

Hva skal til for å oppnå vellykket implementering av guidelines?

En studie av gjennomføring av basal Hjerte-LungeRedning i sykehus

**Skrevet av:**

**Torunn Isaksen**

**Veileder:**

Merethe Dotterud Leiren

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet innestår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, høsten 2014

Fakultet for Økonomi og Samfunnsvitenskap

Institutt for Statsvitenskap og Ledelsesfag

## Forord

Denne masteroppgaven er siste del av studiet Helseledelse ved Universitetet i Agder. Hele studiet har vært lærerikt og variert, hva angår tema og fagområder. Denne siste delen, selve masteroppgaven, har spesielt vært lærerik, men det har også vært utfordrende å jobbe med en så stor oppgave ved siden av en krevende jobb. Jeg jobber for tiden som leder ved en sengepost ved sykehuset Sørlandet. Sørlandet sykehus SSHF har vært mitt arbeidssted i nærmere 20 år, og mye av min bakgrunn har jeg fra det akuttmedisinske fagfeltet. Temaet for oppgaven gjenspeiler min interesse for nettopp dette feltet, men det har også sitt utspring i de mange pålagte oppgaver avdelinger og ledere i sykehus får som stadig skal implementeres til medarbeiderne. Implementering av ulike kvalitetstiltak er en enorm oppgave som får større og større betydning i form av krav til kvalitetssikring til pasienter i spesialisthelsetjenesten. Jeg har lært mye nytt omkring temaet via all litteraturen jeg har lest samt også via den kvalitative metoden jeg brukte i oppgaven.

Jeg vil først og fremst takke mine informanter og samtalepartnere som har bidratt slik at jeg har kunnet samle nyttig empiri til min oppgave. Det er medarbeiderne i sykehus som redder liv, derfor var det viktig for meg å snakke med dere som kjenner til bruken av Hjerter-LungeRedning (HLR) i dagliglivet på sykehus.

Jeg vil spesielt takke min veileder, Merethe Dotterud Leiren. Du har gitt meg meget gode og konstruktive tilbakemeldinger, og motivert meg til å komme i mål.

Til sist vil jeg takke både nåværende og tidligere kollegaer samt venner og familie for god hjelp og støtte underveis. Spesielt takk til assisterende enhetsleder Marianne Jacobsen som har strekt seg langt og utført flere av mine arbeidsoppgaver på jobb slik at jeg fikk mulighet til å konsentrere meg om å gjøre ferdig masteroppgaven.

Kristiansand desember 2014

Torunn Isaksen

## Sammendrag

Bakgrunnen for denne studien har vært ønsket om å finne ut hvilke variabler som er av betydning når det gjelder implementering av nye guidelines i basal Hjerte-Lungeredning i sykehus. Det er tanken om eventuelt å kunne finne forbedringsområder for dette som har vært drivkraften bak studien. I sykehus er det stadig mange nye pålagte arbeidsoppgaver som skal implementeres, og det ble utarbeidet to hypoteser i studien for å finne ut hvorfor medarbeidere handler som de gjør sett i sammenheng med ulike variabler som eventuelt har betydning for implementering av nye guidelines i basal HLR. Hypotesene baserer seg på hvorvidt det lønner seg eller hører seg å implementere for medarbeiderne.

Denne studien er en kvalitativ undersøkelse, induktiv metode, der intervju av helsepersonell danner grunnlaget for empirien og videre diskusjon opp mot litteratur og egen erfaring innen det aktuelle temaet.

Funnene i studien viser at både ledelse, ledelsesstrategier, medarbeidernes motivasjon og implementeringsstrategi har betydning for hvordan implementering av guidelines i basal HLR skjer i sykehus. Det er først og fremst engasjement og tilrettelegging fra nærmeste leder samt HLR-instruktør som har betydning for hvorvidt medarbeidere opplevde implementeringen som vellykket. På den andre siden opplevde de også at HLR er obligatorisk og så viktig i seg selv at ledelse av og til var unødvendig.

Funnene i studien viser at medarbeidere i hovedsak handler slik de gjør fordi det hører seg. De som implementerer er først og fremst sosialisert til å følge de retningslinjer og guidelines som finnes i sykehus (hypotese to). Medarbeidere i sykehus handler også ut i fra et altruistisk synspunkt, definert ut i fra et sosiologisk perspektiv, der det å følge guidelines kommer den annen part, i dette tilfellet pasientene, til gode. Enkelte handler også slik de gjør fordi de er nyttemaksimerende, de handler rasjonelt ut i fra hva de selv får mest igjen for (hypotese en).

Implementering av nye guidelines i basal HLR i sykehus viser seg i funnene å være utfordrende i og med at endringer skal skje på alle nivå og gjelder alle medarbeidere. Det beskrives i studien at medarbeidere likevel stort sett er fornøyd med måten implementeringen skjer på. Det fremkommer også forslag til forbedringer og ønsker fra både medarbeidere, HLR-instruktør og leder angående implementeringen, noe det etter min erfaring vil være smart at de ansvarlige for implementering av nye guidelines i basal HLR i sykehuset tar tak i.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG MOTIVASJON FOR OPPGAVEN</b>	<b>1</b>
<b>2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER</b>	<b>5</b>
<b>2.1 LEDELSESTEORETISKE PERSPEKTIVER (VARIABEL 1)</b>	<b>8</b>
<b>2.2 ORGANISASJONSTEORI (VARIABEL 2)</b>	<b>15</b>
<b>2.3 MEDARBEIDERNE GRUNNFØRSTÅELSE, MOTIVASJON, MULIGHETER FOR LÆRING OG UTFØRELSE AV GUIDELINES HLR (VARIABEL 3)</b>	<b>19</b>
<b>2.4 IMPLEMENTERINGSSTRATEGI (VARIABEL 4)</b>	<b>22</b>
<b>3.0 METODISK TILNÆRMING</b>	<b>31</b>
<b>4.0 IMPLEMENTERING AV NYE GUIDELINES I BASAL HJERTE-LUNGEREDNING I SYKEHUS</b>	<b>36</b>
<b>4.1 OPPSUMMERT EMPIRI FRA INTERVJUOBJEKTENE</b>	<b>38</b>
<b>4.2 OPPSUMMERT EMPIRI FRA HLR-INSTRUKTØR</b>	<b>44</b>
<b>4.3 OPPSUMMERT EMPIRI FRA LEDER</b>	<b>46</b>
<b>5.0 DISKUSJON</b>	<b>48</b>
<b>5.1 LEDELSESTEORETISKE PERSPEKTIVER (VARIABEL 1)</b>	<b>49</b>
<b>5.2 ORGANISASJONSTEORI (VARIABEL 2)</b>	<b>52</b>
<b>5.3 MEDARBEIDERNE GRUNNFØRSTÅELSE, MOTIVASJON FOR LÆRING OG UTØVELSE AV GUIDELINES HLR (VARIABEL 3)</b>	<b>53</b>
<b>5.4 IMPLEMENTERINGSSTRATEGI (VARIABEL 4)</b>	<b>56</b>
<b>6.0 KONKLUSJON</b>	<b>62</b>
<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>64</b>
<b>VEDLEGG 1</b>	<b>68</b>
<b>VEDLEGG 2</b>	<b>70</b>
<b>VEDLEGG 3</b>	<b>72</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og motivasjon for oppgaven

I denne oppgaven undersøker jeg hvilke elementer som er av betydning for implementering av nye guidelines i basal Hjerte-LungeRedning (HLR) i sykehus. Problemstillingen er viktig fordi det å kunne gi pasienter og pårørende i sykehus best mulig HLR hvis hjertet slutter å slå, kan handle om liv og død (Lexow, 2011, s. 50). Medarbeidere i sykehus kan også få hjertestans, men i denne oppgaven karakteriseres de da under begrepet pasienter.

Det er trolig flere elementer/variabler som spiller inn og som ledere og medarbeidere i sykehus må ta hensyn til for at pasienter og pårørende skal kunne motta best mulig helsehjelp til enhver tid. Med best mulig helsehjelp mener jeg den hjelp fra kvalifisert helsepersonell alle mennesker bør få ved hjertestans og at dette utføres etter gjeldende guidelines i HLR.

Utgangspunktet mitt er at når implementeringen av nye basale HLR guidelines lykkes, vil også kvaliteten på utført basal HLR være tilnærmet optimal. Slike nye guidelines er viktig fordi de gjenspeiler evidensbasert forskning utført på det aktuelle fagområdet. Flere organisasjoner arbeider kun med dette, for eksempel American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ERC) og Norsk Resuscitasjonsråd (NRR), og hvert 5. år innføres nye guidelines HLR verden over (NRR, 2010c, s. 1). Jeg er også interessert i motivasjonen for hvorfor de som implementerer handler som de gjør.

Et eksempel som viser betydningen av endring i guidelines HLR er: Tidligere basale guidelines HLR tilsa at man skulle utføre brystkompresjoner på en bevisstløs person 15 ganger, deretter utføre 2 innblåsing før 15 nye brystkompresjoner og så videre, for å forsøke å få i gang hjertet. Gjeldende basale guidelines i HLR pr i dag sier (NRR, 2010a, s.1) at det skal gjøres 30 brystkompresjoner, deretter 2 innblåsing og så videre. Forskning viser at endringen av denne guidelines i basal HLR har best effekt i forhold til å opprettholde blodsirkulasjonen og dermed større sjanse for å få hjertet i gang igjen eller å opprettholde blodsirkulasjon nok i kroppen frem til helsepersonell med defibrillator kommer til unnsetning.

Gevinsten av å beherske og implementere nye guidelines HLR, kan derfor føre til at overlevelsesprosenten for pasienter med hjertestans forbedres.

Jeg har valgt å se nærmere på nye guidelines i basal HLR, og hvordan dette implementeres. Grunnen er at flesteparten av medarbeidere på sykehus ikke arbeider med avansert HLR i det daglige. Mange medarbeidere i sykehus har ikke ansvar for eller møter pasienter i det hele tatt i løpet av sin arbeidsdag. Dette kan for eksempel være personell fra Medisinsk teknisk avdeling eller medarbeidere på bibliotek. Likevel skal *alle* medarbeidere kunne beherske basal HLR. Samtidig skal det i et sykehus mye koordinering, informasjon og logistikk til, slik at hjertelungeredning blir medisinsk forsvarlig og gjennomførbart på alle avdelinger. Nettopp fordi det ofte er mest fokus på avansert HLR i sykehus, da sykehus er spesialisthelsetjeneste med ansvar for avansert og spesiell behandling, ønsker jeg å se på hvordan implementering av guidelines i basal HLR gjennomføres og hva som eventuelt kan forbedres. Basal HLR vil si det samme som vanlige folk lærer på førstehjelpskurs, mens i avansert HLR er det helsepersonell som har spesialkunnskap om, og kan bruke, nødvendige medikamenter og utstyr som defibrillator, og det å for eksempel kunne intubere en bevisstløs person.

Sykehus er en «ekspertorganisasjon» der faglig ekspertise og standarder blir koordinerende prinsipp, og de fagprofesjonelle får stor grad av autonomi (Torjesen, Byrkjeflot, & Kjekshus, 2011, s. 89). Det er økte krav til kvalitetsstyring i sykehus, noe som gjør at den helsefaglige ekspertisen settes lit til, da ingen andre kan vurdere medisinsk forsvarlig kvalitet. For å måle hvordan implementeringen av nye guidelines i basal HLR skjer i sykehus, vil jeg benytte meg av kvalitative data basert på intervju av medarbeidere i sykehus.

Guidelines i HLR er eksempel på kvalitetstiltak som kan bidra til økt overlevelse når mennesker får hjertestans, noe som også skjer inne på sykehus med pasienter, pårørende eller også medarbeidere. Guidelines HLR er en evidensbasert utarbeidet retningslinje for hvordan helsepersonell (og også mennesker generelt) skal handle hvis man kommer over andre mennesker som tilsynelatende er livløse og ikke puster. Hvordan guidelines blir implementert inn i sykehus, vil da kunne ha effekt på overlevelsesgraden.

Feltet er omfattende. Det skilles mellom avansert HLR der spesialavdelinger har stort daglig fokus på HLR generelt og avansert HLR spesielt, mens basal HLR er mindre teknisk og er det som kreves av alle medarbeidere på sykehus generelt. Basal HLR er også av en slik art at alle mennesker kan gjennomføre dette med opplæring, uavhengig av utstyr eller utdanning. Jeg velger derfor å fokusere på og avgrense kvalitetstiltak til å være nye guidelines i basal HLR i sykehus. Når implementering av disse guidelines lykkes i sykehus, vil medarbeidere vite hvordan de skal handle i enhver hjertestanssituasjon («best practice»). Dette vil ha effekt på overlevelsesgraden etter hjertestans. Det betyr også at i tillegg til å vite hva medarbeiderne skal gjøre teoretisk sett, så må det også faktisk omgjøres til praksis, først da kan man snakke om ”best practice”, altså det å gjennomføre hele konseptet man skal implementere. Jeg søker å finne ut hvordan implementering i sykehus utføres pr i dag, og hvilke variabler som innvirker på om implementeringen lykkes eller ikke når det gjelder å ta i bruk nye guidelines i basal HLR.

Ulike variabler som kan være av betydning for vellykket implementering er ledelse og organisering. For det første, med *ledelse* forstår jeg at man som leder har personalansvar for medarbeidere og derigjennom har påvirkningskraft og myndighet til å få dem med seg i den retning man som leder mener er riktig for den organisasjonen man leder. Tor-Odd Strand (Strand, 2007, s. 25-26) beskriver at ledere har ansvar for andres arbeid, de har et mandat og de utfører funksjoner som er livsviktige for organisasjonen. Implementering av basal HLR er en slik livsviktig funksjon i overført betydning, og det er snakk om en tjeneste som skal utføres av medarbeidere i alle avdelinger i sykehus. Ledelse kan dermed påvirke implementeringen i sykehus ved å legge til rette for at funksjoner som dette blir ivaretatt. I denne oppgaven vil jeg undersøke om og hvordan dette påvirker implementering av guidelines i basal HLR i praksis. For det andre, under *organisering* er jeg interessert i å avdekke det en organisasjon har utarbeidet som sitt grunnlag og verdier, hva de bygger selve organisasjonen på, hvordan dette ivaretas i organisasjonen, og hvordan både ledere og medarbeidere påvirker kulturen i en organisasjon.

Dag Ingvar Jacobsen (Jacobsen, 2004, s. 107) mener det har mye å si hvordan en organisasjon er bygd opp og blir drevet hvorvidt endringsprosesser blir vellykket eller ikke. Dette henger også sammen med hva slags organisasjonstype og hva slags endring det er snakk om. Da nye

guidelines handler om endringer fra tidligere retningslinjer, er det grunn til å anta at dette er relevant for hvordan nye guidelines i basal HLR blir implementert i sykehus.

I tillegg vil jeg også ta med i betraktning at medarbeidernes grunnforståelse, motivasjon, muligheter for læring og utførelse av guidelines HLR har betydning som variabler for hvordan nye guidelines basal HLR blir implementert i sykehus. Det å skulle endre på noe eller innføre noe nytt kan være både skremmende, kjedelig og spennende. Motstand kan oppstå, som en følge av en tretthet mot stadig nye endringer eller usikkerhet knyttet til om det nye alltid er beste måte å løse oppgaver på (Jacobsen, 2004, s. 158). Motivasjon for endringer kan derfor være viktig for at implementering skal lykkes (Larsen, 2014, s. 35-38). Dersom medarbeidere kjenner til og er interessert i det nye som kommer, kan implementeringen trolig gjennomføres bedre. Selve implementeringsstrategien er også en variabel jeg mener kan påvirke implementeringen av nye guidelines HLR i sykehus. Implementering handler konkret om hvordan nye planer, tiltak og/eller programmer, omsettes til praktisk arbeid i en organisasjon eller en avdeling (Larsen, 2014, s. 4).

Kunnskapsbasert praksis er viktig for å bevare pasientsikkerheten (Lie, Elfström, & Ahlberg, 2012, s. 1). Lie skriver også at dette vil kvalitetssikre den kunnskapen som utføres i virksomheter. Generelt er det en bevisst holdning til pasientsikkerhet i sykehus (Vindslund, 2012).

Det finnes ulike avdelinger på alle sykehus med ulikt fokus og kunnskap om basal HLR slik allerede nevnt. Eksempler på spesialavdelinger som har stor kompetanse om HLR generelt er anesthesiavdelinger og intensivavdelinger, men hvordan skjer implementeringen av nye basal HLR guidelines i de avdelinger/deler av sykehuset der det ikke er så stort fokus på HLR og akutt, kritisk syke pasienter i det daglige?

I denne oppgaven skal jeg svare på hvilke elementer som kan ha betydning for at implementering av nye guidelines i basal HLR skal lykkes i sykehus, altså at medarbeidere vet hva de skal gjøre, og faktisk følger gjeldende guidelines, dersom en hjertestanssituasjon



oppstår. Først vil jeg presentere de ulike teoretiske perspektivene, som jeg benytter til å informere den empiriske undersøkelsen. Deretter vil jeg beskrive den metodiske tilnærmingen. Så vil jeg beskrive hvordan implementering foregår på sykehus. Dette følges opp med en diskusjon av empirien i lys av de teoretiske perspektivene. Til sist følger en konklusjon.

## **2.0 Teoretiske perspektiver**

I denne delen vil jeg presentere ulike teoretiske tilnærminger, som kan bidra til å forklare hvordan ulike variabler kan påvirke implementering av nye guidelines i sykehus. De teoretiske tilnærminger er ledelsesteori/endringsledelse og organisasjonsteori. I tillegg vil jeg inkludere teori om sykehus som ekspertorganisasjon, medarbeidernes forståelse, motivasjon, læring og muligheter for implementering, selve implementeringsprosessen/-strategien og også teori ang HLR og NRR.

Man kan stille spørsmålsteget om hvorfor de som skal implementere guidelines i sykehus forholder seg til guidelines. Gjør de det fordi det lønner seg (de får belønning, det gir dem status), eller fordi det hører seg slik (det er slik vi gjør det her, «jeg følger de instruksjonene som er»)? Ut ifra dette har jeg valgt to hypoteser som de ulike variablene vil knyttes opp mot:

1. Det lønner seg å implementere guidelines. Utgangspunktet for dette er «rational choice»-teorien (belønning, nyttemaksimering). De som implementerer opplever eller får en slags belønning for å gjøre dette.
2. Det hører seg å implementere guidelines. Utgangspunktet for dette er ny-institusjonell teori (såkalt «sociological institutionalism») (regelstyrte, sosialisering). De som implementerer gjør dette fordi det er det man skal gjøre.

*Rational choice-teori* baserer seg på at en handling først finner sted etter at fordelene og ulempene/kostnadene har blitt veid opp mot hverandre av de/den som skal utføre handlinger (Zey, 1998, s. 1). Menneskene er nyttemaksimerende. Forutsetningene i denne teorien baserer seg på at hvis individet oppfører seg rasjonelt, så vil – ikke bare individet selv – men også

fellesskapet få fordeler av det, med mindre den individuelle atferden undergraver fellesskapets interesser. Rational choice-teori har en høy grad av forutsigbarhet fordi den har en tendens til å gå i sirkel og tar bort all annen atferd som ikke er rasjonell, for eksempel altruisme. Uansett hvilket valg et individ tar, så handler det etter eget beste. Valg som gjøres er rasjonelle fordi de er basert på preferanser, som er kjent gjennom de valg som tidligere er utført. Det forutsettes at individet kjenner alle valgmuligheter og sine preferanser.

I tillegg til at teorien kritiseres for å være sirkulær (se over), kritiseres rational choice-teori for å se på individet som uavhengig av gruppen det er en del av - mennesker er kun interessert i seg selv og hva som er best for en selv. Teorien opererer med grunnleggende antakelser om rasjonelle aktører som er målrettet, og at målene er formet gjennom verdier eller nytte (preferanser). Mennesker handler kun ut i fra rasjonale, verdier er subjektive, mennesker er nyttemaksimerende og sosiale fenomener kan bare forklares gjennom å vise til intenderte handlinger og motiver hos individer. Organisasjoner fungerer rasjonelt, de fungerer effektivt og makt og konflikt er begrenset (Zey, 1998, s. 90). Når det gjelder det å ta i bruk nye guidelines i basal HLR som en handling, vil medarbeidere ut i fra rational choice-teori utføre dette fordi ”det lønner seg” (hypotese nummer en).

Reglene, rutine, normene og identiteten til en «institusjon» er basisen i *ny-institusjonell teori* og det er disse forklaringene som ligger bak handlingene til dem som handler innenfor en slik institusjon (Rhodes, Binder, & Rockman, 2008, s. 16). March and Olsen utviklet denne teorien som en reaksjon på rational choice-teorien da de mente at denne var for snever. Innen ny-institusjonalisme er det vanligere å ville supplere alternative tilnærminger enn å avvise dem. Ny-institusjonell teori baserer seg på at mennesker sosialiserer seg eller blir sosialisert inn i roller for å opptre på bestemte måter. Mennesker baserer sin atferd på sosialisering inn i rollene, og opptre/handler i henhold til prosedyrer og de kollektive reglene som finnes.

Det er regler og foreskriving av passende oppførsel for spesifikke aktører i spesifikke situasjoner (Rhodes et al., 2008, s. 3). Institusjoner styrker og begrenser utøverne (medarbeiderne) annerledes og gjør dem mer eller mindre i stand til å handle hensiktsmessig i henhold til foreskrevne regler. Det er strukturer av mening, forankret i identiteter og

eiendeler: felles formål og kontoer som gir retning og mening til atferd, og forklarer, begrunner og legitimerer atferdskoder. Her vil altså medarbeidere utføre de handlinger som forventes i organisasjonen da de allerede er eller blir sosialisert inn i gjeldende atferd og/eller rutiner. Når det gjelder å ta i bruk nye guidelines i basal HLR som en handling, vil medarbeidere ut i fra ny-institusjonell teori utføre dette fordi det ”bare er sånn man gjør her” (hypotese nummer to).

Å jobbe i helsesektoren har noe altruistisk over seg i utgangspunktet, om man ikke velger det motivert av status og anerkjennelse. Det å gjøre nytte for andre eller samfunnet som helhet fremfor en selv er hovedfilosofien i altruismen (Zey, 1998, s. 67). Altruisme velger jeg å definere til å være en del av den sosiologiske retningen, at mennesker er sosialisert til å oppføre seg altruistisk og har en glede av det. Mennesker som handler ut i fra nytteverdi for andre vil understøtte hypotese nummer to, da de sosialiseres til denne handlemåten.

Begge de nevnte hypotesene vil trolig spille en rolle, men jeg ønsker å finne ut om den ene er litt tydeligere enn den andre i implementering av guidelines i basal HLR i sykehus? Hva har så de ulike variablene å si i dette bildet?

Slik jeg ser det er det to grupper som er med på å sette guidelines ut i praksis i sykehus, nemlig ledere (de ansvarlige) og medarbeiderne (de som faktisk gjennomfører). De som har ansvar er helt avhengige av de som faktisk gjennomfører for at implementering skal være vellykket. Selv om leder og ledelse er viktig så er det medarbeiderne som skal omsette og anvende «det nye» i praksis. Det vil være en fordel for vellykket implementering av guidelines HLR i sykehus dersom begge gruppene er enige om betydningen av guidelines. Lipsky (Lipsky, 2010, s. 3) kaller blant annet helsearbeidere som implementerer og samhandler direkte med pasienter via sitt arbeid for «street level bureaucrats», og dette er etter min erfaring en beskrivelse som passer bra på medarbeidere i sykehus, det er de som til slutt redder liv i denne sammenheng. «Street-level bureaucracy» er en undergruppe av en offentlig etat eller statlig institusjon som inneholder personer som utfører og håndhever de handlinger som kreves av lover og offentlig politikk. Street-level bureaucracy har betydelig innvirkning på menneskers liv uttaler Lipsky (Lipsky, 2010, s. 4).

