette er faktorer som tar tid å innarbeide i organisasjonen og hos den enkelte. Forståelsen og eierskapet til drift og oppgaver knyttet til poliklinikken var ikke til stede før det hadde gått en tid. Dette understøttes også av utsagnet fra anestesilegen som hevdet at ansvarsfølelsen for implementeringen ikke var fullt ut på lik linje med andre oppgaver før etter angivelig to år.

Klargjøring

Rammeverket til Damschroder et al. (2009, s. 10-11) beskriver under domenet prosess viktigheten av planlegging, iverksetting og gjennomføring for å fremme endring. Den fremmende effekten øker ved mer nøyaktig planlegging og ut fra hvor godt man overholder pliktene sine. Flere informanter trakk frem at sengepostene ikke innrettet seg etter poliklinikkens rutiner. Pasientene var ikke godt nok forberedt fra sengepostene, de ble sendt til anestesipoliklinikken uten å ha fått nødvendige undersøkelser eller avklaringer som måtte være på plass før anestesiprevurderingen kunne gjennomføres. I tillegg uttrykte informantene at det var utfordringer i kommunikasjonen med sengepostene. Beskjeder som ble gitt, ble angivelig glemt blant andre gjøremål. Dette medførte problem for personalet ved anestesipoliklinikken i utførelsen av prevurderingene. Relatert til iverksetting og gjennomføring har kommunikasjonsproblemer og klargjøring av pasientene vært en hemmende faktor for driften fordi dette medførte ekstraarbeid og trøbbel for de ansatte, som i verste fall måtte sende pasientene tilbake til sengeposten. Dette problemet ble nok opplevd som størst av anestesisykepleierne som organiserte driften. Anestesilegene mente dette var et mindre problem fordi dette ikke hadde forårsaket noe stopp eller opphold i driften.

Kapasitet

Kapasiteten på anestesipoliklinikken kan også ha vært en hemmende faktor for driften. Behovet var ifølge informantene større enn hva man hadde lagt opp til. Dette resulterte i at man ikke klarte å ta unna tilstrømningen selv om personalressursene var til stede. I tillegg var driften på det jevne høy, noe som både indikerer at behovet var der, men også at åpningstidene kanskje

var for snevre. Informantene oppga at åpningstidene ble utvidet etter en tids drift. Informantene fra ledelsen hadde også inntrykk av at tilbudet muligens måtte utvides, også ytterligere enn den første utvidelsen av åpningstidene. Justeringer omtales i rammeverket til Damschroder et al. (2009) for tilpasningsevne av ideen, men også om nødvendige ressurser er tilgjengelige for gjennomføring. Et annet viktig moment rammeverket trekker frem, er PDSA-sirkelen og som da også kan ses igjen i det som ble gjort: Det ble startet litt i det små, som informantene fortalte. Etter hvert meldte behovet seg for å utvide åpningstidene. Det ble altså evaluert dit hen ut fra den høye behovet at man måtte endre på tilbudet ved å utvide åpningstidene.

Oppslutning og gevinst

Det kom frem at ikke alle avdelinger benyttet seg av anestesipoliklinikken slik den hadde vært før oppstart av ny organisering. Oppfattelsen var at den gamle ordningen ikke fungerte ordentlig. I tillegg ble det angitt at kirurgene ikke hadde særlig fokus på å få prevurdert pasientene tidlig nok. Disse funnene under intervensjonskarakteristikk kan si noe om forutsetningen som lå til grunn ved implementering av den nye modellen. Spørsmålene var om den nye organiseringen ville bli bedre, og om interessentene oppfattet dette som en fordel sammenlignet med det tidligere tilbudet. Rammeverket til Damschroder et al. (2009) henviser til hvordan interessentene oppfatter ideen som å ha fordeler fremfor alternativene. I dette tilfellet var alternativet å ikke gjøre noen endring. I tillegg handler dette også om hvor klar organisasjonen var for endringen ut fra teoriene om klarhet for endring. Dette gjelder aktørene utenfor prosjektet, hovedsakelig operatørene og planleggerne som skulle sende pasienter til prevurdering. Hvorfor flere ikke ble sendt til poliklinikken, kan ha med graden av oppslutning og motivasjon i organisasjonen til den gamle løsningen å gjøre, men også erfaringene ved bruk av tjenesten kan ha hatt sitt å si. Den var ikke godt nok organisert, og det ble ikke sett noen fordel ved å bruke tjenesten. Eller så var ikke alle like opptatt av anestesitilsyn som et viktig element i pasientbehandlingen, forståelsen kan ha manglet. Ulempene for anestesilegene var også kanskje ikke godt nok formidlet. På grunn av dette utgangspunktet kunne man kanskje forutsett at implementeringen ville ta noe lengre tid. Det var flere som måtte gjøres «klare for endring», både på organisasjons- og individnivå, som Holt et al. (2010, s. 54) poengterer. Et viktig moment kommer frem senere i intervjuene, at det skulle gå noen runder og måneder før operatørene begynte å melde pasientene tidsnok til operasjon samt sende dem innom den nye anestesipoliklinikken. Dette viser at det skjedde en endring i organisasjonen, men ikke med det samme. Sengeposter og operatørers overbevisning og tro på ideen begynte å endres, noe som

tok tid. Denne forsinkelsen av oppslutning om ideen var en relativt hemmende faktor i starten. Endringen inntraff imidlertid ikke samtidig for alle. De medisinske avdelingene samt barneavdelingen var tidligere ute med å benytte seg av den nye anestesipoliklinikken. Ifølge informantene hadde de sett fordelene med dette, motivasjonen eller insentivet for endringen var større. Informantene beskrev i intervjuene at dette lettet gjennomføringen, og at det var lett å få det til å gli for disse postene. Dette er i tråd med teorien om intervensjonskarakteristikk for om ideen hadde en fordel fremfor alternativ. I tillegg ville fordelene med organiseringen slik medisinsk avdeling og barneavdelingen så det, være en av mekanismene som beskrives i definisjonen av klarhet for endring av (Holt et al., 2010). En mulig konklusjon ut fra disse funnene kan være at selv om anestesipoliklinikken formelt startet opp 1. mars 2016, var det bare noen få enheter som virkelig endret praksis. Det tok tid før man fikk flere med på endringen. Dette medførte en forsinkelse som igjen kan være årsak til at strykningsprosenten først gikk ned ni måneder etter oppstart. I tillegg ble det angitt at man startet i det små og eskalerte driften etter hvert, samtidig som det ble foretatt justeringer og endringer. Prosjektet og implementeringen brukte tid på innkjøringsfasen, og resultatene lot derfor vente på seg. Samlet sett kan disse faktorene gi en forklaring på hvorfor det tok tid før strykningsprosenten gikk ned.

Fremmende faktorer

Klarhet for endring

Samlet sett er klarhet for endring kanskje den største fremmende faktoren i prosjektet. Rammeverket til Damschroder et al. (2009, s. 7-9) omtaler dette domenet i de indre settinger som klarhet for implementering og Jacobsen (2018, s. 124) som klarhet for endring. Damschroder et al. (2009) deler opp denne faktoren i tre underfaktorer som lar seg finne igjen i data fra intervjuene. Den første er engasjement fra ledelsen, den andre er tilgjengelige ressurser, og den tredje er kunnskaps- og informasjonstilgang. I intervjuene kom alle disse punktene frem, både fra prosjektledelsen og fra avdelingsledelsen. Sistnevnte anga at «*det var absolutt noe vi hadde troen på og var gjennomførbart, ja*», hvor de så omdisponerte ressurser inn i prosjektet på tross av bekymringer rundt ressursspørsmålet. Det medførte at prosjektledelsen mente implementeringen ble lett å gjennomføre. Dette kan indirekte antyde at man mente kompleksiteten til intervensjonen ikke var uoverkommelig høy, noe som vil virke fremmende for arbeidet med endringen. Avdelingsledelsen var klar over den høye arbeidsbelastning på vakt for legene og at noe måtte gjøres. De ga også klart uttrykk for at

strykningsprosenten burde reduseres, og påpekte særlig troen på en gevinst ved å satse på prosjektet. Lederne mente den tidligere organiseringen var lite tilfredsstillende for både ansatte og pasienter. Iverksettelsen av prosjektet ble foretatt av lokal ledelse, noe som angis av informantene å ha medført en økt fleksibilitet på grunn av den korte avstanden og de tette båndene mellom prosjektledelse og avdelingsledere. Engasjementet fra prosjektledelsen var uten tvil avgjørende for å drive endringen gjennom. Dette blir bekreftet av flere kilder som hevdet at prosjektleder hadde en sterk motivasjon og gjennomføringskraft. Informantene fortalte at dette smittet over på de andre i og rundt prosjektet. Ut fra teoriene til Senge (2006, s. 9-10) hvor det beskrives å bygge felles visjon og gruppelæring, vil dette være fremmede for læring og de mentale modellene. Ved å ha tette bånd mellom ledelse og deltakere og hvor det utveksles meninger og tanker, bygges disse felles visjonene. Og visjonene var å få til en endring i måten prevurderingene ble gjort, samt redusere strykingsprosenten, noe som hadde vært, og var, et diskusjonstema. De gamle mentale modellene måtte byttes ut med nye gjennom inntrykk og vurderinger av det som nå skulle gjøres. Ifølge Senge fremmes dette gjennom dialog og argumentasjon mellom kolleger, slik det ble gjort mellom prosjektledelsen og klinikerne (Senge, 2006, s. 8).

