

ISO SERTIFISERING AV AKUTTMOTTAK – PLANLAGT ENDRING, ELLER BARE ET STUNT?

Dette er et casestudie om det å sertifisere et akuttmottak i Norge. Jeg har tittet inn i et sertifiseringsforsøk, som ble avsluttet før sertifisering.

Denne oppgaven handler om det å gjennomføre endringer i offentlige virksomheter og arbeide med systematisk kvalitetsarbeid i et sykehus.

Forfatter

Martin Hauge

Veileder

Dag Tomas Sagen Johannesen

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, 2014

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Forord

Å skrive en masteroppgave som deltidsstudent, kombinert med å være småbarnsfar, fulltidsarbeidende sykepleier og engasjert i det frivillige organisasjonslivet er en travel øvelse. Dette har jeg fått prøve meg på en stund nå, det er travelt men spennende og lærerikt. Jeg har arbeidet med dette prosjektet på deltid i et par år, jeg har nytt godt av den store friheten det er å være deltidsstudent, men denne friheten har kommet tilbake på meg i slutfasen av perioden. Ved oppstart av prosjektet tenkte jeg at det var fint å levere noe tidligere enn planlagt, slik gikk det ikke.

Jeg fått gjøre et arbeid sammen med en doktorgradsstipendiat fra universitetet i Stavanger. Hans prosjekt heter *Sertifisering og akkreditering for kvalitet og sikkerhet i sykehus*, dette er også min hovedveileder. Dette samarbeidet gav meg etter hvert en større innsikt i hvordan man metodologisk skulle gå frem i en vitenskaplig prosess, det trengtes. Det å fungere som intervjuer, man kan vel anse det som en slags forskingsassistent, var ikke bare lærerikt, men også svært verdifullt for oppgavens innhold vil jeg mene. Jeg har ikke samarbeidet med studenter fra samme utdanningsløp i perioden, da det ikke er noen som jeg kjenner til som har prisjekter i samme fagområde. Jeg har valgt å skrive oppgaven alene, da dette er et prosjekt jeg i størst mulig grad ønsket å kunne styre personlig, sammen med veileder – selvsagt. Til min veileder, Dag Tomas: Takk for all hjelp og støtte, du har vært en god mann å ha i vanskelige skrivetider. Du har veiledet en utypisk student gjennom et stykke arbeid han definitivt trengte god veiledning for å fullføre.

Takk til spesialbibliotekarene på det medisinske biblioteket på sykehuset i Kristiansand, her fikk jeg tidlig undervisning om bruk av hjelpemiddel innen oppgaveskrivning, i form av kurs i EndNote, jeg har også fått kursing i bruk av databaser og søkemotorer samt hjelp til litteratursøk samt innhenting av skrevne kilder, veldig glad for det.

Som sagt er denne oppgaven skrevet på siden av en jobb i sykehuset, en jobb jeg er meget godt fornøyd med. Mine gode ledere og kolleger Grethe og Marianne har vært supre og forholde seg til, de har hjulpet med å legge forholdene tilrette for at jeg kan få skrevet denne oppgaven, har fått gode innspill, hjelp og støtte å veien. Ikke minst har de måtte høre om dette prosjektet til deg kjedsommelige – beklager maset, takk for tålmodigheten.

Til min flotte kone Hilde og supre gutter Emil og Herman - dere er min energikilde.

FORORD	2
1 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn	5
1.2 Problemstilling og avgrensing	5
1.3 Motivasjon for valg av oppgave/fagområde	6
2 ORDEN I EGET HUS – INNBLIKK I KVALITET OG KONTROLL	8
2.1 Regulering av kvalitet i helsetjenesten	8
2.2 Sertifisering og akkreditering	9
2.3 Kvalitetsbegrepet	10
2.4 Akkreditering	11
2.5 Akkreditering i norsk helsetjeneste	12
2.6 ISO sertifisering	12
2.7 Effekt av ISO sertifisering i sykehus	14
2.8 Den Danske kvalitetsmodell	15
3 TEORI – ENDRING OG ORGANISASJON	17
3.1 Hvorfor endring?	17
3.2 Endring i ekspertorganisasjoner	21
3.3 Planlagt endring	22
3.3.1 Sentrale elementer i organisasjoner	25
3.3.2 Fagstyre i organisasjonen	27
3.4 Endringsstrategier	28
3.5 Motstand mot endring	32
4 METODE	34
4.1 Metodisk tilnærming	34
4.2 Organisatorisk kontekst	37
4.3 Litteratursøk	38
4.4 Analysemetode	39
4.5 Intervjuene	40
4.6 Utvalg av informanter	41

4.7	Et kritisk blikk på oppgaven	42
4.7.1	Gyldighet	43
4.7.2	Pålitelighet	44
4.7.3	Etiske overveielser	45
5	FUNN	46
5.1	Fase 1; diagnose og erkjennelse av behov	46
5.2	Fase 2; Løsningen	46
5.3	Fase 3; Gjennomføringen av tiltakene	47
5.4	Fase 4; evaluering	53
5.5	Forskning på sertifisering	57
6	DRØFTING – ER DETTE EN PLANLAGT ENDRING?	58
6.1	Fase 1; diagnose og erkjennelse av behov for endring	58
6.1.1	Hva vil man oppnå med denne prosessen	58
6.2	Fase 2; løsning – beskrivelse av en ønsket fremtidig tilstand og tiltak for å komme dit.	60
6.3	Fase 3; gjennomføring av planlagte tiltak - intervensjoner i organisasjonen	61
6.3.1	Er endringen gjennomført med tanke på modell for sentrale elementer i organisasjoner ?	62
6.4	Fase 4; evaluering om tiltak virker som planlagt, stabilisering av den nye tilstanden	63
6.5	Andre funn versus teori som handler om endring	65
6.6	E eller O strategi?	68
	KONKLUSJON	71
	KILDELISTE	72
	VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE	74
	VEDLEGG 2: INNSAMLEDE DATA; INTERVJURUNDE HØSTEN 2013	77
	VEDLEGG 3: PICO SKJEMA	85
	VEDLEGG 4: FORESPØRSEL OM Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET	86

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

I 2007 ble det gjort en landsomfattende revisjon av 27 av 54 akuttmottak i Norge. Det ble avdekket en god del mangler, som da helsetilsynet utstedte avvik på (Helsetilsynet, 2008). Sitat fra oppsummeringen; *”Statens helsetilsyn har funnet et totalbilde som viser at mangelfull styring og ledelse preger hverdagen i disse akuttmottakene. I de fleste av akuttmottakene som er omfattet av tilsynet, henger for mye av den daglige driften på at kompetente enkeltpersoner i akuttmottaket ”bretter opp ermene” og strekker seg svært langt for å løse kinkige situasjoner, hverdagskriser og flaskehalsproblematikk. Det synes å være et mønster at ad hoc-løsninger snarere enn systematisk styring redder pressede situasjoner fra å utvikle seg til uønskede hendelser og svikt.”* (Helsetilsynet, 2008).

Med bakgrunn i dette, og alle de avvik som kom etter disse tilsynene ble det besluttet å starte en pilot med å sertifisere akuttmottak etter en kvalitetsstandard, som et bidrag til lederne i akuttmottakene i Norge. Målet var å lage et verktøy som kan systematisere driften av de enkelte akuttmottak, samt være målrettede og forsvarlige (Blix, 2010).

Standarden som valgt var **ISO 9001 – systemer for kvalitetsstyring – krav**. Helse Sør-Øst og Norsk Akkreditering (NA) initierte denne piloten valgte da to akuttmottak, et med avvik og et uten avvik fra tilsynet. Etter piloten var ferdig, ble det ene akuttmottaket sertifisert etter ISO 9001, mens det andre akuttmottaket i avsluttet sertifiseringsarbeidet før piloten var ferdig.

Akuttmottaket ved sykehuset som vi samler data på ønsket ifølge sektorkomiteens sluttrapport å gjennomføre pilotprosjektet uten bruk av andre ressurser, utenfor egen avdeling. Jeg ønsker i løpet av arbeidet mitt arbeid, intervju personell fra dette akuttmottaket og organisasjonen rundt dette for å finne ut mer om prosessen der.

1.2 Problemstilling og avgrensning

”Hvorfor ble ikke den påbegynte prosessen mot ISO sertifiseringen av et av akuttmottakene fullført?”

Med denne problemstillingen velger jeg å se på **systemer og sertifiseringer** i helsetjenestene. Jeg ønsker også å se på **implementering og endring** i spesialistorganisasjoner, med fokus på sykehus er som er en del av spesialisthelsetjenesten i Norge. Jeg vil gjøre et casestudie av et forsøk som ble gjort for en tid tilbake, der målet var at akuttmottaket på et av sykehusene

skulle sertifiseres etter ISO standard, men arbeidet ble etter hvert avsluttet, uten å få gjennomført sertifisering. Jeg vil se dette i lys av planlagt endring. Derfor er det på sin plass å skrive inn et stykke i oppgaven om endring, endringsledelse og endringsvillighet i helsevesenet. Dette er et meget stort felt og kunne sikkert vært utgangspunkt for flere oppgaver. Jeg har ikke tenkt å gjøre et dypdykk i dette feltet, men trenger noe for å kunne forklare fenomenet – endring i helsevesenet (spesialistorganisasjoner).

Arbeidet er beskrevet i en rapport, ”*Rapport fra Norsk Akkrediterings sektorkomite P-14 akuttmottak*”, som jeg kommer til å referere til.

Jeg ønsker å få **forståelsen av hvilke utfordringer** man kan møte dersom man skal gjennomføre et slikt arbeide. Med det ønsker jeg **også å lære mere om sertifisering og akkreditering**, og ikke minst; **endring av organisasjoner og endringsledelse**.

1.3 Motivasjon for valg av oppgave/fagområde

Dette er en masteroppgave som kommer som avslutning på en erfaringsbasert masterutdannelse i ledelse som er gjennomført på Universitetet i Agder (UiA). Da jeg startet løpet med å ta mastergrad i ledelse, med spesialisering i helseledelse var det med grunn i at jeg gjennom 10 år hadde jobbet i sykehus og hadde lyst til å utvikle meg, med mulighet for å få nye ledelsesutfordringer i fremtiden. Jeg arbeider selv i et akuttmottak som en del av lederteamet, og jeg har de siste årene sett at vi blir pålagt å dokumentere og lagre det vi gjør av kvalitetsoppbyggende tiltak.

Akuttmottakene i Norge er pålagt blant annet å dokumenter at de som arbeider i avdelingen har opplæring på fagprosedyrer, deltar på team - treninger, samt at de årlig får opplæring på medisinsk-teknisk utstyr, strålefare og brannberedskap. Det er flere ting enn dette, men dette er eksempler på det som er krav i enhetene. Variasjonene på opplæring er store på de forskjellige akuttmottakene, mange har også krav og systemer som er selvpålagte.

Det jeg finner interessant er at alle disse kravene som foreligger kommer fra forskjellige fagområder, og det virket på meg (tidligere i hvert fall) som om en del av disse var lite strukturerte. Noe ble pålagt av sykehusledelsen lokalt, noe av direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB), noe selvpålagt av avdelingsledelsen og noe av helsetilsynet.

Etter hvert som vi i enheten vår så at vi ble pålagt å dokumentere mye av vår aktivitet og ikke minst de kvalitetsoppbyggende og fagutviklende gjerninger, begynte vi, uten at noen påla oss

det, å dokumentere tiltak som ikke var påkrev av andre. Hvorfor? Det har jeg ikke noen god forklaring på, men sannsynligvis fordi blant annet undertegnende syntes det virket riktig.

Etter hvert forsto vi at det var en del kvalitetskrav til oss og dokumentasjonskrav som vi skulle forholde oss til. Ikke veldig godt kjent blant dem som arbeider ute blant pasientene i sykehuset, vil jeg påstå, men allikevel, kvalitetskrav som er stilt til sykehuset. Det finnes en forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten fra 2002 (Helsedirektoratet, 2004).

Denne virket ikke svært spesifikk, i hvert fall ikke ned til laveste enhets/avdelingsnivå – for meg. Det ble derfor enda tydeligere for meg hvorfor en del av disse kravene som ble pålagt oss var lite strukturerte.

2 Orden i eget hus – innblikk i kvalitet og kontroll

Orden i eget hus er blitt et varemerke for internkontroll i sosial – og helsetjenesten (Arntzen, 2007). Det er flere artikler, styringsdokumenter og rapporter med mer som har dette i tittelen eller ingressen sin. Denne delen av oppgaven kommer til å belyse sertifisering og akkreditering i helsesektoren. Det er mange ord og begreper som trenger en del forklaring og klargjøring. Det er mye litteratur som beskriver dette, ikke minst mye informasjon på nettet. Dette er et område som stadig er i endring, og et fagområde som det forskes og skrives mye om.

2.1 Regulering av kvalitet i helsetjenesten

Hvordan holde orden i eget hus, heter veilederen fra 2004 som er publisert av helsedirektoratet i 2004. Bakgrunnen for veilederen var at hele helsetjenesten ble pålagt å etablere et system for internkontroll i 1994. Det ble da bestemt at innen år 2000 skulle alle som drev helsetjenester eller satt seg som mål å drive helsetjeneste, ha etablert et internkontrollsystem / kvalitetssystem for hele virksomheten (helsedirektoratet, 2004). Denne veilederen var viktig for å konkretisere arbeidet som virksomhetene var pålagt. Den definerte blant annet virksomhetene som er underlagt forskriften noe som gjorde internkontrollforskriften litt mer forståelig. Et av kapitlene, kapittel tre, beskriver i detalj innholdet i internkontrollen. Dette kan også være et virkemiddel for å kontekstualisere forskriften inn i helse- og sosialtjenestene.

”Internkontrollens formål er å sikre etterlevelse av sosial- og helselovgivningen gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedring. Det finnes mange ulike modeller som illustrerer systematisk forbedringsarbeid. En av disse er «Demings sirkel» (Dr W. E. Deming). Denne modellen brukes som illustrasjon i teksten nedenfor og viser på en forenklet måte hvordan systematisk styring og forbedringsarbeid inngår i en sammenhengende prosess.”(Sitat, (Helsedirektoratet, 2004).



Figur 1, Demings sirkel (Helsedirektoratet, 2004)

Orden i eget hus skaper både tillit og forutsigbarhet mener Arntzen (2007), det skaper trygghet hos pasienter og ansatte.

Det at man har kontroll på drift og organisering ved å bruke et kvalitetssystem kan vitne om dedikert lederskap skriver Arntzen.

Det er likevel noen grunnleggende elementer som må være på plass for at virksomheten skal ha tilstrekkelig internkontroll. Dette framgår av forskriften § 4 bokstav a) til h), der det heter at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten

Figur 2. Ledelsesprinsipper fra internkontrollforskriften (2004)

Som nevnt over er det lovregulert at man skal ha internkontroll og at man skal ha kvalitetssystemer i helse- og sosialtjenestene.