For å forstå hvordan og hvorfor organisasjoner som sykehus ofte opptrer motsigende til deres egne regler og mål, trenger vi å forstå hvordan reglene erfarer av medarbeiderne i organisasjonen og hvilke andre press de er underlagt. Lipsky sier at mulighetene for Street-level bureaucrats til å behandle mennesker som individer er signifikant avhengig av behovene og mulighetene til organisasjonen for å bruke ressursene effektivt og etter dens hensikt. Studier av Street-level bureaucrats kan ses på som en studie av målfortrengning der normen for individuell pasientorientering blir underordnet behovet for massebehandling i organisasjonen. Essensen av Street-level bureaucracy er at de krever folk til å ta beslutninger om andre mennesker. Street-level bureaucrats er taktfulle fordi essensen i tjenestetilbudet krever menneskelig skjønn som ikke kan programmeres og maskiner ikke kan erstatte (Lipsky, 2010, s. 161).

Som nevnt spiller ulike variabler en rolle. Når det gjelder ledelsesteori/endringsledelse, så er litteraturen på dette feltet omfattende. Jeg velger å fokusere på hva ulike typer ledelse og endringsledelse er samt selve gjennomføringsprosessen en endring medfører. Dette kan bidra til å forklare det jeg studerer. Utfordring i sykehus er at endring og implementering handler om ledelse og gjennomføring på ulike nivåer.

## **2.1 Ledelsesteoretiske perspektiver (variabel 1)**

Den første variabelen jeg ønsker å undersøke handler om ledelse/og endringsledelse og hvordan dette eventuelt kan ha betydning for implementering av nye guidelines i basal HLR i sykehus. En organisasjon som sykehuset er, består av mennesker som handler og samhandler, og jf Dag Ingvor Jacobsen (Jacobsen, 2004, s. 21) er det derfor umulig å forutsi med hundre prosent sikkerhet hva som kommer til å skje, selv i den nærmeste fremtid. Slik jeg ser det handler implementering av guidelines i sykehus om endring av eksisterende prosedyrer til noe annet og oftest nye tiltak. Hvordan skal man best mulig få til en endring da? Hva har (ledelse og) endringsledelse eventuelt å si her? Endringsledelse slik Jacobsen beskriver, består av å inneha kompetanse til å lede og til å gjennomføre en endringsprosess. Generelt lever vi i en tid der endring er en del av hverdagen, og man forlanger at endringer skal skje på en slik måte at man kan tilpasse seg disse endringene. Jeg kan lage en «underhypotese» om at sykepleiere handler annerledes om en leder er mye tilstede enn ved mye fravær. Dette vil da bygge opp

om hypotese nummer en fordi sykepleierne viser seg å være nyttemaksimerende og vil vise at de er flinke, samt at de ønsker å bli belønnet av ledelsen etterpå. Hvorvidt det stemmer gjenstår å se ut ifra empirien.

Planlagt endring har en rasjonell tilnærming ifølge Jacobsen (Jacobsen, 2004, s. 21), det vil si at endringen baserer seg på et oppfattet behov for endring, en analyse av hvilke problemer som skal løses, hvordan de skal løses, en strategi for iverksetting og en vurdering av hvorvidt endringene faktisk løste problemene eller ikke. Dette understøttes også av Dag Olaf Torjesen (Torjesen, 2011, s. 3) der det beskrives at rasjonelle prosedyrer og forklaringer samt det å være intensjonell (inneha hensikter og mål) vil være forventet i formelle organisasjoner som stater og foretak. I tillegg til dette vil det også finnes andre måter å lære på, ved hjelp av erfaringer, imitering og/eller regelfølgning.

Det finnes gode endringsstrategier og ledelsesformer, men ofte vil forutsetningene for å benytte seg av dem ikke være tilstede. Man mangler for eksempel tid, nødvendig makt og støtte. Mens det er en lang diskusjon om hvorvidt ledelse faktisk er av betydning, ser det ut til å være en felles forståelse av at ledelse muligens har sin største betydning i endringsprosesser. Vellykkede, planlagte endringsprosesser er kjennetegnet av god ledelse (Jacobsen, 2004, s. 267). Sagt på en annen måte så kan god endringsledelse være å legge forholdene til rette slik at ulike fremgangsmåter kan benyttes med hell. Jacobsen refererer til studier som viser til at oppmerksomheten først og fremst vies til det som skal skje før endringer iverksettes. Han konkluderer med at ledelse vil være selve nøkkelen til å få planlagt endringsprosesser. Planlagt endring forutsetter at noen tar initiativ, og forsøker å få gjennomført dette initiativet slik at det resulterer i at mennesker i en organisasjon endrer sine holdninger og måter og handle på. Som følge av dette vil organisasjonen endre sin måte å fungere på. Samtidig kan det være situasjoner som er så godt tilrettelagt for planlagt endring at ledelse nærmest er unødvendig. Men i svært mange tilfeller, kanskje de fleste, vil vellykkede endringsprosesser avgjøres av den ledelse som utøves før, i løpet av og etter prosessen. «Planlagt endring er mulig å gjennomføre hvis to forhold er tilfredsstillt: Valgt riktig endringsstrategi samt at endringen ledes på riktig måte». (Jacobsen, 2004, s. 183-184).

Endring som evolusjon, som følge av en naturlig utvikling, beskrives også av Jacobsen, (Jacobsen, 2004, s. 93). Det består mer av endring på et populasjonsområde, ikke i enkeltorganisasjoner. Her vil begreper som variasjon, utvelgelse og opprettholdelse være sentrale, og det skjer en stadig tilpasning til omgivelsene. Et godt eksempel på hvordan ytre endringer overføres inn i organisasjoner, finnes i sykehus. Endringer i den måten leger, sykepleiere og annet fagpersonale arbeider på, er vanskelig å gjennomføre gjennom sentrale beslutninger. Endring skjer helst først når selve faget har utviklet ny kunnskap gjennom sin forskning og utvikling. Endringer i organisasjoner «speiler» da endringer i omgivelsene fordi utviklingen skjer utenfor organisasjonen, i fagprofesjonen eller som faglig utvikling. Implementering av nye guidelines i sykehus er et eksempel på denne type endring. Her vil jeg anta at sykepleiere handler som de gjør kan bygges på hypotese nummer to, nemlig at implementering utføres fordi de følger de instruksjonene de får. I så fall vil dette være i favør sosialisering, og at sykepleierne er regelstyrte.

Organisasjoner er komplekse sosiale enheter og systemer som ikke kan underkastes en enkel endringslogikk. Ifølge Jacobsen finnes det ikke en beste måte å endre på. Hva som er det beste vil avhenge av situasjonen, innholdet i endringen, omfanget av endringen og endringens kontekst. Denne komplekse tilnærmingen til endring og endringsledelse er antakeligvis også nødvendig for å kunne gjennomføre vellykkede endringer. Tid vil være et sentralt element for hva slags endringsprosesser man har mulighet for å gjennomføre jf Jacobsen. Den motstanden man møter spiller også en stor rolle (Jacobsen, 2004, s. 158). I min oppgave er dette ekstra interessant nettopp av den grunn at medarbeidere i dette tilfellet ikke har valg på den aktuelle endringen, altså innføring av nye guidelines i basal HLR. Det er faglige argumenter og evidensbasert forskning som avgjør hva som skal innføres eller ikke. Så gjenstår det å finne den best mulige måten å gjennomføre dette på. Dette skaper igjen spørsmålet hvorfor de som implanterer nye basale guidelines HLR i sykehus handler som de gjør?

Det skilles mellom to hovedstrategier når det gjelder endringsledelse (Torjesen, 2011, s. 19). Strategi E er drevet frem av toppledelsen, har et helhetlig syn på organisasjonen, har formell makt til å tvinge gjennom endringer, har myndighet til å forhandle og inngå kompromisser og besitter betydelig symbolsk makt. Den har hovedfokus på formelle elementer. Dersom

medarbeidere i sykehus forholder seg til nye guidelines HLR ut i fra strategi E, vil det underbygge hypotese nummer to.

I strategi O handler det mer om motstand mot endring og det å forsøke å være rasjonell. Her er fokuset å gjennomføre ledelse med delegasjon, deltakelse og motivasjon, og hovedfokuset er på uformelle elementer. Dersom medarbeidere forholder seg til nye guidelines HLR ut i fra strategi O, vil det underbygge hypotese nummer en.

Litteratur angående strategier når det gjelder endringsledelse støttes også av Morten Øgård (Øgård, 2010b, s. 2). Her beskriver han at det er to tilnærminger til studiet av iverksetting, nemlig ”Top-down” og ”Bottom-up” iverksetting. ”Top-down”-teori er en beslutningsorientert tilnærming med iverksetting som et sett av vedtak, og ”Bottom-up”-teori er en prosessorientert tilnærming der iverksetting er som et nettverk av uformelle prosesser. Disse kan sammenlignes mot henholdsvis strategi E og O.

Dag Olaf Torjesen nevner i sin artikkel «Kunnskap, profesjoner og ledelse» (Torjesen, 2007, s. 284) at da enhetlig ledelse i 1999 ble lovfestet i en ny spesialisthelsetjenestelov, ble det gjeldene at «den som er best til å lede skal lede». Dette vil da være uavhengig av profesjon. I praksis på sykehus ses dette der for eksempel en sykepleier er leder for legene. Denne ledelsestenkningen står i kontrast til helsesektorens faglige ledelsestradisjoner. Den som skal implementere nye guidelines i sykehus handler kanskje annerledes hvis lederen har en annen profesjon enn en selv? Dersom de gjør dette fordi det hører seg slik, støttes hypotese nummer to, men hvis de gjør dette fordi det lønner seg, vil dette støtte hypotese nummer en. På den andre siden mener Skjøld at den profesjonelle identiteten bør være irrelevant når noen går inn i rollen som leder (Skjøld & Gjerberg, 2009, s. 399).

Osmund Ueland, arbeidende styreleder i Teamwork UO AS, sier i sin artikkel «Medarbeiderskap – bry deg om arbeidsplassen din!» (Ueland, 2013) at det ikke er mangelen på lederskapsteorier som er problemet. Han mener det er evnen til å ta tak og gjennomføre det «alle» forstår at vi må gjøre som er utfordringen. Ledere og medarbeidere må sammen ta tak i

det som ikke er bra nok. Hvorvidt dette har betydning for implementering er noe av det jeg ønsker å belyse, men forfatteren mener her at et forpliktende samarbeid er viktig. Dette blir sett på i lys av følgende områder: Hvordan medarbeideren er som kulturbygger i egen avdeling, hvordan medarbeideren gjør jobben sin faglig, og hvordan medarbeideren er som omdømmebygger for virksomheten. Det er spesielt det faglige området jeg konsentrerer meg om i min oppgave, og da vil jeg belyse om ledelse i denne sammenheng kan være et element for at implementering av nye guidelines i basal HLR skjer i sykehus. Hvis medarbeidere klarer å gjennomføre det «alle» forstår at organisasjonen må gjøre, vil dette speile hypotese nummer to fordi jeg tror at de fleste utfører endringer fordi de følger de guidelines/retningslinjene som er gjeldende når det gjelder HLR.

Tor-Odd Strand (Strand, 2007, s. 17) mener ordet ledelse både brukes om personer som utøver ledelse og om aktivitetene de utøver i egenskap av å være ledere. En skiller også mellom planlegging og styring på den ene siden og selve arbeidet på den andre siden. Det er ikke enighet om disse skillene, men i Norge skiller vi gjerne mellom ledelse og administrasjon. Det er ikke noe entydig definisjon av selve ordet «ledelse», men Strand nevner at en tradisjonell måte å forstå ledelse på er å angi hvilke oppgaver eller funksjoner en leder skal ivareta. Det er også mange måter å forstå ledelse på, og jeg tenker et godt utgangspunkt for min oppgave er slik Strand henviser (Strand, 2007, s. 20), nemlig det å kunne planlegge, organisere, gi veiledning og inneha kontroll. Det at lederen har symbolfunksjoner som å skulle påvirke hvordan organisasjonsmedlemmene oppfatter og verdsetter sin organisasjon, bidra til et felles verdigrunnlag for organisasjonen samt på den måten bidrar til stabilitet og større overlevelsessevne, er en av virkningene ledelse kan ha i en organisasjon. Hvis organisasjonen har ledere som innehar disse symbolfunksjonene, og samtidig fastsetter regler, vil det Strand beskriver støtte opp om hypotese nummer to dersom dette er viktig for hvordan medarbeiderne handler.

Strand mener at ledere har ansvar for andres arbeid, den har et mandat og den utfører funksjoner som er livsviktige for organisasjonen. Dette er interessant sett i mitt perspektiv og overført betydning når det gjelder guidelines i HLR som skal implementeres i sykehus som helt konkret har betydning for liv og død jf utøvelsen av basal HLR (Lexow, 2011, s. 51).



I sin artikkel «Fagnyhet – sykehusledelse» (Dolonen, 2013, s. 42) skriver Kari Anne Dolonen at det trengs flere gode ledere som involverer medarbeiderne. Kjennetegnet på de som får det til er blant annet at de har en inkluderende stil og stimulerer til faglig utvikling. De er selv gode rollemodeller og skaper tillit slik at de ansatte er trygge på at deres leder vil deres beste. Viktig å få frem en kultur der alle kjenner at ”de eier” de samme problemene, og at alle blir tatt med for å finne løsninger. Administrasjon er ikke ledelse, påstår hun. God administrasjon må til for å kunne drive god ledelse, men det er ikke det samme. Administrative oppgaver kan delegeres, men det kan ikke lederskap. En god leder er til stede der medarbeiderne er, gir ros og tilbakemeldinger og kjenner sine medarbeidere. Dette støtter opp om hypotese nummer en fordi dersom lederen er tilstede og gir både ros og ris, vil dette være viktig hvis hypotese nummer en er viktig for hvordan medarbeiderne handler. Jeg tenker at viktigheten her er at medarbeidere blir trygge på seg selv gjennom å bli sett av lederen. Dermed vil jeg anta at sjansen øker for bedre motivasjon til å utføre en god jobb.

Ledelse kan forstås i en meningssammenheng. Disse sammenhengene gir rammer og muligheter. Det er en serie faktorer som påvirker ledelse og danner sammenhengen som vi må forstå ledelse i. Blant disse faktorene er ulike organisasjonstyper og jeg vil nedenfor presentere den organisasjonstypen som er gjeldende for sykehus og dermed min oppgave.

Sykehus som Ekspertorganisasjon: En ekspertorganisasjon kjennetegnes blant annet av at faglig ekspertise og standarder blir koordinerende prinsipp, og de fagprofesjonelle får stor grad av autonomi. I sykehus inngår gjerne ledelse i de profesjonelle prosjektene og blir et middel til å fremme profesjonsinteresser og sikre autonomi og medisinsk kvalitet (Torjesen et al., 2011, s. 89). Undersøkelser viser at stadig mer ansvar og myndighet legges til ledelsen på avdelingsnivå. Dette er tydelig i praksis også der det blir den enkelte linjeleders ansvar å legge til rette for at alle ansatte (på den enkelte avdelingen) for eksempel får muligheter til å gjennomføre trening av årlig basal HLR. Forfatterne (Torjesen et al., 2011, s. 94) beskriver økte krav til kvalitetsstyring i sykehus. Dette gjør at man er nødt til å sette sin lit til helsefaglig ekspertise fordi det er svært vanskelig for andre enn medisinere å vurdere forsvarlig medisinsk kvalitet.

Ekspertorganisasjon er en type organisasjon med færre nivåer, og posisjonen i organisasjonen er i stor grad basert på yrkesmessig status og erfaring. En stor del av arbeidstakerne er rekruttert på grunnlag av sin dokumenterte fagkompetanse. Arbeid og samordning styres av deltakernes ekspertkunnskap og de faglige normene de er opplært til å akseptere. Dette tolker jeg som at Dag Olaf T m.fl. (Torjesen et al., 2011) understøtter hypotese nummer to, nemlig at medarbeiderne i sykehus implementerer guidelines HLR fordi dette er noe de er lært opp til i denne type organisasjon. Selve organisasjonsformen tilsier at endringer skyldes faglig ekspertise, og at medarbeidere forstår at dette er riktig. Da vil motivasjonen også øke for å utøve de endringer som kommer, tenker jeg. Ledelse utover det som bygger på faglig autoritet, har liten plass. Det er naturlig nok ofte den erfarne og vel ansatte fagpersonen som leder i ekspertorganisasjonen.

Ekspertorganisasjoner karakteriseres gjerne på følgende måter: De har et lavt hierarki, de er arenaer for fagspesialisering og fagautonomi, de behandler komplekse problemer og er orientert mot løsninger for eksterne parter, medlemmene har stor autonomi i sin yrkesutøvelse. Standardrollen for ledere her er nær knyttet til rollen som fagkyndig. Kyndighet brytes mot myndighet. Et flertall av de ansatte i ekspertorganisasjonen har en status og en kyndighet som de ikke først og fremst har oppnådd gjennom den organisasjonen de arbeider i. De har særlig prestisje på arbeidsfeltet, for eksempel leger, de kan monopolisere visse tjenester. Profesjonelle er selvgående med hensyn til mål og midler, de trenger generelt lite instruksjoner, mål og oppgaver fra andre, deriblant ledelsen. Behovet for veiledning og resultatvurdering kan heller tilfredsstilles av kollegaer enn av en hierarkisk overordnet. Prinsippet for organisering og ledelse er gitt gjennom det kvalifiserte yrket.

Hvordan kan det ledes og styres i fagbaserte organisasjoner, og hva skal til for at implementering av nye guidelines i basal HLR lykkes her? Det å opprettholde faglig standard, gi veiledning, stimulere talenter og innovasjon, samt å beskytte faglig frihet under tydelige normer, er noe av det Torjesen (Torjesen, 2007) beskriver må til for å lykkes.

Torjesen sier videre at lederen kan være en nøkkelperson når det gjelder å framskaffe ressurser. Dette gir lederen en spesiell rolle som gjør at fagfolkene til en viss grad blir

avhengig av lederens informasjon og prestasjoner. Lederen i en ekspertorganisasjon kan også forfalle til å bli byråkraten uten organisk kontakt med virksomheten. Geir Sverre Braut (Østby, 2011, s. 34) mener konflikten mellom knappe ressurser og faglig forsvarlighet er en utfordring for ledere av organisasjoner som sykehus er. Likevel, i stedet for at lederne eventuelt skylder på knappe ressurser, mener han at de heller bør spørre seg hva organisasjonen har å spille på og hvordan bruke disse på best mulig måte.

Lederen kan ha en viktig rolle med å administrere den friheten fagfolkene må ha for å fungere godt. God ledelse i ekspertorganisasjoner innebærer blant annet å la folk gjøre det de er gode til. Den viktigste drivkraften er de utfordringene fagfolkene selv føler ligger i arbeidet. Ledelsens hovedoppgave er å legge til rette for de sosiale og organisatoriske forutsetningene for at disse kreftene kan bli utløst og ta en retning som både fagfellesskapet og oppdragsgiverne er tjent med. Ikke alle dyktige fagpersoner vil lykkes i lederposisjoner. Å komme inn som leder i et nytt fagområde kan enkelte ganger gi organisasjonen nye perspektiver. I noen situasjoner er fagtilhørighet en mulig fordel, men ikke en absolutt forutsetning. Ekspertorganisasjoner kan også endres over tid, for eksempel pga teknologisk utvikling.

Det er mange paradokser og dilemmaer angående endring i en organisasjon, og da særlig i en ekspertorganisasjon som et sykehus er. En organisasjon gjenspeiler ofte stabilitet, og vil ofte motsette seg forsøk på endring. Likevel, når omgivelser endrer seg må organisasjoner følge etter. Empirisk forskning viser at organisasjoner som forsøker å endre seg ofte ikke klarer dette, da særlig de som forsøker seg på dramatiske endringer (Jacobsen, 2004, s. 266). En organisasjon har behov for både stabilitet og endring (Jacobsen, 2004, s. 265). Det handler om å mestre situasjoner mens en erkjenner og er i stand til å leve med usikkerhet, tvetydighet, konflikter og paradokser.

## **2.2 Organisasjonsteori (Variabel 2)**

Morten Øgård (Øgård, 2010a, s. 5) beskriver organisasjonsteori der formålet er å beskrive og forklare hvordan enkeltindivider og grupper tenker og handler innenfor rammene av det vi

kaller organisasjoner. Øgård (Øgård, 2010a, s. 2) beskriver en organisasjon som et sosialt system som er bevisst konstruert for å realisere bestemte mål. Det som er bestemmende for om vi kaller en gruppe for en organisasjon, er om deltakerne har felles mål som knytter dem sammen, og om det eksisterer prosedyrer eller retningslinjer som samordner arbeidet til deltakerne mot realisering av disse felles målene.

Jacobsen (Jacobsen, 2004) mener organisasjoner er konstruksjoner som reduserer usikkerhet og kompleksitet til noe håndterbart. De er utvelgende, forenklende og rutinerende. Organisasjoner er også informasjonsbeholdende systemer. Ledere kan og bør være de som håndterer feil og usikkerhet for å unngå at organisasjonen og menneskene skades eller fungerer feil. Maktforhold i en organisasjon kan påvirke forsøk på å gjennomføre planlagte endringer. Spesielt har dette vært knyttet til profesjonelle byråkratier som et sykehus er. Et profesjonelt byråkrati er en organisasjonsform der makten som regel er svært spredt og desentralisert. Et eksempel er sykehus, der den formelle ledelsen har begrenset innflytelse på det som skjer i den operative kjernen (Jacobsen, 2004, s. 249). Det å forsøke endringer i slike organisasjoner gjennom en toppdrevet og spesialorientert prosess, blir ofte mislykket i følge Jacobsen. Dette kan tilsi at medarbeidere først utfører endringer og implementerer dersom de får belønning for det. Dersom endringer ikke er støttet internt, verken faglig eller organisasjonsmessig, så tror jeg medarbeidere har vanskelig for å godta at det skjer endringer som en implementering av nye guidelines i basal HLR er. Dette støtter opp under hypotese nummer en der medarbeidere forventer å bli belønnet i etterkant, nettopp fordi de i utgangspunktet egentlig ikke forsto hvorfor de skulle gjøre endringer. I følge Jacobsen kan endringer her lykkes hvis problemene organisasjonen har, kan løses ved å endre på organisasjonens formelle elementer, hvis ledelsen har tilstrekkelig intern og/eller ekstern støtte og dermed reell makt til å gjennomføre endringen samt hvis den generelle kulturen både i og utenfor organisasjonen aksepterer ledelsesstyrte prosesser.