I definisjonen om klarhet for endring beskrives det i hvilken grad individer og organisasjon er i stand til å gjennomføre en endring, og at dette er et viktig punkt for vellykket implementering (Holt et al., 2010, s. 50; Weiner, 2009, s. 2). Kurt Lewin deler opp endringsfasene i tre (Jacobsen, 2018, s. 179), hvor den første fasen handler om å tine opp organisasjonen. Denne fasen kjennetegnes av at det skapes endringsvilje. Dataene i intervjuene indikerer at denne fasen hadde pågått over en lengre periode som en diskusjon i fagmiljøet for hvordan situasjonen kunne forbedres. Etter hvert medførte dette beslutninger, hospiteringer og kartlegginger. Drivkreftene var troen på at endringen ville medføre reduserte strykninger og blant annet bedre arbeidsvilkår. Konseptet som eksisterte, var ikke gunstig og ble en medvirkende årsak til endring. Dette er i tråd med teorien hvor en endring kan utgjøre et gode eller insentiv, noe som vil skape oppslutning (Jacobsen, 2018, s. 132-133). Informantene anga at engasjementet og gløden fra ildsjelene smittet over til andre og medvirket til økt giv og engasjement. Dette kan forklare at det ikke ble vanskelig å rekruttere da man søkte etter frivillige. Kildene fortalte også at det ble snakket om prosjektet underveis blant faggruppene, noe informantene mente økte positiviteten hos klinikerne. De to andre fasene er selve iverksettingen og nedfrysingen. Her vil jeg trekke frem den siste fasen som også kalles institusjonaliseringsfasen (Jacobsen, 2018, s. 179). I denne fasen skal endringen stabiliseres for ikke å vende tilbake til gamle rutiner.

Hvorvidt man falt tilbake til gamle rutiner, kom ikke tydelig frem i intervjuene, sannsynligvis fordi det ikke lenger var mulig å benytte denne ordningen. Men ut fra tidligere diskusjon tok det tid før endringen bredte seg i organisasjonen, og institusjonaliseringsfasen vedvarte også av den grunn lenger. Noe som kan antyde dette ut fra kildene, er ledelsens uttalelse om at de ikke oppfattet implementeringen som ferdig fordi den fortsatt var i utvikling. De mente at endringen «*ligger fremdeles litt sånn og formes sakte*». Dette kan muligens forklares nærmere i teori om læring som blir omtalt litt senere.

Ønske om endring

Rammeverket til Damschroder et al. (2009) peker også på hvor stort et endringsønske er, og samsvaret mellom verdier og meninger innad i gruppen. I tillegg viser teorien til hvor betydningsfull implementeringen er for de involverte. Denne faktoren ligger under samme domene (indre faktorer) som klarhet for endring og overlapper noe i funnene. Det var et sterkt kollektivt endringsønske hos alle informantgruppene for å få gjennomført denne endringen. Med bakgrunn i teorien vil dette også kunne sies å ha vært en viktig fremmede faktor for prosjektet. Riktignok var motivene hos anestesilegene og anestesisykepleierne noe ulike, og drivkreftene oppfattes som å ha vært noe høyere hos anestesilegene. Likevel var meningene om implementeringen nokså like hos alle tre gruppene. Implementeringen ble også betegnet som svært viktig først og fremst for pasientgruppen, men dernest for anestesilegene og anestesisykepleierne, etter min forståelse av de fremkomne dataene. Dette var på grunnlag av at anestesilegene hadde størst ulempe med den gamle modellen. Anestesilegene understreket at dette var noe som måtte på plass, og det kunne virke som at tiden var overmoden for en endring. De hadde plagdes lenge nok med en dårlig løsning, og de ga uttrykk for at man ikke fikk ytt et godt nok tilbud til pasientene. I teorien om klarhet for endring i Jacobsen (2018, s. 126) beskrives ulike grader av oppslutning, hvor affektiv oppslutning beskrives som det høyeste nivået av oppslutning. Ut fra informasjonen i intervjuene vil det kunne konkluderes med at dette nivået var gjeldende for oppslutningen rundt anestesipoliklinikken. Dette affektive nivået beskrives å utgjøre den sterkeste drivkraften for en endring. Enkelte individer blant anestesilegene var i starten skeptiske til jobbglidningen, men dette skal angivelig ha gått fort over. Dette har derfor sannsynligvis hatt lite hemmende effekt på den generelle implementeringsprosessen, både fordi skepsisen var kortvarig, men også fordi leder for implementering var av en helt annen oppfatning. Vedkommende så det som en fordel å ha anestesisykepleiere mer delaktige i arbeidet. For anestesisykepleierne kan skepsisen ha vært

noe hemmende i etableringsfasen, men det fremkommer ikke ytterligere data som tilsier at dette vedvarte eller fikk noen annen konsekvens. Ut fra Jacobsen (2018) sin beskrivelse om grader av motstand kan det antas at motstanden her var på nivå én og så vidt over i et svakt nivå to, altså på et lavt nivå. Det lave nivået kan forklares ut fra teorien om motstand mot endringsprosess. Jobbglidningen ble angitt av informantene å være stridens kjerne, ikke implementeringen i seg selv. Tilsynelatende var alle enige om at endringen måtte finne sted, men ikke hvordan dette skulle løses. Det var altså en faglig uenighet i hvem som skulle utføre prevurderingen. Dette støttes opp i teorien om for eksempel endring av formelle og uformelle maktforhold samt den symbolske orden for hvem som har pleid å gjøre dette. En annen årsak som også omtales i teorien, er endring i den praktiske jobben (Jacobsen, 2018, s. 130-138). En endring i fordeling av arbeidsoppgaver kunne medføre at det ble dobbeltarbeid for legene, at anestesisykepleierne måtte få undervisning og opplæring, og en skepsis til om jobben ble kvalitetsmessig godt nok utført. Totalt sett er det rimelig å anta ut fra funnene i intervjuene at fordelene ved endringen var større for skeptikerne enn ulempene.

Implementeringsklima

For de indre settingene trekker rammeverket til Damschroder et al. (2009, s. 7-9) frem viktigheten av sosiale nettverk, sosiale interne bånd, kultur og lederengasjement, for å nevne noe, som fremmede faktorer. Disse momentene var i stor grad til stede ved implementeringen og må anses som en viktig fremmede faktor. Anestesisykepleierne ble involvert i driften av poliklinikken, noe de involverte hadde et ønske om og var motivert for. Det ble uttalt at dette var noe som falt i god jord hos sykepleierne. De fikk igjen en del av en yrkesoppgave de hadde hatt tidligere, samt at de mente de fikk en tettere oppfølging av pasientene. Anestesisykepleierne var glade for den tilliten de etter hvert fikk for å gjøre den jobben legene tradisjonelt hadde gjort, og mente det var positivt for faget deres. I tillegg meldte de deltakende medlemmene seg frivillig. Implementeringsteorien (Damschroder et al., 2009, s. 7-9) angir klima for endring som en viktig fremmede faktor. Dette gjenspeilte seg i intervjuene ved at endringsønsket og interessen var stor. Det var et høyt samsvar mellom individenes meninger og implementeringens formål. Det var et klart insentiv for anestesisykepleierne at de ble delaktige i den nye ordningen. Det kom frem at strykningene måtte reduseres og organiseringen hadde vært dårlig, noe som gjenspeiler informantenes mening om viktighetsgraden av endringen. Etter hvert fikk de også gode tilbakemeldinger på arbeidet deres fra både ledelse og anestesileger, noe som både er en fremmede faktor og medfører økt motivasjon.