Man kan da velge selv om man bruker internkontrollforskriften som mal eller standard, eller man kan velge et annet kvalitetssystem som finnes på ”markedet”. Senere i kapittelet vil jeg presenter noen av de vanligste kvalitetsmodellene som er brukt i helse- og sosialtjenestene i Norge.

Figur 2, viser hva myndighetene krever av de ansvarlige i virksomhetene som er underlagt forskriften fra 1994. Disse ledelsesprinsippene er minimumskrav. Dersom det er interne krav, ønsker eller policy i virksomhetene som ønsker å legge lista høyere enn myndighetskravene er det selvsagt ikke noe problem. Enkelte virksomheter velger å gjør dette for å imøtekomme krav eller forventninger hos pasienter og/eller

tjenestemottakerne med ønske og tanke om å tilby ypperste kvalitet (Arntzen, 2007).

2.2 Sertifisering og akkreditering

For å sikre at kvalitetsarbeidet skjer systematisk og regelmessig så finnes det kvalitetsstandarder som gir en sertifisering og akkreditering av virksomheten som gjennomgås. I Norge er dette med å bruke kvalitetsstandarder i helsetjenesten frivillig, da dette er systemer som i de fleste tilfeller setter høyere kvalitetskrav enn den allerede pålagte internkontrollforskriften. Australia, Canada, Italia, Frankrike og USA har innført helt eller delvise krav om sertifisering og akkreditering (Vist, 2009). De har hatt et mål om å etablere et system som skal sikre at resultatmål og prosess som virker, og har brukt sertifisering og

akkreditering som arbeidsverktøy til dette. Til tross for at det har vært gjort i årevis, er det ikke dokumentert noen effekt av tiltakene.

2.3 Kvalitetsbegrepet

Kvalitet kan defineres og beskrives veldig vidt. Det kommer selvsagt an på hvordan det kontekstualiseres. Her ønsker jeg å kontekstualisere det i et offentlig helsetjeneste-perspektiv. Det er beskrevet godt i boka *Public Management and Governance* av Bovaird og Løffler(2009). Bovaird, beskriver kvalitetsbegrepet med fem punkter.

1. Kvalitet som; ”conformance to specification”, det vi på norsk ville kalt kravspesifikasjon. Dette har opprinnelse fra teknologi-industrien og ingeniørskap.
2. Kvalitet som; ”*fitness for purpose*”, oversatt til måloppnåelse, her er et underpunkt som heter ”*meeting organizational objectives*” Et punkt som stammer fra organisasjonssystem-tenkningen.
3. ”*Meeting customer expectations*” stammer fra forbruker-psykologi. Det at man skal nå forventningene til forbrukerne, rett og slett brukertilfredshet.
4. ”*Passionate emotional involvement – quality*” – en sosial psykologisk tilnærming. Kvaliteten som ligger bak det man sier og skriver, følelser – rett og slett. Siste punkt som Bovaird nevner er
5. ”*align inputs, processes, outputs and outcomes*” et punkt som egentlig stammer fra strategisk ledelse.

Her ser man at det er mange definisjoner på kvalitet, dette konkluderer de med. Löffler & Bovaird (2009), skriver videre at det ikke er noen enighet rundt definisjonen og at organisasjonene vil etter all sannsynlighet ha vanskeligheter med å lykkes med kvalitetsstyring og/eller forbedring inntil man har bestemt hvilket av disse punktene en skal definere kvalitet utfra.

Når man har bestemt seg for hvilken definisjon man skal bruke på kvalitet, i egen organisasjon, kan man analysere kvaliteter – og bruke det som en rettesnor, eller styringsverktøy om man vil, til å endre eller forbedre eksempelvis tjenestene eller effektiviteten i organisasjonen.

Som tidligere nevnt har offentlig sektor hatt stor fokus på dette med kvalitet i en tid, kvalitetsstyring og måloppnåelse; hvorfor det? En av grunnene er det økonomiske argumentet. Det stilles stadig økende krav til at offentlige organisasjoner skal ledes likere tradisjonelt

drevne private selskaper. Dette kan være et resultat av innføring av new public management (NPM) i offentligheten. Offentlig sektor blir stadig presset for å opprettholde en effektiv økonomi og samtidig levere bedre og billigere tjenester. Et annet argument som er trukket opp er et etisk argument. Man skal sløse mindre og tenke miljø. Dette er en viktig faktor i leveranse av tjenester og tilbud. I våre tider lever noen av oss med begrensede midler, man ser frykten for at verdens naturressurser skal minke, eller tømmes.

Til sist nevner jeg ”samfunnsargumentet”. Dersom man ikke yter, eller tilstreber god kvalitet i offentlig sektor kan det virke bortkastet og demoraliserende overfor brukere, borgere og ikke minst tjenesteutøverne. Som en aktør i offentlig sektor er dette bare noen få argumenter for å tilstrebe god kvalitet på det man produserer.

Kvalitetsstyring er et viktig verktøy i NPM. Sertifisering av hele eller deler av en virksomhet kan etter hvert være et mål for bedriften / organisasjonen for å vise at man har etablert og at man opprettholder et godt kvalitetssikringssystem. På denne måten kan sertifisering være både et mål, men også et virkemiddel for organisasjonene.

Som et verktøy innen kvalitetsstyring er det utviklet standarder. Det finnes et utvalg av forskjellige standarder som er systemer for blant annet kvalitetssikring. ISO standard er nok kanskje den mest anerkjente og innarbeidede standarden, men det finnes mange andre standarder. Eksempel på andre standarder er GSM (signaler til mobiltelefoner m.m.), kredittkort (størrelse og plassering av chip og magnetstripe), det metriske system (en meter er en meter overalt). Det finnes standarder som de fleste har vært borti uten å tenke over at det er en standard som gjør at det er likt og at det er kompatibelt (Standard_Norge, 2013). CE merking av alt fra elektriske kjøkkenartikler og leketøy til medisinsk avansert utstyr er et merke som settes på produkter som oppfyller fastsatte krav til sikkerhet, miljø og sikkerhet, det er en standard som er fastsatt av EU. Den standarden (CE) sier ingenting om produktets kvalitet eller holdbarhet, kun om at de skal være sikkert å ha/bruke. Vi kommer tilbake til kvalitetsstandarder til bruk i helseinstitusjoner.

2.4 Akkreditering

Akkreditering er en benevnelse som ofte kommer ofte i sammenheng eller likestilt med sertifisering (Vist, 2009). Akkreditering betyr godkjenning. Det er en prosedyre hvor et eksternt tredjepartsorgan gir en formell godkjennelse til en annen organisasjon, eller en person, slik at denne kan utføre spesifiserte oppgaver, og / eller det kan gi en godkjennelse av krav til kompetanse og at utførelse av bestemte arbeidsprosesser er i henhold til en eller flere

gitte standarder. Det er en kvalitetsvurdering hvor et organ vurderer om en aktivitet, produksjon, ytelse eller institusjon lever opp til et sett med felles gitt standard. Når man akkrediteres gis det formell anerkjennelse av at organisasjoner, bedrifter eller personer er kompetente til å utføre de arbeidsoppgaver som er vurdert. Verdens eldste, og største, akkrediteringsfirma eller organisasjon innenfor helse er Joint Commission on Accreditation og Healthcare Organizations (JCAHO) (Arntzen, 2007). Denne organisasjonen akkrediterer ca 80 prosent av amerikanske sykehus. Denne amerikanske organisasjonen slo seg i 1998 sammen med liknende organisasjoner i Canada og Australia og opprettet JCIA (Joint Commission International Accreditation) som er blitt et brukt flere steder blant annet i Europa. Hovedstadens Sykehusfelleskab i København i Danmark er akkreditert etter denne ordningen.

Denne akkrediteringen inneholder ca 400 punkter, også kalt kravelementer, som skal sjekkes. De fleste elementene i ISO 9001 er tatt inn i disse kravene.

2.5 Akkreditering i norsk helsetjeneste

Akkreditering i Norge innen helseområdet er ikke fulletablert, man har noen lover, forskrifter og veiledninger som har noe av samme kravene som stilles av Joint Commission (Arntzen, 2007) Akkreditering av helseinstitusjoner er frivillig i Norge.

Innen helsetjenestene i Norge er hovedsakelig to ISO akkrediteringer som gjelder ene og alene for helsevirksomheter. Den ene er for medisinske laboratorier (ISO-15189) den andre er for sertifiseringsfirmaer som skal godkjennes for å kunne sertifisere helsetjenester etter ISO 9001:2000 (kvalitetsstyring) og ISO 14001:2004 Miljøstyring (Arntzen, 2007). Andre ISO akkrediteringsordninger som brukes i helsetjenestene, er standarder som er brukt i andre virksomheter også. Det finnes andre standarder som er beregnet for helsetjeneste, en av dem kommer til å bli nevnt senere i dette kapittelet.

2.6 ISO sertifisering

International Organization for Standardization (ISO), er en organisasjon som utvikler standarder innen flere fagfelt. ISO 9000 er en serie med såkalte kvalitets- standarder. ISO 9000 serien er verdenskjent og brukes i alle former for industri og produksjon, samt servise institusjoner med mer. Når det snakkes om ISO 9000, så er det ikke snakk om en standard, men heller en hel ”familie” med standarder, i dette casestudiet er det ISO 9001 som er standarden som det sertifiseres etter. (Iso.org, 2014)

ISO 9000 forklarer kvalitetskonseptet, samt inneholder grunnleggende definisjoner av kvalitetsbegrepene, for at man skal kunne tilpasse denne standarden som er ganske generell må man ha inngående kunnskap om organisasjonen eller bedriften som skal sertifiseres. ISO 9001 standarden stiller krav til hvordan en organisasjon, bedrift eller virksomhet bygger opp sine kvalitetssystemer for å forebygge feil og eller avvik. Dersom eksempelvis en avdeling skal sertifiseres er det denne standarden som de sertifiseres etter. Det er gjennom dette at en tredjepart kan kontrollere og bekrefte eller avkrefte at virksomheten følger de krav som settes i forhold til ISO sin kvalitetsstandard.

Standardene er internasjonale, og veldig mange land, Norge inkludert, er medlemsland i ISO. Norge er representert med organisasjonen Standard Norge (NS). Standard Norge er en privat og uavhengig medlemsorganisasjon som ble stiftet i 2003, men organisasjonen har røtter tilbake til 1923. ISO nettverket er stort og omfatter internasjonale standarder i 147 land (standard.no). Vist (2009), skriver at ISO ble grunnlagt i 1948, og hadde utgitt over 13700 standarder i 2009. Dagens tall er i overkant av 19000 standarder (Iso.org, 2014). I Norge er det nær 2000 bedrifter og virksomheter som er sertifisert etter ISO 9001:2000 *systemer for kvalitetsstyring*.

I en sertifiseringsprosess vil en tredjepart komme inn å gjøre sertifiseringen og etterpå utstede sertifiseringsbevis hvis virksomheten blir godkjent vel å merke. En slik sertifisering gjort av en utenforstående organisasjon, er en **tredjepartskontroll**. Organene som utsteder sertifikater etter ISO 9001 i Norge, vurderes svært grundig og må selv være akkreditert av Norsk Akkreditering, som er en offentlig etat, utpekt av nærings- og fiskeridepartementet (Akkreditert.no, 2014) Ved en slik sertifisering, brukes betegnelsen akkreditert sertifisering.

Når en bedrift eller virksomhet starter en sertifiseringsprosess etter ISO 9001 etableres det et såkalt "Audit-program". Man starter med en sertifisering, den initiale prosessen, der man har en meget grundig gjennomgang av blant annet system og dokumentasjon. Her skal sertifiseringsorganet ha tilgang til all systemdokumentasjon, de skal overvåke prosessen i virksomheten og i mange tilfeller intervjuer de ansatte, både ledere og øvrig personell. Dette programmet varer i tre år, etter den første sertifiseringen kommer det to kortere tilsyn de påfølgende årene, det tredje året kommer sertifiseringsorganet og gjør en re-sertifisering (Arntzen, 2007) og utsteder nytt sertifiseringsbevis dersom virksomheten tilfredsstiller de krav som stilles.

2.7 Effekt av ISO sertifisering i sykehus

I 2006 gjorde kunnskapssenteret en systematisk kunnskapsoppsummering på oppdrag fra helse vest, som har fått tittelen ”*Effekt av ISO-sertifisering og akkreditering av sykehus*”. Her ble det stilt spørsmål om hva tilgjengelig vitenskapelig dokumentasjon om effekt av ISO sertifiseringer av sykehus. Resultatet av dette søket viste kun to studier som kunne inkluderes i rapporten. Det ene studiet omhandlet reduserte kostnader og fornøydhet hos samarbeidende kardiologer¹, den andre viste at akkreditering kunne ha betydning for sykepleiere – både med behandling og sikkerhet ved sykehuset. Det var med andre ord et litt tynt dokumentasjonsgrunnlag for å vurdere ISO-sertifisering av sykehus (Loland, 2006).

En annen systematisk kunnskapsoppsummering gjort av samme senter, kunnskapssenteret, på oppdrag fra helsedirektoratet i 2009, omhandler nesten tilsvarende søk. Her har de tatt ut ISO fra overskriften, og tittelen der er ”*Effekt av sertifisering og akkreditering av sykehus*”. Dette er en rapport som ble laget fordi det fremkom forslag om at norske helseinstitusjoner skulle akkrediteres. Det var bestilt som en oppdatering av rapporten fra 2006. Det ble funnet 522 aktuelle referanser, men ingen av dem oppfylte inklusjonskriteriene. Kunnskapssenteret sier i denne rapporten at de ikke fant noen studier som hadde vurdert effekten av sertifisering og akkreditering i sykehus. Konklusjonene deres er;

”Vi mangler dokumentasjon fra kontrollerte studier for å si noe om effekten av sertifisering av sykehus. Det er behov for gode, kontrollerte studier som vurderer effekten av sertifisering og akkreditering av sykehus” (Vist, 2009).

Det er allikevel både artikler og påstander som mener at akkreditering av sykehusavdelinger – eller helseinstitusjoner generelt er et tiltak som bidrar til å fremme kvalitet og sikker tjeneste.

“Accreditation results predict leadership behaviours and cultural characteristics of healthcare organisations but not organisational climate or consumer participation, and a positive trend between accreditation and clinical performance is noted.”

(Braithwaite et al., 2010).

¹ Kardiolog; lege som er spesialist i hjertemedisin

Helse- og omsorgsdepartementet sier i stortingsmelding 10 (2012-2013);

”Sertifisering av virksomhetenes kvalitetsstyringssystem etter ISO 9001 kan også være nyttig som virkemiddel for en mer systematisk tilnærming til kvalitetsstyringen”(omsorgsdepartementet, 2012).

Det fremstår også bred enighet om at sertifisering av sykehusenes laboratorier er bra for kvalitetskontroll. Samme med andre høyteknologiske deler av helse og omsorgstjenesten, da eksemplifisert gjennom intensivmedisinske avdelinger.