Det å forsøke endringer i slike organisasjoner gjennom en mer deltakende strategi vil trolig lykkes best dersom organisasjonen har tid til å ta små steg, motstanden blant medarbeidere er lav og kulturen i organisasjonen aksepterer stor grad av deltakelse. Det vises også at organisasjoner som har lettest for å endre seg kjennetegnes av å være tett koblet til omgivelsene, for eksempel en stadig kursing i hva som skjer innenfor det faglige feltet for

medarbeidere. Dersom det utøves en mer deltakende strategi der medarbeidere i et profesjonelt byråkrati som sykehus er blir oppdatert i hvorfor endringer skjer, mener jeg at medarbeidere vil utføre implementeringer fordi det hører seg, noe som støtter hypotese nummer to. Innovasjon er en organisasjons evne til endring, knyttet til dens evne til å utvikle noe nytt, det være seg produkter eller tjenester, produksjonsprosesser eller måter å jobbe på (Jacobsen, 2004, s. 118). Organisasjoner preget av mangfold vil være de som har høyest endringskapasitet (Jacobsen, 2004, s. 129).

Statistisk er det mulig å holde fast på fem, senere redusert til tre, dimensjoner eller grupper av variabler som gir et stabilt grunnlag for å beskrive organisasjoner og hvordan de tilpasser seg, eller statistisk henger sammen med, gitte ytre betingelser. Disse betingelsene er grad av formalisering, sentralisering og kontroll med personalet. Jo større en organisasjon er, jo mer formalisert, sentralisert og kontrollert er den. Det er handlingsrom og muligheter for ledelse, men betingelsene varierer ut i fra organisasjonsform. Ulike organisasjoner gir ulike rammer og muligheter. Generelt er det slik at en stor grad av formalisering gir mindre rom for ledelse enn mindre klart definerte forhold.

Det er ikke alle endringer som er et resultat av reformer, eller organisasjonsutvikling, og reformer fører ikke alltid til endringer (Torjesen, 2007). Jeg velger å forholde meg til begrepet organisasjonsutvikling, og tenker at en utvikling for organisasjoner vil være å kunne følge med på evidensbasert forskning og utvikling, for deretter å implementere dette til praksis. Dette er nødt til å skje for å ta vare på pasientsikkerheten, men offentlige organisasjoner som et sykehus har like mye endring som følge av rutinemessig og kontinuerlig aktivitet som det har ut i fra reformer. Hvordan dette best mulig kan ivaretas er noe jeg håper å kunne belyse i min oppgave sett i lys av implementering av nye basale HLR guidelines.

I sin bok "Forbedring, endring eller kontinuitet" beskriver Jan-Erik Hallandvik (Hallandvik, 2005) begrepet kvalitet som en hierarkisk utfordring, det er noe som organisasjonsledelsen har ansvar for i den moderne helseorganisasjon. Dette baserer han på teorien om at kvalitet som manglende behovstilfredsstillende kan endres gjennom rutineforberedende konsepter. Er det sånn da at ved å endre på rutiner så vil kvaliteten på den helsehjelp som utøves bli bedre? Kan

dette overføres i betydningen at ved å implementere nye guidelines i basal HLR så vil kvaliteten på utførelsen av dette bedres, og hvordan skal man gjøre nettopp denne implementeringen? Befolkningen forventer også i større grad enn før kvalitet på tjenestene som ytes i helsetjenesten. Det skjer stadig feil og avvik også i sykehus, noe Hallandvik mener er en av drivkreftene innen kvalitetsarbeid. Det er derfor viktig at medarbeidere har fokus på nettopp kvalitet også i forhold til HLR og utføringen av dette. Dette vil, slik jeg ser det, støtte opp under hypotese nummer to, der det å implementere lønner seg for medarbeideren i en altruistisk tankegang - medarbeiderne vet hvor viktig kvalitetssikring er for pasientene, og (derfor) ved å implementere guidelines ser de nytten av det arbeidet de utfører.

Hallandvik understreker også at ordninger for kontroll er viktig for å sikre en jevn og god kvalitet, dette kan være kontroll av systemer og resultatvurderinger. Hallandvik beskriver i sin bok en politikk for kvalitet der monitorering av kvalitet i form av rapporter, kvalitetsregistre, brukerundersøkelser og avviksregistreringer er verktøy som brukes for å sikre/sjekke dette. I sykehus ser vi dette i praksis med at det stadig er fokus på pasientsikkerhetstiltak, sett i lys av kvalitetssikring og metoder/redskaper for å måle dette. Vi har blant annet (Hallandvik, 2005, s. 128) utarbeidelse av regler og prosedyrer, ”best-practice” og standardisering av faglig skjønn der standarder er en form for regler som mer eksplisitt angir kvalitetsnivået.

Det er også viktig å unngå at feil inntreffer, og det er viktig med feilforebygging og kontinuerlig forbedring (Hallandvik, 2005, s. 130). Kvalitetsutvikling er videre basert på registrering og behandling av feil og avvik, systemfokusering og hensiktsmessig organisering (Hallandvik, 2005, s. 132), samt utarbeidelse av formelle kvalitetssystemer og deltakelse og medvirkning fra medarbeidere.

Det er en kjent sannhet at å ha nok ressurser til å gjennomføre faglig forsvarlig drift i en sykehusavdeling er nødvendig for pasientsikkerheten. Eksempler på dette kan være at det ikke er tid til å sette seg inn teoretisk i nye guidelines basal HLR, men det er tid til å trene på dem i praksis. En alternativ løsning kan være at prioriteringen må skje annerledes eller selve driften må/kan legges om. Hvorvidt avdelinger/ledere i sykehus er avhengige av nok ressurser som en variabel for å gjennomføre implementering av nye guidelines i basale HLR ønsker jeg å finne ut av. Er det slik at ledere er nødt til å prioritere kraftig for å få dette til, ses det på som

en selvfølge å gjennomføre dette innenfor gjeldende rammer, eller lar det seg ikke gjennomføre selv om det er pålagt? Jeg finner ikke så mye litteratur på dette området, men Kim S. Cameron og Robert E. Quinn sier i sin artikkel «The Competing values of Framework» (Cameron & Quinn, 2011, s. 59-60) at et rammeverk for å organisere og synliggjøre samsvaret av ulike aspekter av ledelsesmessig og organisatorisk atferd er viktig. Gjeldende rammer kan være nyttige som en guide for organisatorisk effektivitet og også for å tilrettelegge (kultur)endringer. Dette vil støtte opp under hypotese nummer to da det å ha rammer å forholde seg til tilsier at man utfører det som er pålagt/obligatorisk, men innenfor gjeldende rammer.

### **2.3 Medarbeidernes grunnforståelse, motivasjon, muligheter for læring og utførelse av guidelines HLR (variabel 3)**

Jamie DeSnyders artikkel «Call a Code» (DeSnyder, 2011, s. 43) handler om en sykepleiers opplevelse av hvordan hun som relativt nyutdannet sykepleier i sykehus opplever at hun på instinkt setter i gang basal HLR og holder på frem til hjertestansteamet kommer. Det handler om hennes læring i ”real-life”. Hennes behov for tilbakemelding og bekreftelse på at hun virkelig gjorde det riktige i situasjonen, blir en nyttig læring for å våge og arbeide videre som sykepleier. ”Nå vet jeg at selv om jeg ikke tror at det jeg gjør er livreddende, så kan det veldig godt være at det er det...”.

Hva påvirker motivasjonen for de som faktisk skal gjennomføre nye tiltak? Hva påvirker vår motivasjon for endring? Det at det er noe som kommer en selv, eller som jeg påstår sykepleiere ofte tenker, pasientene til gode, vil ofte være en positiv drivkraft for endring. Vi har alle ulike forutsetninger i kunnskaper, ulike interesser og mestringsstrategier. Dette viser modellen «påvirkning av Mestringsforventning Self-efficacy (SE)» (Larsen, 2014, s. 37) hvor blant annet personlig erfaring, modell læring, verbal overtalelse og fysiologisk-affektiv tilstand sammen med kognitive prosesser, mestringsforventning og mestringserfaring påvirker vår atferd når det gjelder å skulle gjøre endringer. Slik jeg ser det vil det støtte opp under hypotese nummer to da det å mestre er noe man er sosialisert til. Man opplever mestring fordi man er den del av en kultur i en organisasjon.

HjerteLungeRedning vil alltid være en høyrisiko, lavfrekvent hendelse som institusjoner (sykehus i denne sammenheng) og medarbeidere er nødt til å være i forkant av med nødvendig årlig utdanning og trening. Dette beskriver Paulette Dorney i sin artikkel til *Journal for Nurses in Staff Development*; «Code Blue, Chaos of Control, an Educational Initiative» (Dorney, 2011, s. 244). En klar forståelse av rollene i situasjonen samt det å ta ansvar for forberedelsene, er viktig for gjenopplivingshendelser. Dorney henviser til et sitat: «Being prepared – knowing what to expect and how to accomplish goals gives you the basis for a cool headed response» (Dorney, 2011, s. 242). Her mener jeg det beskrives nettopp det som variabel 3 handler om, at implementering av nye guidelines skjer bedre når medarbeidere ser nytten av og er forberedt på hva de faktisk må utføre i slike aktuelle situasjoner. Om det faktisk er slik det oppfattes i virkeligheten, ønsker jeg å finne svar på. Hvis det er slik mener jeg dette støtter opp om hypotese nummer to, da medarbeiderne vil være nyttemaksimerende til fordel for pasientene, det er pasientene som får utbytte hvis medarbeiderne er godt forberedt og godt motiverte til den handling de skal utføre. Dette stemmer overens med tidligere definert altruistisk oppførsel, at mennesker er sosialisert til å oppføre seg altruistisk og har en glede av det. På den måten vil medarbeiderne gjennomføre en god implementering av nye guidelines i basal HLR, noe som selvsagt er til pasientenes beste.

Vilje til å lære og utøve/gjennomføre nye guidelines i basal HLR er en av faktorene som har betydning for økt overlevelse ved hjertestans. Dette beskriver Farhan Bhanji, Chair; m.fl. i sin artikkel «Part 16: Education, Implementation and Teams» (Bhanji et al., 2010, s. S920). Dersom ikke medarbeidere evner å se nytten av det de faktisk skal utføre, vil det få konsekvenser for implementeringen av nye guidelines basal HLR og i ytterste konsekvens kunne ha betydning for pasienters overlevelse. Dette støtter også opp under hypotese nummer to.

Øyvind Glosvik skriver i sin artikkel ”Om læring på ulike nivå i organisasjoner” (Glosvik, 2002, s. 117) at læring i organisasjoner tilsynelatende er et paradoks fordi læring innebærer endring, mens organisering medfører stabilitet. Gjennom regler og rutiner representerer organisasjonshandlinger en form for stabilitet og orden. Dette kan være en utfordring til etablerte organisasjoner som bør lære mer og raskere enn de tilsynelatende gjør. Sosialisering er en av måtene verdier blir overført fra et kollektiv til et individ. Organisasjonen som



kollektiv viser gjennom evnen til å sosialisere nye medlemmer at den har lært noe, samtidig som selve sosialiseringprosessen er læring for individet. Her tenker jeg at individet i organisasjonen handler som de gjør, for eksempel velger å følge guidelines i basal HLR, fordi de blir sosialisert til og lærer det av organisasjonen. Dette vil understøtte hypotese nummer to da det er gjennom tilegning av roller nye organisasjonsmedlemmer lærer seg hva som er gyldig handling i en organisasjon.

Morten Øgård skriver at hvis læring skal finne sted, så vil det finne sted når organisasjonen samhandler med dens omgivelser (Øgård, 2012, s. 2). Læring er en prosess som bygger på kommunikasjon og det er problemløsning og informasjon som driver oss i retning av å lære som individ. Han sier videre at organisasjoner må lære for å overleve. Og organisasjoner må utvikle læringssystemer som er i stand til å forholde seg til usikkerhet og stadig sterkere grad av kompleksitet i omgivelsene. En modell for en lærende organisasjon går ut på følgende (Øgård, 2012, s. 7): Organisasjonsutvikling (hva kan gjøres for å gjøre organisasjoner mer effektive?), endring og innovasjon (hva må gjøres for å iverksette ideene?), organisatoriske erfaringer (hva skjer i virkeligheten?) og til sist refleksjon og evaluering (hva kan vi lære av det som har skjedd?). Dette kan overføres i betydning implementering av nye guidelines i basal HLR i sykehus fordi implementering beror også på planlegging, gjennomføring og evaluering av de endringene som skal skje. Hvordan medarbeidere i sykehus velger å forholde seg til og faktisk lærer i den organisasjonen de tilhører vil trolig kunne ha noe å si for hva som skal til for at implementering av nye guidelines blir vellykket.

Tiltak som kan bidra til å utvikle og styrke en lærende kultur er blant annet å være bevisst på å snakke om verdien av læring når man kommuniserer med medarbeidere og lage rom for at medarbeidere kan foreta både formell og uformell læring som vil fremme deres evne til å løse og videreutvikle sine nåværende arbeidsoppgaver (Øgård, 2012, s. 8). Definisjon av en lærende kultur: ”En lærende kultur er noe som tilrettelegger for/skaper en atmosfære hvor individuell læring, team læring, organisatorisk læring og samfunnslæring blir dyrket/stimulert” (Øgård, 2012, s. 8). Når det gjelder læring på individ nivå så hviler læring på tre typer ferdigheter: tekniske ferdigheter, relasjonsferdigheter og ferdigheter til det å lære å lære. Det er læring på individ nivå som er mest aktuelt i min oppgave da alle medarbeidere skal lære seg å ta i bruk nye guidelines i basal HLR. Hvordan medarbeiderne lærer dette, og

hvorfor de velger å bruke nye guidelines i basal HLR eller ikke, vil gjenspeile om de følger hypotese nummer en eller to.

Følgende faktorer nevnes spesielt av det som kan vanskeliggjøre forsøk på å utvikle en lærende kultur i egen organisasjon i offentlig sektor: Ensidig fokus på egne programmer og funksjoner, begrensede ressurser, et passivt lederskap, eksistens av en ikke lærende kultur, motstand mot endring, liten vilje til å diskutere det ”udiskuterbare”, behov/ønske om kontroll, fokus på kortsiktige løsninger og feil kompetanse (Øgård, 2012, s. 7).

Morten Øgård skriver også (Øgård, 2010b, s. 7) at et læringsperspektiv er blitt en fellesnevner i nyere iverksettingsstudier. Et viktig spørsmål blir derfor hvilke betingelser som må være til stede for at en organisasjon skal kunne utvikle evnen til å lære av erfaringer gjennom de vanlige prosessene som kjennetegner den daglige aktiviteten i organisasjonen. Øgård beskriver også (Øgård, 2010b, s. 7) at det viktige i læringsammenheng er ikke først og fremst informasjonen og kommunikasjonen ovenfra og ned, men nedenfra og opp. Dette samsvarer med strategi O i forhold til endringsledelse, som da vil understøtte hypotese nummer to.

## **2.4 Implementeringsstrategi (variabel 4)**

Valg av måte implementering av nye guidelines i basal HLR skjer i sykehus er et element som kan ha betydning for hvorvidt implementeringen lykkes eller ikke. Teori som understøtter dette er blant annet Paulette Dorney (Dorney, 2011, s. 243) som skriver at ansvarlige stadig bør vurdere nye og effektive måter for å møte utfordringen det er at institusjoner årlig skal gjennomføre nødvendig utdanning/trening med tanke på at medarbeidere skal utøve hjerte-lunge-redning. Dorney beskriver bruk av rammeverket «ABCDEFG-akronym» som forbedrer hjertestansteamets funksjon under en ekte stanshendelse. Det er et pedagogisk program for å effektivisere hjertestansteamet med tanke på organisasjon og ledelse. Så lenge medarbeidere som både utfører basal og avansert HLR trener sammen, så vil det være viktig at et slikt rammeverktøy er i bruk da alle bør kunne lære av det.

Forfatterne Evan Ferlie, Louise Fitzgerald m.fl. konkluderer i sin artikkel «Renewing policy to support Evidence-Based Health Care» (Ferlie, Dopson, Fitzgerald, & Locock, 2009, s. 847-848) at det er evidensbasert praksis som er fremtiden. For å nå dithen i praksis, er det av viktighet at ledere får eksponering for utdanning og opplæring i forhold til forskningsbevis og teori, og får erfaring i å forbedre endringsledelse. De mener at utvikling av Human Resource management (HRM) systemer nasjonalt og lokalt for å støtte slike roller og karrierer er viktige. Faren er at det er sentrale etater som anbefaler om man i det hele tatt skal eller ikke skal ta i bruk en ny behandling ut i fra om den er klinisk eller kostnadseffektiv. Slik jeg ser det vil dette bygge opp under hypotese nummer to da nye guidelines allerede er evidensbasert (NRR, 2010c, s. 1), og medarbeidere i sykehus trolig forholder seg til dette fordi de er nødt til det når disse endringene kommer.

Med implementering mener jeg det å planlegge, iverksette og gjennomføre en endring, altså gjennomføre et konsept. Implementering er en kontinuerlig kvalitetsforbedringsprosess (Larsen, 2014, s. 4). Mer konkret kan det være hvordan nye planer, tiltak og/eller programmer, omsettes til praktisk arbeid i en organisasjon eller en avdeling. Utfordringen kan være å få bitene til å passe med helheten, med det vi allerede gjør. Et tiltak blir (faktisk) aldri bedre enn de personer som skal gjennomføre det i praksis, og erfaring tilsier at endring av praksis er langsom. Ting tar tid, man må kjenne til forankring og strategi, kultur og opplæring. En god implementeringsprosess krever både planlegging, systematisk gjennomføring og oppfølging over tid, ifølge Larsen (Larsen, 2014, s. 44). Implementering har tre faser: Definere organisasjonens behov og organisatoriske forutsetninger, implementeringsfasen (gjennomføring) og evaluering og vedlikehold. Det er viktig å angi retning, hva skal vi oppnå. Man må også sikre forpliktelse, få alle til å dra i samme retning samt tilrettelegge, og implementering må være forankret på alle plan. Dette vil bidra til at alle skal kunne være med og samtidig oppleve at en mestrer. En implementeringsprosess kan også ses på som en organisasjonslæringsprosess og en kulturendringsprosess. Organisasjonslæring fordrer både læring på individnivå og læring på organisasjonsnivå. I tillegg må «kulturen» støtte opp under en slik prosess. Kollegiet må være preget av et stimulerende og motiverende samarbeid, og man bør ha en felles identitet i forhold til sin praksis – et felles språk for «den gode praksis». Tillit er den grunnleggende forutsetning for å få til en god endringsprosess, og det viktigste vil være å tilrettelegge for systematisk arbeid over tid. Likevel er resultatene viktige, både som motivasjon og som korleksjon. Det å etablere interne evalueringsrutiner, vedlikeholdsrutiner

og kvalitetssikringsrutiner vil være med på å sikre videreføring av det man skal implementere. I tillegg må også videreføring av læring og kompetanseutvikling utføres.

I min oppgave betyr implementering det å iverksette nye basale guidelines HLR i sykehus basert på allerede evidensbaserte, gjeldende retningslinjer fra NRR/ERC (Resuscitasjonsråd). Det å implementere definerer jeg dithen at ved å være implementert så er det også vellykket. Jeg skiller ikke i grad av «vellykkethet» når det gjelder implementering, men om nye basale HLR guidelines i sykehus i det hele tatt blir iverksatt. Som empiridelen vil vise så tas det i bruk kurs i HLR som implementeringsstrategi for å implementere nye guidelines i basal HLR. Her vil jeg påstå at medarbeidere i sykehus deltar på HLR-kurs først og fremst fordi det er sånt man bare gjør. Dette støtter opp under hypotese nummer to da det er i favør sosialisering og regelstyring.

En annen gevinst av god implementering kan være at både medarbeidere og ledere i større grad opplever å mestre de oppgaver de blir pålagt, dersom eventuelle forbedringsområder faktisk forbedres i forhold til implementering (Dorney, 2011, s. 244) og (DeSnyder, 2011). Også Larsen (Larsen, 2014, s. 37) beskriver at vi alle har ulike forutsetninger, og hvilke erfaringer man har på forhånd vil være en faktor til hvordan man opplever å mestre og dermed utføre en handling. Dette vil eventuelt være i samsvar med hypotese nummer en da medarbeidere opplever belønning i form av mestring dersom dette er årsaken til at de handler som de gjør.

Birgitta Lie skriver i sin avhandling («Ledarskapsaspekter på implementering av evidensbaserad medicin och nationella riktlinjer», 2012, (Lie et al., 2012, s. 1) at *evidens* betyr beste tilgjengelige vitenskapelig bevis og at det å jobbe med evidensbasert medisin innebærer å kombinere evidens med klinisk kunnskap og pasienters unike situasjon og ønskemål. Å implementere evidensbasert medisin samt undersøkelses- og behandlingsrutiner som baseres på nasjonale, internasjonale eller andre retningslinjer, krever generelt forandringer på organisasjons- og individnivå. Å gjennomføre implementering av forskning i praksis er en kompleks multifattete prosess. Retningslinjer implementerer ikke seg selv. Det kreves ofte en endring i klinikkens praktiske arbeid, i oppførsel, kunnskap og utføring som

ikke skal undergraves. Det kreves tre deler for å lykkes med implementering: Bra evidens, læringsmiljø og tilrettelegger(e). Læremiljøet beskrives som den kultur, lederskap og struktur som råder på arbeidsplassen. Tilrettelegger defineres som en person som kan inspirere andre og som kan hjelpe til å nå de satte målene (Lie et al., 2012, s. 2). Det trengs en tydelig rolle, et tydelig mandat, respekt fra andre medarbeidere og det trengs en fleksibel arbeidsmåte. Det er også viktig at implementering skreddersys på virksomhetsnivå.

Lie (Lie et al., 2012, s. 3) viser til en studie som beskriver at lederskap har en stor rolle i implementeringsarbeidet og at lederen til og med påvirkes av organisasjonen og den kultur som råder der lederen har sin funksjon. Lederen skal oppmuntre, skape interesse for arbeidet og skape muligheter for medarbeiderne til å videreutdanne seg. Det er ikke selvsagt at alle medarbeidere har kunnskap omkring evidensbasert medisin, og endre rutiner blir da en stor utfordring. Utdanningsnivået av ledere har også stor betydning for hvordan medarbeidere får videreutdanne seg og hvordan implementering av retningslinjer og evidensbasert medisin skjer ute i virksomhetene. Lie viser også til flere referanser som gir uttrykk for at lederen har en stor betydning for et godt læringsmiljø (Lie et al., 2012, s. 3) samt hvordan implementering av evidensbasert medisin kan gjennomføres på en arbeidsplass.

Konklusjonen Birgitta Lie viser til i sin avhandling er at det synes som om det er en glippe mellom målet å være en kunnskapsstyrt organisasjon og styre ut ifra evidensbasert medisin og nasjonale retningslinjer, til hvordan det skal gjennomføres ned til medarbeidere på virksomhetsnivå. Det bør være en tydelig strategi fra ledelsesorganisasjonen om hvordan implementeringsarbeidet skal gjennomføres, gode ledere og en person som kan hjelpe til med implementeringsarbeidet i virksomheten. Avdelingsledere synes å ha en stor motivasjon og interesse for å gjennomføre implementering av evidensbasert medisin hvis de får et tydelig oppdrag, tid og ressurser til det, samt en tilrettelegger som er ansvarlig for arbeidet. Ut ifra denne teorien kan man anta at ledere og medarbeidere i sykehus handler ut ifra hypotese nr to, da det hører seg å implementere. Men det viser seg altså at det er visse forutsetninger som bør ligge til grunn for at de som implementerer mener implementeringen skal lykkes.