Tilpasninger og tilrettelegging

Rammeverket til Damschroder et al. (2009, s. 6-7) beskriver trekk ved intervensjonsegenskapene som går på tilpasningsevne, kompleksitet og design. De fremmede egenskapene kjennetegnes ved høy tilpasningsevne, lav kompleksitet og et forståelig design. Dette er elementer som også ble beskrevet av informantene, blant annet svarte samtlige informanter at ideen var begripelig og gjennomførbar. For å lette arbeidet fikk anestesisykepleierne utarbeidet lister og rutiner som de kunne forholde seg til. Det medførte, som noen informanter uttrykte det, en viss trygghet mot å gjøre feil. Listene inneholdt en klar arbeidsfordeling samt standardiseringer for medikamenter i forbindelse med inngrep. Dette kan knyttes til teorien om kunnskaps- og informasjonstilgang (Damschroder et al., 2009, s. 7-9) hvor et fremmede element vil være graden av nyttige kilder med informasjon som er tilrettelagt og enkel. Dette kan derfor sies å ha vært et bidragsgivende element for implementeringen. Noen få informanter antydte å ikke forstå hva som var planen rundt implementeringen. Dette indikerer at det ikke var informert godt nok om prosjektet, eller at det ikke var oppfattet like godt av alle. Men overordnet ville alle være med på endringen uavhengig om de kjente til alle detaljene rundt. Det ble også nevnt at endringen ble gjennomført uten større involvering av byråkrati, noe som gjaldt både organiseringen og selve driften. Tjenesten som skulle ytes, skulle ikke kreve noen form for timereservering, og derfor måtte ingen heller administrere et slikt system. Dette antyder en lav kompleksitet hvor man enten ikke hadde behov eller ønsket et større byråkrati for å gjennomføre endring. Det ble gjort fortløpende justeringer om man så at ikke alt fungerte som forventet. Dette relaterte de til revidering av rutiner og kommunikasjon med andre avdelinger når det oppstod ulike problemstillinger. Behovene ble sett an og håndtert fortløpende. Ut fra den ideen man først hadde, ble det derfor nødvendig å gjøre tilpasninger slik at det skulle fungere i målorganisasjonen. Ideens tilpasningsevne må derfor kunne antas å ha vært fremmede for endringen i tillegg til involveringen og oppfølgingen fra prosjektledelsen.

I intervjuene kom det frem flere faktorer under domenet intervensjonskarakteristikk som er sentrale, og som har fremmet god implementering. Blant annet valgte nøkkelpersonell å hospitere ved en kilde de hadde tiltro til, for å høste erfaringer om det de mente var en god idé. Dette ble videre tilpasset eget bruk og ble ansett som en bedre løsning enn den som eksisterte fra før. Løsningen ble også ifølge informantene tilpasset litt etter litt, og det ble ikke brukt tid på å pilotere denne. Dette berører tilpasningsevnen under intervensjonskarakteristikk og angis

å være en av kjernekomponentene for å fremme implementering. Å unnlate pilotering kan ifølge teorien medføre problem hvis det ikke går som planlagt og planen må ruller tilbake. Selv om informantene ikke brukte begrepet pilotering, vil det som ble beskrevet gjennomført, være nokså tett opp til en form for pilotering, men uten at dette ble gjort spesifikt som en egen fase. Informantene fortalte også at løsningen ble startet opp i det små, hvor de gikk for en minimumsløsning, og hvor man gjorde justeringer fortløpende. Dette kan relateres tilbake til tilpasningsevne, hvor teorien angir en nær knytning til Plan-Do-Study-Act-sirkelen (Ogrinc et al., 2018, s. 21). Ut fra informantenes beskrivelse vil det være nærliggende å anse at dette er hva som har blitt gjort, først i det små, for så å utvide. Det siste punktet i intervensjonskarakteristikk omhandler den totale kostnaden for prosjektet. Her oppga informantene at de valgte en minimumsløsning som var minst mulig ressurskrevende. Senere kom det også frem at de ikke ble tildelt midler. Ved å gjøre det på denne måten har man kunnet fremme implementeringen fremfor at det ble stopp på grunn av finansielle spørsmål, noe som har bidratt til å få implementeringen i gang. Flere faktorer under intervensjonskarakteristikk kan sies å ha hatt en fremmede egenskap på implementeringen.

Pasientfokus

For de ytre settingene trekker rammeverket til Damschroder et al. (2009, s. 7) inn at organisasjoner med høyt pasientfokus har større sannsynlighet for effektive implementeringer, og at dette vil være en fremmede faktor. Endringen må treffe et pasientbehov. Ut fra min tolkning vil dette gjelde tilretteleggingen for en bedre organisering av driften samt forsøk på reduksjon av strykningsprosenten. Ledelsen påpekte stor tro på en gevinst ved implementeringen i form av blant annet reduserte strykninger og økt kvalitet. Sengepostene var også opptatt av en bedre organisering av pasientforløpet, selv om ikke alle sengepostene var like delaktige i starten. De to andre intervjugruppene nevnte også strykningsprosenten som en viktig faktor for endringen. Den ble angitt å være høyere enn ønsket. I tillegg ble det også trukket frem at pasientene ville slippe å komme kvelden før operasjon, de ville ikke trenge å vente like lenge på anestesilegen som tidligere, og noen hevdet at kvaliteten ville øke. Pasientene ville i tillegg få snakke med både anestesilege og anestesisykepleier. Det kan diskuteres om insentivene for sengepostene utelukkende var for pasientene, eller om det var driftsmessige årsaker ved at det ble færre liggedøgn og sparte ressurser, som lå til grunn – uavhengig av det kunne det bli en forbedring for begge parter. Sannsynligvis vil motivasjonen variere etter hvem som blir spurt – ledelse, pleiepersonalet eller pasient. Interessene vil i dette

tilfellet sammenfalle og tjene alle parter. Av den grunn kan motivasjonen for endring ha vært ekstra høy. Det kom også frem i intervjuene at fordelene ved anestesipoliklinikken forplantet seg til kirurgene, deres ønske var å få redusert strykningsraten. Likevel tok det lengre tid før operatørene klarte å legge om sine rutiner. I starten var problemet ifølge informantene at pasientene kom for sent til prevurderingen. Funnene sammenfaller med tidligere utsagn fra informantene om at kirurgene ikke hadde særlig fokus på å få sendt sine pasienter til anestesiprevurdering i den gamle organiseringen. Det kan derfor se ut til at operatørene fortsatte med det av gammel vane, eller så kan det ha tatt lengre tid å legge om rutinene grunnet andre driftsrelaterte utfordringer. Det kan stilles spørsmål til operatørenes motivasjon og hvorfor den eventuelt var lavere enn hos mange andre i organisasjonen. En mulig årsak er manglende eierskap og tro på ideen og at klarhet for endring har vært lav. Slutningene ut fra disse funnene er at pasientfokuset var en stor medvirkende faktor for å fremme implementeringen av anestesipoliklinikken.