Man har med dette fortalt en sterk følelse av at sertifisering og akkreditering er viktige tiltak, men man har altså ikke vitenskaplig evidens for det.

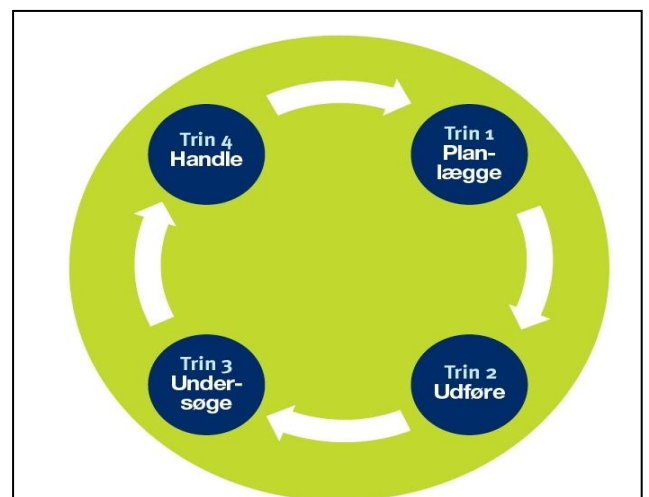
En effekt av ISO sertifisering som man derimot har evidens for, og det gjelder for så vidt alle sertifiseringsprosesser, er at de er svært ressurskrevende og kostbart, ikke minst å etablere, skriver helse- og omsorgsdepartementet i samme stortingsmelding som referert over.

Kunnskapssenterets rapport fra 2009 oppsummerer og de beskriver at det er meget ressurskrevende, det er helt klart et ønske at det bør være mer forskning på området.

”Sertifisering og akkreditering er tids- og ressurskrevende prosesser som stadig flere sykehus ønsker å innføre. Det har også blitt viktigere for sykehusledere og politikere å sette større fokus på dette, men det er til nå ikke utført gode studier som kan dokumentere at denne typen internkontroll bedrer kvaliteten i helsetjenesten. På bakgrunn av dette er det svært viktig at dersom flere innfører sertifisering og akkreditering blir det grundig evaluert.”(Vist, 2009)

2.8 Den Danske kvalitetsmodel

Grunnen til at jeg vil nevne denne, er at det er en kvalitetsmodell som seiler opp som en aktør som sertifiserer og akkrediterer sykehusavdelinger. Noen kaller den Danske kvalitetsmodel (DDKM) for arvtager, andre for konkurrenten til ISO 9001. Denne kvalitetsmodellen er svært interessant da den er anvendt som kvalitetsstandard i



Figur 3;Kvalitetscirkelen, (Den danske kvalitetsmodel: akkrediteringsstandarder for sygehuse, 2013)

sykehusavdelinger i Norge, og i mitt sykehus har psykiatrisk klinikk, med det menes den totale psykiatriske virksomheten i helseforetaket, gått for denne standarden og etter hvert blitt sertifisert.

Den Danske Kvalitetsmodel er utviklet av det danske sunhedsvesen som og den er et metodologisk akkrediteringssystem og omfatter akkrediteringsstandarder og en akkrediteringsprosess. Den er kvalitetssikret av ISQua som er den internasjonale evalueringorganisasjonen som har akkreditert 19 akkrediteringsorganisasjoner, deriblandt ISO og DDKM (*Den danske kvalitetsmodel: akkrediteringsstandarder for sygehuse*, 2013).

DDKM's kvalitetsutviklingstanke tar utgangspunkt i "*kvalitetscirkelen*", denne har fire trinn som starter med planlegging. Deretter kommer punktene utføre, undersøke og til sist handle. Dette er punkter svært like den etablerte Demnings sirkel som figurerer i punkt 2.1 i oppgaven. DDKM legger opp til et fast løp med ekstern gjennomgang og akkreditering hvert 3. år, i motsetning til andre standarder hvor det fastsettes gjennom avtale mellom akkrediteringsselskap og oppdragsgiveren. Man anbefaler at organisasjonen som skal sertifiseres gjennomgår en intern survey ca 6. måneder før den eksterne som en slags generalprøve. Det er IKAS, institutt for Kvalitet og Akkreditering i Sundhetsvæsenet, som gjennomfører akkrediteringen av organisasjonene etter DDKM standarden.

3 Teori – endring og organisasjon

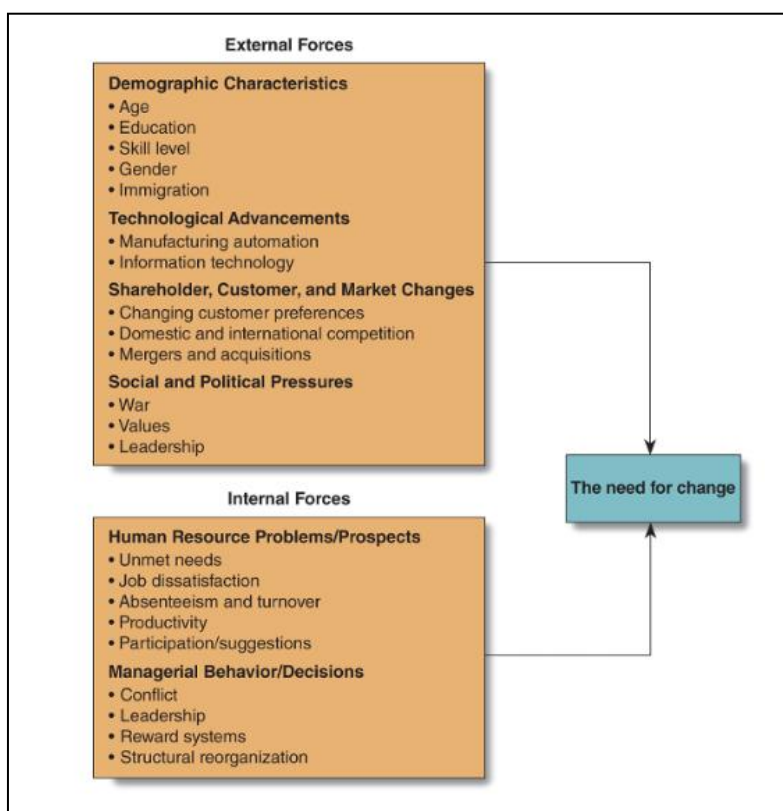
Denne oppgaven er kontekstualisert inn mot helsevesenet og sertifiseringsprosesser, det er derfor naturlig å dreie blikket mot det av litteratur som kan være aktuelt i offentlige virksomheter og ekspertorganisasjoner. Hovedinnholdet i dette casestudiet er implementering og gjennomføring av en endringsprosess på et sykehus, i en avdeling med mange personalgrupper og krav til stor faglig kompetanse. Det er derfor viktig å belyse teori om endring, motstand mot endring, interesse- og plan for endring. Kultur og faglig autonomi hos grupper og personer er også redegjort for i denne delen av oppgaven.

3.1 Hvorfor endring?

”endring er en empirisk observasjon av forskjeller i form, kvalitet eller tilstand over en tid i en organisasjon” (Jacobsen, 2004)

Det å ha en forståelse for hvorfor endringer skjer er viktig. Jacobsen (2004), skriver om grunner eller forklaringer til hvorfor endringer blir iverksatt i organisasjoner. **Endringer i markedet** er en grunn til at endringer blir satt i gang. Her er det etterspørsel av produkter som er en essensiell grunn til å implementere endringer. **Teknologiske endringer**; en annen. Det at vi i løpet av de siste generasjoner har sett en ekstrem utvikling teknologisk, fører til at organisasjoner må endre seg – eksempel brukt av Jacobsen er internett og digitalisering. **Politiske endringer**, endrede konkurranseforhold og endrede eierforhold er andre grunner til at organisasjoner endrer seg. Eksempel på sistnevnte er som jeg har skrevet om i et senere avsnitt i kapittel 3, når sykehusene ble overtatt av staten og helseforetaksreformen ble innført. Dette medførte store endringer i hospitalenes drift og organisasjon. Massemedier, kan være en grunn til endring, det at prosesser kommer i mediernes fokus, det at driften kommersialiseres kan være en grunn til endring. **Demografiske endringer**; at organisasjonenes opptaksområder og / eller rekrutteringsområder endrer seg. Det kan være på grunn av befolkningsvekst eller fraflytting, man ser en endring i den norske helsetjenesten på grunn av den såkalte **”eldrebølgen”** som kommer over Norge i ganske nær fremtid og man ser endringer i skolestrukturen på grunn av fraflytting – som eksempler. **Kulturelle endringer** har vi også sett mye, dersom man skal prøve å se ting i et historisk perspektiv. Men også moderne organisasjoner må endre seg på grunn av kulturelle forandringer. Eksempler på dette er mange, et på mikronivå fra egen organisasjon, er den kulturelle endringen som skjedde i ambulansetjenestene da det ble endret til et helsefag, fra tidligere å være et ”transport-yrke” som ble gjort av bilmekanikere da det var falken som drev tjenesten frem til siste halvdel av

90 tallet. Da ble det plutselig et kvinneyrke, og med det kom også endringene som måtte gjøres i forhold til det. Det å utøve ambulanseryrket som gravid, eller det å ha ammefri på vakt, var utfordringer som dukket opp da kulturen ble endret, på grunn av at yrket tidligere var et mannsdominert yrke til å bli et yrke med minst like mange kvinner som menn. I andre organisasjoner eller avdelinger dersom jeg skal kontekstualisere dette til sykehus, er endringer som foreslås eller implementeres av sterke fagpersoner og spesialister endringer som regnes som kulturelle endringer av Jacobsen (2004). Det å innføre systemer, metoder eller tiltak som gjør at ikke produksjonen, organisasjonen og i vårt tilfelle behandlingen, ikke blir gammeldags eller ineffektiv er en sentral grunn til endring i virksomheten. Alle disse



Figur 4; Grunner til at man starter en endringsprosess (Kreitner & Kinicki, 2007)

kan påvirke behovet eller ønsket om en endring.

Myteperspektivet kan også være en drivkraft for endring. Christensen, Lægreid, Roness, & Røvik (2009), beskriver at organisasjonsendring i mange sammenhenger er drevet frem av myter. Myteperspektivet er drevet frem av verdier i omgivelsene til organisasjonen, at man ser organisatoriske endringer utenfor egen virksomhet som man ønsker å adaptere inn i egen bedrift eller organisasjon. Offentlige organisasjoner befinner seg, eller er en del av institusjonelle omgivelser, og de har en oppskrift på hvordan de skal være utformet og skal fungere. Dette er ofte konstruerte normer, sosialt konstruert. Man kan ønske å endre

drivkreftene som nevnt ovenfor er og kan være begrunnelse for hvorfor man innfører endring i organisasjoner.

Kreitner & Kinicki (2007), beskriver "the forces of Change", hvor de setter spørsmålsteget på hvordan skal organisasjoner endres og hva skal organisasjonene se etter ved behov for endring.

Dette er oversatt til; krefter og behov for endring; en drivkraft. Det som menes med dette er mange faktorer som

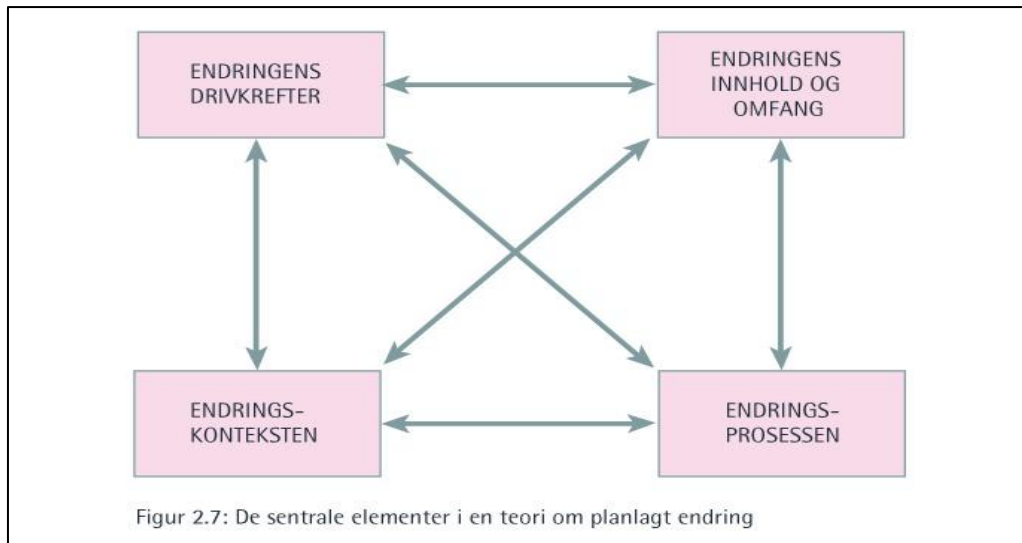
organisasjonen, ved å endre oppskrift på hvordan man er organisert, da ved å se til andre virksomheter som er organisert annerledes. Offentlige virksomheter har lang tradisjon for å adoptere organisatoriske oppskrifter. En oppskrift kan gjerne bli omformet slik at den ikke utgjør noen trussel for den eksisterende praksisen. Endring med begrunnelse i hvordan andre organisasjoner er strukturert og organisert – kalles endring etter myteperspektivet. Dette kan være den typiske forklaringen på at virksomheter starter sertifiseringsprosesser og velger å sertifisere seg etter eksempelvis ISO standarder.

En forklaring av drivkraft som Jacobsen ikke får godt nok frem, er dette med initiering av endringsprosesser – med moteperspektivet som begrunnelse. Motebegrepet er noe som Brunsson & Jacobsson (2000), tar opp da de skriver om standardisering. At enkelte organisasjoner går i gang med store endringsprosesser med begrunnelse i at det er moderne beskrives i flere artikler og oppgaver. Hellsaa (2013) skriver en masteroppgave på universitetet i Stavanger med tittel ”ISO 9001 – verktøy eller fasade?” – her stiller hun spørsmålet om innføring av standarder og organisatoriske endringer med det som grunn – gjøres utfra et moteperspektiv;

” Det er en klar tendens til at ulike standarder fremstår som moter eller trender i organisasjonslivet. Av og til kan troen på bestemte standarder bli så sterk at deres prinsipper kan fremstå som midlertidige normer.” (Hellsaa, 2013)

Selv om selve teksten her omhandler sertifisering som er skrevet om tidligere i oppgaven, passer det godt inn da sertifisering av organisasjoner som tidligere ikke har vært sertifiserte, er en endringsprosess, en stor endringsprosess.

En siste figur jeg skal ta opp vedrørende drivkrefter er en Jacobsen kaller; sentrale elementer i teorien om planlagt endring.