En annen henvisning til litteratur for implementering er John P. Kotter i artikkelen ”Implementering af fælles medicinkort er vanskelig” (Christensen, Jensen, Kaae, Vinding, & Petersen, 2014, s. 1389). Han viser til en forandringsteori inndelt i åtte trinn. Her beskrives hva som er viktig både før implementeringen starter, under selve implementeringen samt det som bør skje etter implementeringen. Ifølge Kotter er en vellykket implementering blant annet avhengig av at forandringen som skal skje, gir mening for den enkelte medarbeider. Dette kan understøtte hypotese nummer en, der medarbeidere ser en mening med det de skal utføre og opplever en form for belønning på den måten.

Kjeden av overlevelse (Søreide et al., 2013, s. 1488) er en metafor for å beskrive det som MÅ skje for å maksimere overlevelsen av hjertestans. Denne kjeden mener Farhan Bhanji (Bhanji et al., 2010, s. S920) består av følgende: Viljen til å utføre hjertelungeredning, ferdighetene til utøverne, kvaliteten på det som blir gjort og effektiviteten av fasen etter hjertestans. Bruken av evidensbasert utdanning og implementeringsstrategier kan optimalisere effektene av denne kjeden. Maksimal overlevelse av hjertestans krever forbedring i utdanningen av hjertelungeredning, men også forbedring i implementeringen som støtter utføringen av en høy kvalitativ gjennomføring av HLR og fasen deretter, inkludert mekanismer som systematisk evaluerer utførelsen av HLR-gjennomføringen.

Bhanji (Bhanji et al., 2010, s. S922) viser til studier gjort der det er vist at ferdighetene til en redningsmann kan være kjøpt og beholdt minst like bra (noen ganger bedre) gjennom interaktiv PC- og videobasert synkron praksis undervisning sammenlignet med instruktør-ledede kurs. Kort video instruksjon kombinert med synkrone hands-on praksis er et effektivt alternativ til instruktør-ledet basal HLR-trening. Hvorvidt dette gjelder også for medarbeidere i sykehus er det ikke entydig svar på, men det er flere sykehus som benytter seg av simuleringssentre der de får muligheter til å øve på case i situasjoner der det ikke under noen omstendigheter går ut over reelle pasienter. Jeg er vant med instruktør-ledede HLR kurs som benyttes for årlig trening innen basal HLR. Om det ut i fra mine funn er noe å hente på å eventuelt kombinere flere metoder for å forbedre implementeringen av nye guidelines i basal HLR er også en ting jeg ønsker å belyse.

Eldar Søreide et al beskriver i artikkelen “The Formula for survival in resuscitation” (Søreide et al., 2013, s. 1487) at ILCOR (ILCOR) i 2003 la frem en hypotetisk formel for overlevelse med tre faktorer: Kvalitet på guidelines (evidensbasert forskning), utdanning og en velfungerende kjede for overlevelse på et lokalt nivå (lokal implementering). Eldar Søreide et al beskriver deretter hvordan dette ble diskuterte videre på et symposium i 2006 for å diskutere gyldigheten for denne hypotesen ang formelen for overlevelse, og også for å sjekke ut innvirkningene på hver av delene for overlevelse.

Det fremkom i samme artikkel at den lokale implementeringen sannsynligvis er den enkleste å forbedre, og også har den beste bedringen i observert overlevelsesutkomme i de fleste helsesystemer. Selv om det ikke er overlevelsesutkomme etter hjertestans jeg skal ha fokus på i min oppgave, viser dette at implementering av guidelines HLR basert på blant annet evidensbasert vitenskapelig forskning kan være en strategi for å lykkes med god implementering av nye guidelines i basal HLR i sykehus.

Komponenter som fremkom som ville forbedre den lokale implementasjonen:

- Det å ha en lokal ansvarlig og ha effektive team for å styre prosessen.
- Enkle protokoller og godkjente retningslinjer.
- Identifisere og målsette stedsspesifikke barrierer for rutine implementering.
- Nok ressurser på det lokale plan for at det virkelig skjer på det lokale plan.
- Konstant tilbakemeldinger ang målrettet sammenligninger og tilbakemeldinger, både positive og negative. Her finnes det individuelle forskjeller, noen tar dette med en gang, andre bruker lengre tid. Det samme gjelder sannsynligvis for organisasjoner. En effektiv implementeringsstrategi må appellere til majoriteten av individer for å få optimal effekt.
- Konstant måling av kvalitet og utbytte/utkom. Deltakerne bør bli involvert i prosessen og oppfordret til å gjøre undersøkelser og dele/publisere funn.

Implementering er den avgjørende delen for å forandre holdning og atferd for å sikre lokale prosesser og endringer i behandlingen som opprettholder god kvalitet på HLR. Det å endre klinisk praksis og opprettholde høy kvalitet på HLR er i praksis ofte like krevende som det

arbeidet som ligger bak for å generere den medisinske vitenskapen bak den foreslåtte endringen. Et fokus på implementeringsvitenskap vil slå ut i kortere tid til implementering og effektiv og bærekraftig endring i prosesser som har med omsorg å gjøre, og mest sannsynlig føre til at flere liv reddes, skriver Eldar Søreide (Søreide et al., 2013, s. 1490).

Det viser seg at livskvalitet etter overlevd hjertestans generelt er bra. Men det er mange faktorer som må vurderes før konklusjonen på dette blir endelig. Konklusjonen i Eldar Søreides artikkel (Søreide et al., 2013, s. 1491) er at forbedringer i enten vitenskapelig forskning, utdanning eller lokal implementering vil øke overlevelsen etter hjertestans. Den lokale implementeringen er trolig den enkleste å forbedre, og har sannsynligvis den mest umiddelbare forbedringen vi kan observere i forhold til overlevelse i de fleste systemer/organisasjoner for omsorg, som for eksempel i sykehus.

Angående utdanning i HLR så har en studie (Søreide et al., 2013, s. 1490) vist at ”mannen i gata” var i stand til å gjøre HLR på et høyt nivå etter bare 1 time med instruktørundervisning/-trening. Enhver økning i basal HLR-trening er linket direkte til forbedret overlevelse. Når det er sagt så fastslår også (Na, Sim, Jo, Song & Song, 2012) at dersom trening ikke gjentar seg jevnlig, så vil kvaliteten på den basale HLR som utføres synke betraktelig, med fare for lavere overlevelse i ytterste konsekvens. Dette støttes av ERC (ERC, 2010, s. 21) som beskriver prinsipper når det gjelder utdanning innen HLR. Også (Resuscitation (2008) 78, 2008, s. 64) beskriver at månedlig/hyppigere HLR-trening hjelper (på sykepleierstudenter), men det er kanskje litt urealistisk for et helt sykehus? Det å trene på HLR jevnlig viser igjen betydningen av å vedlikeholde HLR-kurs for medarbeidere i sykehus som en viktig oppgave. Jeg vil påstå at medarbeidere velger å delta på kurs ut i fra hypotese nummer to. Dette fordi medarbeiderne er regelstyrte, men også på grunn av en altruistisk oppførsel i betydning av at det er pasientene som får belønningen, ikke medarbeiderne selv, de er sosialisert til å oppføre seg slik.

En randomisert kontrollert studie (Arnold et al., 2010, s. 1091) viser at lederskap instruksjoner med tanke på hjertestans-situasjoner er et effektivt pedagogisk verktøy. Det bedrer laginnsats og utbytte av relevante tiltak for simuleringstrening. Hvis det bekreftes i videre studier, bør deretter korte perioder med ledertrening bli lagt til som en viktig del av HLR-trening. Gitt at en kort instruksjon kritisk forbedrer ytelse, vil det at man eventuelt legger en lederkomponent til HLR trening virke gjennomførbart og det vil ikke overbelaste opplæringsplaner. Hvorvidt



dette kan overføres og brukes i implementering av basal HLR guidelines i sykehus, er noe usikkert, men jeg tenker at dersom ledere av hjertestans-situasjoner vet bedre hva som skal til for å effektivisere og forbedre overlevelsen, vil man vite hva som er viktig å legge vekt på i implementeringen av nye guidelines i basal HLR også. Dette kan støtte opp under hypotese nummer to, da de som implementerer vil gjøre det fordi de vet at det kommer pasientene til gode, det er igjen pasientene som får «belønning».

Norsk Resuscitasjonsråd (NRR) er dannet av Den norske lægeforenings spesialforeninger, Norsk Anestesiologisk Forening og Norsk Cardiologisk Selskap som et felles, faglig, nasjonalt referanseorgan (Resuscitasjonsråd). NRR er gjennom dette rådgivende i spørsmål vedrørende resuscitering overfor Den norske Lægeforening og Norsk Førstehjelpsråd. NRR utgjør Norges faglige representasjon i Skandinavisk Resuscitasjonsråd (SRC) og European Resuscitation Council (ERC). NRR arbeider for faglig forsvarlighet og kvalitetssikring av undervisning og pasientbehandling med hensyn til både basal og avansert hjerte-lunge-redning (HLR) i og utenfor sykehus i Norge. Rådet arbeider også opp mot norske helsemyndigheter for å oppnå dette og sier også noe om vedtekter NRR har (Resuscitasjonsråd). Rådet skal blant annet delta i internasjonalt samarbeid om forskning og utvikling av retningslinjer for behandling vedrørende basal og avansert HLR. Lexow (Lexow, 2011, s. 50-51) beskriver gjeldende guidelines i basal HLR utarbeidet av NRR.

European Resuscitation Council (ERC) er det europeiske rådet for HLR. Deres oppdrag er å bevare menneskeliv gjennom å gjøre HLR av god kvalitet tilgjengelig for alle (Council). Rådet skal blant annet produsere retningslinjer og anbefalinger til Europa når det gjelder HLR samt oppdatere disse guidelines i lys av kritisk gjennomgang av vitenskap og praksis angående HLR (Council, 2013, s. 1).

ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) ble dannet i 1992 for å lage et forum for samarbeid mellom alle HLR-rådene i hele verden (ILCOR). Deres oppgaver er blant annet å være et forum der man kan diskutere og koordinere alle aspekter av HLR verden over samt også spre informasjon om opplæring og utdanning innen HLR.

American Heart Association (AHA) er Amerikas svar på HLR-råd som blant annet finansierer nyskapende forskning, de kjemper for en sterkere offentlig helsepolitikk og gir livreddende verktøy og informasjon for å redde flest mulig liv (Association). Formålet deres er å gi informasjon om hvordan få sunnere livsstil til alle, uten kardiovaskulære sykdommer og slag. De er viktige samarbeidspartnere både til ILCOR, ERC og NRR og utdanner blant annet 13 millioner mennesker årlig i HLR.

NRR har sammen med de akuttmedisinske miljøene ved landets universitetssykehus, foretatt noen tilpasninger i forhold til ERCs retningslinjer (NRR, 2010b, s. 2). ERC anbefaler HLR i 2 minutter etter et sjokk, eller etter en rytmeanalyse uten sjokk, før en ny rytmeanalyse. NRR anbefaler HLR i 3 minutter i begge tilfellene. Begrunnelse: Det finnes ingen studier eller data som viser hvor mange minutter det bør gis HLR mellom hver rytmeanalyse og hvert sjokk. Det tar ofte opptil ett minutt før hjertet har stabilisert seg etter et sjokk (pga fortsatt elektrisk kaos, etter utslukket elektrisk aktivitet). Erfaringer tilsier at tre-minutters-sløyfer fungerer bra og er godt innarbeidet i Norge. Selv om dette gjelder hovedsakelig avansert HLR, så impliserer det basal HLR og implementering av nye guidelines også da medarbeidere kan bli i tvil hvorvidt de skal forholde seg til NRR versus ERC eller ikke også i basal HLR. På hvilken måte de som har implementeringsansvar bør formidle dette, er noe som eventuelt vil belyses i min oppgave.

Som konklusjon mener NRR at de norske tilpasningene av guidelines er faglig forsvarlige og vel begrunnet. ERC aksepterte denne faglige begrunnelsen så tidlig som i 2005, og også i 2010 ble de norske synspunktene vurdert som velfunderte av ledende eksperter i ILCORs ALS-komite' (NRR, 2010b, s. 1). Man kan da lure på hvorfor det opprettholdes to ulike guidelines, og om det kan gi grobunn for feiltolkninger i forhold til implementering av nye guidelines i basal HLR i sykehus, gjenstår å se.

Det er gjort en undersøkelse på hva som er årsakene til hjertestans i sykehus, samt hva som har innflytelse på overlevelsesraten (Wallmuller et al., 2012, s. 1210).

Her sies det mye om direkte årsaker til hjertestans og hva som har betydning for overlevelse, men jeg finner ikke så mye litteratur på at eventuell bedre implementering av guidelines kan ha betydning for overlevelse etter hjertestans. Det som slås fast er likevel at ledere av

hjerTESTANS-situasjoner bør ta i betraktning de underliggende årsakene til at hjerTESTANS oppstår, særlig hos pasienter med tilstander som potensielt er mulig å behandle. Her tenker jeg det bør være av viktighet at også medarbeidere i sykehus som starter med basal HLR bør vite hva de starter på når det startes HLR, selv om jeg i min studie ikke skal vurdere overlevelse etter hjerTESTANS i sykehus.

### **3.0 Metodisk tilnærming**

Jeg har valgt en forklarende, induktiv, problemstilling (Jacobsen, 2005, s. 29) der jeg ønsker å finne ut under hvilke forutsetninger implementeringen av basale HLR guidelines kan lykkes i størst grad i sykehus. Svaret på et slikt spørsmål kan bidra til bevissthet rundt forbedringsområdet og dermed gi læring for organisasjoner som eventuelt ikke har lyktes med å implementere guidelines.

For å svare på problemstillingen har jeg valgt å samle inn muntlig data gjennom intervjuer med ulike helsepersonell på sykehus, det vil si sykepleiere som til vanlig i utgangspunktet forholder seg til HLR på det basale nivået, og i tillegg har jeg snakket med en leder på en sengepost og en HLR-instruktør. Informantene inkluderer viktige grupper som har ulike roller i forbindelse med implementering av nye guidelines i basal HLR i sykehus.

Da jeg ønsker å finne ut hvilke forutsetninger som må være til stede for at implementering skal være vellykket har jeg valgt å benytte kvalitativ metode for å gå i dybden. Jeg valgte å benytte meg av en tverrsnittsstudie som sier noe om en situasjon på ett gitt tidspunkt, altså en forklarende tverrsnittsstudie (Jacobsen, 2005, s. 102). Målet mitt er å få detaljert, unik informasjon fra den enkelte i forhold til problemstillingen, som igjen må analyseres, sammenlignes og drøftes for å se om forventningene i den teoretiske delen kan bidra til å forklare vellykket implementering. Dette er altså en kvalitativ undersøkelse, induktiv metode.

Ideelt sett kunne jeg benyttet en beskrivende tidsseriestudie der jeg sammenlignet implementeringen av nye HLR guidelines i sykehus på to ulike tidspunkt for å se om

eventuelle tiltak man satte inn kunne ha betydning i positiv forstand. I og med at frekvensen for utarbeiding av nye guidelines er hvert 5.år, måtte jeg ha samlet data over en lengre periode enn det som er mulig for en masteroppgave. Derfor blir dette en tverrsnittsstudie der jeg vil forsøke å finne ut hvordan situasjonen er her og nå på sykehus i forhold til problemstillingen.

For å gjøre et utvalg av personer som skal intervjues, er det mange utvalgsriterier. Dette utvalget må tilpasses problemstillingen. Målet er ikke statistisk generalisering, men å få dybdeforståelse av hva som bidrar til vellykket implementering av nye guidelines i basal HLR. Jeg utarbeidet en intervjuguide samt sendte informasjon om studiet til intervjuobjektene i forkant (se vedlegg). Alle intervjuene ble gjennomført av forfatteren selv, og informantene arbeidet i samme helseforetak, men i ulike lokasjoner. Intervjuene foregikk på en annen lokasjon enn der jeg selv arbeider. Informantene arbeidet i ulike avdelinger og hadde ulik bakgrunn som sykepleiere, men ingen hadde ansvarsområder utover det å ha ansvar for pasienter på den avdelingen de var ansatt i. I tillegg gjennomførte jeg samtaler med en leder for en sengepost og en HLR-instruktør.

Slik jeg ser for meg så vil alle medarbeidere på valgt sykehus være populasjonen, eventuelt også ansatte på andre sykehus som arbeider på samme måte. De jeg gjorde intervju av vil er utvalget. Fordi jeg har valgt kvalitativ metode, er datagrunnlaget ordrikt og krevende å sortere. Det datagrunnlaget jeg samlet inn ble transkribert og deretter satt i system der jeg sorterte etter hovedtemaer. Det jeg fant ut via intervju og transkribering ble vurdert ut ifra om resultatene har stor nok gyldighet og om de er pålitelige. Reliabilitet og validitet er basert på en syntesisering av dataene som jeg har samlet inn. I tilfeller der jeg har vært usikker har jeg diskutert funnene mine med kollegaer og veileder.

Jeg har hele tiden vært bevisst på at jeg forsker i eget felt, og er en del av fagmiljøet på sykehuset. Jeg ser at det kan være fare for å bli fanget – at jeg allerede er ”en del av gjengen”. Dette er noe jeg har vært oppmerksom på og hatt i tankene under gjennomføring av intervjuene. Derfor ble intervjuene gjennomført på ulike lokasjoner og ikke der jeg selv er en del av HLR-miljøet. Det er både fordeler og ulemper ved det å forske i eget felt (Mathisen, 2011, s. 1). Birgith R Mathisen (Mathisen, 2011, s. 15) mener det er viktig å reflektere over at

man faktisk endrer posisjon i feltet: Forskeren er ikke lenger en yrkeskollega, men forsker. Nettopp det at man er en forsker i denne sammenheng, gir adgang og rett til å stille spørsmål. Forskerens status og relevans til informantene kan ha betydning. Ulik bagasje og ulik forforståelse kan gi ulike analyser, uten at den ene dermed er mer sann enn den andre.

Den viktigste fordelen er at det kan føre til større engasjement og utholdenhet, men man skal også være klar over at interessen kan bli så sterk at det vil styre erkjennelsen ifølge Måseide (Paulgaard, 1997). Den forsker som samtidig er aktør i egen organisasjon har vanligvis flere og mer intime sosiale bånd til aktørene enn en forsker som kommer utenfra, og en forsker oppleves aldri bare som forsker jf Måseide (Paulgaard, 1997). Det kan være en fordel å ha kjennskap til organisasjonens hverdag nettopp fordi man vet hva som opptar medarbeiderne og at man kjenner til den uformelle organisasjonen. En klar fordel har vært at jeg har kunnet bruke egne erfaringer da jeg stilte spørsmål/gjennomførte intervjuene.

Når det gjelder ulemper ved å studere i egen organisasjon sier Måseide (Paulgaard, 1997) at som direkte involvert kan det være vanskelig å se skogen for bare trær. Spesielt hvis man er nødt til å krysse hierarkiske nivåer, bør man være oppmerksom på dette samt det å tro som intervjuer at man vet svaret på det man spør om. Man bør være lydhør for aktørenes svar og redegjøre saklig og nyansert. Det kan være fare for filtreringsprosess av data der forskeren har en bevisst egeninteresse av å styre og vri på resultatene. Ens mot til å skrive sannheten vil generelt avhenge av ens styrke til å forholde seg til kritikk fra andre i organisasjonen. Denne styrke vil igjen være avhengig av ens egen stilling i organisasjonen og en del personlighetsfaktorer. Styrken på kritikken vil igjen avhenge av hvordan organisasjonskulturen er. Man kan bli for forsiktig og ikke tørre å bruke en viktig fordel ved å studere i egen organisasjon, nemlig lokalkunnskapen. Jeg opplevde ikke frykt for å beskrive mine funn fra empirien, noe jeg tilegner min erfaring med eget arbeid i sykehuset.

Jens Carl Ry Nielsen og Pål Repstad I Repstads, P (Red.) 1993 bok (Ry Nielsen & Repstad, 1993) danner grunnlaget for en artikkel som handler om å analysere i egen organisasjon «Fra nærhet til distanse og tilbake igjen». De mener at det er lettere å studere egen organisasjon når man er erfaren og velintegrert enn fersk eller isolert. Det er også lettere å lage analyser av

suksessforetak enn av fiaskoer. Antakeligvis vil det også være lettere å gi rene kunnskapsorienterte analyser og beskrivelser enn analyser som munner ut i endringsforslag, ettersom endring vil få praktiske konsekvenser, og alle ønsker ikke alltid det. Det har vært spennende å se hvorvidt dette stemte opp mot min oppgave, da implementering av nye guidelines i basal HLR sykehus er noe som fører til endring av praksis. Dette vil trolig likevel være en ønsket endring for de aller fleste, og derfor ikke oppleves som fiasko.

Når det gjelder praktiske råd vedrørende hvordan man kan få distanse til det man studerer og til sin egen rolle, velger jeg spesielt å være ekstra klar over det med bevisstgjøring, det å være djevelens advokat samt det å finne sparringspartnere til en god dialog av det som Ry Nielsen og Repstad (Ry Nielsen & Repstad, 1993, s. 360) nevner. Dette anser jeg å ha betydning for den rolle jeg skal utøve i min organisasjon som forsker. Selv om det også anbefales å bruke kvantitative dokumentasjon i tillegg til kvalitativfremgangsmåte, anser jeg ikke dette som mulig å gjennomføre i ly av min studie og problemstilling, selv om det kunne vært bra for studiens troverdighet.

Ry Nielsen og Repstad (Ry Nielsen & Repstad, 1993, s. 364) anbefaler også enkelte råd for hvordan man bør formidle studien inn i sin egen organisasjon. Av disse rådene velger jeg særlig å ta hensyn til å bruke språklige virkemidler for anonymisering og maskering («etter det vi har erfart...») samt det å peke på handlingsmuligheter fremover. Særlig det siste mener jeg vil være et bra fokus i forhold til min problemstilling der nettopp endring av praksis er målet når nye guidelines i basal HLR implementeres. Dersom det er mulig bør medarbeidere få mulighet til å bli hørt og påvirke innholdet i studiene. De vil trolig da også bli bedre motiverte for eventuelle endringsprosesser som vil følge.

Gry Paulgaard skriver i sin artikkel (Paulgaard, 1997) at en som selv er innenfra, vil ha problemer med å se og artikulere det selvsagte og underforståtte, det som tas for gitt. En forsker som kommer utenfra og er fremmed i forhold til det feltet som studeres, vil lettere kunne se og artikulere det underforståtte (Paulgaard, 1997, s. 73). Forskerens erfaringer og kunnskaper gir tilgang til noen former for innsikt og skygger for andre. Uansett om man arbeider innenfor kjente eller ukjente omgivelser, vil forskerens personlige forutsetninger ha

betydning for hva en får tilgang til, og hvilke problemer en møter (Paulgaard, 1997, s. 75). Dette innebærer muligheter og begrensninger alt etter forskerens posisjon. Feltarbeid innebærer at en må finne seg en plass, en posisjon, innenfor de sosiale kontekster en vil studere (Paulgaard, 1997, s. 77). Det er viktig å redegjøre for prosjektet man arbeider med samt presisere at man som feltarbeider har taushetsplikt overfor dem man studerer i egen organisasjon. Kvalitativt orientert forskning innebærer en ”runddans” mellom teori/hypoteser, metode og data *mens* forskeren driver feltarbeid. Hva som kan være data, vet man ikke i utgangspunktet. Det avgjøres av hva en får tilgang til av erfaringer og informasjon, og hvordan en fortolker dette. Feltarbeid, ikke innenfra eller utenfra, men begge deler. Observasjoner underveis, kommentarer eller spørsmål fra fagfeller, teoretiske modeller og perspektiver kan gi en som er innenfra, den distanse som gjør at man ser det man tidligere har hatt en diffus oppfattelse av (Paulgaard, 1997, s. 90).