Ildsjeler

En sterk fremmede faktor finnes under domenet individkarakteristikk. Teorien omtaler viktigheten av arbeidet som gjøres av den enkelte, og hvordan positive ytringer og kunnskap fremmer endring. Individenes mestringsevne og håndtering av situasjonen samt eierskap og tilknytning til prosjekt og organisasjon er andre viktige moment som trekkes frem (Damschroder et al., 2009, s. 9-10). Flere av kildene pekte nettopp på disse faktorene som høyst tilstedeværende for nøkkelpersonell. Her kan nevnes at stemningen for endring hos den enkelte var veldig positiv i forkant, personer meldte seg frivillig til deltakelse, enkeltindivider drev prosjektet fremover på hver sin kant, og dedikasjonen hos mange individer var høy. Dedikasjonen ble også ytterligere forbedret da noe av skepsisen i starten ble borte. Ord som «ildsjeler», «motivator» og «pådrivere» ble brukt om nøkkelpersonell, og disse kom fra både lege- og sykepleiergruppen. At personene kommer fra hver sine faggrupper, vil også være en fremmede faktor for å spre ideen, få til forankring i fagmiljøet og bruken av interne sosiale bånd. Dette fremheves i rammeverket om indre settinger om kommunikasjon og nettverk (Damschroder et al., 2009, s. 7-9) til å ha en større fremmede effekt enn den enkeltes personlige egenskaper. I tillegg trekkes det frem under domenet om prosess som en fremmede faktor for iverksetting at nøkkelpersonell har lik bakgrunn som de endringen skal gjelde for, noe som også viser til en høyere grad av gjennomført endring. Dette er tilfellet for implementeringen av anestesipoliklinikken. Prosjektledelsen ble i intervjuene beskrevet som

igangsettere, motivatorer og pådrivere og i tillegg som å ha et personlig eierskap og engasjement. Det ble videre hevdet at kommunikasjonen var god, og at terskelen mellom yrkesgruppene var lav. Dette medførte at avklaringer kunne tas raskt, og at systemet virket fleksibelt. Sammenlignes funnene med teorien, vil man med stor sannsynlighet kunne slå fast at disse individene har vært medvirkende til å spre ønsket om endring og klarhet for endring. I tillegg vil man kunne beskrive en meget høy (affektiv) oppslutning til implementeringen ut fra graderingene i teorien av Jacobsen (2018, s. 126). Årsaken til denne høye oppslutningen hos nøkkelpersonell kan tolkes ut fra samme teori og indikerer at det var stor enighet blant fagpersonene om endringene og behovet. Dette kommer frem i tidligere diskusjon og funn. Jacobsen (2018, s. 132-133) beskriver også at ved endringer vil individer gå fra en situasjon til en annen, og at dette kan medføre tap av goder og motstand mot endring. Men for ildsjelene i prosjektet utgjorde endringen ut fra dataene en forbedring, og denne medførte en sterk oppslutning på tross av faren for merarbeid, tap av identitet, endring av maktforhold og tradisjoner, slik teorien nevner. Oppsummert kan individkarakteristikken sies å ha vært fremmede for gjennomføringen av prosjektet.

Læring i organisasjonen

Læring i organisasjonen er den siste delen i diskusjonen jeg ønsker å belyse. Ut fra teorien er læring en prosess hvor individer og organisasjon erverver ny kunnskap og endrer atferd ut fra denne nye lærdommen. (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 353). I tillegg må det som individer lærer seg, bringes videre i organisasjonen som en kunnskapsoverføring og medføre en endring i den kollektive atferden. Først da har det skjedd en læring, ifølge Jacobsen og Thorsvik (2016, s. 354). Denne teorien belyser også en mulig årsak til at det var en nedgang i strykningsprosenten i de kvantitative funnene, men at dette tok tid, og at nedgangen vedvarte. Uttalelsen fra ledelsen om at implementeringen ikke følte som ferdig, kan ses i sammenheng med læringen i organisasjonen og at læreprosessen fortsatt pågikk. Det er også mulig at det åpnet seg nye muligheter etter hvert som endringen bredte om seg i organisasjonen, noe som utløste flere endringer og justeringer enn hva man først hadde tenkt, og som ikke var direkte relatert til selve implementeringen. I tillegg uttalte kildene fra ledelsen at ikke alle punktene som var planlagt, var blitt iverksatt. Noen punkter var ikke gjennomført fordi det var vanskelig å få til. Dette kan også være noe av årsaken til at man opplevde å ikke ha kommet helt i mål med alt. Til tross for dette hadde lederne et klart inntrykk av at ting hadde blitt bedre etter oppstarten. Det ble også bekreftet av de andre informantene. Inntrykket var at færre pasienter

ble strøket fra operasjonsprogrammet. Informantene fra ledelsen opplevde en gradvis overgang uten at det kunne nevnes noe tidsperspektiv. Sammenlignet med de kvantitative funnene stemmer dette overens. Anestesilegene mente det hadde tatt to år før de anså arbeidet på poliklinikken på lik linje med annet arbeid, men bare tre måneder før selve driften på anestesipoliklinikken hadde gått seg til. Dette er et interessant funn, og spørsmålet blir om læreprosessen gikk langsommere hos anestesilegene fordi anesthesisykepleierne stod for en større del av driften enn tidligere, og at legene kunne støtte seg på det. Ut fra læringsteorien kan dette forklares med enkelkretslæring og at anestesilegene kun kom om de fikk en konkret telefon om å gjøre noe. Etter hvert som tiden gikk og flere fikk gjort erfaringer, økte ansvarsfølelsen og forståelsen for arbeidet ved poliklinikken. Litt etter litt ble dette arbeidet prioritert på lik linje med annet arbeid. Gradvis skjedde en endring i handlingsmønsteret, noe som viser at de mentale modellene endret seg, og som så medførte en endring i organisasjon, slik det beskrives i læringsteorien til Senge (2006). Med bakgrunn i tolkning av disse funnene indikeres det å ha vært en dobbelkretslæring på dette området. For at en dobbelkretslæring skal finne sted, må det skje en dypere endring i organisasjonens mål og verdier, ifølge Jacobsen og Thorsvik (2016, s. 360).

Informantene med sykepleiebakgrunn hevdet at deres organisering av arbeidet hadde gått seg til etter seks måneders drift. Dette kan forklares ut fra at rutinene ble til litt etter litt, organiseringen måtte gå seg til, og de var redde for å gjøre feil og bli kritisert på morgenmøte til anestesilegene. Etter hvert som de lærte seg den nye ordningen, steg også mestringsevnen. Sykepleierne fikk gode tilbakemeldinger på arbeidet fra ledelsen og etter hvert også fra anestesilegene, slik det kom frem i intervjuene. Ut fra de kvantitative funnene kan dette også være en bidragende årsak til den forsinkelsen som ble funnet i nedgangen av strykningsprosenten. Anesthesisykepleierne mente videre at anestesilegene ikke oppfattet sin rolle så tydelig i starten, og at det tok lengre tid før de hadde etablert seg med den nye ordningen. Dette er i tråd med tidligere utsagn fra anestesilegene. Etter hvert oppfattet den enkelte lege sin rolle bedre, men dette tok noe tid. De ble mer bevisste på ordinerings og signering av premedikasjon, blant annet. Ut fra teorien om læring kan det derfor se ut til at denne prosessen har utviklet seg forskjellig hos de enkelte gruppene i organisasjonen. Med bakgrunn i læringsteoriene til Senge (2006, s. 7-12) kan de gode tilbakemeldingene anesthesisykepleierne fikk, samt at arbeidet gikk seg til, ha medført en økt mestringfølelse og fremmet læring. Resultatet av dette var at klinikerne ble tryggere på hverandres roller og synergieffektene av læringsfaktorene økte.

Den organisatoriske læringsprosessen har sannsynligvis også medført at sengepostene etter hvert ble flinkere til å klargjøre pasientene før oppmøte på anestesipoliklinikken. Dette har også involvert operatørene fordi de måtte henvise pasientene til de ulike tilleggsundersøkelsene anestesien ba om. Flere ting antydte dette. En uformell måling av antall pasienter som møtte opp samme dag som operasjon, viste at tallet hadde økt, ifølge en anestesilege. At sengepostene klarte dette, betydde at pasientene var ferdig forberedt til operasjon og kunne komme samme dag som operasjonen skulle gjennomføres. I tillegg mente en annen anestesilege at tilleggsundersøkelser i større grad ble fulgt opp, noe som understøttes av utsagn fra flere andre informanter. Flere og flere pasienter ble sendt til anestesipoliklinikken også, noe lokalitets- og plassutfordringene indikerte. I tillegg ble det vurdert å forlenge åpningstidene på poliklinikken. Med bakgrunn i disse funnene kan man si at den kollektive atferden dermed endret seg. Dette er en indikasjon på at det da har skjedd en læring, ifølge Jacobsen og Thorsvik (2016, s. 354).

Styrker og svakheter

Denne studien er basert på et implementeringsprosjekt ved anestesi- og operasjonsavdelingen ved Haugesund sykehus og utgjør en singel-case-studie i en spesiell kontekst. Dette vil derfor påvirke oppgaven ut fra den kulturen og miljøene som studien er gjennomført i.