Figur 5; De sentrale elementer i en teori om planlagt endring; (Jacobsen, 2004)

Denne figuren forteller at kompleksiteten rundt planlagt endring er stor. Jacobsen (2004), skriver at dersom man skal kunne kalle noe en endring, må man kunne sammenlikne minst to forskjellige tilstander. Dette skal være stabile tilstander som man med data skal kunne påvise forskjeller mellom. Man må kunne fortelle konkret hva som endrer, skal endre seg eller har endret seg. Eksempler på hva som kan være endret er struktur, kultur, teknologi eller strategi. Man skal kunne måle disse tilstandene som er endret på minst to tidspunkter.

Jacobsen (2004), setter opp en oversikt over hva en god endringsagent må kunne svare på, ikke bare svare på, men kunne gi fornuftige svar på.

- Hvilke problemer eller utfordringer står organisasjonen overfor
- Hva slags endring
- Hvor omfattende endringer kreves for å møte problemene eller utfordringene
- Hvordan kan man gå frem for å løse problemene
- Hvordan legge opp prosessen
- Hvilke muligheter og begrensinger gir konteksten i valg av en endringsprosess
- Hva slags tidsrammer foregår endringen innenfor

3.2 Endring i ekspertorganisasjoner

Et tema som er viktig å få frem i denne oppgaven er kompleksiteten med å gjøre endringer i sykehus. Dette gjelder selvsagt også andre store komplekse offentlige organisasjoner, men dette prosjektet omhandler sykehus. Selve problemstillingen i denne oppgaven omhandler en endring. Uttrykket ekspertorganisasjon er hentet fra Torodd Strand (2007), men også Mintzberg (1979) og Askvik, Espedal, & Gammelsæter (2011), refererer til tilsvarende organisasjon, men definerer det som et profesjonsbyråkrati.

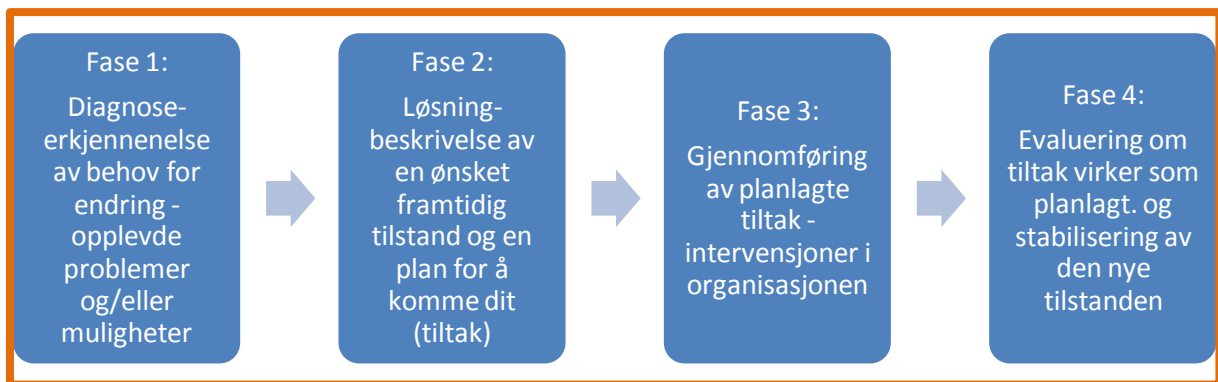
Endring kan også forklares med forandring, eller med flere ord; at noe går fra en tilstand til en annen (Guttu, 2005). For å planlegge endring eller forstå endring i organisasjoner som sykehus er det svært viktig å også vite en del om organisasjonens kultur. Man må også ha en plan og en tanke om hvorfor man skal eller vil gjennomgå en endring eller omstilling, eller en prosess som eksempelvis en sertifiseringsprosess er, altså et arbeid som vil påvirke mange og kreve tiltak av personell som ikke nødvendigvis er inneforstått med arbeidet, eller enige i avgjørelsene. Kreitner & Kinicki (2007), beskriver i sin bok en modell som kalles ”*Lewin`s Change modell*”. Denne modellen har fem punkter som en må ta inn over seg når man skal gjennomføre en endring (denne er oversatt fra engelsk).

1. Endringen innebærer at man skal lære noe nytt, såvell som å avlære eksisterende holdninger, oppførslar, eller organisasjonell praksis.
2. Endringen vil ikke oppstå dersom det er motivasjon for å endres. Dette er ofte den vanskeligste delen av endringsprosessen.
3. Mennesker er knutepunktet for all organisatorisk endring. Enhver endring, enten det gjelder strukturelle forhold, grupper, nye systemer eller arbeidsbeskrivelse, krever at individene endrer seg.
4. Motstand mot endring finnes overalt, selv når målet er sterkt ønsket
5. Effektiv endring krever at man setter fokus på opptreden, nye holdninger og organisasjonell praksis.

Disse punktene setter fokus på hva man må gjennom i en endringsprosess, det bekrefter at man bør vite hva man forventer der som man oppsøker eller iverksetter en endringer i en organisasjon. Dette er universelt og kan transformeres til andre kontekster enn sykehus og spesialisthelsetjeneste.

3.3 Planlagt endring

Jacobsen (2004), beskriver noe han kaller ”endringsmotorer”, dette er drivkreftene til at en endring skjer. Det er en mening i å forklare hvordan endringer skjer og blir gjennomført i organisasjoner. Her skisseres følgende modeller: *Planlagt endring*, *endring som livssykluser*, *endring som evolusjon*, *endring som dialektisk prosess og maktkamp* og *endring som tilfeldighet*. Da eksempelvis endringer som bruk i maktkamp gjerne kan være planlagt og utføres etter en plan, teleologisk (hensikt og mål med prosessen), men den modellen jeg kommer til å konsentrere meg om er planlagt endring.



Figur 6; Den planlagte endringens 4 faser; (Jacobsen, 2004)

Planlagt endring er den prosessen som ledere i organisasjoner helst ser da det er en prosess som skal kunne monitoreres og måles. Det er denne modellen som kommer til å være hovedteori i oppgaven.

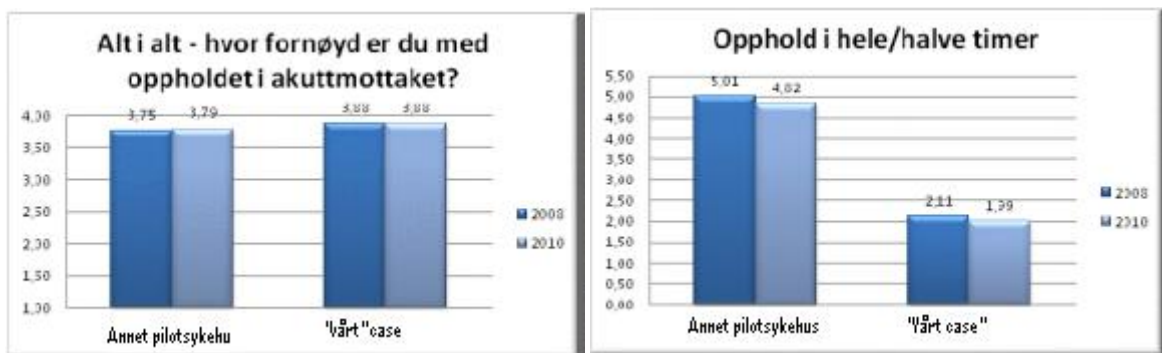
Figuren over beskriver hvordan en planlagt endring forløper seg.

Fase 1; Man starter en prosess med å ha et behov, man ser et problem i organisasjon, eller en mulighet til å utvikle organisasjonen. Dersom skal kontekstualisere dette inn i en sertifiseringsprosess - er det nok at man som leder eller virksomhetsledelse ser muligheter til å få frem sine utfordringer og for å synliggjøre sine forbedringspotensialer.

Fase 2; i denne prosessen går man over til å beskrive forslag til løsninger. Her må det skisseres opp flere løsninger. I denne fasen er analyseres behovene – for å synliggjøre hva problemet eller problemene virkelig er. Det er mange typer verktøy som kan brukes her, i egen bedrift brukes ofte ROS² – analyser eller SWAT³ analyse som verktøy i denne

² ROS-analyse står for risiko- og sårbarhetsanalyse. Ved å kartlegge sannsynlighet og konsekvenser av uønskede hendelser, som for eksempel strømbrudd, feilmedisinering, personellmangel, kan man prioritere risikoområder og planlegge tiltak for å forhindre dem eller redusere konsekvensen av dem dersom de skulle oppstå. ROS-analysen er i hovedsak en kvalitativ risikovurdering, bygget på faglig skjønn og erfaring. Det har vist seg å være et effektivt verktøy for å definere forbedringsområder (Kunnskapssenteret, 2007).

prosessen. Man skal i fase to planlegge gjennomføringen, med det innebærer det at man må ha bestemt hvilke tiltak som skal gjøres, noe man gjør tidlig i fase 2. Man må også planlegge ressurser og prosess så det er klart til neste fase. I denne fasen av endring vil det også være ønskelig, i mange tilfeller med målinger av kvalitetsindikatorer dersom det er mulig. Måling av situasjonen før endringen er viktig ifølge Strand (2007), som skriver mye om endring og mål. For igjen å linke teorien opp mot caset vi studerer og pilotprosjektet med sertifisering av akuttmottaket, ble det gjort målinger før man startet prosessen og etter prosessen var avsluttet. Som jeg skriver om i kapittel 2 og i kapittel 3 er dette med effekt av standardisering og akkreditering komplisert og vanskelig målbart. Eksempel på måling som er gjort i forbindelse med den prosessen vi ser inn i er gjengitt i sektorkomiteens sluttrapport (Blix, 2010).



Figur 7; Eksempel på måling før og etter en endringsprosess (Blix, 2010)

I disse figurene er det også resultater, etter prosessen, det er også et målepunkt som bør defineres i fase 2 i denne prosessen. Det å sette av ressurser til arbeidet bør gjøres i fase 2 i den grad det er mulig (Jacobsen, 2004).

Fase 3; Gjennomføringen av endringen.

Fase 4; er evaluering, skissert i oppsettet til Jacobsen(2004).

I fase 4 er det som i fase 2 naturlig med et målingstidspunkt på de indikatorer som er målbare, slik at man kan vite og / eller dokumentere om endringen har ført til forandring i virksomheten. Denne faseinndelingen er ikke ulik Demings sirkel som er presentert i første del av oppgaven.

³ SWOT-analyse er et effektivt verktøy for å få en rask oversikt over indre og ytre styrker og svakheter i avdelingen /organisasjonen. De fire bokstavene «SWOT» representerer forbokstaven i de engelske ordene Strengths (styrker), Weaknesses (svakheter), Opportunities (muligheter) og Threats (trusler). SWOT-analyse gir et godt utgangspunkt for å ta beslutninger, og kan være et nyttig verktøy for å identifisere områder for forbedring (Kunnskapssenteret, 2007).

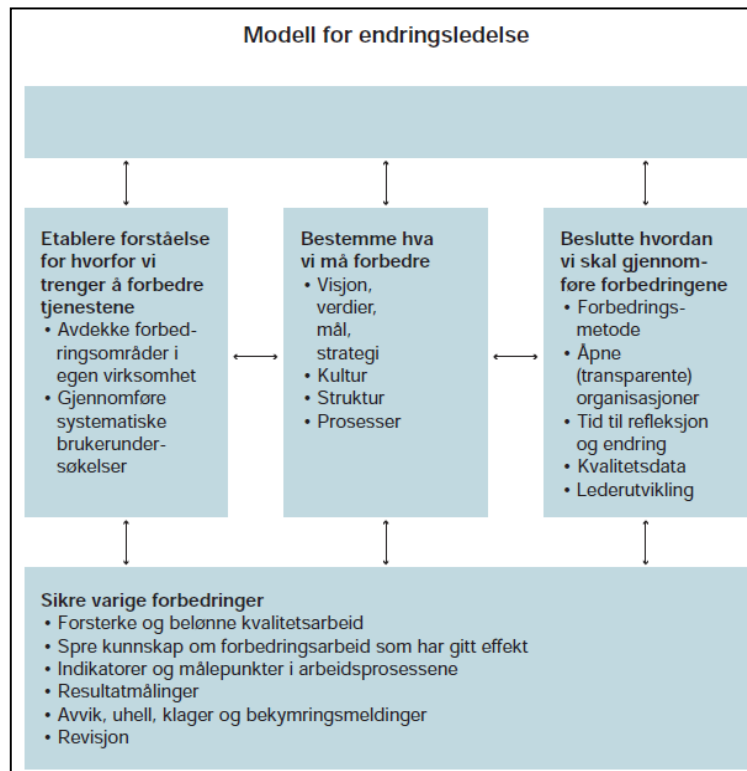
Jacobsen trekker også frem en del faktorer som beskriver sentrale elementer i endringsprosesser. I kapittel 6 er en figur med disse elementene tegnet inn. Det Jacobsen (2004), sier er at dersom man skal kalle noe en endring, og det skal være endring som skal sorteres under planlagte endringer, må man kunne konkret si hva det er som har forandret seg, ikke bare vise til resultatet. Det kan være endringer i strategi, struktur, kultur, teknologi, oppførsel med mer. Man må kunne påvise endringen empirisk. Det er med dette svært viktig med måling både før og etter en endring. En revolusjon er en endring. En drastisk eller omfattende endring, men for at noe skal kunne kalles en revolusjon, her skal det være svært forskjellig når man sammenlikner tilstanden på to tidspunkt.

STEP	DESCRIPTION
1. Establish a sense of urgency	Unfreeze the organization by creating a compelling reason for why change is needed.
2. Create the guiding coalition	Create a cross-functional, cross-level group of people with enough power to lead the change.
3. Develop a vision and strategy	Create a vision and strategic plan to guide the change process.
4. Communicate the change vision	Create and implement a communication strategy that consistently communicates the new vision and strategic plan.
5. Empower broad-based action	Eliminate barriers to change, and use target elements of change to transform the organization. Encourage risk taking and creative problem solving.
6. Generate short-term wins	Plan for and create short-term "wins" or improvements. Recognize and reward people who contribute to the wins.
7. Consolidate gains and produce more change	The guiding coalition uses credibility from short-term wins to create more change. Additional people are brought into the change process as change cascades throughout the organization. Attempts are made to reinvigorate the change process.
8. Anchor new approaches in the culture	Reinforce the changes by highlighting connections between new behaviors and processes and organizational success. Develop methods to ensure leadership development and succession.

Figur 8; Sjekkliste for planlagt endring; (Kreitner & Kinicki, 2007)

Kreitner & Kinicki (2007), kommer med punkter som man bør ha en plan og formening om, før man iverksetter en planlagt endringsprosess. (Opprinnelig fra P. Kotter, Harvard business school). Denne er utformet som en slags ”sjekkliste” og legger lite til grunn for tolkning og analyse. Denne oppskriften er ikke beregnet for norske virksomheter, da den er hentet fra amerikansk litteratur, men man ser helt klare likhetstrekk med Dr. Demings sirkel.