I følge Per Måseide (Paulgaard, 1997, s.96) trenger vi å lære mer om de sosiale aktivitetene man skal studere, og dette er lærdom man først og fremst får ved nærhet til de aktuelle aktivitetene. Nærhet forutsetter gjerne deltaking, og når læring foregår på denne måten, blir feltarbeid den rette tilnærmingen. Feltarbeid handler på mange måter om læring gjennom å delta. Det er ikke alle aktiviteter man kan delta i, for eksempel å delta i sykepleierrollen uten å ha tatt utdanningen. Læringen vil bli et produkt av den deltakingen man får ta del i, og dermed av den formen deltakinga får. Dette er typisk for ekspertorganisasjon som sykehus er, nemlig at man ikke uten videre får innta en rolle som er naturlig for institusjonen så lenge man ikke er kvalifisert for det (Paulgaard, 1997, s. 102). Det er viktig å ha tilgang til den organisasjonen man ønsker å forske i. Sykehus er et eksempel på en organisasjon det kan være vanskelig å få tilgang i pga at pasientene er beskyttet og man må søke Datatilsyn, Forskningsetiske komiteer og lignende før tilgangen eventuelt innfris. Som medarbeider har ikke jeg opplevd det vanskelig å få tilgang til sykehus for å utføre mine kvalitative undersøkelser der.

Ideallet for en forskerrolle i sammenheng med feltarbeid er å være deltakende observatør. En ideell forskerrolle i et feltarbeid er en rolle som gjør deg til en legitim, men perifer deltaker i de aktivitetene du vil studere (Paulgaard, 1997, s. 107). Å gjøre feltarbeid i somatisk sykehus innebærer ofte to utfordringer. For det første er det ofte vanskelig å skjønne hva som skjer av medisinsk arbeid hvis man ikke har medisinsk kunnskap på et visst nivå. For det andre kan

det for en utenforstående oppleves skremmende (eller spennende) det medisinske arbeidet som foregår der. Også motsatt, dersom man er vant til dette ”medisinske dramaet”, vil det kunne føre til at det man faktisk skal observere og delta i blir så vanlig at man ikke ser det (Paulgaard, 1997, s. 108). Det er ikke mulig å beskrive feltarbeid på adekvat måte i sykehus eller andre institusjonelle rammer hvis man ikke har kulturell kunnskap om disse rammene. Som forsker i eget felt har jeg opplevd at det å ha kunnskap om institusjonelle rammer i sykehuset har vært en fordel i min oppgave og innsamling av kvalitative data.

#### **4.0 Implementering av nye guidelines i basal Hjerte-Lungeredning i sykehus**

Her gir jeg en beskrivelse av funnene mine basert på intervju med sykepleiere samt samtale med en HLR-instruktør og en leder. Fokuset i denne oppgaven er på implementering av nye guidelines i basal HLR, hvordan slik implementering skjer i sykehus og hvilke variabler som påvirker implementeringen. Jeg er også interessert i motivasjonen for hvorfor de som implementerer handler som de gjør. Det er dette jeg ønsker å belyse, gitt hypotesene. Temaet er viktig fordi det er av betydning for liv og død: Dersom nye guidelines ikke implementeres ”riktig” kan utfallet i verste fall være død. Et eksempel på dette kan være at hvis nye guidelines sier at det skal være kontinuerlig hjertekompresjoner under pågående hjertelungeredning, så vil det å ikke gjøre dette kunne få et fatalt utfall for den pasienten som har hjertestans. Da er det viktig at medarbeidere i sykehus behersker de nye guidelines for å utføre HLR riktig.

På de fleste sykehus er det lang erfaring i og tradisjon for å ha et organ som har ansvar for blant annet oppfølging hva gjelder prosedyrer, retningslinjer, informasjon og implementering av kvalitetstiltak i forhold til HLR. Et eksempel på et slikt organ er såkalte ”Hjerte-LungeRedningsKomiteer” som finnes på de fleste/mange sykehus. På et sykehus kan det være gjennomsnittlig 100 utrykninger årlig der eget hjertestansteam løper til for å hjelpe pasienter som tilsynelatende er livløse/får hjertestans. Det er derfor viktig at medarbeidere i sykehus (sykepleiere, leger og alle medarbeidere som finner en tilsynelatende livløs person) som skal bistå til enhver tid vet hva de skal gjøre i slike situasjoner, spesielt før hjertestansteamet når frem.



European Resuscitation Council (ERC) utgir hvert 5. år endringer/oppdateringer angående guidelines hva gjelder HLR (Nolan et al., 2010, s. 1219). Norsk Resuscitasjonsråd (NRR) utarbeider norske guidelines HLR ut i fra ERC sin standard, og norske sykehus forplikter seg til å følge disse (Lexow, 2011, s. 50-51). Guidelines HLR beskriver hvordan man som helsepersonell og medarbeidere med ulike ansvarsområder i sykehus skal handle i gitte situasjoner for best mulig å kunne hjelpe og redde dem som har fått hjertestans. Dette skal implementeres for alle medarbeidere i sykehus.

Før jeg kommer inn på selve beskrivelsen av funnene mine, vil jeg presentere ulike funksjoner og roller til aktuelle medarbeidere i sykehus:

- Leger har til enhver tid det medisinskfaglige ansvaret for sine innlagte pasienter. De skal behandle sykdommen(e) pasientene er innlagt for samt at de plikter å yte livsnødvendig helsehjelp dersom pasienter trenger dette.
- Sykepleiere har til enhver tid sykepleiefaglig ansvar for sine pasienter. De skal for eksempel bistå pasientene i hverdagen med medikamentadministrasjon, hjelpe med stell og også bistå ved øyeblikkelig hjelp situasjoner som for eksempel en hjertestans er.
- En leder (for en avdeling) har driftsansvar for avdelingen og dermed blant annet ansvar for at det er tilgjengelig nok sykepleiere og leger til å ivareta de innlagte pasientene. Det er også nærmeste leder som har ansvar for å tilrettelegge slik at medarbeiderne opprettholder nødvendig faglig kompetanse på sine fagfelt og ansvarsområder.
- En instruktør i HLR er som oftest en person med sykepleiefaglig bakgrunn, men det kan også være en medarbeider som for eksempel jobber på en teknisk avdeling uten helsepersonellbakgrunn. HLR-instruktørene på hver avdeling i sykehuset utdannes av hovedinstruktør HLR lokalt eller av eksterne instruktører fra NRR. Hver HLR-instruktør har ansvar for at sine kolleger på sin avdeling får årlig trening i HLR ut i fra gjeldende guidelines HLR. Dette er slik det fungerer på de lokasjonene jeg har utført mine intervjuer. På andre sykehus kan det være andre systemer angående hvordan medarbeidere settes i system for å utføre HLR-trening.

Innholdet i guidelines HLR er evidensbasert og holder høyt faglig nivå (NRR, 2010c, s. 1). Det skilles som tidligere nevnt mellom basal HLR og avansert HLR. Tanken bak endringene til både ERC og NRR, er ikke at det skal skje forandring for forandringens skyld, men at guidelines skal være enklest mulig for alle, og samtidig ha fokus på optimal behandling til enhver tid. Årsaken til at det er interessant å undersøke om HLR utføres riktig og slik guidelines fremstår og få dette implementert i sykehus, er ønsket om at hele HLR-kjeden (Søreide et al., 2013, s. 1491) i sykehus fungerer best mulig slik at flest mulig får best mulig helsehjelp når de trenger det som mest. Best mulig helsehjelp definerer jeg dit hen at personer som har behov for hjelp ved hjertestans, får den hjelpen de skal og at dette utføres etter gjeldende guidelines HLR. Det ville vært meget uheldig dersom en medarbeider ikke visste hva den skulle gjøre i slike situasjoner da dette ville gå ut over og kunne få fatale følger for den som faktisk trenger hjelp. Det er også viktig som medarbeider å mestre sine arbeidsoppgaver for å kunne utøve og oppleve trygghet i slike situasjoner (Bhanji et al., 2010, s. S923).

#### **4.1 Oppsummert empiri fra intervjuobjektene**

De fleste informantene jeg intervjuet arbeidet på en vanlig sengepost, mens en eller flere arbeidet henholdsvis på en spesialavdeling og en poliklinikk. Alle intervjuobjektene var sykepleiere og de var klar over at det finnes guidelines i HLR. De hadde alle blitt kjent med dette via jobb på sykehus og opplæring i HLR der. Betydningen av at guidelines HLR finnes mente de fleste var viktig, fordi det skal komme pasientene til gode og at alle medarbeidere har noe konkret å forholde seg til i en travel hverdag. Dette utdypet informantene med at på grunn av at guidelines HLR finnes mente de at pasientene burde få den behandlingen som er nødvendig ved en eventuell hjertestans. En av intervjuobjektene uttrykte det så sterkt som at «det MÅ finnes guidelines, det må være likt og tilgjengelig for alle, og det er en forpliktelse som sykepleier å holde seg oppdatert og følge guidelines.» En annen informant påpekte viktigheten av god opplæring og guidelines HLR fordi bruken i praksis er sjelden, da er det desto viktigere å være klar over hva man skal gjøre når hjertestans (først) inntreffer.

På spesialavdelingen mente intervjuobjektet derimot at guidelines ikke hadde så mye å si, fordi dette arbeidet de med til daglig, de visste hva de skulle gjøre til enhver tid. Hun uttrykte

det slik: «HLR skjer nærmest av seg selv der, det er denne roen..., folk vet hva de skal gjøre til enhver tid, og så er det alltid mange mennesker der, vi vet vi vil få hjelp av noen som kan HLR uansett». En informant mente at det er kjempeviktig at alle på sykehuset kan HLR, men at det nok er mer motivasjon for å lære dette når man jobber med pasienter i det daglige. Dette fordi man da ser resultatene av det, og det er mer fokus på å holde seg oppdatert i HLR hele tiden, mente hun.

Intervjuobjektene var alle tydelige på at de hadde HLR-instruktører i sin avdeling som hjalp dem med å holde seg informerte og oppdaterte angående HLR. Betydningen av engasjerte og dyktige HLR-instruktører kom klart frem da dette bidro sterkt til motivasjon for læring og oppfriskning av guidelines HLR. Enkelte av informantene ønsket seg derimot en instruktør «utenfra», som ikke var en av kollegaene. Det ville gitt mer tyngde, mente en informant. Alle informantene holdt seg oppdaterte i guidelines HLR via jobb, det var ikke noe de brukte tid på privat, stort sett ikke: ”Det er ikke noe sengelektyre akkurat..”. Det at det forventes at sykepleiere skal kunne HLR generelt, mente intervjuobjektene gjør at de legger mer press på seg selv også til å holde seg oppdaterte. I tillegg mente de at det gjør dem tryggere i jobbsituasjonen sin hvis de vet hvordan de skal forholde seg når det oppstår hjertestanssituasjoner der. Det var for eksempel viktig for informantene å vite at alt utstyret er på plass og at de vet hvordan det skal brukes hvis slike situasjoner oppstår. På denne måten fremkom det i praksis at de tok ansvar for den jobben de som sykepleier er satt til å gjøre, også når det gjaldt å bistå ved hjertestanssituasjoner. En annen informant uttrykte det slik at det var viktig for henne å kunne basal HLR slik at hun kunne gjøre sin plikt og innsats frem til hjertestansteamet kom og overtok: «Det er med på at jeg føler trygghet og mestring i jobben min». Hun mente også at alle, selv om de ikke arbeidet med pasientkontakt på sykehuset, burde ha interesse for å lære seg nye guidelines innen basal HLR, fordi man kan få bruk for kunnskapene også som privatperson. «Det er et viktig tilbud som man bør få med seg når man er medarbeider i sykehuset, selv om man ikke arbeider med pasienter i det daglige».

Når det gjaldt kjennskap til NRR og ERC, var jeg interessert i om intervjuobjektene visste noe om dette fordi jeg tenkte det eventuelt kunne si meg noe om hvordan implementeringen av nye guidelines HLR foregår i sykehus. Alle informantene hadde hørt bokstavene og navnene, men ingen visste så mye mer enn at det var «noen» som arbeidet med HLR. Informantene ble

spurt om hvordan selve implementeringen av nye guidelines i basal HLR foregikk på sykehuset. Informantene sa de gjennomførte obligatorisk kurs i basal HLR en gang pr år, og de mente det var det samme kursopplegget enten det var nye guidelines som skulle innføres, eller om det var den årlige treningen i basal HLR. Kursene besto først av en teoridel der det siste nye ble gjennomgått teoretisk av instruktøren. Deretter var det en praktisk del der alle måtte øve på HLR, og det var denne delen informantene mente var viktigst, det å øve, nettopp for å være best mulig forberedt før virkelige hendelser. De gikk også gjennom hendelsesforløp med hvordan varsle og få hjelp av andre medarbeidere i slike situasjoner. Den viktigste motivasjonsfaktoren for å delta på basale HLR-kurs var for å være forberedt før virkelige hendelser slik at pasienter med hjertestans skulle få den helsehjelp de har krav på. En informant mente at hun som sykepleier også har ansvar for å lære opp sykepleierstudenter i basal HLR, og at dette også var en viktig motivasjonsfaktor. Ingen av informantene hadde fått mulighet til å evaluere HLR kursene de hadde deltatt på, men de mente samtidig at de kunne gitt tilbakemelding til HLR instruktøren angående gjennomføringen av kurs med tanke på læringsutbytte, hvis de hadde ønsket. Ingen av dem mente det hadde vært nødvendig.

Det å eventuelt ikke skulle få med seg det årlige basale HLR-kurset, ville helst ingen av informantene gå glipp av, fordi det sjelden er muligheter til å øve på HLR i det daglige ellers. Spesielt det året når nye guidelines innføres, var det å delta på kurs ekstra viktig, mente dem. En av informantene hadde deltatt på et HLR-kurs utenfor sykehus, og det mente hun var bedre enn kursene inne på sykehuset. Årsaken til det var at det kurset varte lengre, man fikk bedre tid på praktiske øvelser og de gikk nøyere gjennom ulike case. Det var ønskelig at basale HLR-kurs på sykehus også kunne ha lengre varighet, «men det er vel snakk om økonomi, der man må kjøpe folk fri fra drift, og det koster», mente hun. En annen informant mente at det som er bra med basale HLR-kurs er at de er like, man får en repetisjon og selvsagt får vite om eventuelle endringer i guidelines HLR. Ingen av informantene hadde deltatt på HLR-kurs i såkalte simuleringssenter. En informant nevnte at det positive ved forrige basale HLR-kurs hun hadde deltatt på var at alle deltakerne hadde levd seg inn i de ulike rollene. Det mente hun var bra fordi de da virkelig fikk testet ut om de kunne HLR eller om det var noe som måtte øves mer på! De fleste informantene nevnte også i denne sammenhengen det med å inneha ansvaret som sykepleier, og da særlig det å vite hva de skulle gjøre i reelle hjertestans situasjoner. «Det gjør meg rett og slett mye tryggere i jobbhverdagen hvis jeg er forberedt», var det en informant som sa.

Informantene visste ikke om alle medarbeidere på sykehuset faktisk gjennomfører trening i basal HLR, men de mente det spilte en rolle hvorvidt man er sykepleier og har daglig pasientkontakt eller ikke, om man prioriterer dette i hverdagen. Hvis man har daglig pasientkontakt så skapes det forventninger om at man skal kunne basal HLR. Det å snakke om forventninger til å ta i bruk nye ting, og at alle medarbeidere gjør det samtidig, mente en informant var viktig for at implementeringen skulle bli vellykket. Hun mente også at et arbeidsmiljø alltid vil ha alle aldersgrupper i sykehus, og da var det viktig at alle må oppdra hverandre når det gjelder alle nye oppgaver og endringer som kommer, også når det gjelder nye guidelines i basal HLR. Hun stilte også spørsmål om at det kanskje er slik at det er de eldste som er best ressurser på basal HLR, men at de er mindre motivert for andre nye endringer. Alle medarbeidere er like viktige, mente hun, og derfor er det viktig at alle medarbeidere motiverer hverandre for at iverksetting av nye tiltak generelt skal bli vellykket i sykehus. I praksis mente informantene dette blant annet ville vises på HLR-kurs, der tilbakemeldinger fra HLR-instruktør og veiledning av hverandre sammen ville hjelpe alle til å bli gode på nye guidelines i basal HLR. Hvis medarbeidere er usikre i situasjoner så spør de hverandre, mente en informant, og dette var det rom for under HLR-kurs. Likevel opplevde informantene at det kunne være medarbeidere som var av den oppfatning at HLR-trening var litt skummelt, noe de gruet seg for. Dette mente en informant kunne skyldes at de sjelden opplevde hjertestans i virkeligheten, og at de derfor ble usikre på sin egen kompetanse. Hun mente også at flere medarbeidere er usikre på seg selv og synes det er flaut å øve basal HLR, selv om det er sammen med sine egne kollegaer. Flere avdelinger i sykehus hadde de nyeste guidelines HLR-plakatene oppslått på for eksempel toalettdøren eller på vaktrommet der mange medarbeidere ville se dem. Dette mente informantene bidro til en stadig påminning i hverdagen på hvordan HLR skal utføres når hjertestans skjer i sykehus.

Informantene mente det var viktig at nærmeste leder tilrettela for at medarbeidere kunne trene på HLR, men det var forskjell på størrelsen på avdelingen angående i hvor stor grad de mente dette ble vellykket eller ikke. Jo større avdeling og flere medarbeidere, desto mindre oversikt og vanskeligere å tilrettelegge, opplevde informantene. Det gikk også på generelle oppgaver i avdelingen og hvor mye tid det var til overs og som det opplevdes ble prioritert til basal HLR-kurs. Informantene mente at lederen hadde mye å si, og de fleste opplevde der de var ansatt nå at HLR ble prioritert av lederen, altså at tilretteleggingen ble gjort for at implementering av nye guidelines i basal HLR kunne gjennomføres. En informant uttrykte det slik: «Man er

prisgitt lederen sin om ting blir gjort uten press eller informasjon ovenfra eller ikke. Det beste er når noen (avdelingssykepleier) bare tar ansvar selv og gjør det fordi de ser viktigheten av det. Hvordan ting fungerer i forhold til trening og implementering av nye guidelines basal HLR, kommer generelt an på i hvilken avdeling du jobber, hvordan instruktørene er og ikke minst hvordan nærmeste leder tilrettelegger.» En annen sa det slik: «Min leder ville tatt tak i nye ting og sørge for at vi får informasjon, uavhengig av hva andre gjør eller ikke gjør over henne igjen».

Når det gjelder den øverste ledelsens rolle i sykehus og eventuell betydning for vellykket implementering av nye guidelines i basal HLR, mente altså flesteparten av informantene at dette ikke hadde noe særlig å si. Dette begrunnet de med at nettopp fordi HLR generelt er livsviktig for pasientene, så ville medarbeidere få dette med seg uansett hva ledelsen foretok seg, også fordi de opplevde at nærmeste leder og HLR-instruktørene generelt er flinke og interesserte i oppgaven sin. Men en informant mente derimot at hvis medarbeiderne merket at den øverste ledelsen brukte tid og ressurser på dette, ville det også påvirke medarbeidere slik at alle da lettere fikk med seg det nye, og da mente hun implementeringen ville gå lettere. «Dersom ledelsen gjør en innsats, merker vi bedre at dette er viktig». Med «innsats» mente informanten blant annet god informasjon ut til alle medarbeidere og tydelige plakater i sykehuset om endringer i guidelines HLR.

De fleste informantene mente også at nye guidelines i basal HLR ville blitt implementert uavhengig av organisatorisk struktur i sykehuset og eventuelle endringer her. «HLR er prioritert og obligatorisk, og man velger det som er obligatorisk først, selv om det er mange andre ting som også skal innføres og læres i sykehuset», var det en informant som uttrykte. Likevel, informantene mente også at det nok er en vanskelig jobb å nå ut til alle medarbeidere om alle nye ting og tiltak som skal innføres i sykehus. «Men det at vi kan samles på kurs i basal HLR, tas ut av vanlig drift og at vi står sammen alle sammen, er viktig, selv om vi som helsepersonell også har ansvar for å oppdatere oss selv på nye ting,» mente en informant. Informantene mente at det stort sett ER engasjement rundt HLR generelt i sykehus, og at dette er veldig viktig og motiverende, fordi, slik en uttrykte det: «Når man har jobbet i helsevesenet en stund, og sannsynligvis har opplevd flere hjertestanssituasjoner, så vil man neste gang ha ønske om å gjøre det bedre, fordi man lærer mye i slike situasjoner, det er stressende».

Likevel var det også en informant som opplevde at kulturen på sykehuset var forskjellig. «Hvor vellykket nye retningslinjer/guidelines sprer seg i sykehuset kommer an på både lederne og av medarbeidere selv, men generelt opplever jeg at systemet rundt HLR på sykehuset er bra». Dette understrekte flere informanter ved uttrykk som: «Jeg føler generelt at ting fungerer på sykehuset og at jeg får de opplysninger og eventuelle gjennomganger jeg har behov for, ja det føler jeg meg ganske trygg på.»

Enkelte av informantene visste hva ordet implementering betydde, andre hadde kun hørt det, men visste ikke betydningen av det. Det de la i begrepet implementering var: ”Å få kunnskap inn i oss alle på avdelingen”, og ”noe nytt som skal iverksettes”. Da begrepet ble klargjort for dem som ikke visste betydningen, var det flere elementer de til sammen mente var viktig for om implementering av nye basale guidelines HLR skulle bli vellykket eller ikke i sykehus. Enkelte etterlyste e-post som en påminning når det skjer endringer i guidelines HLR. Det burde komme ut tydelig informasjon om det som er nytt og hvilket tidspunkt det gjelder fra. Nye guidelines HLR må være lett tilgjengelig og opplæring fra dedikerte, engasjerte instruktører bør skje for at implementering skal lykkes i sykehus, mente informantene. Det burde være mulighet for mer praktiske øvelser (ikke bare teori), og leder må fortsette å tilrettelegge for at medarbeidere deltar på kurs slik at de kan holde seg oppdaterte. Ikke minst mente informantene at medarbeidere selv må huske på hvilket ansvar de har i ly av sin funksjon og utdanning: «Jeg er helsepersonell og må kunne dette, også som privatperson», var det en som sa. «Simulering er det eneste jeg kan tenke meg kan forbedre følelsen av forberedthet», var det en annen informant som sa. En tredje informant mente at e-læringskurs burde bli benyttet i langt større grad enn slik det er lagt opp til nå. «Man får i alle fall litt sånn «aha-opplevelser» ved andre e-læringskurs, og det kunne kanskje vært bra ved basal HLR-kurs også. Det er lettere å konsentrere seg når man sitter der alene med ulike spørsmål, men man må selvsagt ha praktiske øvelser i tillegg». Det fremkom et ønske fra enkelte av informantene at prosedyrene angående HLR burde være enklere å finne og lettere tilgjengelige, hele systemet burde forenkles. Hovedpoenget med å holde seg oppdaterte og utføre guidelines i basal HLR og HLR generelt, mente alle informantene hadde betydning for å bedre kunne hjelpe pasienter i sykehus når de eventuelt fikk hjertestans.

## 4.2 Oppsummert empiri fra HLR-instruktør

HLR-instruktøren jeg snakket med hadde vært HLR-instruktør i mange år. Denne oppgaven ble trigget av at det er en spennende oppgave og en ekstra utfordring, mente han. «Det gir ansvar og man vokser på det å være HLR-instruktør, det blir en del av min identitet som sykepleier», uttrykte han. Han mente også at alle medarbeidere generelt burde ha en ting de er ekstra gode på, alle vokser i sitt arbeid på den måten.