En styrke for studien har vært min personlige rolle som forsker med nærhet og kjennskap til fagfeltet. Dette har bidratt til å kunne utforme studien mer spesifikt til formålet samt å kunne gjøre strategiske utvalg av informanter med ulikt perspektiv. Nærheten til fagfeltet er på den annen side en svakhet med tanke på mulighetene for å være forutinntatt og tillegge oppgaven egne holdninger og meninger. En større distanse kunne ha bidratt til å avdekke moment jeg ikke har klart å fange opp.

Ved oppstart av intervjuene valgte jeg å gjennomføre et prøveintervju. Dette medførte justeringer av intervjuguiden. I tillegg gjorde det meg mer trygg på rollen som forsker og min rolle under intervjuene som fulgte. En svakhet med intervjuene kan være at tidsperspektivet fra implementeringen fant sted, til intervjuene ble utført, var omtrent fem år. Detaljer og nyanser kan derfor ha blitt glemt av informantene. Min rolle som kollega til informantene kan også ha påvirket informantenes valg av utleverte data.

En svakhet er tidsperspektiv, både før og etter implementering, for strykningsdataene. Dette kunne ha bidratt til å belyse utviklingen over tid bedre, spesielt med tanke på utviklingen etter implementeringen. Dette var ikke mulig på grunn av tilgjengelige historiske data samt varigheten av denne studien. Likevel var datagrunnlaget godt nok til å påvise en signifikant endring. Særlig ville det vært gunstig med ytterligere analyser på detaljnivå for strykningsårsakene for å kunne gjøre statistiske analyser av dette. Dette lot seg ikke gjøre fordi antallet i hver strykningsgruppe var for lave. Likevel ga tallene en god oversikt over hvilke strykningskoder som ble hyppigst brukt.

Rammeverket fra Damschroder et al. (2009, s. 2) trekker frem mer bruk av formative metoder ved studier ved å kombinere kvantitativ og kvalitativ metode. Dette bidrar til å belyse bedre hvilke årsaks mekanismer som ligger bak resultatet, noe denne studien har gjort. For å styrke kvaliteten og troverdigheten av kvalitativ forskning anbefaler Patton (1999) å bruke flere kombinasjoner av dataauthenting. Dette har blitt gjort ved å bruke strykningsprosent,

strykningsårsaker, t-test og kontrolldiagram. Yin (1999, s. 1217) hevder at for casestudier styrkes resultatene ved å kombinere flere datakilder. En kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode styrke reliabiliteten, slik det har blitt gjort i denne studien

Ekstern overførbarhet

Ekstern overførbarhet, eller generaliserbarhet, handler om tolkningene som er gjort i denne undersøkelsen, kan gjelde for andre tilsvarende sammenhenger, ifølge Thagaard (2018, s. 182). Thagaard hevder videre at det er et formål å oppnå en mer generell relevans for tolkning av kvalitative studier, og at det må argumenteres for overførbarhet til andre sammenhenger (Thagaard, 2018, s. 182). Jacobsen (2015, s. 237) hevder at en av styrkene til kvalitativ metode er den teoretiske generaliseringen. Dette forklares med at man kan avdekke fenomen og finne betingelser for at ting skal fungere. Men Jacobsen hevder videre at det kan være vanskeligere å generalisere fra utvalg til populasjon fordi man har hentet ut utvalget på en spesiell måte og undersøkelsen kun er gjort på noen få enheter. Av den grunn vil det være vanskelig å si at dette resultatet kan være gjeldende for tilsvarende eller større populasjoner (Jacobsen, 2015, s. 237).

Strykninger er som tidligere nevnt et komplekst problem med mange årsaker og som mange operasjonsavdelinger sliter med. Implementering av drop-in anestesipoliklinikk har i denne studien vist seg å redusere strykninger, særlig med henblikk på problematikken rundt klargjøring og forberedelse av operasjonspasientene. Visse faktorer har vært avgjørende for å lykkes med denne implementeringen. For å få til en endring viser studien at det kreves motivasjon og klarhet i organisasjonen og hos individene endringen skal gjelde for. Det må foreligge et stort endringsønske basert på et problem som ønskes håndtert. Det er også avgjørende å ha sterke og kreative ressurspersoner som kan planlegge og gjennomføre prosjektet. Pasienthensyn og arbeidsforhold for anestesilegene har også vært faktorer som har bidratt til at resultatet ble slik det ble. Denne studien er gjort under gitte forhold som ikke nødvendigvis vil være gjeldende andre steder. Å gjenskape et tilsvarende resultat betinger at forholdene er like. Dette er usannsynlig å få til. Siden dette er en singel-case-studie, vil konteksten være særegen for feltet studien er gjennomført i. Den eksterne overførbarheten er derfor vanskelig å argumentere for. Samtidig har studien vist element som har påvirket prosjektet. Ved hjelp av et teoretisk rammeverk har de fremmende og hemmende faktorene for implementering blitt identifisert. Det kan derfor argumenteres for at faktorene som har hemmet

og fremmet implementering i denne studien også kan påvirke implementering av drop-in anestesipoliklinikk i andre organisasjoner.

Forslag til videre forskning

Ytterligere studier trengs for å fastslå om endringen i strykprosenten vedvarer over tid. I tillegg vil man også kanskje kunne avdekke innvirkning fra andre organisasjonsendringer, økonomi og flytteprosesser og pandemi på strykningsantallet. Dette kan være faktorer som er viktige å ta høyde for, og som har en påvirkning på sykehusets evne til å gjennomføre planlagte operasjoner. Organisasjonen vil derfor kunne sette inn tiltak for å motvirke nettopp disse uheldige konsekvensene. Ved en ytterligere studie og analyse av de spesifikke strykningsårsakene, kan det gjøres målrettede tiltak opp mot flere av de andre hyppigst registrerte årsakene.

I denne studien har pasientperspektivet ikke vært inkludert og heller ikke vært relevant for problemstillingen. Ytterligere studier som inkluderer pasientenes opplevelse av forløp samt erfaring ved både gjennomgått operasjon og ved strykninger, kan være bidragsytende til å forbedre anestesipoliklinikken samt utvide perspektivet for tilrettelegging og gjennomføring av helsetjenestene i forbindelse med det generelle operasjonsforløpet og anestesipoliklinikken (forbedringsprosjekt).

Oppsummering og konklusjon

Forskningsspørsmålene mine var om opprettelsen av anestesipoliklinikken har påvirket strykningsprosenten, og hvilke faktorer som har hemmet og fremmet implementeringen. Dette vil jeg besvare med følgende oppsummering:

De kvantitative funnene viser en signifikant nedgang i strykningsprosenten etter implementering av anestesipoliklinikken, men dette tok noe tid. I tillegg vedvarte nedgangen mot slutten av studien, noe som ut fra tolkningen av dataene tyder på en faktisk endring. De kvalitative funnene viser flere årsaker som kan være med å forklare nedgangen i strykprosenten. Det første er at man hadde tatt utgangspunkt i en idé fra annet sykehus, som ble tilpasset lokale forhold. I tillegg var ideens tilpasningsevne god. Det ble gjort justeringer etter hvert for et best mulig resultat. Løsningen var basert på å kunne gjennomføres uten noe form for tilførte midler, dette medførte at man kom i gang med kreative og raske løsninger. To viktige fremmende faktorer var klimaet for endring og klarhet for endring. Det var et kollektivt ønske om endring og en høy oppslutning rundt tiltaket, og endringen ble beskrevet som svært viktig for pasientene, klinikerne og organisasjonen. Individkarakteristikken og de såkalte ildsjelene var også en fremtredende fremmende faktor for prosjektet. Det var lett å rekruttere til prosjektet, det var høyt engasjement og eierskap for prosjektet hos prosjektledelsen, og ord som pådrivere og motivatorer ble brukt om nøkkelpersonell. Implementeringen var også godt forankret hos ledelse og klinikere. Alternativet som fantes fra før, var ikke godt nok, derfor ble oppslutningen om endringer også stor. En annen fremmende faktor har vært å involvere anestesisykepleierne. De fikk igjen delta i en oppgave som yrkesgruppen tidligere hadde vært delaktig i. Dette ble sett på som et insentiv i tillegg til at det var positivt for faglig utvikling. At implementeringen og driften av poliklinikken ble gjennomført uten større involvering av byråkrati og administrasjon, har vært en fremmende faktor. Gjennomførelsen kan beskrives som enkel, nøktern og målrettet. Pasientfokuset har også vært en fremmende faktor. Ønsket om å bedre organiseringen av anestesiprevurdering samt å redusere strykningsprosenten har medvirket til at alle de impliserte har jobbet i samme retning og med samme mål for øye.