Ved å dykke i arkivet av anbefalinger, litteratur og veiledninger er det tydelig at det finnes mange forslag om hvordan man skal gjennomføre en endringsprosess. Sosial- og helsedirektoratet gav i 2007 ut en veileder som er kalt; ”**og bedre skal det bli!**”. Denne veilederen er et dokument som skal være rettesnor for styring av hvordan man skal komme fra visjoner til handling i norske helse og sosialtjenester.



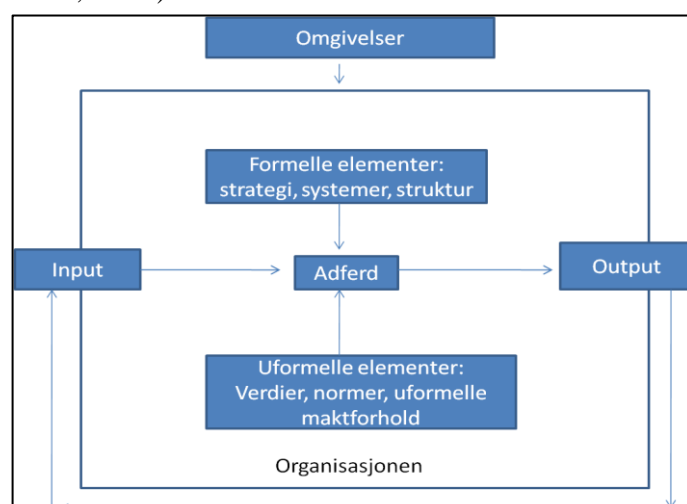
Figur 9; Modell for endringsledelse; (Helsedirektoratet, 2007)

Veilederen bruker mye plass på endringsledelse og beskriver en modell for endringsledelse, denne figuren er hentet fra det britiske helsevesenet, og er tenkt å kunne være en støtte for å forbedre ledelsen av endringsprosesser og kvalitetsfremmende tiltak i offentlig helse- og sosialsektor (Sosial_og_helsedirektoratet, 2007).

3.3.1 Sentrale elementer i organisasjoner

For at man skal kunne få et output fra en endring, som i denne sammenheng er sertifisering av et akuttmottaket, må det inngå endel momenter. For å få personell til å motta input, for så å endre holdninger som skal føre til en ny tilstand i organisasjonen. Jacobsen og Thorvik har lagd en modell som illustrerer dette (Jacobsen, 2004).

Dette er ikke egentlig en modell som skal beskrive endringsprosesser i en organisasjon, men en modell som beskriver sentrale elementer i en organisasjon.



Sertifisering kan være et element i organisasjonen som man kan sette inn i boksen ”*strategi, systemer og struktur*”

Til å starte med ser man for seg at den ytre firkantede blå linjen er organisasjonen, i vårt tilfelle akuttmottaket i, eventuelt sykehuset som det tilhører. For å starte internt i organisasjonen, er det en del elementer om må til følge Jacobsen for å endre adferd, som igjen skal endre tilstand.

Uformelle elementer, verdier, normer og uformelle maktforhold må være med på endringen for å påvirke resultatet. Spesielt var det de gruppene som har en sterk autonomi, i sykehusene kan det oversettes til legegruppene. Det er en kjensgjerning at legegruppene er viktige grupper å få med på laget når en skal gjennomføre en endringsprosess i sykehusene, da dette er en gruppe med stor påvirkningsmulighet internt i sykehuset. Denne gruppen har hva som kan kaller en uformell makt-posisjon. For å få tilgang til disse gruppene, er det en forutsetning at de som styrer prosessen kjenner godt til kulturen i organisasjonen.

Kulturperspektivet er tidligere beskrevet, man må absolutt ha kompetanse og kjennskap til hvordan kulturen er der man skal foreta endringer, og med implementering av nye tiltak i bedriften. Normativ er et begrep som brukes om teorier og teknikker som retter seg mot normer. Det innebærer kulturelle og psykologiske variabler (Strand, 2007), teoriene har oftest et optimistisk menneskesyn samt et humanistisk utgangspunkt. Normative strukturer innad i organisasjonen må tas hensyn til å kjennes for å forstå, og derfra kunne endre eller påvirke en organisasjon.

Et annet tiltak som Jacobsen (2004) beskriver i figuren, som også er et anliggende internt i organisasjonen er de *formelle elementer*. Strategi, systemer og struktur er elementer som må påvirkes internt i en organisasjon dersom man vil endre adferd, for å endre tilstand. Det strukturelle perspektivet i en organisasjon er selvsagt viktig å kjenne slik at man kan komme seg rundt i systemet og ikke bli stoppet av formaliteter eller interne barrierer. Formelle elementer i prosesser som dette kan eksempelvis være ledelsesforankring. Dersom dette initiativet hadde kommet fra grasrota i organisasjonen, ville man etter alt og dømme ikke fått anledning til å gå i gang med denne prosessen før den var vedtatt i ledelseslinjene. Denne henvendelsen kom ifølge respondentene i fra toppledelsen i organisasjonen, det var en såkalt ”top-down” prosess, som ledelsen initierte og som personell i lavere organisasjonsstruktur skulle utføre, så her var den formaliteten på plass.

Jacobsen beskriver at man må ha *input* både fra interne krefter i organisasjonen samt eksterne bidragsyttere for å endre adferd. Det er derfor dette feltet med input står markert både inne i- og utenfor organisasjonen. Ifølge figuren, skal en endret adferd i en virksomhet både være synlig og målbar internt og eksternt.

3.3.2 Fagstyre i organisasjonen

I boka ledelse, organisasjon og kultur, (Strand, 2007), beskrives fagstyretradisjonen. Denne tradisjonen ble tidlig aktualisert i denne oppgaven og i problemstillingen, denne ville være aktuell som en mulig forklaring. Man forventet ihvertfall funn i case-studiet vedrørende dette. At en slik tradisjon står sterkt i blant annet sykehusorganisasjoner er velkjent, dette bruker også forfatteren som et eksempel. Fagstyretradisjonen preges av at høyt utdannede eksperter får et mandat til å utøve sitt fag på best mulig måte. Eksempel på denne tradisjonen er at overleger blir tilsatt som ledere i toppstillinger i sykehusene, med tidvis noe mindre lederkompetanse enn tilsvarende personer i samme organisasjonsnivåer. Med høy medisinsk kompetanse blir endringer eller prosesser som i vårt eksempel ikke prioritert i fremste rekke, da det ikke har noen medisinsk- faglig anerkjennelse. Fagstyretradisjonen er i endring i helsevesenet, men fremdeles meget aktuell. Da det i 1999 kom nye lov som regulerte ledelse i spesialisthelsetjenesten, kombinert med helseforetaksreformen som ble innført i 2002, gikk sykehusene fra såkalt 2-linje ledelse, hvor sykepleie og medisinsk- faglig ledelse var to parallelle ledelseløp i sykehuset, endret til linjeledelse, hvor det ble overført mer ansvar til både økonomi, personal, budsjett og fag. Dette førte til større krav til ledernes kompetanse innen ledelsesfaget, og med det at personer med ledelse som primærfag fikk inntreden i sykehusene (Askvik et al., 2011). Det er på grunn av dette hamskiftet påstanden om at fagstyretradisjonen er på vei ut av sykehusene. Med det skrevet, er det et faktum at mange sykehusavdelinger fremdeles styres av fagpersoner som har tilegnet seg lederkompetanse eller har tilpasset seg den moderne ledelsesorganiseringen i spesialisthelsetjenesten. Denne endringen skriver Strand (2007) om, og ser samtidig tendenser til dette i hele den offentlige sektor. Mindre profesjons- og sektorinteresse, fører til mer overordnet ledelse. Lederen går over fra å være fagpersonene selv, til å bli fagpersonenes talsmann. Man ser at men med dette bryter fagmonopoler og nedtoner profesjonenes rolle. Askvik (2011), skriver om emnet med profesjonsledelse og har samlet data på hvilke profesjoner som er ledere i norske sykehus. Man hadde en tese om at ved avvikling av fagstyretradisjonen i norske sykehus og helseforetak, ville man se ”blårussens inntogsmarsj” i sykehusene. Kanskje noe overraskende viser det seg at andelen leger blant de øverste lederne i norske sykehus og helseforetak er

stabil og relativt høy. Av klinikkjefer, fagdirektører, direktører og divisjons direktører var 43 prosent av dem leger i 2003 og 41 prosent i 2009. Dette er som vi husker i tiden med en ny helsereform. Det er ca 22 prosent av topplederne som er sykepleiere, dette er ifølge Askvik (2011) stabilt gjennom samme periode. Man avkrefter med disse målingene at blårossen kom inn og overtok ledelsen i norske sykehus etter den organisatoriske endringen.

Trenden med innføring av systematisk ledelse, inkludert akkreditering er kommet mye lengre i eksempelvis Storbritannia enn i Norge. Om dette kan forklares med at det fremdeles er stor andel av personell med helsefaglig bakgrunn i ledelsene i helseforetakene, er spørsmål som ikke kommer til å bli belyst eller prøvd besvart i dette prosjektet.

3.4 Endringsstrategier

Man regner to hovedstrategier når det kommer til endring og endringsprosesser.

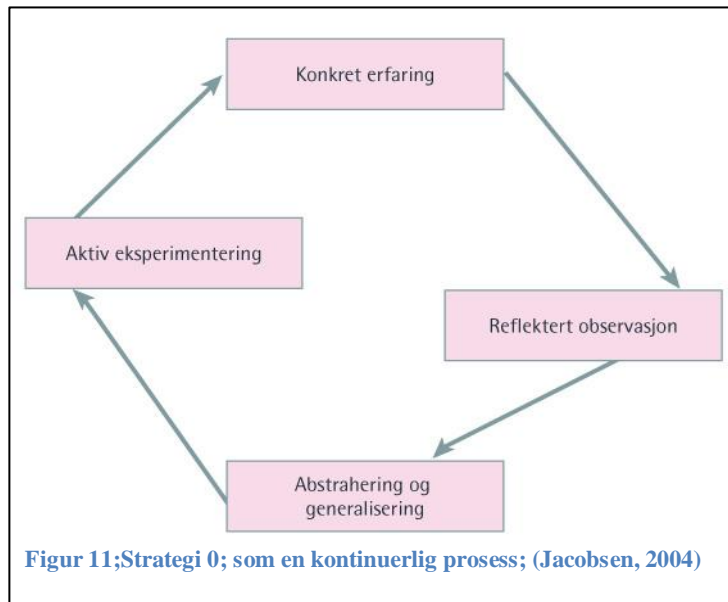
Endringsprosesser fortøner seg forskjellig, det være seg kontekst, hva som skal endres og ikke minst type og størrelse på organisasjonen eller virksomheten. Jacobsen (2004) nevner to hovedstrategier: Strategi O og strategi E. Strategi O står for **Organization** og strategi E står for **Economic**.

Med strategi O er tilnærmer man seg endring på en rasjonell måte. Man har forståelse av at man først analyserer problemene, setter seg mål og deretter iverksetter tiltakene som skal løse problemene. I denne strategien snakker man ofte om utvikling og ikke nødvendigvis endring og Jacobsen (2004) skriver at man i mange tilfeller kaller dette en deltakende metode for endring. Strategi O beskrives som følgende:

”Strategi O har som formål å utvikle organisasjonens menneskelige ressurser slik at de blir i stand til å iverksette strategi og å lære fra de erfaringer som man har fra endringstiltak. Strategiens fokus er utvikling av kultur for å skape stort engasjement. Virkemidlene som benyttes er en utstrakt grad av deltakelse, og man baserer seg i mye mindre grad på konsulenter og finansielle incentiver. Endring er noe som skjer sakte, og den er mindre planlagt og programmatisk.” (Jacobsen, 2004)

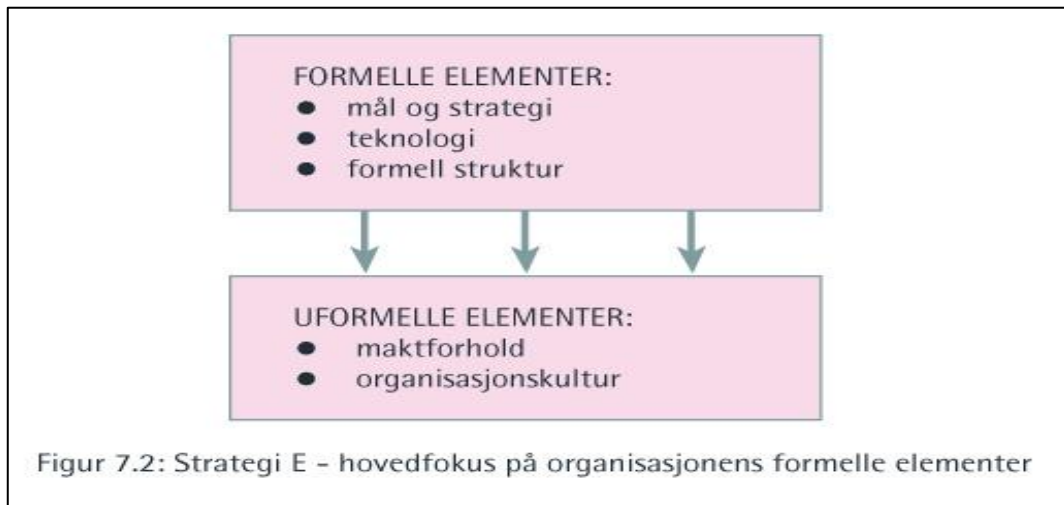
Man kan stille spørsmål til hvordan man kan skape motivasjon eller gjennomføringsstyrke til å gjennomføre en endring eller en utvikling etter strategi O. Et utgangspunkt kan være at det er misnøye med dagens situasjon. Her kan det være ledere, formelle eller uformelle, som kan ha en viktig rolle. Organisasjonen rundt og eller andre virksomheter man vil sammenlikne seg med eller sammenlikens med kan ha stor påvirkning. Et annet punkt, da denne strategien ikke

inneholder, tradisjonelt i hvert fall, mye finansielle incentiver, at man bør skape en type medeierskap til endringsprosessen. Et tredje punkt for å skape motivasjon til denne strategien for endringen er å vektlegge symbolske belønninger, disse veier tyngre enn materielle. Et eksempel på dette kan være *”å bli de beste, på dette feltet.....”*