Hans oppgave som HLR-instruktør mente han var å følge NRR sine anbefalinger, arrangere HLR-kurs for medarbeidere i sin avdeling, samarbeide med leder og sørge så langt det er mulig for at leder tilrettelegger for HLR-trening til alle medarbeidere. Egen fagdag der medarbeidere tas ut av ordinær drift ble brukt for å sertifisere alle medarbeidere en gang pr år, og i tillegg arrangerte han oppsamlingsheat slik at alle medarbeidere skulle få sjansen til å komme gjennom dette. Ca 95% av alle medarbeidere mente han klarte å fullføre HLR-kurs årlig.

HLR-instruktøren opplevde at medarbeidere stort sett forholder seg positivt til HLR-kurs. «De synes det er gøy og et avbrekk fra vanlig hverdag», som han sa. Det opplevdes også ekstra positivt når øvingsutstyret er bra og når HLR-instruktørene er gode, noe han mente øker motivasjonen for å bli engasjerte, og økt motivasjon er viktig for at utbytte skal bli bra. Han mente dette sikkert varierte fra avdeling til avdeling, og at enkelte medarbeidere ikke alltid var helt «med» da de ga uttrykk for at de mente HLR var noe legene burde utføre, spesielt avansert HLR.

Det HLR-instruktøren mente var viktig for å kunne implementere nye guidelines i HLR var følgende: Mer tid til undervisning, både teoretisk og praktisk og dette var spesielt viktig når det hvert 5. år kommer nye guidelines som skal implementeres i sykehus. «Dette må prioriteres fra ledelsen, spesielt nærmeste leder er viktig at den er «med». Ideelt sett burde vi hatt en repetisjon etter 6 mnd, men dette er vanskelig å få til fordi vi driver med mye annet også på sykehuset», sa han. Han mente at han sammen med leder må vurdere tiden opp mot hva som til enhver tid er viktig i avdelingen, og hvilken oppgave som kan prioriteres. «Men



det er lettere å gjøre en endring i praksis hvis man forstår hvorfor endringen skal skje. Da husker man lettere, det blir ikke bare en endring for endringens skyld», uttrykte HLR-instruktøren.

Generelt trodde HLR-instruktøren at HLR-instruktører for sykepleiere og andre medarbeidere lykkes bedre enn HLR-instruktørene for legene gjør når det gjelder det å faktisk gjennomføre HLR-kurs en gang pr år. Dette begrunnet han med at ledelsen ofte gjemmer seg bak at legene selv har plikt til å holde seg oppdatert, noe de ikke klarer fordi de har så utrolig mange områder å holde seg oppdatert på, og da blir ikke HLR prioritert, det stopper opp. «Men når de først er på kurs, er de meget lærevillige...!», sa han.

Et moment HLR-instruktøren også kom inn på var at det finnes så mange scenarier som burde øves på i sykehus, for eksempel å motta en dårlig sepsispasient. Hans opplevelse var at de fikk flere av disse pasientene enn hjertestanspasienter. «Likevel, så blir den tida vi har til rådighet brukt veldig bra til HLR, ledelsen er flinke til å gi oss rom for dette, selv om vi alltid kan trene mer», som han sa. Han mente også at NRR legger lista høyt for hvilke krav og lengder til kurs medarbeidere i sykehus «skal» gjennom, og han trodde ikke det var mange sykehus som klarte å følge dette til punkt og prikke - «Vi klarer ikke følge NRR sitt opplegg fullt ut, men vi har vårt eget system utarbeidet fra NRR, som vi mener er mer enn godt nok, selv om vi som sagt skulle trent mer», uttrykte han. Hans holdning var at man må være realistisk også innenfor hva vi faktisk klarer å gjennomføre i sykehus, fordi det er mange medarbeidere som skal gjennom dette og holdes oppdaterte innen guidelines i HLR, i tillegg til mange andre oppgaver som også skal gjennomføres.

Måten HLR-kurs ble gjennomført på mente HLR-instruktøren ble gjort litt forskjellig fra avdeling til avdeling. «Jeg liker å bruke fagdager til HLR-kurs, da får man samlet de aller fleste medarbeidere og man gjennomgår teori samlet, før det deretter øves praktisk i grupper». Andre måter å drive HLR-kurs på, mente han kunne være via e-læring eller simulering, men dette burde i så fall komme i tillegg til praksistrening. «Det ville ha krevd mer tid og ressurser. Det vi gjør pr i dag mener jeg er det samme som simulering, bare med enkle midler. Vi får ikke mer tid», mente han. Videre uttalte han også: «Ideelt hadde det vært bra å kunne

bruke mer tid til HLR-kurs, da kunne vi også øve på hele scenarioer samtidig, for eksempel mottak av en dårlig pasient som etter hvert får hjertestans». HLR-instruktøren opplevde at lista er høy for «ekte simulering», det krever for mye tid. Men han håpte e-læring kommer snart, som et tillegg til nåværende teori- og praksiskurs. «E-læring hadde gjort at medarbeiderne var enda mer forberedte før HLR-kurs», som han sa.

Når det gjaldt organisatorisk struktur i avdelingen eller sykehuset generelt opplevde han som HLR-instruktør ikke hadde så mye å si, det viktigste var at nærmeste leder prioriterte og satt av tid og ressurser slik at alle medarbeidere fikk øve på HLR. Men som han sa, «det er klart at det å ha et skriv i HLR-retningslinjene som sier at alle medarbeidere i sykehus SKAL gjøre HLR-trening en gang pr år, det hjelper jo på, da forstår folk at sånn er det, og det blir litt lettere å gjennomføre i praksis». Da jeg spurte ham hvorfor han trodde medarbeidere fulgte guidelines (eller ikke), svarte han følgende: «God opplæring er en hovedforutsetning, og opplæringen må gi svar på *hvorfor*, da er det lettere å huske og mer meningsfullt å følge.» I tillegg mente han at inspirerte HLR-instruktører på egen avdeling, ledere som tilrettelegger for kursvirksomhet samt at kursmateriell og annet aktuelt utstyr er pedagogisk og i orden var faktorer som spilte inn hvorvidt medarbeidere valgte å følge guidelines i HLR eller ikke. Dersom noen av disse faktorene ikke var tilstede, så mente han det kunne være årsaker til at medarbeidere eventuelt ikke fulgte guidelines eller var engasjerte i HLR.

HLR-instruktøren mente at for å gjøre en god jobb som instruktør og for å holde motivasjonen oppe, er det viktig at instruktørene får delta på eksterne, aktuelle kurs. Han opplevde at dette skjedde for hans del. «Vi har også en årlig, intern inspirasjonsdag for alle HLR-instruktører på hele sykehuset, og dette er viktig. Man lærer alltid noe nytt, får utveksle erfaring og får tips fra andre instruktører samt hovedinstruktører».

### **4.3 Oppsummert empiri fra leder**

Lederen jeg snakket med hadde vært leder for en vanlig sengepost i nærmere ti år med ansvar for cirka 60 medarbeidere. Hun synes det er bra å være leder, og trives med å jobbe med mennesker. Det å håndtere utfordringer blant personalet og få ting til å fungere er det som er

utfordrende og engasjerende, mente hun. Det finnes tre HLR-instruktører på den avdelingen hun er leder for. Vanligvis er det kun to som deler på denne oppgaven på grunn av mange fødselspermisjoner, det er oftest to stykker av tre som er tilstede til enhver tid. Det var varierende i hvor stor grad hver enkelt HLR-instruktør tok ansvar for oppgaven sin, og den ene tok mer ansvar enn den andre. Dette ansvaret viste HLR-instruktøren ved å være delaktig i planlegging sammen med ledelsen av den årlige fagdagen, og også ved å arbeide praktisk i avdelingen med for eksempel at aktuelt HLR-utstyr var tilgjengelig. HLR-kursene ble alltid gjennomført en gang pr år, men det varierte hvordan det ble lagt opp. Av og til hadde de kurs på en felles fagdag, andre ganger på individuelle fagdager.

Lederen jeg snakket med mente at medarbeidere i hennes avdeling følger guidelines i basal HLR fordi ”det er sånn vi gjør det her på sykehuset”. De stoler på HLR-instruktørene og også den informasjonen som kommer fra leder i tillegg. Hun mente også at det er en leders oppgave å få medarbeiderne til å forstå viktigheten av det som skal implementeres. Det vil alltid være noen som ikke er med på alle nye ting, men akkurat HLR forstår alle er viktig, mente hun. ”HLR er så innarbeidet i enhver sykepleiers identitet, de er stolte av yrket sitt og den faglige kompetansen de har, og de vet hvilket stort ansvar de har, spesielt angående HLR”. En av årsakene til at medarbeidere forstår at HLR er viktig og at de følger guidelines fordi de er redd for å gjøre noe galt som i verste fall kan føre til en pasients død, mente hun. De er også opptatte av å være flinke utad, mente hun. Hun opplevde at det var god oppfølging fra hovedinstruktører HLR på sykehuset, som både etterspurte og pushet på for eksempel gjennomførte kurs. Dette mente hun hjalp mye på motivasjonen til å fortsette treningen i HLR, noe hun mente gjaldt både for medarbeidere og ledere.

Det som var viktig for at implementering av nye guidelines i basal HLR skulle lykkes mente lederen først og fremst var at medarbeiderne hadde forståelse for at HLR er viktig og at alle er enige om det. «Alle må forstå at dette betyr noe i praksis og at det vil gjøre en forskjell. Det bør også fremgå at det er en medisinsk faglig grunn til at endringer kommer, og når det er nye guidelines i basal HLR, er det viktig at det brukes ekstra tid til opplæring», uttrykte hun. Dette hadde hun opplevd var tilfellet sist gang da nye guidelines i basal HLR ble innført i sykehus.

Når det gjaldt forankring oppover i ledelsen over enhetsledernivå, mente hun at det viktigste for ledere er at de møter forståelse for alle de oppgaver som skal implementeres til medarbeidere og at dette koster penger. Selvfølgelig må man forklare bruk av penger som enhetsleder, men det forventes også at ledere over dem igjen har forståelse for at blant annet implementering av guidelines i HLR er viktig og krever både tid og ressurser.

Det at ledere er sykepleiere i bunn, mente lederen bedre førte til forståelse for at HLR er viktig. Hun mente selv hun forsøkte å være imøtekomende til sine HLR-instruktører hvis de kom med forslag til for eksempel gjennomføring av HLR-kurs. Andre ledere uten helsefaglig bakgrunn mente hun trolig ikke alltid klarte å prioritere HLR-kurs i samme grad hvert år.

Implementering av ulike nye tiltak generelt mente hun ville være vellykket hvis man opplevde at ”tiltaket levde mer enn et år i organisasjonen», og at det fortsetter år etter år. Det å få e-post fra for eksempel hovedinstruktør HLR om at de ønsker svar på hvor mange medarbeidere som har gjennomført HLR siste år betyr noe. Viktig at ting følges opp i virkeligheten. Og hun var fornøyd med systemet at medarbeidere som HLR-instruktører har ansvar for sine medarbeidere i samme avdeling, dette ga et eierforhold til oppgaven og et ansvar for medarbeiderne i tillegg til at hun som leder har det øverste ansvaret for at alle medarbeidere på hennes avdeling er oppdaterte i HLR og gjennomfører det årlige HLR-kurset.

Samtale med HLR-instruktør og leder ble gjort i etterkant av intervjuene da deres uttalelser ville gi et bredere diskusjonsgrunnlag for oppgaven.

## **5.0 Diskusjon**

Oppgavens hensikt har vært å beskrive hvordan implementering av nye basale guidelines HLR skjer i sykehus, og hva som påvirker implementeringen. I dette kapitlet diskuteres funnene beskrevet i forrige kapittel i lys av de teoretiske perspektivene.

## 5.1 Ledelsesteoretiske perspektiver (variabel 1)

Dag Ingvar Jacobsen (Jacobsen, 2004, s. 183) mener det er mulig å gjennomføre planlagt endring hvis to forhold er tilfredsstillende, nemlig valgt riktig endringsstrategi og at endringen ledes på riktig måte. På den andre siden så mener Jacobsen at situasjoner kan være så godt tilrettelagt for planlagt endring at ledelse nærmest er unødvendig. Det at ledelsen har fokus på implementering av nye guidelines i basal HLR er viktig fordi det gjenspeiler ledelsens syn på hva de prioriterer. Dette merket informantene, de ble mer motivert til å gjøre en innsats for å implementere nye ting dersom de så i praksis at lederne vektla dette. Når nærmeste leder tilrettelegger slik at medarbeiderne kan fritas fra vanlig drift for å delta på HLR-kurs, så er det noe som betyr mye for medarbeiderne. Dette tolker jeg som at medarbeidere handler som de gjør ut i fra rational choice-teori, de opplever å få «belønning» i form av anerkjennelse fra leder fordi de begge vektlegger og prioriterer det samme. Det at ledelsen høyere opp i sykehuset også eventuelt har fokus på dette signaliserer enda sterkere hva de mener medarbeiderne bør få med seg og prioritere. I praksis så informantene blant annet dette hvis det finnes plakater på det som skal implementeres, hvis det kommer ut informasjon på intranett etc.

På den andre siden så viser empirien at enkelte mener ledelsens fokus ikke har så stor betydning for vellykket implementering av nye guidelines HLR. Dette skyldes at temaet er så viktig og allerede iboende i medarbeidere på sykehus fra før, at dette er noe de prioriterer å få med seg uansett, særlig hvis man er ansatt på spesialavdelinger der man har fokus på HLR som en del av hverdagen. Her vil jeg si at medarbeidere handler som de gjør fordi de er sosialisert inn i gjeldende roller og retningslinjer i sykehuset, noe som støtter opp under hypotese nummer to. Dette er etter min erfaring også det handlemønsteret som ses oftest i praksis. Medarbeidere i sykehus er regelstyrte og vet betydningen av HLR uavhengig av om ledere vektlegger det eller ikke. Likevel så er medarbeiderne avhengige at ledere tilrettelegger for implementering av nye guidelines i basal HLR. Hvis ikke medarbeidere får muligheten til å fristilles fra vanlig drift, vil ikke implementeringen lykkes.

Generelt anbefales det av ledere at de kan benytte seg av begge typer strategier for ledelse (strategi E og strategi O) for å oppnå best mulig resultat i forhold til endringer i en

organisasjon. Faren blir hvis dette ikke gjennomføres i hele organisasjonen, såkalt «dekobling» (Jacobsen, 2004, s. 259). Funnene i empirien samsvarer med dette. For at implementering skal skje, bør en blanding av ledelsesstrategier tas i bruk, en kombinasjon av strategi E og strategi O (Torjesen, 2011, s. 16-27). Informantene mente det er bra med en ovenfra og ned bestemmelse om at alle medarbeidere i sykehus skal ta i bruk nye guidelines i basal HLR, men det er også av betydning å utøve ledelse versus de som faktisk implementerer på en slik måte at guidelines blir iverksatt. Min erfaring er at en overordnet retningslinje som sier at alle medarbeidere skal ta i bruk nye guidelines er av viktighet, men for at dette skal skje i praksis, er det også nødvendig at medarbeidere gjennomfører endringene fordi de selv forstår viktigheten av endringen, og ikke bare utfører det fordi noen i ledelsen sier de skal gjøre det. Da vil sjansen for at implementeringen lykkes være større. Dette var også HLR-instruktøren og lederen jeg snakket med sine erfaringer. Dette tilsier at en ledelsesstrategi med kombinasjon av strategi E og strategi O bør utføres, da det vil gjøre at medarbeidere handler som de gjør både ut i fra hypotese nummer en og hypotese nummer to.

Empiriens resultat samstemmer delvis med Kari Anne Dolonen (Dolonen, 2013, s. 42) som påpeker at det trengs flere gode ledere som involverer medarbeidere. Resultatet vil da kunne bli at medarbeidere involveres og dette stimulerer til faglig utvikling. Informantene var altså delte i dette synet, da enkelte mente HLR er viktig i seg selv og uavhengig av ledelse. Ut ifra det jeg selv har erfart og observert fordi jeg til daglig har stor grad av nærhet til dette, mener jeg å kunne si at dersom medarbeidere blir sett av lederen og dermed bli trygge på seg selv, øker sjansen for bedre motivasjon til å utføre en god jobb og ta ansvar, også innen implementering av nye guidelines HLR. Dette kan samsvare med hypotese nummer en der medarbeidere er nyttemaksimerende i den forstand at det å få «belønning», viser seg i form av bedre mestringsfølelse for den enkelte, samt det å kunne føle seg sett av leder.

På den andre siden så opplever både enkelte av informantene og meg selv inkludert at HLR er et så viktig tema i seg selv i sykehus at uavhengig av leders tilrettelegging og tilstedeværelse, så vil medarbeidere utføre gjeldende guidelines i HLR. Dette tilsier da at medarbeidere handler som de gjør fordi de er lært opp og sosialisert inn i hva som er viktig. Her vil hypotese nummer to være gjeldende for deres handlemønster.

Empirien viser altså at i hovedsak følger medarbeidere de instruksjonene de får, både fra HLR-instruktør og sin egen leder, når det gjelder nye guidelines i basal HLR. Dette samsvarer

med (Jacobsen, 2004, s. 93) som tilsier at endring som evolusjon kan «speile» endringer i omgivelsene. Implementering av nye guidelines i basal HLR er et eksempel på denne type endring, og medarbeideres handlemønster her bygges på hypotese nummer to, fordi medarbeiderne er regelstyrte.

Oppsummert så viser empirien at ledelse er av betydning, men fordi HLR allerede har en sentral plass blant de områdene ledelsen i sykehus prioriterer, opplever medarbeidere ledelse som mindre viktig enn at de selv er aktive og holder seg oppdaterte innen siste nytt HLR for at implementering av nye guidelines i basal HLR skal lykkes. Det at medarbeidere tar ansvar for å holde seg oppdaterte i HLR er ikke noe selvfølge. Informantene mente alle har plikt, i det minste som sykepleier, til å ta ansvar for at dette skjer. Likevel tilsier praksis at nettopp fordi hjertestans i sykehus skjer sjeldent, så «glemmes» fokus på dette, og da særlig i avdelinger som ikke har daglig pasientkontakt. Man kan spørre seg om viktigheten av å ta ansvar slik informantene så ofte påpeker, betyr noe annet enn at de faktisk skal gjøre den jobben de er betalt for å gjøre? Forventer man, som arbeidsgiver og/eller medarbeider selv, en ekstra innsats i form av at man for eksempel leser om HLR guidelines utenom arbeidstid? At de er aktive i å melde seg på HLR-kurs hvis de ikke var tilstede da det obligatoriske kurset i HLR ble avholdt? Og hvorfor gjør de i tilfellet det? Osmund Ueland (Ueland, 2013) mener at et forpliktende samarbeid mellom ledere og medarbeidere er viktig. Dette vil blant annet vise seg gjennom hvordan medarbeideren gjør jobben sin faglig, noe som stemmer overens med empirien til en viss grad; informantene ble inspirert til å gjøre en ekstra innsats hvis de merket at ledelsen også prioriterte og vektla prioritering for implementering av guidelines HLR. Tor Odd Strand (Strand, 2007, s. 350) mener ledelse har symbolfunksjoner i form av å bidra til at organisasjonen som et sykehus er oppnår stabilitet og større overlevelsessevne. Han mener også at ledere har ansvar for andres arbeid, den har et mandat og utfører funksjoner som er livsviktige for organisasjonen.

Alt i alt finner jeg at medarbeidere i sykehus sett ut fra et ledelsesperspektiv vil implementere guidelines i basal HLR basert på sosialisering, de er regelstyrte og følger de instruksjoner de får, noe som understøtter hypotese nummer to. Det vil også være en altruistisk tanke bak det handlemønsteret som vises, da sykepleiere genuint er sosialisert til å handle på en slik måte at det tjener en annen eller samfunnet som helhet. Dette støtter også hypotese nummer to. Det samsvarer med min erfaring, nemlig at det å utøve HLR er så viktig i seg selv, og

medarbeiderne gjør det fordi det kan få store konsekvenser for pasientene hvis det ikke gjennomføres.

## **5.2 Organisasjonsteori (variabel 2)**

Sykehusdirektøren på det sykehuset jeg samlet min empiri har bestemt at alle medarbeidere en gang pr år skal gjennomføre kurs i basal HLR (Sørlandet sykehus, 2013, s. 1). Gitt at sykehus som organisasjon er store og komplekse, involverer mange medarbeidere med ulike kompetanse og stramme budsjetter, er dette utfordrende å få til. Det er et stort ønske sentralt i organisasjonen om å optimalisere denne tjenesten da sykehusets visjon, «Trygghet når du trenger det som mest», virkelig skal leves opp til, ikke minst når det gjelder pasienter som får hjertestans.

En organisasjon som et sykehus er, kan som tidligere nevnt, beskrives som en ekspertorganisasjon (Torjesen et al., 2011, s. 1) der fagprofesjonelle får stor grad av autonomi. Det er fagfolk og ledere i operativ virksomhet som ofte har den reelle makten selv om administratorer og byråkratier formelt er plassert på et høyere ledernivå. En organisasjon har behov for både stabilitet og endring (Jacobsen, 2004, s. 36-38). For min oppgave vil det si at et sykehus er nødt til å kunne følge med på den evidensbaserte forskningen og faglige utviklingen når det gjelder guidelines i HLR for å tilby pasienter god nok kvalitetssikring og pasientsikkerhet på den helsehjelp som utøves ved hjertestanssituasjoner. Likevel må sykehus som organisasjon også passe på at endringer ikke er for dramatiske over kort tid uten å ha støtte av organisasjonsmedlemmene. Her mener jeg valget igjen om enten en toppdrevet strategi, om ledelsen velger å gjøre endringer med mer deltakende strategi, eller om de velger en kombinasjon av disse strategiene, være avgjørende for om implementering av nye guidelines i basal HLR lykkes jf Torjesen (Torjesen, 2011, s. 16-27).

Informantene mente det generelt var godt engasjement rundt implementering av nye guidelines i basal HLR i sykehus, men at dette i størst grad skyldtes at medarbeiderne/fagprofesjonene selv så viktigheten av å holde seg oppdaterte og utføre HLR etter gjeldende retningslinjer. De mente at nye guidelines i basal HLR ville blitt implementert uavhengig av organisatorisk struktur i sykehuset. Dette fordi informantene mente de følger guidelines i basal HLR uavhengig av hva slags organisasjon sykehuset er, det viktige er at det kommer pasientene til gode. Dermed vil medarbeiderne utføre riktig helsehjelp i aktuelle



situasjoner. Dette understøtter hypotese nummer to da medarbeiderne handler altruistisk samtidig som de opplever å mestre sine egne arbeidsoppgaver. Dette samsvarer med det Hallandvik (Hallandvik, 2005) beskriver, nemlig at det å ha fokus på kvalitetssikring i sykehus er av ytterste viktighet.