Årsakene til at det tok tid før strykningsprosenten gikk ned, er sannsynligvis mer sammensatt. De kvalitative funnene indikerer at kirurgene ikke hadde samme klarhet for endring og motivasjon som fantes ellers i prosjektet. Det tok lengre tid før systemtenkingen og de mentale modellene endret operatørens handlemønster. Totalt sett kan det også bero på at den kollektive

atferden på grunn av at kunnskapsoverføring og læring i organisasjonen tok ulik tid hos de enkelte individene og enhetene. Som en følge tok det derfor tid før operatørene meldte pasientene tidsnok til anestesipoliklinikken. I tillegg satt endringene «i ryggraden» hos individene og hos de enkelte gruppene på ulikt tidspunkt. Noen avdelinger var tidlig ute med å benytte seg av tilbudet fordi de hadde forstått fordelene ved dette, mens andre ikke kom på banen før etter en tid. I tillegg var ikke pasientene godt nok forberedt før de kom, noe som medførte ekstraarbeid for bemanningen på poliklinikken og ulemper for pasientene. Prosjektet brukte også tid på innkjøringen, og det tok derfor noe tid før man hadde eskalert driften til ønsket nivå. Det ble ikke tilført anestesilegeressurser, og de som bemannet poliklinikken, ble nå i tillegg satt til å være på operasjonsstue. Dette ble en prioriteringskonflikt for dem, og i så måte var personellressursene en hemmende faktor. I tillegg dalte eierskapet og engasjementet overfor implementeringen hos anestesilegene, noe som medførte driftsmessige problem på poliklinikken for anesthesisykepleierne. En hemmende faktor i etableringsfasen for sykepleierne var skepsisen blant anestesilegene mot jobbglidningen. Men skepsisen var kortvarig. En annen relativt hemmende faktor var lokalitetene. Tilstrømningen av pasienter ble etter hvert stor, noe som medførte kødannelse og høyt arbeidstempo på poliklinikken.

Det er mange og komplekse faktorer som påvirker strykningsprosenten, og skyldes hvordan det kliniske systemet fungerer som en helhet (Armoeyan et al., 2021). I denne sammenhengen er det kliniske systemet hele forløpet pasienten er gjennom, fra oppmøte på sykehuset til pasienten kan reise hjem. For å oppnå en endring i strykningsprosenten vil man derfor måtte påvirke hele det kliniske systemet. Endringen omfatter rutiner og prosedyrer så vel som de ansattes adferd og samhandling med andre kolleger. Dette medfører å endre på alt fra de mentale tankeprosessene, forståelsen, arbeidsrutiner og vaner. Slike endringer i organisasjonen og hos den enkelte kliniker vil ta tid, og det kan forklare hvorfor strykningsprosenten ikke gikk ned med en gang. Det er flere faktorer som har hemmet og fremmet denne prosessen i varierende grad. Ingen av de hemmende faktorene har stoppet implementeringen, og med en overvekt av fremmende faktorer som individkarakteristikk, implementeringsklima og klarhet for endring fremmet man en implementering som etter hvert medførte en endring og en læring i organisasjonen. Denne studien har inkludert de formative elementene knyttet til anestesipoliklinikken gjennom en kvantitativ og kvalitativ undersøkelse for å finne innvirkende organisatoriske faktorer. Funnene i undersøkelsen indikerer at anestesipoliklinikken har bidratt til reduksjon i strykningsprosenten.

Litteraturliste

- Abate, S. M., Chekole, Y. A., Minaye, S. Y. & Basu, B. (2020). Global prevalence and reasons for case cancellation on the intended day of surgery: A systematic review and meta-analysis. *International journal of surgery open*, 26, 55-63.
<https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.08.006>
- Argyris, C. & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning : a theory of action perspective*. Addison-Wesley.
- Armenakis, A. A., Harris, S. G. & Mossholder, K. W. (1993). Creating Readiness for Organizational Change. *Human relations (New York)*, 46(6), 681-703.
<https://doi.org/10.1177/001872679304600601>
- Armoeyan, M., Aarabi, A. & Akbari, L. (2021). The Effects of Surgery Cancellation on Patients, Families, and Staff: A Prospective Cross-Sectional Study. *J Perianesth Nurs*, 36(6), 695-701.e692. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.02.009>
- Bolman, L. G., Thorbjørnsen, K. M. & Deal, T. E. (2014). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse : struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler* (5. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brudvik, M. (2009, 030909). *Andre aktuelle kontrolldiagrammer*. helsebiblioteket.no. Hentet 010921 fra
<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsmaling/statistisk-prosesskontroll/andre-aktuelle-kontrolldiagrammer>
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre: om design av samfunnsvitskaplege forskingsprosjekt*. Universitetsforl.
- Childers, C. P. & Maggard-Gibbons, M. (2018). Understanding Costs of Care in the Operating Room. *JAMA Surg*, 153(4), e176233-e176233.
<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.6233>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*, 4(1), 50-50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Gómez Rivas, J. (2020). Last minute cancelations in elective surgery are inevitable. Can we reduce them? An invited commentary on “reduction of last-minute cancellations in elective urology surgery: A quality improvement study”. *Int J Surg*, 74, 109-110.
<https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.01.011>
- Helse Fonna. (2014a). *Mandat Poliklinisk klargjøring av elektive operasjonspasienter, inkludert Drop-in anestesipoliklinikk* [Internt dokument]. Helse Fonna; Haugesund sykehus.
- Helse Fonna. (2014b). *Sluttrapport for optimalisering av pasientlogistikk for operasjonspasienter i Kirurgisk klinikk* [Internt dokument]. Helse Fonna; Haugesund sykehus.
- Helsedirektoratet. (2008). *Strykninger av planlagte operasjoner*
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/sykehusopphold/utsettelse-av-planlagte-operasjoner/N-006%20Strykninger.pdf/> /attachment/inline/cd5eb23b-e1a6-48ce-b817-

[cdec5377fd64:0ffd1b93ead0219ccc14569fa1245240efb535c7/N-006%20Strykninger.pdf](https://doi.org/10.1007/s11606-009-1112-8)

- Hk, R. (2017). *Medical Statistics : For Beginners* (1st ed. 2017. utg.). Springer Singapore : Imprint: Springer.
- Holt, D. T., Helfrich, C. D., Hall, C. G. & Weiner, B. J. (2010). Are You Ready? How Health Professionals Can Comprehensively Conceptualize Readiness for Change. *J Gen Intern Med*, 25(Suppl 1), 50-55. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1112-8>
- Hovlid, E. (2012). *Reducing cancellations of planned operations : a case study of improving the quality of care at a district general hospital* [Avhandling (ph.d.) - Universitetet i Bergen, 2013, Universitetet i Bergen].
- Hovlid, E., Bukve, O., Haug, K., Aslaksen, A. B. & Von Plessen, C. (2012). A new pathway for elective surgery to reduce cancellation rates. *BMC Health Serv Res*, 12(1), 154-154. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-154>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (3. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2016). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg.). Fagbokforl.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J. & Turner, L. A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of mixed methods research*, 1(2), 112-133. <https://doi.org/10.1177/1558689806298224>
- Kirk, M. A., Kelley, C., Yankey, N., Birken, S. A., Abadie, B. & Damschroder, L. (2016). A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implement Sci*, 11(1), 72-72. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0437-z>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lydersen, S. & Fagerland, M. W. (2020). Which t-test is best? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 140(17). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0750>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2016). Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how? *Scand J Public Health*, 44(2), 120-129. <https://doi.org/10.1177/1403494815621181>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. 2.opplag. utg.). Universitetsforlaget.
- McNeese, B. (2008, Mars 2008). *Small Sample Case for c and u Control Charts*. SPC for Excel. Hentet 020921 fra <https://www.spcforexcel.com/knowledge/attribute-control-charts/small-sample-case-for-c-and-u-control-charts>
- NCH Software. (2021). *Express Scribe Pro* (Versjon 9.22) NCH Software Inc. Hentet 25.02.2021 fra <https://www.nch.com.au/scribe/index.html>
- Norsk anesthesiologisk forening. (2016). *Norsk standard for anestesi*. Hentet 22.03.2022 fra <https://www.nafweb.no/media/2021/03/Norsk-standard-for-anestesi-2016.pdf>
- Nyen, B. (2009). Forbedringsarbeid og statistisk prosesskontroll (SPC). *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*, 2.0. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/kompendium-spc-v2-0.pdf>