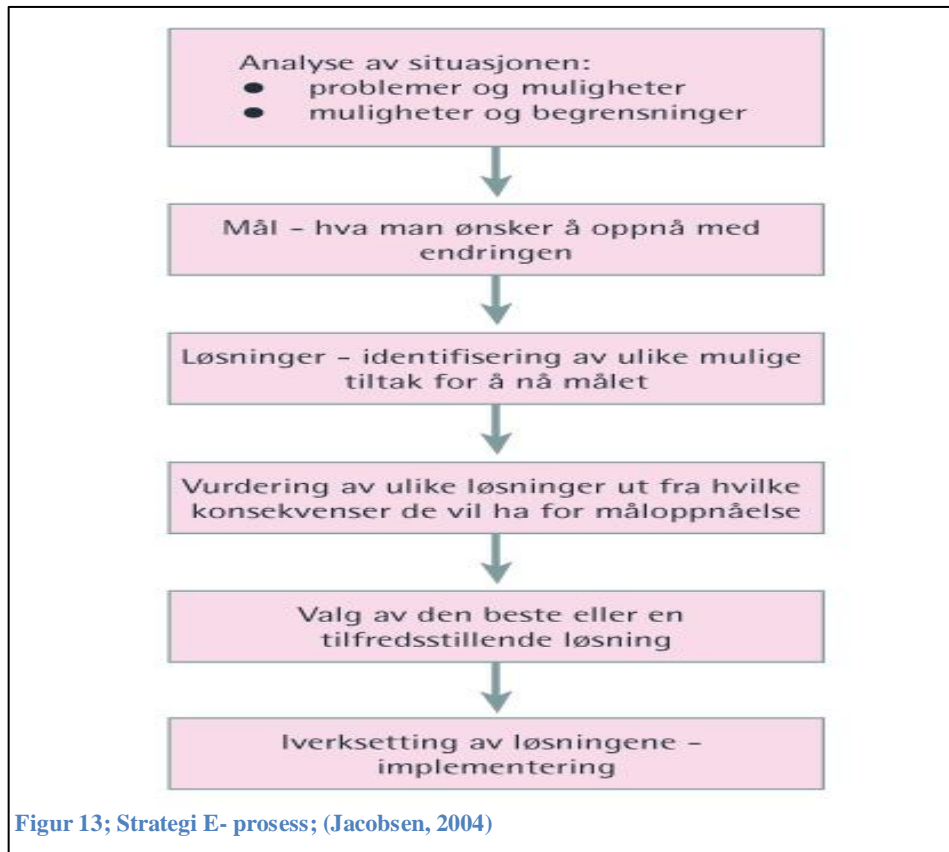
Strategi E, er også en rasjonell strategi, men denne strategien er som regel drevet frem fra toppledelsen. Ofte ligger det en liten idé bak denne strategien, og den kommer fra en liten gruppe mennesker. Denne gruppen har bestemt at det er et ønske eller et behov for endring. Gruppen, eller deres konsulenter, har utarbeidet en løsning, og tiltakene blir implementert i virksomheten. Denne strategien blir blant andre kalt *”kommandørmødel”* eller *”diktatorisk endringsmodell”*. Prosessen er i hovedsak linneær, med det menes at momentene/fasene er beskrevet i en fast sekvens – og at et tiltak eller moment må være på plass før det neste. Strategi E beskrives på følgende måte;

”Strategi E har som formål å skape økt økonomisk verdi, ofte uttrykt i form av avkasting til eierne. Strategiens fokus er på formelle strukturer og systemer. Den er drevet frem av toppledelsen med betydelig hjelp fra eksterne konsulenter og med bruk av finansielle incentiver. Endringer planlagt og programmatisk” (Jacobsen, 2004)



Figur 12; Strategi E; (Jacobsen, 2004)

Strategi E gir med andre ord økonomiske resultater større fokus enn andre forhold. For de involverte kan det i denne strategien være noe uklare mål for endringen, det kan komme nye teknologi som er ukjent og målene kan være tvetydige og konfliktfylte. Motivasjon for å gå i gang med endring etter denne prosessen er blant annet at men har et helhetsperspektiv på organisasjonen. Dette er det gjerne toppledelsen som har, i større grad enn de som jobber ute i virksomheten, eventuelt er utenfor organisasjonen. Denne endringen kan ha stor symbolsk betydning, og den som starter utførelsen av prosessen har myndighet til å forhandle med de involverte og eventuelt inngå kompromisser. Dersom ikke man kan inngå kompromisser, har toppledelsen makt til å tvinge gjennom prosessene. Et eksempel på dette, som er ganske dagsaktuelt er nedleggingsprosesser rundt lokalsykehus, der toppledelsen mener at man må legge ned noen virksomheter for å få en bedre tjeneste totalt, inkludert bedre økonomi.



Tabell 1; Hovedforskjeller mellom strategi E og O (Jacobsen, 2004)

	Strategi E	Strategi O
Mål	Økonomisk forbedring	Læringsevne
Ledelse	Instruerende og kommanderende	Delegerende og støttende
Innhold	Strategi, struktur og systemer	Mennesker, grupper og kultur
Planlegging	Sekvensiell og analytisk	Interaktiv, eksperimenterende og inkrementell
Motivasjon	Bruk av finansielle incentiver	Indre motivasjon, ønske om å endre
Konsulenter	Eksterne spesialister	Prosesskonsulenter

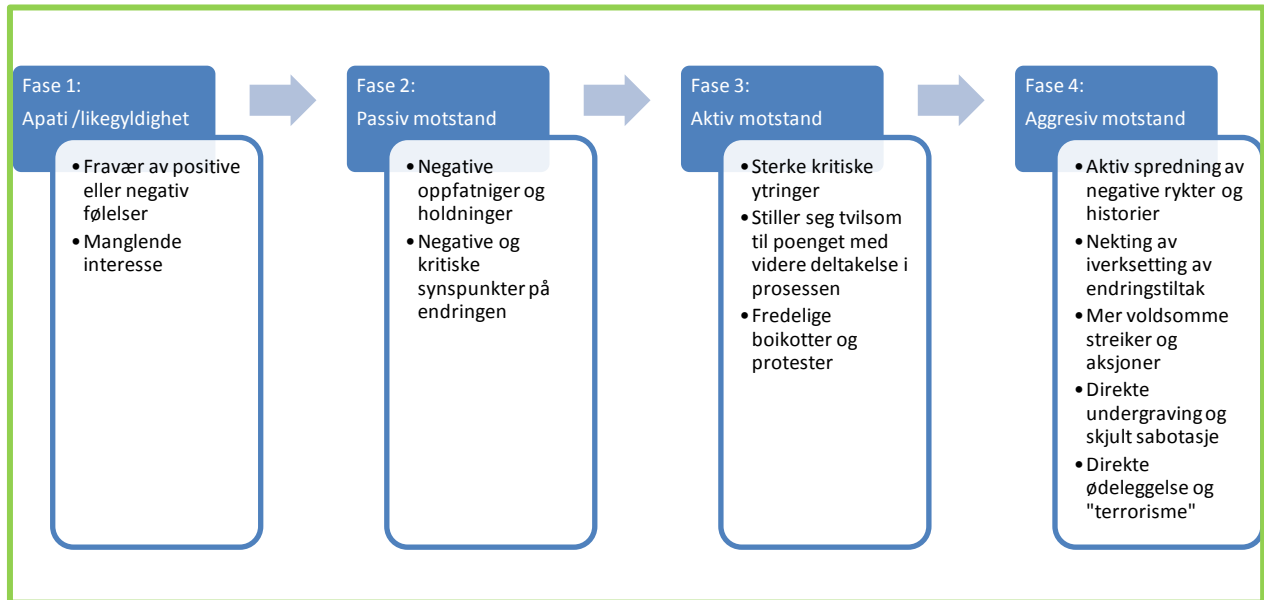
3.5 Motstand mot endring

Motstand mot endringer, prosesser eller nye rutiner er et kjent fenomen i organisasjoner. Dersom man skal ned på mikronivå i de enkelte foretak vil man se store forskjeller på hvor villige grupper eller avdelinger håndterer endring. Organisasjoner som er i dynamiske og stadig i utvikling, endrer seg lettere enn statiske grupper, det sier seg selv. Sammensetning av gruppene med tanke på alder, kjønn, erfaring og ikke minst utdanningsnivå har meget stor påvirkning på tilpassingskompetanse. Mye av dette grunner ut i et uttrykk jeg har nevnt tidligere i oppgaven – kultur i organisasjonen. Jacobsen (2004) skriver at dersom man ser på endring i organisasjoner eller avdelinger som en oversettelsesprosess, skal man vite at en endring også inneholder en politisk og en emosjonell komponent. Dette er faktorer som det er svært viktig å ta høyde for i endringsprosessen. I ekspertorganisasjoner er dette et stort tema, da det her er en sterkt kulturell forankring og gjerne også et ønske om makt til fagstyret, noe som går innunder det som kan beskrives som et politisk komponent. Dette ser man tydelig når man går inn å studerer implementering i helsevesenet. Eksempel kan være dersom ledelsen ønsker å innføre en sertifiseringsordning. Strand (2007) skriver også om denne motstanden som er kulturell betinget – han kaller det *”de usynlige grensene”*. Strand mener at sykehus er et tett institusjonelt miljø som, som er preget av normer som ligger fast i miljøet. Det er stor grad av teknisk kompetanse – samtidig som faggruppene arbeider for pasientens beste. Dersom en da kommer som leder med ønske om endring i virksomheten, eller ny- implementering, er det viktig som tidligere nevnt å kjenne kulturen i virksomheten, dersom man ikke tar høyde for kulturen som kan føre til en *politisk, emosjonell* eller *fagbegrunnet* motstand, er det stor sannsynlighet at prosessen vil kunne havarete.

Årsaker til motstand beskrives også av Dag Ingvar Jacobsen, han skriver om individuelle forhold som kan føre til motstand, faglig uenighet er et eksempel, faglig uenighet kan også være et skalkeskjul for andre skjulte motstander til endring. Hvorfor implementere noe nytt – når det gamle fungerer. Sosiale -, teknologiske -, og strukturelle forhold knyttet til omgivelsene, er noe av det som Jacobsen (2004) nevner som årsaker til motstand. Også den positive motstanden er et punkt som bør kommenteres. Dersom man ser på en prosess der man må jobbe aktivt i organisasjonen for å gjennomføre endringen, og møter en del motstand som er konstruktiv, kan dette absolutt gjøre prosessen bedre forankret dersom man klarer å gå i dialog med motstanderne. Får man til en kontinuerlig debatt, må arbeide og argumentere for sine planer og intensjoner, kan det føre til en sterk forankring og bedre oppslutning på sikt.

”kultur fungerer også som briller med skylapper, vi ser det viktige omkring oss selv, men utelukker informasjon som vi ikke oppfatter som riktig og viktig” (Strand, 2007)

Man kan dele motstand mot endring inn i faser, Jacobsen (2004) deler motstand inn i fire faser:



Figur 14; Motstandsfaser; (Jacobsen, 2004)

Motstand mot endring er et felt som har fanget manges oppmerksomhet, det har vært sentralt i litteraturen til Jacobsen, men også Arntzen (2007) skriver om ledelse og utfordringer.

Motstand mot endring ble presentert som en utfordring i dette casestudiet, dog forskjellige respondenter presenterte motstanden ulik, det kommer det mer om i hovedkapittelet om funn. Motstand mot endring kan som bokstaveligtalt havare endringsprosesser, både før, under og etter implementering. Det er svært viktig å sette fokus på gruppens adferd i en prosess. For å sitere Jacobsen (2004);

”for at en organisasjon skal endre seg er det ikke tilstrekkelig at en eller noen få har endret seg, men at flere har endret sine måter å tenke og handle på”.

4 Metode

I metodekapittelet vil jeg beskrive hvordan jeg har gått frem for å besvare problemstillingen. Jeg skal beskrive hvordan jeg har funnet data, gjort intervjuer og valgt kilder. Jeg kommer også til å gi min vurdering av gyldigheten til oppgaven, samt beskrive prosessen og konteksten rundt oppgaven og prosjektet. Organisasjonsoppbygningen til sykehusene, og akuttmottakets plassering i organisasjonen er også tatt med i dette kapittelet. Det avsluttes med noe jeg kaller et kritisk blikk på oppgaven, her blir en del gyldighetsutfordringer problematisert og drøftet.

4.1 Metodisk tilnærming

Dette er en casestudie hvor jeg undersøker en prosess ved hjelp av intervjuer av personell som var involvert i sertifiseringsarbeidet. Jeg har også studert en del dokumenter i forbindelse med prosjektet, men jeg ser på intervjuene som min hovedempiri. Oversikt over aktuelle dokumenter som er brukt som datagrunnlag er skissert i tabell 1.

Intervjuguiden er sendt til Norsk samfunnsfaglige datatjeneste (NSD) for godkjenning i desember 2011. Intervjuguiden er delt opp med noe forskjellige spørsmål til ledere/mellomledere og ansatte i avdelinger.

Yin (2009) beskriver noen prinsipper som man bør gjennomgå for å kunne kalle et studie et case-studie. Han beskriver følgende ”*three principles of data collection*”

Prinsipp nummer 1; bruk multiple kilder for å finne evidens. Jeg har, som tidligere skrevet brukt intervjuer som hovedempiri, jeg har også brukt noen dokumenter og rapporter som andre datakilder. Dette for å få så god oversikt over prosessen og forløpet som mulig. Jeg har ikke fått tilgang til dokumenter og referater fra selve prosessen internt i avdelingen og enheten som ville belyst prosessen underveis.

Yin (2009) viser til at de er en styrke for en casestudie å bruke flere forskjellige kilder, det gir muligheten til å få bedre evidens.

Triangulering av data fra flere kilder, har jeg gjort ved å sette ned noen spørsmål jeg tatt ut fra intervjuguiden, for å lage en oversikt over prosessen. Disse spørsmålene / temaene har jeg brukt for å hente ut data fra kildene. Temaene blir beskrevet senere i dette kapittelet. Ryen (2002), skriver at triangulering av data i en kvantitativ forskningsmetode tidligere ble avfeid

av mange forskere. I den senere tiden er det å kombinere kvantitative og kvalitative data, er i dag akseptert.

Oversikt over kildene:

Tabell 2; kildeoversikt

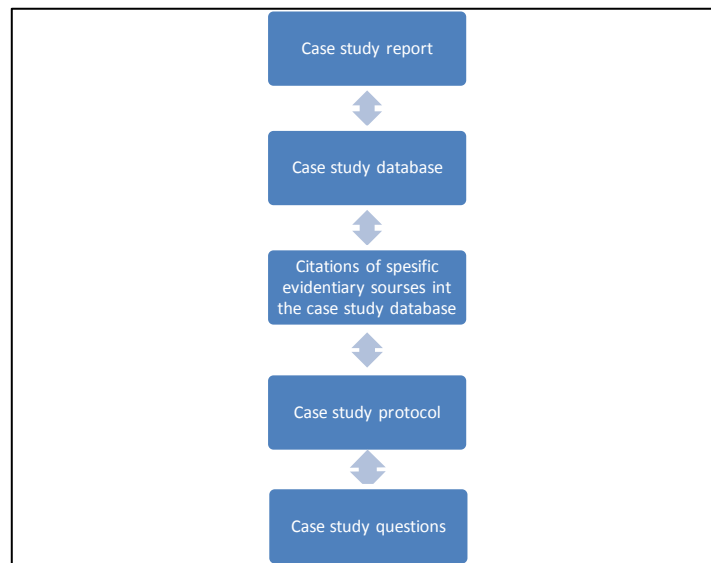
Kilde:	Type:	Utgitt:	Navn:
Statens Helsetilsyn	Rapport	2008	”Mens vi venter” – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene
Arntzen, E (HSØ) og Hauge, T (NA)	Prosjektbeskrivelse	2008	Akkreditering i akuttmottak; prosjektbeskrivelse
NA sektorkomité, P-14, akuttmottak	Rapport	2010	Rapport fra NA sektorkomité P-14, akuttmottak
Lokale respondenter	Intervjuer	2013	Intervjuer av personer involvert i prosessen i et av pilot-akuttmottakene (N=5)

I dette prosjektet velges intervjuene som hovedmetoden. Fordeler med triangulering er blant annet at studien blir mer fullstendig, den vil kunne øke tilliten til de data som er samlet inn og det kan føre til at den som utfører studien kan bidra til en bedre forståelse av studien ved å komme nærmere selve forskningssituasjonen (Ryen, 2002).