Likevel, en utfordring informantene så var at det er en vanskelig jobb å nå ut til alle medarbeidere om alle nye ting og tiltak som skal innføres i et en stor organisasjon som et sykehus er. Nettopp fordi sykehus er en del av spesialisthelsetjenesten og stadig innfører evidensbasert kunnskap som skal omgjøres til praksis, mener jeg kvaliteten på det som utføres i denne type organisasjon skal være optimal. Dette støttes av Hallandvik (Hallandvik, 2005), som mener at det å ha fokus på kvalitet er viktig og nødvendig i en organisasjon som er sykehus er. Det skjer stadig feil og avvik også i sykehus, og Hallandvik mener dette er en av drivkreftene innen kvalitetsarbeid. Hvorvidt ledelsen i en slik type organisasjon som et sykehus er, er seg bevisst hvordan de gjennomfører implementering av nye guidelines i basal HLR, eller om de delegerer dette videre i linjen, kan sikkert diskuteres. Av erfaring, og som også samsvarer med lederen jeg samtalte med sin oppfatning, er det av viktighet at organisasjonen som helhet, med øverste ledelse, forstår betydningen av at implementering av en viss kvalitet fordrer både tid og ressurser i sykehus. Implementeringen skal likevel foregå innenfor visse rammer, noe også Cameron og Quinn (Cameron & Quinn, 2011, s. 31-35) beskriver. Handlemåter for de som skal implementere innenfor visse rammer handler ut ifra at de er regelstyrte. Dermed vil jeg si at dette støtter hypotese nummer to da sykehus som organisasjon har sine rammer å styre ut ifra, både økonomiske og fagbaserte.

### **5.3 Medarbeidernes grunnforståelse, motivasjon for læring og utøvelse av guidelines HLR (variabel 3)**

En organisasjon som sykehus er, består ifølge Jacobsen (Jacobsen, 2004, s. 21), av mennesker som handler og samhandler. Det å skulle implementere nye guidelines i basal HLR i sykehus, vil av denne årsak være umulig å forutsi hvordan skjer. Likevel så har man ved erfaring og forskning opparbeidet seg ulike rutiner for hvordan dette skjer i praksis, altså at medarbeidere i sykehus er klar over guidelines HLR og bruker disse når situasjonene tilsier det. Endring i guidelines HLR er som regel en planlagt endring i et sykehus, da det er faglige argumenter og evidensbasert forskning på dette fagfeltet som avgjør hva som skal implementeres eller ikke (NRR, 2010c, s. 1). Derfor synes ikke medarbeidere å ha så mye medbestemmelsesrett på hva

som skal iverksettes eller ikke innen dette området. Dette samsvarer med resultatet i empirien min der informantene opplever de er prisgitt HLR-instruktøren angående hva de skal lære og utføre på sykehus innen basal HLR eller ikke. Også lederen jeg snakket med mente at medarbeidere stolte på HLR-instruktøren og også lederen sin om hvorfor de skulle følge og bruke guidelines i HLR. Dette understøtter samtidig hypotese nummer to. Medarbeidere er sosialiserende i den forstand at de læres opp til å utføre det som er viktig og gjeldende for en situasjon i en organisasjon, i dette tilfellet implementering av nye guidelines i basal HLR. Mange medarbeidere på sykehus har ofte gjennom flere år allerede opparbeidet seg god kompetanse på HLR og arbeider ofte med hjertestanshendelser som indikerer at de må ha kunnskap om HLR uansett, og at de får erfaring nettopp via slike hendelser. Dette støtter også opp under hypotese nummer to slik jeg ser det.

Likevel er min erfaring at det kanskje ikke er alle medarbeidere i sykehus som er like lett «å sosialisere». Jeg baserer min uttalelse på erfaring med at flere medarbeidere «velger» å ikke møte opp til HLR-trening og dermed ikke får med seg siste nytt av endringer innen guidelines HLR. Og ledere «velger» kanskje å la det passere fordi de tenker at dette har medarbeidere ansvar for selv. Hvorfor er det slik? Jeg tror mange medarbeidere, spesielt kanskje leger, har det så travelt og er presset med det de må nå i løpet av en arbeidsdag, at de ikke klarer å prioritere dette, selv om de ser hensikten med HLR-treningen der både teori og praktiske øvelser gjennomgås. Generelt vet alle medarbeidere at de ville hatt godt av en repetisjon. Det er mange fortvilete medarbeidere som tar kontakt med HLR-instruktørene og etterspør HLR-kurs, nettopp av den grunn at de ikke hadde mulighet for å delta da HLR-instruktørene arrangerte kurs. Dette ses spesielt når nye guidelines, eller nytt aktuelt utstyr skal presenteres, da er iveren og vilje større til faktisk å prioritere slike gjennomganger. Dette sier meg at hvis medarbeiderne oppfatter at det er viktig nok, så klarer de å prioritere det de ønsker, i mer eller mindre grad. Hvorfor de velger å handle som de gjør, henger etter mitt syn sammen med i hvilken grad medarbeiderne opplever å få noe igjen for det de skal delta på, altså hvilken motivasjon de har. Dette tilsier at mange medarbeidere i en ekspertorganisasjon som et sykehus er, er meget presset med sine arbeidsoppgaver, og de er nyttemaksimerende i den forstand at de gjør rasjonelle valg og prioriterer ut ifra nytteverdien for seg selv til enhver tid, noe som altså vil understøtte hypotese nummer en.

Det fremkom samtidig av empirien at informantene mente det generelt må være en vanskelig jobb å skulle nå ut til alle medarbeidere i sykehus når det kommer nye ting som bør implementeres, nettopp fordi det er så mye som skal iverksettes hele tiden. Hvor viktig er guidelines HLR versus «alt det andre»? Eksempler på andre ting og kvalitetstiltak som stadig skal implementeres i sykehus kan være nytt turnusprogram, endring i elektronisk samhandling med primærhelsetjenesten, nye smittevernrutiner eller andre viktige endringer av rutiner og prosedyrer på ulike fagområder som gjelder alle medarbeidere. Kapasitet til å tilegne seg nye guidelines HLR i strømmen av andre nye arbeidsmåter og oppgaver i sykehus oppleves for mange vanskelig, og da særlig for medarbeidere som ikke har pasientkontakt i det daglige. I slike avdelinger tilsier erfaring at HLR generelt ikke har så stort fokus, og det gjør det desto vanskeligere å følge med på hva som er nytt og ikke. Viktigheten av uansett å opprettholde motivasjon og interesse for implementering av HLR, og da særlig når nye guidelines skal innføres, gjenspeiler sykehusets retningslinje som sier at alle medarbeidere skal trene på HLR en gang pr år (Sørlandet sykehus, 2013, s. 1). Eksempler på hva som innvirker på motivasjonen til medarbeiderne slik informantene uttrykte det, er at HLR kommer pasienter til gode, at HLR har status som viktig og obligatorisk samt at medarbeiderne faktisk opplever i praksis at HLR-instruktørene følger opp i form av ønsket tilbakemelding og gir respons.

Enkelte dilemma vil oppstå, for eksempel dersom man gjennomfører en fagdag for medarbeidere på en avdeling. På en slik dag vil det være mye som står på programmet for at nye ting blir gjennomgått, deriblant også nye guidelines HLR og trening i praksis. Dersom det er andre viktige kvalitetstiltak som må gjennomgås vil man kunne oppleve at HLR-kurs faller ut av programmet, ofte år etter år, og da særlig på de avdelinger der medarbeidere ikke har pasientkontakt.

Selv om det stort sett finnes en HLR-instruktør på alle avdelinger i sykehus med ansvar for gjennomføring av HLR-trening, så finnes det eksempler på at administrative avdelinger ikke har gjennomgått HLR-øvelser på 6 år. Her kan man selvsagt stille spørsmålstegn hvorfor, men svaret er ofte at HLR nedprioriteres og drukner i andre viktige oppgaver. Lederen jeg snakket med mente at dersom den som leder er sykepleier, eller har helsefaglig bakgrunn, vil det ha noe å si for hvordan ledere prioriterer å legge til rette for HLR-trening i hverdagen til medarbeiderne. I avdelinger som ikke har pasientkontakt er det oftest ikke ledere med helsepersonell bakgrunn, og da kan dette være et argument til hvorfor slike avdelinger ikke følger gjeldende bestemmelse om HLR-trening en gang pr år. På den andre siden så mente

HLR-instruktøren jeg snakket med at legene var de som oftest «valgte» å nedprioriterte årlig HLR-trening. Ledere for legene har oftest helsefaglig bakgrunn, og da stemmer ikke dette argumentet lenger. Hvordan skal man egentlig sørge for at implementering av nye guidelines i basal HLR faktisk gjennomføres i sykehus?

Informantene ga uttrykk for at ved å være forberedt før en reell hjertestanssituasjon, følte de seg tryggere i jobbhverdagen og opplevde mestring. Dette kjenner jeg meg selv igjen i. Hvis man som medarbeider ser nytten av å ta i bruk de retningslinjene eller guidelines som faktisk gjelder, så mener jeg motivasjon og åpenhet for endringer vil være større når de kommer. De Snyder (DeSnyder, 2011) støtter opp under dette. Mestringen i seg selv gir medarbeidere en form for belønning, men i altruistisk perspektiv. Også Larsen (Larsen, 2014, s. 36-38), Dorney (Dorney, 2011) og Glosvik (Glosvik, 2002) støtter opp om dette. Som nevnt i teoridelen er altruisme definert til å være en del av den sosiologiske retningen. Dette støtter derfor mer opp om et sosiologisk perspektiv som understøtter hypotese nummer to. Informantene uttrykker at de lærer best nye ting når de forstår bakgrunnen til det de skal lære, og det settes av tid til det i arbeidstiden. Dette samsvarer med (Øgård, 2012) der Morten Øgård beskriver at en lærende kultur i en organisasjon blant annet tilrettelegger for individuell læring. Jeg kjenner meg igjen i dette da det er stor forskjell på hvordan ”kulturen” for læring er i ulike avdelinger i sykehus. Dersom det vises i praksis ved å sette av tid og ressurser til at implementering av nye guidelines i basal HLR kan gjennomføres, vil medarbeidere oppfatte gode muligheter for læring og også gjennomføre det de lærer. Dette handler også om mestringsfølelse for medarbeiderne slik jeg ser det, samt en altruistisk handlemåte i og med at medarbeiderne vet at det de lærer kommer pasientene til gode. Her vil handlemåten til medarbeiderne understøtte hypotese nummer to.

#### **5.4 Implementeringsstrategi (variabel 4)**

Når det gjaldt type implementeringsstrategi, fremkom det av empirien at informantene mente det generelt er en vanskelig jobb å skulle nå ut til alle medarbeidere i sykehus når det kom til nye ting som måtte implementeres, nettopp fordi det er så mange ting som skal iverksettes hele tiden og at sykehus som ekspertorganisasjon er basert på faglig ekspertise og standarder (Torjesen et al., 2011, s. 89). Det at man har et arbeidsmiljø som gjør at man våger å påvirke hverandre, mente informantene har noe å si for læring og det å være mottagelig for generelt å iverksette noe nytt. Dette samsvarer med det Kari Anne Dolonen skriver (Dolonen, 2013, s.

42-43), om at medarbeidere «eier» de samme utfordringene og at alle bør bli tatt med for å finne løsninger. Også det at HLR-instruktøren som skal formidle det nye er dyktig og engasjert, har mye å si for om implementeringen blir vellykket eller ikke. Dette var også HLR-instruktøren enig i. I tillegg mente instruktøren at noe av det viktigste var at opplæringen og implementeringen av HLR ga en forklaring på *hvorfor* endringer skjer. Da vil ifølge HLR-instruktøren motivasjonen for å lære øke, noe som igjen fører til en bedre implementering av faktiske endringer i guidelines HLR.

Viktigheten av at det er et system på ting fremkom i funnene mine som et element på at implementering av HLR-guidelines blir vellykket. Det å vite hvor prosedyrer finnes, det å vite hvem man skal spørre hvis man blir usikker osv. Min erfaring tilsier at nettopp det å være trygg på hvor for eksempel aktuelt utstyr finnes, er av betydning for hvordan man opplever å mestre jobbhverdagen og også reelle hjertestanshendelser i sykehus. Det å vite hvor man finner aktuelt utstyr er en del av implementeringsrutinene, og ved å gjennomføre HLR-trening, vil medarbeidere følge guidelines HLR støttet av hypotese nummer to. De søker trygghet og mestring basert på en altruistisk handlemåte, som igjen vil være den «belønningen» de oppnår, fordi pasienter får den behandlingen de skal i hjertestanssituasjoner. Frekvensen på forandring av guidelines HLR kan eventuelt spille inn (NRR, 2010c, s. 6). Dette kan skape frustrasjon for implementering spesielt hvis ny forskning tilsier at endring bør skje raskere enn hvert 5. år. Jeg kjenner meg ikke igjen i at en slik frustrasjon har ført til uheldige konsekvenser for implementering av nye guidelines i basal HLR i sykehus, og dette var heller ikke noe informantene visste noe om eller hadde opplevd. Jeg vil imidlertid anta at for dem som arbeider med og forsker på å utarbeide nye guidelines (ERC, NRR) vil dette kunne være en etisk utfordring.

Situasjonen varierer fra avdeling til avdeling. I enkelte avdelinger er det lettere å implementere noe nytt enn i andre avdelinger. Her mente informantene at dette blant annet avhenger av hvordan «kulturen» i en avdeling er, hvordan ledelsen prioriterer nye ting, samt hvordan HLR-instruktørene fungerer når det gjelder HLR og implementering av nye guidelines. Dersom medarbeidere er dårlig motiverte for å delta på HLR-kurs, er erfaringen min at de får seg et «push» og et «løft» når de først kommer på kurs. De innser da viktigheten og blir tryggere på seg selv når de får øvd og lært mer. Dette støttes av Paulette Dorney (Dorney, 2011) som skriver at ansvarlige stadig bør vurdere nye og effektive måter å møte endringer på i en organisasjon. Også Larsen (Larsen, 2014) beskriver en

implementeringsprosess som både en organisasjonslæringsprosess og en kulturendringsprosess. ”Kulturen” i en avdeling må støtte opp under en slik prosess for at medarbeidere skal ha større muligheter for læring. Med andre ord, de som implementerer handler i favør av sosialisering, de læres opp til å handle som de gjør. Dette støtter hypotese nummer to.

En mulig løsning for både demotiverte og utrygge medarbeidere i denne sammenheng er at HLR-kurs burde gjennomføres oftere enn 1 gang pr år i sykehus. Dette kan støttes av (Resuscitation (2008) 78, 2008, s. 63) som viser at HLR-kunnskaper, og da særlig praktiske ferdigheter, vil avta allerede etter 6 måneder. Så vil spørsmålet også bli om ledelsen prioriterer å sette av nok tid og ressurser til at medarbeidere kan frikjøpes til HLR-kurs og viktig trening. Lederen jeg snakket med prioriterte årlig HLR-kurs for sine medarbeidere. Det skjedde innenfor eget budsjett, og hun forventet forståelse fra øverste ledelse for at ressurser ble brukt til det som faktisk er obligatorisk å gjennomføre, bestemt fra den øverste ledelse selv.

En alternativ løsning som bedrer på situasjonen at medarbeidere kan være dårlig motivert for å delta på kurs og at HLR-kurs arrangeres for sjeldent i sykehus, kan være å gjennomføre såkalte uanmeldte HLR-øvelser. Her vil medarbeidere i en avdeling bli bedt om å starte basal HLR på en dukke og gjennomføre guidelines frem til hjertestansteamet overtar. Dette har etter min erfaring og i praksis vist seg å være meget lærerikt, både for de som utøver basal og avansert HLR, man lærer mye av hverandre og det er stadig etterspørsel etter dette i sykehus. Empirien viser at disse øvelsene er lite kjent blant medarbeidere som driver med basal HLR i sykehus, men de avdelinger som først har gjennomført dette, etterspør det. Årsaken til at dette gjøres sjeldent er at det krever kapasitet og ressurser både for å planlegge og gjennomføre slike øvelser. Dette gjenspeiler igjen prioriteten på hva både ledere og medarbeidere klarer å tyne ut av ressurser i en allerede presset daglig drift. Jeg finner ikke støtte i litteraturen på at uanmeldte hjertestansøvelser er forsket på i særlig grad, men i praksis i sykehus ses betydningen av dette i form av mer jevnlig øvelser, noe som igjen kan støttes av (Resuscitation (2008) 78, 2008, s. 64).

Empirien viser at medarbeidere vet at guidelines i basal HLR kommer pasienter til gode, og dette har betydning for motivasjonen til medarbeidere, og derigjennom hvordan implementeringen lykkes eller ikke. Dette samsvarer med det Larsen sier (Larsen, 2014), man

må sikre forpliktelse, få alle medarbeidere til å dra i samme retning samt tilrettelegge, og implementering må være forankret på alle plan. Dette vil også samsvare med hypotese nummer to, der medarbeidere utfører guidelines HLR fordi de blir lært opp til at det er sånn det gjøres i organisasjonen.

En annen variant for implementering av nye guidelines kan være at medarbeidere sendes til eksterne (eventuelt interne) simuleringssentre for å gjennomføre og øve på både basale og avanserte fiktive HLR-situasjoner. Simulering er et tilleggsverktøy til klinisk praksis der man trener på sjeldne kritiske hendelser for å få erfaring og ferdigheter det ellers er vanskelig å tilegne seg (Dahlen et al., 2013, s. 13). Formålet er å øke pasientsikkerheten. Dette vet jeg enkelte sykehus gjennomfører, og det er også vist i studier (Hagen, 2013, s. 50) at simulering kan gi økt trygghet, større handlingsrom og bedre kvalitet for det arbeidet som utføres. Simulering var ikke noe informantene kjente til utenom en informant som uttrykte seg på følgende måte: «Simulering er det eneste jeg kan tenke meg kan forbedre følelsen av forberedthet, men det har vi dessverre ikke mulighet for på vårt sykehus, så vidt jeg vet». Dette ser jeg på som et ønsket scenario for å bedre implementeringen av nye guidelines i basal HLR i sykehus, og det samsvarer med Larsen (Larsen, 2014), nemlig at resultatene er viktige, både som motivasjon og korreksjon. Det å etablere interne evalueringsrutiner vil være med på å sikre videreføring av det man skal implementere. Når det er sagt så vet jeg at simulering kunne vært mulig å få til, også på det sykehus jeg har utført min oppgave. Dette er imidlertid så tidkrevende og også kostbart, at man som HLR-instruktør og ledere oftest velger å gjennomføre HLR-kurs og også implementering av nye guidelines HLR i mindre omfang som krever færre ressurser og som lettere lar seg forene med daglig drift.

Et moment som ble utprøvd i sykehuset jeg utførte min oppgave var å ha såkalt HLR-stand utenfor kantinen. Dette ble gjort for å få fokus på HLR da det var den europeiske dagen for HLR. Der kunne alle medarbeidere som ønsket bruke noen minutter av sin lunsjtid til å øve på HLR-ferdigheter som komprimering og ventilering, og få frisket opp HLR-guidelines. Dette viste seg å være meget suksessfullt da mange medarbeidere fikk oppfrisket sine kunnskaper i løpet av noen minutter. Det skapte også et viktig fokus på HLR utenom selve øvingen da HLR ble tema i kantinen og mange fikk diskutert hvordan det egentlig lå an på sine respektive avdelinger angående gjennomføring av HLR-kurs og kunnskap om guidelines HLR generelt. Dette viser at det ikke nødvendigvis skal så mye til av ressurser og tid før mange medarbeidere i et sykehus raskt kan øke sitt kunnskapsnivå og ferdigheter. Neste gang nye

guidelines i basal HLR skal implementeres kan kanskje flere slike HLR-stands vurderes som et tilleggsmoment til vanlige HLR-kurs og praktiske øvelser for alle medarbeidere? Dette vil slik jeg ser det forbedre implementeringen da «low dose, high frequency» kan bidra til økt fokus på HLR gjennom hele året, men da kun som tillegg til ordinære HLR-kurs, noe som støttes av (Resuscitation, 2010, s. 6).

I uttalelse til Fædrelandsvennen (Vindslund, 2012) beskrives at det å satse på bruk av evidensbasert kunnskap er noe av det viktigste et sykehus kan gjøre for å bedre pasientsikkerheten. Også Lie (Lie et al., 2012, s. 19) beskriver at det å implementere evidensbasert medisin samt rutiner som baseres på nasjonale eller internasjonale retningslinjer er en kompleks multifattete prosess. Informantene ga tydelig uttrykk for at de stolte på hva både HLR-instruktøren og nærmeste leder sa angående hva som er gjeldende guidelines innen basal HLR til enhver tid. Empirien viser at erfaring med evidensbasert forskning som skal implementeres i sykehus kommer i hovedsak fra guidelines i HLR. Medarbeidere handler ut ifra regelstyring, de følger guidelines, og dette tilsier at hypotese nummer to blir gjeldende for deres handlemåte når det gjelder implementering av evidensbasert forskning som guidelines i HLR er.

I tillegg til momentene nevnt ovenfor som informantene mente kunne ha betydning for implementering av nye guidelines i basal HLR i sykehus, etterlyste de bedre system for å finne aktuelle prosedyrer, de ønsket tilsendt e-post når endringer kom, og også mulighet for E-læringskurs i tillegg til ordinære HLR-kurs. HLR-instruktøren supplerte spesielt med at kursmateriell og annet aktuelt utstyr må være pedagogisk og i orden, men at det viktigste er at medarbeidere forstår *hvorfor* endringer skjer. Lederen jeg snakket hadde også erfaring med at hvis medarbeidere forstår at endringer vil bety noe i praksis, så vil implementeringen lykkes best mulig. Her kjenner jeg meg igjen – det er lettere både å være motivert for en endring og også utføre den hvis man forstår hvorfor endringer skjer. Det bør være fokus på implementeringsprosessen generelt i alle ledd for å lykkes best mulig. Dette støttes både av Lie (Lie et al., 2012, s. 3) og Søreide (Søreide et al., 2013, s. 1490-1491). De som implementerer vil da handle ut ifra en sosiologisk prosess, de er lært opp til hvordan en endring skal skje, og utfører denne, noe som vil understøtte hypotese nummer to.



Likevel kan man spørre seg hvorfor implementering ikke lykkes i større eller mindre grad i enkelte avdelinger og sykehus. Jeg har vært innom årsaker som prioriteringer mellom mange nye kvalitetstiltak som skal implementeres samt tidspress blant annet. Men kan det være andre faktorer som spiller inn? Tar man for gitt at nye guidelines er optimale? Er det enighet om det blant alle medarbeiderne? Kanskje gamle guidelines var vel så bra, at noen mener det, og at slike holdninger er med på å bidra til at implementeringen ikke er vellykket. Eller gjør medarbeidere det de alltid har gjort, fordi de for eksempel ikke har tid til å sette seg inn i nye rutiner? Kanskje er det motstand mot nye guidelines, fordi de ikke oppfattes som så viktige, og at medarbeidere kan det allerede? De gjør som før, og lærer gjennom praksis og erfaring. Spørsmålene er betimelige, men jeg vil hevde at HLR i et sykehus er en så stor del av medarbeidernes iboende identitet, i alle fall blant helsepersonell, at i all hovedsak vil medarbeidere i sykehus godta endringer som kommer når det gjelder nye guidelines i basal HLR og også gjennomføre dem når opplæring er utført. Både informantene, lederen og HLR-instruktøren jeg snakket med bekreftet i sine uttalelser at de også mer eller mindre opplever at det er slik det oppfattes. Dette tilsier at medarbeidere i sykehus hovedsaklig følger et handlemønster som er basert på sosialisering og sosiologisk perspektiv. Hypotese nummer to vil ut ifra dette, samt empirien og teoridelen som helhet, være den hypotesen som mest tydelig har betydning når det gjelder å implementere nye guidelines i basal HLR i sykehus.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien har vært å finne ut hvilke variabler som er av betydning for implementering av nye guidelines i basal HLR i sykehus. Jeg har også sett på motivasjonen for at medarbeidere i sykehus handler som de gjør angående nye guidelines.