- Ogrinc, G. S., Goldmann, D., Joint Commission Resources, I. & Institute for Healthcare, I. (2018). *Fundamentals of health care improvement : a guide to improving your patient's care* (Third edition. utg.). Joint Commission Resources Institute for Healthcare Improvement.
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Serv Res*, 34(5), 1189-1208.
- Romøren, T. I. (2018). Spesialisthelsetjenesten: sykehus og psykisk helsevern. I T. I. Romøren (Red.), *Den Norske velferdsstaten* (5. utg., s. 155). Gyldendal.
- Senge, P. M. (2006). *The fifth discipline : the art and practice of the learning organization* (Rev. and updated. utg.). Doubleday/Random House.
- Sweetman, S., Sharkey, A. R., Thomas, K. & Dhesi, J. (2020). Reduction of last-minute cancellations in elective urology surgery: A quality improvement study. *Int J Surg*, 74, 29-33. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2019.12.011>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforl.
- Værdal, H., Bratberg, G. H. & Haugdahl, H. S. (2021). Årsaker til forsinkelser ved elektive operasjoner. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 17(2). <https://doi.org/10.7557/14.5726>
- Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci*, 4(1), 67-67. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-67>
- Yin, R. K. (1999). Enhancing the quality of case studies in health services research. *Health Serv Res*, 34(5), 1209-1224.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications : design and methods* (Sixth edition. utg.). SAGE.

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Organisatoriske forhold og følger ved implementering av anestesipoliklinikk»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke de organisatoriske forholdene og følgene ved implementering av anestesipoliklinikk. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjekter gjøres i forbindelse med masterstudie i organisasjon og ledelse for helse- og velferdssektoren ved Høgskulen Vestlandet. Formålet er å undersøke hvordan de organisatoriske prosessene har innvirket på implementeringen av anestesipoliklinikken samt om det kan observeres endringer i driftsdata som følge av dette. Jeg ønsker å intervjuere personale tilknyttet implementeringsprosessen og drift av anestesipoliklinikken.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet og prosjektet er godkjent av Forskningsavdelingen i Helse Fonna.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å studere oppstart og drift av anestesipoliklinikken ønsker jeg å innhente erfaringer fra ansatte som har jobbet med implementeringen av anestesipoliklinikken i prosjektfasen, men også fra ledere og de som drifter poliklinikken til daglig. Dette gjøres ved hjelp av et semistrukturert fokusgruppeintervju. Det er ønskelig at alle har vært ansatt minimum to år før anestesipoliklinikken ble startet opp. Det blir derfor ut fra disse kriteriene gjort et strategisk utvalg til to-tre ledere, fire anestesileger og fire anestesisykepleiere som vil intervjues gruppevis. Din leder har godkjent min forespørsel til deg.

Jeg ønsker derfor å intervju deg om dine erfaringer og opplevelser i forbindelse med oppstart og drift av anestesipoliklinikken.

Hva innebærer det for deg å delta?

Ved samtykke til deltagelse vil du bli intervjuet sammen med de andre i din respektive gruppe. Hovedspørsmålene vil være de samme for alle gruppene. Intervjuets varighet vil være omtrent 60 minutter og det vil bli gjort lydopptak og notater. Spørsmålene vil omhandle implementeringsprosessen fra før prosjektstart og frem til i dag. Jeg vil også be om noen opplysninger om deg selv. Det vil være opplysninger om kjønn, yrkesgruppe, ansiennitet, formell yrkesrolle osv.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil kun være veileder og student som har tilgang til dataene. Dataene vil bli anonymisert og kryptert i transkripsjonsfasen der personopplysninger og navn blir erstattet med koder som lagres innelåst på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Oppgaven vil ha behov for å samle inn bakgrunnsopplysninger for å skildre utvalget, noe som kan bidra til å identifisere deltakerne. Alle uttalelser fra selve intervjuet vil anonymiseres på en slik måte at det ikke kan gjenkjennes i publikasjonen. Prosjektet følger for øvrig retningslinjer for vern og utveksling av personopplysninger og helseforskningsdata utarbeidet av Høgskulen på Vestlandet, vedlegg 1.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen vil være 31/7/21. Personopplysninger som er lagret vil da slettes.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Veileder: Einar Hovlid ved Høgskulen på Vestlandet, Einar.Hovlid@hvl.no, 907 99 199
- Student: Torkel Andor Viland, taviland@gmail.com, 918 68 535
- Personvernombud ved Høgskulen på Vestlandet: Trine.Anniken.Larsen@hvl.no, telefon 55 58 76 82.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:


- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Einar Hovlid
(Forsker/veileder)

Torkel Viland
(Student)

Vedlegg 2 «vedlegg 1 til informasjonsskriv»:

	Høgskulen på Vestlandet	304P Oppbevaring av aktive forskningsdata på private enheter
Retningslinjer for vern og utveksling av personopplysninger og helseforskningsdata		
Dokumenteier: Behandlingsansvarlig	Dokumentansvarlig: Prorektor for forskning	Behandlet FI utvalg: 16.04.2020 Godkjent: 02.06.2020
Regulert av lovverk: Personopplysningsloven, forskningsetikkloven		
Gjelder for: Student, veileder, prosjektleder, dekan		Versjon: 2020.1

Formål

HVL har som behandlingsansvarlig ansvar for å føre protokoll over behandlingsaktiviteter som omfatter personopplysninger, for at data behandles og lagres forsvarlig, og kun er tilgjengelig i perioden som er nødvendig for formålet.

Private enheter kan brukes i studentoppgaver dersom forutsetningene under oppfylles.

I Forskningsprosjekter skal personopplysninger som en hovedregel lagres på Forskningsserveren. Unntak for forskning må klareres med fakultetsledelse og fagansvarlig for forskningsetikk og personvern i forskning ved HVL.

Forutsetning for bruk av private enheter i studentoppgaver:

- **Bruk av private enheter skal være avklart med veileder eller faglærer. Veileder eller faglærer må kjenne til forutsetningene under, og kunne gi veiledning om de enkelte punktene.**
- For studentprosjekter med lav personvernrisiko der det ikke skal innhentes særlige kategorier opplysninger¹, kan private enheter benyttes.
- Studentprosjekter kan ikke starte før det foreligger en vurdering fra NSD og eventuelt REK.
- Studenten må sørge for å ivareta informasjonssikkerheten i perioden hvor personopplysninger behandles. Det skal iverksettes tiltak for å ivareta konfidensialitet, dvs. forhindre at personopplysninger kommer på avveie gjennom for eksempel kryptering.
- Studenten må sørge for at prosjektdeltakers integritet må sikres ved at ikke uvedkommende har tilgang til de personopplysningene som behandles.
- Studenten må sikre at enhetene aldri forlates uten beskyttelse med passord.
- Studenten skal sørge for å ikke lagre personopplysninger i skyløsninger hvor det ikke er mulig å sikre hvem som har tilgang til dataene og ha kontroll over hvor servere befinner seg geografisk, eller på annen måte sprer disse opplysningene uten kontroll.
- Studenten skal sørge for sikkerhet rundt bruk av private lydopptakere. Lydopptak må krypteres etter opptak og ikke beholdes lenger enn nødvendig for transkribering. Lydopptak slettes senest ved prosjektslutt.
- Studenten skal sørge for at personopplysninger som har blitt samlet inn for behandling i masteroppgaver slettes eller anonymiseres når oppgaven er levert og funnet godkjent. Dette gjelder også lydopptak, videoer og bilder. Dette gjelder så lenge det ikke foreligger lovlig hjemmel for videre oppbevaring
- Studenten skal selv rapportere til NSD om at sletting/anonymisering er utført ved avslutning av prosjektet. Dette gjelder alle originaler og eventuelle kopier av personopplysningene. Veileder har ansvar for å kontrollere at studenten varsler om sletting/anonymisering til NSD ved prosjektslutt.