Prinsipp nummer 2; Lag en case-studie-database. For å organisere min empiri om prosessen har jeg samlet og organisert alt elektronisk, inkludert alle dokumenter som omhandler prosessen, alle intervjuene i transkribert form, og et eget bibliotek i EndNote er opprettet for å få oversikt og organisere annen litteratur. Ved å organisere det i denne formen har det etter hvert blitt lettere å ha oversikt over den aktuelle dokumenter og data som jeg har funnet nødvendig for å kunne drøfte prosessen og caset opp mot den teori jeg legger til grunn. Det digitale arkivet (databasen) er brukt som et internt hjelpemiddel i produksjon av rapporten / oppgaven. Dette vil kunne styrke oppgavens etterprøvbarhet.

”..the existence of an adequate database does not preclude the need to present sufficient evidence within the case study report itself. Every report should still contain enough data so that the reader of the report can draw independent conclusions about the case study” (Yin, 2009)

Jeg regner derfor databasen som intern, og presenterer de teorier og data som jeg mener er relevante for å belyse temaet og besvare den opprinnelige problemstillingen.



Figur 15: Prinsipper i en case-studie;(Yin, 2009)

Prinsipp nummer 3; Oppretthold en evidens-kjede. Det gjør jeg i denne oppgaven, eller casestudie rapporten som den kan kalles, ved å beskrive spørsmålene eller prosesskategoriene, som er utgangspunktet for å besvare på problemstillingen i neste avsnitt i kapittel 4.

Intervjuene, og prosessen rundt er beskrevet som et eget avsnitt i dette kapittelet, med navn *intervjuene*.

Sitater fra informantene i studiet er gjengitt i kapittel 5. Resultatet, det vil si hele oppgaven, er min case-studie-rapport.

Jeg bruker litteratur for å kunne forklare prinsipper, systemer og prosesser. Dette er viktig for å kunne underbygge og forklare mine funn og observasjoner. For å kunne gjøre en analyse har jeg sett at man trenger god forståelse om både sertifisering, endringsprosesser og endringsledelse. Dette kom jeg til at var et viktig moment da jeg startet å forske på denne prosessen.

Problemstillingen er:

”Hvorfor ble ikke den påbegynte prosessen mot ISO sertifiseringen av et av akuttmottakene fullført? ”

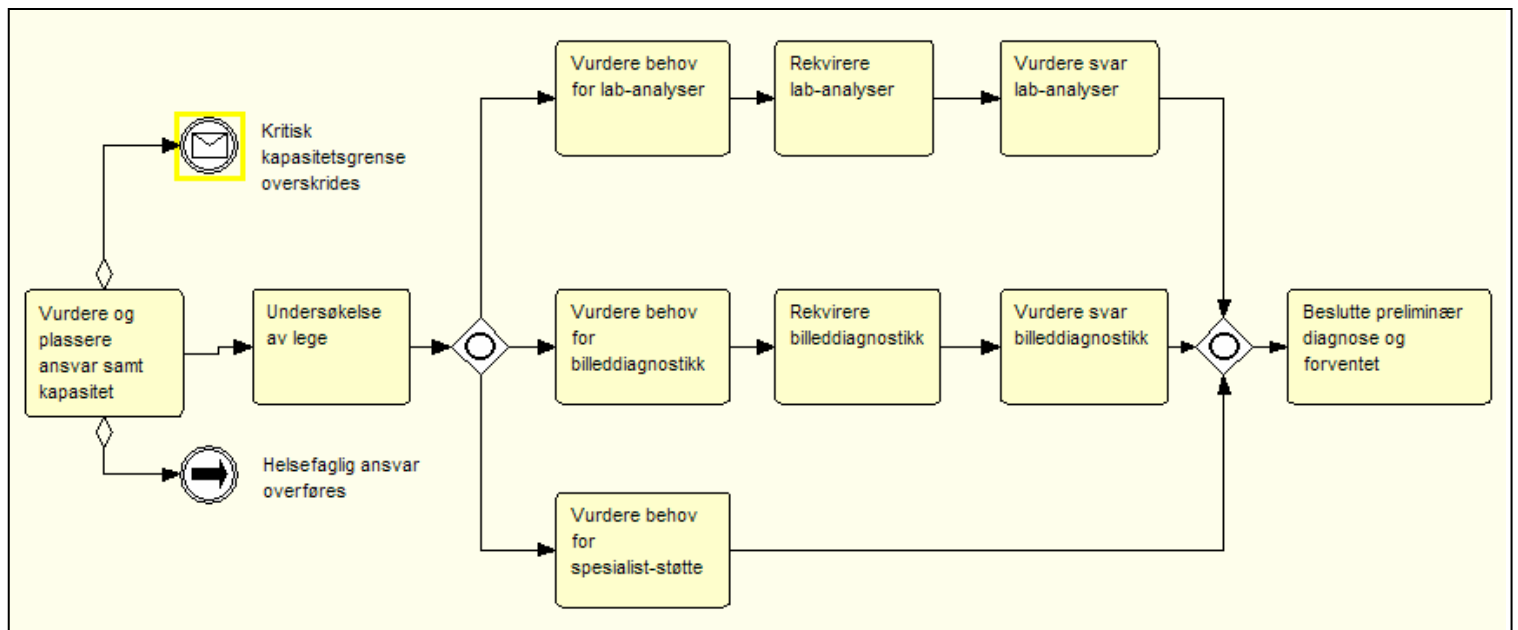
4.2 Organisatorisk kontekst

For å komme i gang med et case-studie, må man vite hva man skal undersøke, hvem man skal intervju og hvordan organisasjonen man skal sette seg inn i er organisert. Derfor tenker jeg det er fornuftig at man kjenner til hvordan HSØ er oppbygd, og hvor akuttmottakene er plassert i organisasjonskartet, og hva som er karakteristisk med akuttmottak i forhold til en del andre avdelinger i sykehus. Helse sør – øst er eier av alle offentlige sykehus ifra Tynset til Flekkefjord. Under HSØ er det igjen lokale helseforetak (HF). HSØ har et eget styre, og det er ca 150 personer ansatt i dette regionale helseforetaket (Helse_Sør-Øst, 2014). Det regionale foretaket har et styre som er sammensatt av valgte personer fra de største arbeidstaker-organisasjonene som er representert i foretakene, samt noen medlemmer, deriblant leder og nestleder er utnevnt av eier en til HSØ som er helse og omsorgsdepartementet (HOD).

Organisasjonen HSØ kan illustreres best med organisasjonskart. Over administrerende direktør sitter styret som beskrevet rett over. Administrerende direktør i HSØ har en stab, som blant annet har i ansvar å følge opp de helseforetak som er underlagt HSØ. Administrerende direktør sin ledergruppe består av 6 personer, i tillegg til styrelederne i de underlagte helseforetakene.

De lokale HFene er med andre ord eid av HSØ, det største av de fem regionale helseforetakene i Norge, HSØ eier 10 helseforetak. HFene er også organisert med et styre, og en administrerende direktør med sin ledergruppe som gjør den daglige driften og organiseringen av sykehuset. Sykehusets styre er i likhet med HSØ styret sammensatt av personer som er utnevnt av HOD og personer som er valgt av og blant de ansatte i foretaket. Under administrerende direktør er det en ledergruppe som igjen har sine organisasjoner under seg. Sykehusene har organisert seg etter en modell hvor man har klinikkjefer som har hver sin stab. Klinikksjefene har en organisasjon under seg med avdelingsledere, dette er dog litt forskjellig fra foretak til foretak, man ser at større foretak ofte har et ekstra organisasjonsnivå i forhold til de mindre.

Akuttmottakenes plassering i foretakene er noe ulike. Noen er seksjonert under medisinsk klinikk og andre under kirurgisk klinikk, enkelte har en egen akuttmedisinsk klinikk Det som er likt for alle akuttmottakene er at de er organisasjoner som er at de samarbeidende avdelinger. Det er personell fra mange forskjellige avdelinger og fagmiljøer innom akuttmottaket for å hjelpe til i mottaket av pasientene som kommer til sykehuset for å få øyeblikkelig hjelp.



Figur 16; Arbeidet i akuttmottak flytdiagram. (Akkreditering, 2010)

Norsk akkreditering har lagd skissen (over) som et eksempel på en delprosess for utredning og diagnostisering i et akuttmottak (Akkreditering, 2010). I motsetning til de fleste andre avdelinger på sykehusene, har akuttmottakene kun pleiepersonell ansatt direkte i avdelingene. Disse er oftest sykepleiere eller spesialsykepleiere, andre avdelinger har som oftest, leger, sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter tilknyttet egen avdeling. Da de færreste akuttmottak har egne akutt-leger, men legene hører til andre avdelinger på sykehuset, er det tydelig at et akuttmottak har mange faggrupper som arbeider sammen, på samme sted, men under ulike organisatoriske enheter i sykehuset. Eksempler på personell som her hele eller deler av sin virksomhet i akuttmottakene er leger, bioingeniører, renholdspersonell, ambulanspersonell, radiografer, teknisk personell, helseskretærer m.fl. De som stort sett er organisatorisk tilknyttet akuttmottakene er de sykepleierne som har fast arbeidssted der.

4.3 Litteratursøk

I oppstarten av prosjektet utarbeidet jeg et såkalt PICO skjema (vedlegg 3) i samarbeid med en av spesialbibliotekarene på medisinsk bibliotek på sykehuset i Kristiansand. Det man kom frem til ved bruk av de anerkjente søkebasene var ingen systematiske forskningsartikler med evidens vedrørende om det er noen gevinst på å sertifisere eller akkreditere sykehusavdelinger. Det nærmeste vi klarte å komme et funn var en tysk artikkel som omhandlet sertifisering av en gynekologisk avdeling. Til tross for at denne artikkelen beskrev en avdeling som også behandlet akutte tilstander, fant vi den ikke relevant for vårt søk. Dette

er i tråd med hva kunnskapssenteret har konkludert med da de har gjort systematiske søk etter om det finnes vitenskaplig evidens på effekt av sertifisering og akkreditering av sykehus og sykehusavdelinger (Loland, 2006) og (Vist, 2009).

Innhenting av data, utvelgelse av artikler og valg av litteratur har foregått gjennom studieperioden som har vært en prosess gjennom hele prosjektperioden. Noen artikler har jeg fått tildelt av min veileder, noe fra forelesere og en del har jeg funnet selv i løpet av en periode på noen år. Jeg har redegjort for litteratur og kilder i kildelisten. Der jeg har tatt ut informasjon fra forelesninger og undervisningsnotater, har jeg etter beste evne oppsøkt kildene.

4.4 Analysemetode

I boka; *Hvordan gjennomføre undersøkelser* (Jacobsen, 2005), beskrives også en metode som kan analysere og beskrive prosesser. Dette er underlagt det som kalles narrativ analyse hvor forfatteren beskriver at man kan ”*brekke opp*” tekst og legge det i sekvenser. Sekvensene kan gjerne være tidspunkt eller milepæler eller andre veiskiller, men når man skal beskrive en prosess vil det som regel være mulig å legge hendelsen inn i en tidslinje (Jacobsen, 2005). Sekvensene er døpt om til kategorier i dette oppsettet.

”..narrativ analyse betrakter data som en fortelling bestående av ulike fortellingselementer. Helheten forsøkes forstått ved at vi vurderer dataene som en sammenhengende historie” (Jacobsen, 2005)

Jeg anvender en tidslinje, men setter ikke datoer eller klokkeslett på den i min behandling av innsamlede data, tidslinjen er fiktiv. Ifølge Jacobsen har narrativ analyse sin bakgrunn fra analyse av film og romaner, men i de senere årene er denne metoden blitt anvendt i stort omfang av det han beskriver som adferdsvitenskapere skriver Jacobsen. Jeg brukte spørsmål fra intervjuguiden for å produsere denne tidslinjen, etter det satt jeg opp i 11 kategorier som jeg har brukt for å besvare problemstillingen min:

Tabell 3; intervjutema

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Initiering og hensikt2. Involverte og pådrivere3. Kjennskap til standarden og valg av standard4. Fremdrift5. Vendepunkt og overraskelser |
|---|

6. Motstand
7. Sertifiseringsorganets rolle og deres samarbeid
8. Avgjørelse om å avbryte prosessen
9. ISO sertifisering for akuttmottak og sykehusavdelinger
10. Tidsbruk
11. Anbefalinger

Ved å bruke denne metoden mener jeg at jeg fikk en så god kronologisk oversikt over prosessen som var mulig. Få å omdanne disse intervjuene til tekst lager jeg tema av dette resultatet i tekstformat. Temaene/kategoriene er ikke likestilt med spørsmålene, temaene jeg kommer til å referere til er utdrag og konsensen fra spørsmålene i intervjuguiden.

Disse kategoriene / temaene er som sagt tatt ut av intervjuguiden. Dette måtte gjøres da intervjuguiden inneholdt betydelig mange flere spørsmål enn det jeg egentlig hadde behov for i mitt prosjekt. Jeg bruker hovedsakelig del 2 i intervjuguiden (vedlegg 1) da jeg fokuserer på prosessen i denne oppgaven. Strategien for å beskrive denne prosessen ved hjelp av først å beskrive de aktuelle funn fra intervjuene. Det gjøres i kapittel 5, hvor prosessen presenteres både kronologisk og ved å sette prosessen inn i fase 1 til 4 i Jacobsens (2004) figur som beskriver planlagt endring. I kapittel 5 presenteres mange funn med sitater fra informantene. Deretter, i kapittel 6, knyttes disse funnene inn mot noen teoretiske perspektiver. Da figuren som beskriver den planlagte endringsprosessen også er sentral for å analysere prosessen, er den brukt i analysedelen. Dette mener jeg er viktige for å forstå, samt kunne analysere endringsprosessen. Dette er en av strategiene som Yin (2009) beskriver for å organisere casestudiet.