Funnene i denne studien viser at det først og fremst er variabel 1, ledelsesteoretiske perspektiver, men da spesielt nærmeste leder og HLR-instruktør i egen avdeling, som har betydning for implementering av nye guidelines i basal HLR. Hvordan nærmeste leder tilrettelegger sammen med avdelingens HLR-instruktør vektla medarbeiderne stor betydning for deres muligheter for implementering. Hvilken strategi som velges for gjennomføringen av implementeringen viste seg å utgjøre en forskjell. Det er større sjanse for å lykkes med implementering dersom en kombinasjon av ledelsesstrategi E og O benyttes. Medarbeidernes egen motivasjon og forståelse av viktigheten for det som skal implementeres viste seg også å spille en rolle. Funnene i studien viser at hvordan sykehus er organisert var en variabel som ikke hadde stor betydning for implementeringen, men derimot størrelsen på organisasjonen som helhet, og ikke minst størrelsen på den enkelte avdeling opplevde medarbeiderne som en faktor som spilte inn hvorvidt implementering skulle lykkes.

Ved å diskutere funnene mine opp mot litteratur og de valgte hypotesene, fant jeg at det i sykehus er overveiende støtte for hypotese to, men det er også noe støtte for hypotese en.

Funnene om at medarbeidere handler ut i fra hypotese en baserer seg på at medarbeidere opplever mestring for sin egen del, de blir sett av lederen og de handler rasjonelt ut i fra hva de selv får mest igjen for, særlig basert på tidsaspektet i konkurranse med andre viktige oppgaver medarbeiderne skal utføre i sykehus.

Funnene om at medarbeidere handler ut i fra hypotese to baserer seg på at medarbeidere først og fremst er sosialisert til å følge de retningslinjer og guidelines som finnes i sykehus.

Medarbeiderne er lært opp til å utføre handlinger som baserer seg på evidensbasert medisin og forskning, i dette tilfellet guidelines i basal HLR. Det viste seg også at medarbeidere ofte handlet altruistisk, definert i et sosiologisk perspektiv, fordi de så at det å følge guidelines i basal HLR kom den annen part, pasientene, til gode.

«Hvis man fortsetter å gjøre tingene slik man alltid har gjort dem, vil man fortsette å få de samme resultatene som man alltid har fått. Input = Output», har det blitt hevdet. Når det gjelder guidelines i basal HLR og HLR generelt, vil dette være guidelines man som medarbeider i sykehus må forholde seg til. Hvis medarbeidere i sykehus ikke følger nye guidelines, vil man ikke få de samme resultatene/overlevelsesraten nettopp fordi den medisinske faglige utviklingen og evidensbaserte forskningen tilsier at man som spesialisthelsetjeneste er nødt til å følge endringene for å inneha god pasientsikkerhet og kvalitetssikring.

## Litteraturliste

- Arnold, R. C., Arora, T., Jones, A. E., Parrillo, J. E., Phillip Dellinger, R., Pusateri, A. E., . . . Trzeciak, S. (2010). Brief leadership instructions improve cardiopulmonary resuscitation in a high-fidelity simulation: A randomized controlled trial. *Critical care medicine : official journal of the Society of Critical Care Medicine*, 38(4), 1086-1092.
- Association, A. H. About AHA. Retrieved 18.11.2014, from [http://www.heart.org/HEARTORG/General/About-American-Heart\\_UCM\\_452487\\_Article.jsp#About](http://www.heart.org/HEARTORG/General/About-American-Heart_UCM_452487_Article.jsp#About)
- Bhanji, F., Mancini, M. E., Sinz, E., Rodgers, D. L., McNeil, M. A., Hoadley, T. A., . . . Hazinski, M. F. (2010). Part 16: education, implementation, and teams: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 122(18 Suppl 3), 920. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971135
- Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2011). *Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Christensen, S., Jensen, L. D., Kaae, S., Vinding, K. L., & Petersen, J. (2014). Implementering af fælles medicinkort er vanskeligt. *Ugeskrift for Læger*, 176(30).
- Council, E. R. ERC mission statement. Retrieved 18.11.2014, from <https://www.erc.edu/index.php/mission/en/>
- Council, E. R. (2013). ARTICLES OF ASSOCIATION OF THE EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. Retrieved 18.11.2014, from [https://www.erc.edu/index.php/about\\_home/en/](https://www.erc.edu/index.php/about_home/en/)
- Dahlen, S. S., Melbybråten, G., & Farnen, G. (2013). Læring av simulering. *Inspira*(4), 13-18.
- DeSnyder, J. (2011). Call a code. *Nursing*, 41(7), 42-43.
- Dolonen, K. A. (2013). Gode ledere inkluderer. *Tidsskriftet Sykepleien*(Årg. 101, nr. 7), 42-43 : port.
- Dorney, P. (2011). Code blue: chaos or control, an educational initiative. *Journal for nurses in staff development : JNSD : official journal of the National Nursing Staff Development Organization*, 27(5), 242. doi: 10.1097/NND.0b013e31822d6ee4
- ERC. (2010). Summary of the main changes in the Resuscitation Guidelines. Edegem, Belgia.

- Ferlie, E., Dopson, S. U. E., Fitzgerald, L., & Locock, L. (2009). Renewing policy to support evidence-based health care. *Public Administration*, 87(4), 837-852. doi: 10.1111/j.1467-9299.2009.01796.x
- Glosvik, Ø. (2002). Om læring på ulike nivå i organisasjoner. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 18(02), 117-141.
- Hagen, I. H. (2013). Simulering kan gi bedre praksis. *Tidsskriftet Sykepleien*(Årg. 101, nr. 11), 48-50 : ill., port.
- Hallandvik, J.-E. (2005). *Forbedring, endring eller kontinuitet?: den nye kvalitetspolitikken i helsetjenesten*. Institutt for statsvitenskap, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo Unipub, Oslo.
- ILCOR. About ILCOR. Retrieved 18.11.2014, from <http://www.ilcor.org/about-ilcor/about-ilcor/>
- Jacobsen, D. I. (2004). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforl.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Larsen, T. (2014). *Implementering og endringsledelse. Hvordan lykkes med våre endringer?* Forelesning. Universitetet i Bergen. Bergen.
- Lexow, K. (2011). Nye retningslinjer for Hjerne-Lungeredning i Norge. Det handler om å bekjempe for tidlig død. *Scandinavian Update Magazine*(1), 50-56.
- Lie, B., Elfström, M., & Ahlberg, G. (2012). Ledarskapsaspekter på implementering av evidensbasert medisin och nationella riktlinjer.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Mathisen, B. R. (2011, 21. januar). *Å forske i eget felt : når forskningen møter journalistikken*. Paper presented at the Dansk sociologkongress 2011, Aalborg universitet.
- Na, J. U., Sim, M. S., Jo, I. J., Song, H. G., & Song, K. J. (2012). Basic life support skill retention of medical interns and the effect of clinical experience of cardiopulmonary resuscitation. *Emergency Medicine Journal*, 29(10), 833-837. doi: 10.1136/emered-2011-200633
- Nolan, J. P., Soar, J., Zideman, D. A., Biarent, D., Bossaert, L. L., Deakin, C., . . . Group, E. R. C. G. W. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 81(10), 1219-1276. doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.08.021

- NRR. (2010a). Algoritmen for Basal HLR - Voksne.
- NRR. (2010b). Hvorfor NRRs retningslinjer for AHLR avviker noe fra ERC-guidelines 2010.
- NRR. (2010c). Om norske retningslinjer for hjerte-lungeredning 2010: Norsk resuscitasjonsråd.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utefra eller begge deler? (pp. s. 70-93). Oslo: Universitetsforl.
- Resuscitasjonsråd, N. Principles of education in resuscitation. Retrieved 18.11.2014, from <http://nrr.org/index.php/om-nrr>
- Resuscitasjonsråd, N. Vedtekter for NRR. Retrieved 18.11.2014, from <http://nrr.org/index.php/om-nrr/vedtekter>
- Resuscitation. (2010). Effects of monthly practice on nursing students' CPR psychomotor skill performance.
- Resuscitation (2008) 78. (2008). Evaluation of staff's retention of ACLS and BLS skills.
- Rhodes, R. A. W., Binder, S. A., & Rockman, B. A. (2008). *The Oxford handbook of political institutions*. Oxford: Oxford University Press.
- Ry Nielsen, J. C., & Repstad, P. (1993). Fra nærhet til distanse og tilbake igjen: om å analysere sin egen organisasjon (Vol. 12, pp. S. 347-368). Oslo: TANO.
- Skjøld, M. J., & Gjerberg, E. (2009). Unitary management, multiple practices? *Journal of Health, Organization and Management*, 23(4), 396-410. doi: 10.1108/14777260910979290
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Søreide, E., Morrison, L., Hillman, K., Monsieurs, K., Sunde, K., Zideman, D., . . . Nolan, J. P. (2013). The formula for survival in resuscitation. *Resuscitation*, 84(11), 1487-1493. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.07.020
- Sørlandet sykehus. (2013). Opplæring, godkjenning og re-godkjenning i hjerte-/lungeredning ved SSHF (pp. 1): Sørlandet sykehus.
- Torjesen, D. O. (2007). Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 48(02), 275-287.
- Torjesen, D. O. (2011). *Innføring i teori om endringsledelse*.
- Torjesen, D. O., Byrkjeflot, H., & Kjekshus, L. E. (2011). Ledelse i helseforetakene - en gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus (pp. S. 89-108). Bergen: Fagbokforl.

- Ueland, O. (2013, 11.02.2013). Medarbeiderskap - bry deg om arbeidsplassen din!,  
*Fædrelandsvennen*. Retrieved from  
<http://www.fvn.no/mening/synspunkt/Medarbeiderskap--bry-deg-om-arbeidsplassen-din-2360355.html>
- Vindslund, S. (2012, 28.10.2012). Sykehusene bruker ikke kunnskap som fins,  
*Fædrelandsvennen*. Retrieved from <http://www.fvn.no/lokalt/Sykehusene-bruker-ikke-kunnskap-som-fins-2308149.html>
- Wallmuller, C., Meron, G., Kurkciyan, I., Schober, A., Stratil, P., & Sterz, F. (2012). Causes of in-hospital cardiac arrest and influence on outcome. *Resuscitation*, 83(10), 1206-1211. doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.05.001
- Zey, M. (1998). *Rational choice theory and organizational theory: a critique*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Øgård, M. (2010a, Høstsemesteret). [ORG 916 : en offentlig sektor i endring : betydning for ledelse, organisering og styring. Forelesning 3, Organisasjonsteori].
- Øgård, M. (2010b, Høstsemesteret). [ORG 916 : en offentlig sektor i endring : betydning for ledelse, organisering og styring. Forelesning 4, Iverksettingsteori].
- Øgård, M. (2012, 19. april). [Master i ledelse : styringsverktøy i offentlig sektor. Forelesning 3, dag 2, Læring på individ, team, organisasjon og samfunn].
- Østby, B. A. (2011). Lojal mot faget eller budsjettet? : "jeg måtte ta et valg". *Tidsskriftet Sykepleien*(Årg. 99, nr. 13), 30-39 : port.

# Vedlegg 1

		Foretaksnivå		Skjema
<b>Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning eller masterstudenter</b>				Side 1 av 2
Dokument ID: <b>I.1.5.3-8</b>		Godkjent dato: <b>27.11.2013</b>	Gyldig til: <b>27.11.2015</b>	Revisjon: <b>3.00</b>

Foretaksnivå\Organisasjon, ledelse, administrasjon\Forskning og fagutvikling\Kompetanseheving

Til Vivi Haavik Tønnessen	Dette er søknadsskjema for datainnsamling ved ALLE enheter ved Sørlandet sykehus. Søknaden skal først godkjennes av universitets veileder og deretter sendes på e-post til vivi.tonnessen@sshf.no
------------------------------	---

## SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED ETTERUTDANNING, VIDEREUTDANNING ELLER MASTEROPPGAVER.

Det forutsettes at gjeldene lover, forskningsetiske retningslinjer og metoder for datainnsamling følges!

I forbindelse med oppgaveskriving kan det være ønskelig å innhente opplysninger direkte fra ansatte, pasienter eller pårørende.

I den anledning søker undertegnede student om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

### FYLLES UT AV STUDENTEN

Navn på student/søker	Torunn Isaksen
Enhet/Avdeling	Medisinsk avdeling SSK

### Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven min er

Tema	Implementering av nye guidelines i basal hjerte-lunge-redning i sykehus.
Problemformulering	Hvilke elementer har betydning for implementering av nye guidelines i basal hjerte-lunge-redning (BHLR) i sykehus?
Veileder ved universitetet	Merethe Dotterud Leiren og Dag Olaf Torjesen
E-post	merethe.dotterudleiren@toi.no / dag.o.torjesen@uia.no
Telefon	91146037 / 38141553

### Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Hensikt med datainnsamling	Hensikten med datainnsamlingen er å belyse hvordan implementering av nye guidelines BHLR skjer i sykehus samt finne eventuelle forbedringsområder for implementeringen.
Metode for datainnsamling (intervju, spørreskjema, observasjon)	Kvalitativt intervju av ansatte som jobber på vanlige sengeposter i SSHF.
Populasjon/utvalg	<input checked="" type="checkbox"/> Ansatte SSHF <input type="checkbox"/> Pasienter (legg ved nødvendige godkjenninger) <input type="checkbox"/> Pårørende (legg ved nødvendige godkjenninger)
Forskning på	<input checked="" type="checkbox"/> Friske mennesker <input type="checkbox"/> Syke mennesker <input type="checkbox"/> Humant biologisk materiale <input type="checkbox"/> Helseopplysninger
Ønsket antall respondenter ved SSHF	5
Tidspunkt/varighet ved SSHF	Vår og høst 2014 (innlevering av oppgave er satt til 01.12.14)

Utarbeidet av: <b>Arbeidsgruppe</b>	Fagansvarlig: <b>Vivi Haavik Tønnessen</b>	Godkjent av: <b>Organisasjonsdirektør Nina Føreland</b>	
--	---	--	--



SØRLANDET SYKEHUS		<b>Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning eller masterstudenter</b>				Side: 2 Av: 2
Dokument-id: I.1.5.3-8	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe	Fagansvarlig: Vivi Haavik Tønnessen	Godkjent dato: 27.11.2013	Godkjent av: Organisasjonsdirektør Nina Føreland	Revisjon: 3.00	

Foretaksnivå\Organisasjon, ledelse, administrasjon\Forskning og fagutvikling\Kompetanseheving

#### Vedlegg (Sett kryss)

Vedlagt	Ikke aktuelt	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning fra REK
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning fra FEK
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning fra NSD
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopi av samtykkeerklæring eller informasjonsskriv godkjent av veileder
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosjektskisse
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Taushetserklæring SSHF
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Databrukerkontrakt SSHF

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med	Navn Torunn Isaksen	E-post torunn.isaksen@sshf.no	Telefon 91745538
--	------------------------	----------------------------------	---------------------

Med hilsen

Dato 25.04.14

Signatur

Navn student Torunn Isaksen E-post torunn.isaksen@sshf.no Telefon 91745538

#### FYLLES UT AV SSHF

Tillatelse gitt av SSHF

Klinikk:		
Dato: 28/4-14	Enhetsleder/Avdelingsleder: Inger - Marie Nerset	
Telefon: 370 14376	E-post: inger-marie.nerset@sshf.no	Enhet: med. IC

Innhenting av data må skje etter retningslinje "Datainnsamling. Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter" i EKWeb.

Godkjenning av innsamling av pasient- og pårørende data

Dato:	Forskningssjef:
-------	-----------------

Godkjenning av tilgang til elektronisk pasientjournal

Omfang av tilganger	
Org.enhet i Personalportalen	
Dato:	Forskningssjef:

Etter godkjenning sendes skjemaet til Kåre Smith Heggland, Geir Thor Berge og Vivi Haavik Tønnessen.

#### Kryssreferanser

I.1.5.3-9 Datainnsamling - Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter

## Vedlegg 2

### **Informasjonsskriv til informanter ang datainnsamling SSHF.**

#### **Bakgrunn og formål**

Det å gjøre endringer i en stor organisasjon som sykehus er, kan gi ulike utfordringer. I et sykehus finnes det til enhver tid mange ulike kvalitetstiltak som skal implementeres/iverksettes. Jeg har valgt å se på endringer av guidelines i basal hjerte-lungeredning (basal HLR) som et kvalitetstiltak og hva som eventuelt innvirker på hvordan dette implementeres i sykehus. Det er ønskelig at du har vært ansatt i minimum 5 år på sykehuset og har deltatt på basal HLR-trening. Min hensikt med denne studien vil være å få belyst hvordan implementering av nye guidelines BHLR skjer på sykehus. Jeg ønsker også å finne eventuelle forbedringsområder for implementeringen. Du vil være en av 5 informanter. Studien er en mastergradsstudie ved Universitetet i Agder, Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap, Institutt for Statsvitenskap og Ledelsesfag.

#### **Hva innebærer deltakelse for deg?**

Studien innebærer at du deltar i et intervju som varer ca en time. Under intervjuet vil det være meg og deg som informant tilstede. Intervjuet vil bli utført på sykehuset og i arbeidstiden din. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Det brukes båndopptakningsutstyr og lydfilene vil ikke bli lagret på datamaskin. Lydfilene vil bli slettet med en gang transkriberingen er foretatt.

Under intervjuet ønsker jeg at du eventuelt omtaler annet helsepersonell med yrkestittel og unngår bruk av navn.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og forskningsetiske retningslinjer følges. Det er kun ansvarlige for prosjektet som har tilgang til materialet, altså en student og veileder. Opplysningene vil bli oppbevart innelåst. En kode knytter deg til materialet gjennom en navneliste. Navnelisten vil bli oppbevart i et annet skap enn resten av materialet.

Materialet behandles anonymt. Sitater vil bli brukt i det endelige materialet, og jeg vil omskrive dem slik at ikke andre eventuelt skal gjenkjenne deg.

Studien skal etter planen avsluttes desember 2014. Alle opplysninger fra intervjuene vil da slettes.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg vil alle opplysninger om deg bli anonymisert og slettet.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med: Torunn Isaksen, student:

[torunn.isaksen@sshf.no](mailto:torunn.isaksen@sshf.no) tlf: 91745538

## Vedlegg 3

### Intervjuguide til Masteroppgave ORG917 Høsten 2014

#### **1. Introduksjon: Presentasjon av meg selv.**

Deretter vil jeg komme inn på følgende temaer:

Hensikt med undersøkelsen, godkjenning av bruk av båndopptaker og anonymitet, presentasjon av intervjuets hovedtemaer, antatt varighet og antall spørsmål. Jeg vil fortelle at jeg ønsker muligheter for innspill hvis berøring av noe med særlig interesse og høre om informanten har spørsmål før selve intervjuet starter.

#### **2. Bakgrunn/Bli kjent spørsmål:**

Hvor mange år som sykepleier, ansatt på sykehuset?

Arbeidsoppgaver? Hvor stor avdeling jobber du på? Er det pasientrelaterte arbeidsoppgaver du bedriver til daglig?

Utøver du formell myndighet til bestemmelse på noe område?

Spesiell kompetanse eller videreutdanning?

#### **3. Deretter for eksempel 3 spørsmål med flere underpunkter :**

1. Hvordan opplever du kunnskapsutvikling på ditt arbeidssted?

Hva er viktig for at du skal merke personlig og faglig utvikling?

Kjenner du til guidelines i hjerte-lunge-redning (HLR)? Hvordan har du eventuelt blitt kjent med dem? Har dette hatt noe å si for læring i praksis? Eventuelt hvordan?

Hva er det med disse guidelines HLR som gjør at det har en effekt? Eller ikke effekt?  
Hva slags effekt? Har det noe å si for hvordan dette blir implementert (som et kvalitetstiltak) i sykehus?

Hva tror du påvirker implementeringen av basal HLR guidelines i sykehus?

Hva tror du er viktig for at implementeringen skal fungere bra (hva er i tilfellet bra?)

Hvorfor spiller de forholdene som informanten nevner en rolle?

Hva er det med dette som gjør at noe fungerer eller ikke fungerer?

Etter slike åpne spørsmål, kan jeg gå mer på direkte forhold som jeg mener har betydning, nettopp for å forsikre at jeg har avdekket disse, for eksempel kurs, organisatoriske forhold osv.

Hvordan er muligheten for å holde deg oppdatert på siste nytt i forhold til Hjertelungeredning? Er dette viktig for deg og den jobben du gjør i det daglige? Har det andre viktige områder for deg?

Hva er viktig for at du skal kjenne trygghet i enhver hjertestanssituasjon du opplever? På jobb? Privat? Har det noen sammenheng?

Hva gjør du selv for å holde deg oppdatert på siste nytt innenfor dette området? Hva er årsakene til hvis du ikke gjør det, etter din mening?

Hva tenker du om ledelsens rolle og syn på viktigheten av dette? Hvordan oppleves dette i praksis?

Stikkord: Blir det satt av tid? Form: Interne, eksterne kurs, E-læring?, uanmeldte øvelser? Simulering? Og lignende. Fokus på Evidensbasert forskning/medisin? Prosedyrer? Oppdatering av prosedyrer?

2. Hvilke forhold ved det aktuelle arbeidsstedet mener du innvirker på hvordan du som ansatt har mulighet for å delta (årlig) på basal HLR-kurs?

Kjenner du til Norsk resuscitasjonsråd (NRR) og Europeisk Resuscitaton Council (ERC)?

Vet du at det er obligatorisk å delta på basal HLR-kurs minimum 1 x pr år ved sykehuset?

Har du deltatt på dette? Hvordan la din leder til rette for at du eventuelt kunne delta?

Er du motivert for å delta på dette? Eventuelt hvorfor/hvorfor ikke? Hva er det som gjør at et eventuelt basal HLR-kurs ikke oppleves som positivt? Og hvorfor?

Hvis du tenker på siste basale HLR-kurs du deltok på, hva var det som gjorde at det opplevdes positivt? Eventuelt negativt?

Hva er det du liker best ved å delta på basal HLR-kurs, og hvorfor?

I hvilken grad har du mulighet for å påvirke og eventuelt forandre måten kurset gjennomføres på?

Er det overhodet ønskelig? Har du noen gang fått muligheten til å evaluere kurset?

Har du forslag til andre måter implementering av nye guidelines i basal HLR kan implementeres i sykehus?

Hvorfor er det eventuelt viktig å følge guidelines i basal HLR? Hvorfor ikke?

3. På hvilken måte opplever du at eventuelle organisatoriske endringer og driften av sykehuset generelt har betydning for prioriteringen av oppgaver som dette (altså gjennomføre/implementere nye guidelines i basal HLR)?

Får de som er ansvarlige muligheter til å legge forholdene til rette? Hvorfor/hvorfor ikke?

Hvorfor blir det eventuelt oppfattet som vellykket og ikke negativt?

Stikkord: Kultur i organisasjonen, i avdelingen, for gjennomføring? Er det forskjell om man arbeider med pasientrelaterte arbeidsoppgaver eller ikke i hvilken grad man er motivert for deltakelse på et slikt kurs? Hva er dine tanker om at du faktisk skal gjennom et årlig kurs?

I hvilken grad lar du deg stresse hvis du ikke får anledning til å delta på basal HLR-kurs? Trygghet? Usikkerhet? Mestringsfølelse? Pasientsikkerhet? Ansvarlighetsfølelse?