¹ opplysninger om rasemessig eller etnisk opprinnelse, politisk oppfatning, religion, filosofisk overbevisning, fagforeningsmedlemskap, genetiske opplysninger, biometriske opplysninger med det formål å entydig identifisere noen, helseopplysninger, om seksuelle forhold, seksuell legning, straffedommer og lovovertridelser (art. 9 og 10 i forordningen).

Bare elektronisk versjon er gyldig versjon

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Organisatoriske forhold og følger ved implementering av anestesipoliklinikk», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at intervjuet blir tatt opp elektronisk
- at data fra intervjuet kan bli brukt i masteroppgaven
- at funnene fra studien kan publiseres i anonymisert form i masteroppgaven

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide.

Organisatoriske forhold og følger ved implementering av anestesipoliklinikk.

Bakgrunnsopplysninger:

1. Navn?
2. Når er du født?
3. Formell yrkesgruppe og rolle?
4. Ansiennitet?

Intervensjonskarakteristikk.

1. **Hva var bakgrunnen for implementeringen og hvordan ble implementeringen planlagt?**
2. *Hvor eller hvordan ble ideen om anestesipoliklinikk til? (interne eller eksterne, legitimitet)*
3. *Hva ble lagt til grunn for at man ønsket å realisere ideen om anestesipoliklinikk? (oppfattelsen av ideens kvalitet og gyldighet)*
4. *Fantes det noen spesielle grunner for å gå for denne ideen fremfor andre løsninger?*
5. **(I hvilken grad) Kunne ideen om anestesipoliklinikken kopieres direkte inn i egen organisasjon? (translasjon, grad (stor/liten) av adaptasjon).**
6. **Ble det utført en pilotstudie før man gikk i gang med full implementering av anestesipoliklinikk? (Demmings sirkel, enkel/dobbelkrets læring).**
7. *I hvilken grad ville implementeringen fremstå som komplisert organisasjonsmessig med tanke på endringer fra tidligere praksis? Tilpasning?*
8. *Kan det beskrives om ideen av innføringen av en anestesipoliklinikk var begripelig og mulig gjennomførbar?*
9. **Var kostnadsnivået vurdert, og hvilke kostnader ville implementeringen få?**

Ytre faktorer.

10. **Hvilke faktorer utenfor selve prosjektet har bidratt eller bremset oppstart av anestesipoliklinikken?**
11. **Forelå det brukeruttalelser eller pasientundersøkelser til grunn for implementeringen?**
12. **Fantes det noe form for formelt eller uformelt nettverk for samarbeid med andre sykehus?**
13. *Fantes det noe press for å implementere anestesipoliklinikk?*

14. Fantes det overordnede politiske eller strategiske føringer som talte for oppstart av anestesipoliklinikk? (direktiver? effektivisering? incentiver? Offentlige driftsrapporter?)

Indre faktorer.

15. Har det vært faktorer innenfor selve prosjektet kan ha bremsert eller bidratt til oppstart av anestesipoliklinikken?
16. Hvem ble involvert i planleggingen og oppstarten av anestesipoliklinikken og hvorfor? (forankring?)
17. *Hvordan kan man beskrive relasjonen og klimaet innad i gruppen(e) basert på det sosiale nettverket og kommunikasjon? Konstruktivt eller destruktivt.*
18. Var det grunnleggende forskjeller i oppfatning av verdier og normer i prosjektet, for eksempel ut fra arbeidsgruppe/profesjon eller enhet?
19. Hvorfor var denne implementeringen viktig (behov), og for hvem (pasient, økonomi, logistikk, personalressurser?)
20. *I hvilken grad var det oppfatning om behov for anestesipoliklinikk?*
21. *I hvilken grad var det viktig å implementere anestesipoliklinikken?*
22. Fantes det organisatoriske incentiver (finansielle, ytelsesmålinger, belønninger osv.) for foretak, klinikk eller andre ved implementering av anestesipoliklinikk?
23. *Ble det kommunisert ut om milepæler eller endelige mål for arbeidet med oppstarten, og ble det gitt tilbakemeldinger underveis til prosjektgruppen eller andre om status?*
24. Var det for ledelsen rom for og spør om tilbakemeldinger og hjelp, og var det takhøyde nok for å komme med innspill fra gruppemedlemmene til prosjektledelse?
25. *Beskriv involvering og engasjement av prosjektgruppemedlemmene som var involvert i prosjekt og oppstart?*
26. **Beskriv i hvilken grad det var tilgjengelige ressurser for implementeringsarbeidet, f.eks. personell, opplæring, lokaltid, osv.?**
27. *Hvordan var tilgangen på informasjon om implementeringen og rutiner eller arbeidsoppgavene som kom i kjølvannet av oppstarten?*

Individ karakteristikk

28. På hvilken måte har enkeltindivider bidratt eller bremsert oppstart av anestesipoliklinikken? (ikke navn!)
29. *Hvordan kan den enkeltes holdning og innstilling til prosjektet beskrives?*
30. Hvordan var den enkeltes overbevisning om innføringen av anestesipoliklinikken og ble de spontant med på ideen?
31. Fantes det et stadium hvor den enkelte kliniker gikk fra å være gruppemedlem til å bli mer driftsorientert?
32. *Har man på noe tidspunkt kunne observere om klinikerne har identifisert seg i rollen som ansvarlig for- og ivaretagende for poliklinikken, i så fall når og hvordan?*

Prosess.

33. Hvilke momenter i selve prosjektfasen kan ha hemmet eller fremmet oppstarten av anestesipoliklinikken?

34. *I hvilken grad var implementeringen planlagt og hvor nøye var i så fall hver enkelt prosess beskrevet?*
- 35. Hvordan ble utvelgelsen av prosjektgruppemedlemmene gjennomført?**
- 36. Har det vært personer som særlig har utpekt seg som meningsledere eller ildsjeler for prosjektet, og hvem var dette?**
- 37. Ble det utpekt intern eller ekstern formell ansvarlig for implementeringen?*
- 38. Fantes det andre personer som virket som pådrivere for prosjektet og som fremsnasket prosjektet, hva gjorde de og hvilken rolle hadde denne/disse personene?**
- 39. Var det tverrfaglig involvering underveis? I så fall hvem var dette, og hvilken rolle hadde de?**
- 40. Beskriv i hvilken grad oppstarten ble gjort ut fra planen, og hvor lang tid tok det før ting fungerte som planlagt?**
- 41. Ble det brukt data underveis for å måle utviklingen og fram til i dag, og hva har dette i så fall vist/hva ble bedre?**

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjektittel

Organisatoriske forhold og følger ved implementering av anestesipoliklinikk.

Referansenummer

960914

Registrert

23.10.2020 av Torkel Andor Viland - 227660@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Einar Hovlid, Einar.Hovlid@hvl.no, tlf: 90799199

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Torkel Andor Viland, taviland@gmail.com, tlf: 91868535

Prosjektperiode

01.11.2020 - 31.07.2021

Status

29.10.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

29.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 29.10.20. Behandlingen kan starte.

TREDJEPERSONER

Vær obs på under intervjuene at det ikke fremkommer personopplysninger/identifiserende opplysninger om andre enkeltpersoner enn de som deltar. Hvis det gjør det, må du passe på å innhente samtykke fra disse også (og krysse av for tredjepersoner i meldeskjemaet).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.07.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold

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

Vedlegg 6: Godkjenning Helse Fonna



Høgskulen på Vestlandet

v/Torkel Viland

Dykkar ref:

Vår ref:
2020/6744 - 455/2021

Sakshandsamer:
Helge Børresen

Dato:
06.01.2021

Godkjenning av innhenting av data

Viser til søknad om godkjenning av innhenting av data for prosjektet «Organisatoriske forhold og følger ved implementering av anestesipoliklinikk». Søknaden er godkjent. Det er ein føresetnad at prosjektet blir gjennomført slik det kjem fram i opplysningane i søknaden.

Kontaktperson for Kirurgisk klinikk:

Dagny Klausen (dagny.solveig.strand.klausen@helse-fonna.no)

Vennleg helsing

Olav Klausen
Administrerende direktør
Helse Fonna HF

Dokumentet er elektronisk godkjent og treng inga signatur

Postadresse:
Helse Fonna HF
Postboks 2170
5504 Haugesund

Elektronisk adresse:
post@helse-fonna.no
www.helse-fonna.no

Besøksadresse:

Generell informasjon:
Sentralbord: 52 73 20 00
Org.nr: 983 974 694