4.5 Intervjuene

Intervjuer krever at man forbereder seg godt. I denne forberedelsestiden, i dette tilfelle den tiden som ble brukt på å plukke ut informanter og avtale intervjuer med dem, lager man seg noen forventninger til hva man kommer til å få til svar av respondentene. Jeg hadde en intervjuguide som var klar på forhånd, som jeg skulle intervjuer etter, av den grunn tror jeg selv at intervjuene ikke ble særlig preget av mine forventninger. Jeg brukte jeg min veileders intervjuguide som han har utarbeidet til sitt prosjekt. Jeg brukte denne intervjuguiden for at han skal kunne bruke mine data i hans videre arbeid. Intervjuspørsmålene og tematikken som i hovedsak danner grunnlaget for dataene til denne oppgaven omhandler sertifisering i sykehusavdelinger. At intervjuguiden ikke var utviklet av intervjueren selv kan oppleves

problematisk. For å kunne gjøre kvalitative gode intervju, settes det ekstra store krav til intervjuer at den har satt seg meget godt inn i guiden før man gjennomfører samtalen med respondentene. I dette tilfellet hadde jeg som intervjuet vært gjennom guiden sammen med veileder i forkant, samt simulert et intervju med en person som var intetanende om prosessen for å sjekke om spørsmålene og temaene i guiden var innarbeidet godt nok. Med retrospekt ser jeg at man burde forhåndsintervjuet en person som visste hva prosessen dreide seg om for å få noe bedre forberedelse til intervjuene av respondentene.

Intervjuguiden viste seg å være god på de personene som var direkte involverte i prosessen. De personene som ikke var direkte involvert, men noe mer perifere i prosessen, var ikke intervjuguiden så god da den ganske detaljert. Intervjuene måtte tilpasses noe i forhold til den rollen som respondenten hadde vært involvert i prosjektet, de kan kalles semistrukturerte intervju.

Forventningene mine var basert på hvem jeg skulle intervju, hvilken stilling de hadde / har og hvilken rolle jeg i forkant hadde lest meg til de hadde og gjorde i prosessen.

Forventningene til hva respondentene kom til å svare, og hvordan de kom til å svare var også basert på teorien jeg hadde jobbet frem i forveien om profesjonsbasert ledelse (fagstyretradisjonen) og hva jeg visste tidligere om implementering av nye tiltak og endring av tilstander i spesialisthelsetjenesten. Motstand mot endring hadde jeg en stor forventning til at det kom til å bli mye fokus på i min empiri, der var ikke forventningene og funnene sammenfallende, det kommenteres tydeligere i kapittel 5 og 6.

Antallet respondenter eller informanter er ikke stort. Det er intervjuet 5 personer om prosessen og prosjektet. Intervjuene varte i fra 35 til 70 minutter, med andre ord var det rimelig stor variasjon om hvor mye respondentene hadde å si om hendelsen. Det har ikke vært noen oppfølging av respondentene og intervjuer i etterkant av intervjuene.

4.6 Utvalg av informanter

Når man skal utføre datainnsamling ved å intervju mennesker som har deltatt i en prosess er det viktig å velge ut respondenter som kan representere organisasjonen så godt som mulig. For å få tilgang til respondenter søkte vi i februar 2013 det aktuelle sykehuset om å få lov til å intervju personell som var involvert i prosessen vi ønsket å studere nærmere. Denne fikk vi svar på etter noen måneders saksgang, med tillatelse til å intervju og samle data blant ansatte i sykehuset.

I dette tilfellet var det viktig å få med respondenter som arbeidet i klinisk virksomhet i avdelingen når prosessen pågikk, samt ledere på forskjellige nivå i organisasjonen. For å få tilgang til hvem som var aktuelle kandidater tok vi kontakt med avdelingsledelsen som hjalp oss med å finne respondenter involvert i prosessen. Her hadde det vært noe turnover i avdelingen, så ikke alle aktuelle respondenter arbeidet i avdelingen lengre. Samtidig var utvalget at den ansatte som arbeidet ”på gulvet” i avdelingen tilfeldig. Eneste inklusjonskriterie var at de kjente til og husket prosessen, dette for å få så variert bilde av prosessen som mulig. Det er ikke gjort noen utvelgelse på grunn av kjønn eller alder, men tilfeldigvis er det fordelt med to mannlige respondenter og tre kvinnelige respondenter.

Det var ikke aktuelt i denne prosessen å gjennomføre annet enn individuelle intervjuer. (Jacobsen, 2005) setter opp en tabell over hva slags informasjon de ulike datainnsamlingsmetodene egner seg til å innhente. Ved å bruke individuelle intervju får man personlig synspunkter på fenomener og / eller forhold. I denne typen intervju stiller alle likt, med det menes at deres plass i organisasjonen ikke har noen betydning for hvordan dataene analyseres. Det mener jeg var riktig og viktig i denne konteksten.

Intervjuene ble foretatt på respondentenes arbeidsplass for å treffe dem i deres egne omgivelser. Metoden for intervjuet og undersøkelseeffekter beskrives også av Jacobsen (2005). Intervjueffekt innen individuelle intervjuer er en faktor som kan påvirke undersøkelsens pålitelighet. I disse tilfellene var intervjuer og informant de eneste tilstede i rommet, jeg gjorde lite notater men brukte båndopptager. Alle informantene samtykket til bruk av det og dette skapte en trygg og fin ramme rundt intervjuene. Konteksteffekt er også en faktor man skal til stilling til. I dette tilfellet var vi som tidligere skrevet på informantenes egne arbeidsplasser. Respondentene fikk ikke tilgang til intervjuguiden før intervjuene, de bli opplyst om temaet de skulle intervjues om, men de hadde ikke sett spørsmålene få forhånd, men de hadde fått tilgang til informasjonsbrevet på forhånd (vedlegg 4). De er heller ikke informert om hvem andre som er intervjuet, og de er anonymisert etter transkriberingsarbeidet.

4.7 Et kritisk blikk på oppgaven

Det som oppleves mest kritisk for datainnsamlingen er at intervjuene ar de involverte i prosessen kommer sent, det vil si at det er lenge siden prosessen ble gjennomført og det har vært mange andre prosesser etter den tid. Dette førte til at respondentene ikke hadde alle svar klare for seg under intervjuene. Dette er kommentert flere steder i oppgaven og respondentene

var meget klare på dette. For å få en så eksakt beskrivelse av prosessen som mulig burde man nok vært tilstede som observatør mens prosessen pågikk, det var ikke et tema denne gangen.

Det er naturlig å beskrive egen rolle opp mot casen og konteksten. Det er viktig å kommentere at jeg ikke hadde noen relasjon til prosjektet som undersøkes. Dog er jeg som beskrevet i kapittel 1 ansatt i samme fagområde eller virksomhet, men på en annen lokasjon. Dette kan ha en påvirkning av forventningene til empirien samt noen tanker og personlige sannheter som var med inn i prosjektet. I den grad det er mulig jobbet jeg for å stille med så blanke ark som mulig og stilte spørsmål systematisk etter intervjuguiden til tross for at jeg som intervjuer hadde en grunnforståelse av casen og konteksten i forkant. Dette viste seg å være veldig viktig og riktig da det dukket opp noen funn som var noe overraskende og oppklarende på temaer jeg mente jeg hadde kontroll på. "Lessen learned".

Det er selvsagt mange flere kilder til informasjon man skulle hatt tilgjengelig når man driver med arbeid som dette. At jeg ikke har fått tilgang på referatene fra prosessen som gikk er savnet. Disse er ikke publisert, de er heller ikke gjort tilgjengelige for dette prosjektet. Kilder til kunnskap om prosessen er viktig, og når man ser inn i en prosess som jeg gjør i dette tilfelle blir ønsket om flere kilder økt desto mer man leser.

Bruk multiple kilder for å finne evidens er et punkt som er beskrevet i et oppsett for en casestudie. Det finnes måter som er bedre og sikrere for å skaffe en bedre oversikt over tiltakene og prosessen enn det som er gjort i dette tilfellet. Man kunne snakket med flere respondenter, noe som ville gitt bedre oversikt. Jeg skulle observert under prosessen, eventuelt intervjuet noen som var observatører og ikke direkte involverte i arbeidet, men det lot seg dessverre ikke gjøre.

4.7.1 Gyldighet

Gyldighet er et begrep som er veldig sentralt i forskning. Det oversettes ofte med ordet validitet (Jacobsen, 2005), men også holdbarhet eller dokumenterbarhet er ord som settes i forbindelse med validitet. Casestudie - prosessen er beskrevet i punkt 4.1, og ved å bruke denne metoden styrkes gyldigheten av oppgaven mener jeg.

Gyldigheten i denne forskningen og datainnsamlingen er gyldig for prosessen som her skjedd i det aktuelle akuttmottaket i den perioden som prosessen har foregått. Det er noen usikkerhetsmomenter i enkelte detaljer i prosessen, hvor informantene har svart litt uklart

innenfor kategoriene. Disse funnene er utelatt fra kapittel 5 (funn), de er heller ikke trukket inn i kapittel 6 (analyse).

En utfordring som ble oppdaget under innsamlingen av data var at prosessen var blitt noe perifer for respondentene, da det var gått flere år fra prosessen ble avsluttet til intervjuene ble gjort. Min analyse er dog at funnene er valide da respondentene svarer relativt likt på de samme spørsmålene. Jeg har vurdert ulikhetene og ”uenighetene” i svarene utfra informantenes plassering i organisasjonen, deres bakgrunn og arbeidsoppgaver i forbindelse med prosessen. Det er naturlig at respondentene har ulik opplevelse av prosessen – det oppleves av meg som naturlig – og er beskrevet i kapittel 5 og 6. Jeg har brukt denne diskrepansen i analysen, som forskjellige forståelser og oppfatninger av enkelte prosesser og momenter i sertifiseringsprosjektet.

Holdbarheten er ikke vurdert av andre enn meg selv som er forfatter.

4.7.2 Pålitelighet

Når man skal vurdere oppgavens eller intervjuenes pålitelighet, gjør man det utfra de resultater man får fra en måling eller undersøkelse som gjøres under relativt like forhold. I dette tilfellet var intervjuene semistrukturerte. For å få historien frem best mulig, stilte man utfyllende spørsmål der det var naturlig. På denne måten ble intervjuene mer dialogbaserte. At man kan gjennomføre intervjuer på identisk metode oppleves vanskelig, og ikke hensiktsmessig i denne intervjuprosessen, selv om man tilstrebet å gjøre det så likt som var mulig.

Som beskrevet i avsnitt 4.5 var det viktig å få på plass en trygg ramme rundt intervjuene og det Jacobsen (2005) kaller konteksteffekt var viktig å tilstrebe i best mulig grad. Manglende pålitelighet kan oppstå dersom det er flere observatører eller flere personer som utfører intervjuene og det er ulikheter på hvordan intervjuene gjennomføres, i vårt tilfelle er ikke dette så aktuelt da det er kun en person som har gjennomført intervjuene.

Det kan også oppstå manglende pålitelighet dersom det er manglende stabilitet eller variasjon i måleverktøyet, i vårt tilfelle intervjuguide. Da vi i denne prosessen har brukt en og samme intervjuguide, vil det ikke være noen risiko i denne datainnsamlingen.

4.7.3 Etiske overveielser

Anonymiseringen av respondentene er gjort gjennomgående i hele arbeidet. Det er kun intervjuer og veileder som kjenner respondentenes identitet. Dog er dette ikke et stort område å forske på, ikke heller en veldig stor organisasjon, så derfor kan det være mulig at enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i uttalelser og sitater. Da dette etter all sannsynlighet kun vil gjelde de personer som er intervjuet, har jeg latt dette være på den måten det er. Det å anonymisere selve organisasjonen er gjort, men denne prosessen er såpass spesiell at det er meget vanskelig å gjøre den ugjenkjenkelig for dem som var involverte.

5 Funn

Jeg vil i denne delen av oppgavene skrive ut hva jeg kartla i prosessen. Dette er utskrevet tekst fra intervjuene. Intervjuene er anonymisert. Jeg har som skrevet i metodekapittelet konstruert en fiktiv tidslinje, for å få oversikten over hvordan prosessen ble gjennomført kronologisk. Denne metoden er beskrevet av Yin (2009). Ved å skrive ut funnene på denne metoden, tror jeg at jeg har klart å få innsikt i prosessen, sett fra flere vinklinger samt gjennom øynene til fagpersoner og ledere.

Intervjuene som jeg fremlegger i oppgaven min ble gjort på Sørlandet sensommeren og høsten 2013. Utdrag fra spørsmålene i intervjuene ble tatt for å lage sekvenser eller temaer som det er kalt i kapittel 4, dette skal igjen føre til en fiktiv tidslinje. Utdrag av innsamlede data er vedlagt oppgaven (vedlegg 2).

I tilfellet fra akuttmottakene i disse pilotene, var det Norske Veritas (DNV) som gjorde sertifiseringen, tredjepartskontrollen (Blix, 2010). Jeg setter inn prosessen i kapitler som er i tråd med Jacobsens faser om planlagt endring.

5.1 Fase 1; diagnose og erkjennelse av behov

Denne fasen er ikke fremtredende i intervjuene. Mine første spørsmål dreier seg om hvem som introduserte ideen om å sertifisere akuttmottaket. Her er temaet initiering og hensikt. Alle respondentene visste hvem som hadde sendt henvendelsen, i mer eller mindre grad. Der de veket litt fra hverandre var hvem de beskrev som oppdragsgiver, men konsensus var klar på at denne henvendelsen gikk i linja, det var lederne på avdelings- og enhetsnivå som bestemte seg for å gå i gang med arbeidet. Forespørselen virker til å være klar og de fleste respondenter husker også hvorfor de skulle bruke ISO som sertifiserings- system. At det var et pilotprosjekt som ble initiert med etter at dette akuttmottaket ikke hadde fått avvik fra helsetilsynet i det store tilsynet på alle landets akuttmottak i 2007. Det skulle piloteres i to akuttmottak ved ISO sertifisering, et med- og et uten avvik.

5.2 Fase 2; Løsningen

Kjennskap til ISO sertifisering og den type arbeid er et tema i intervjuene. For å finne løsningen, eller vite hva ønsket fremtidig tilstand skulle være, var det aktuelt å høre hva respondentene kjente til om sertifisering etter ISO standard, ikke minst om de visste hvem som initierte prosessen og hvem som hadde bestemt hva løsningen var. Her spurte jeg om respondentene kjente til ISO sertifisering fra før og i tilfelle om de hadde noen erfaring med

bruken av disse systemene. Her svarer respondentene noe variert. Fra å ikke ha noen forutsetning eller kjennskap til ISO arbeid fra før var det noen av respondentene som visste litt om det, og en respondent sier at han kjente meget godt til ISO sertifisering fra tidligere.

”Jeg kjente meget godt til ISO systemet og sertifisering. Piloten var styrt av HSØ”

Respondent nr 5

En av respondentene sier at det var kun fra sjøfartsindustri og oljevirkksomhet hun hadde hørt om sertifisering med ISO før de gikk i gang med arbeidet, og en annen respondent sier at de startet arbeidet fordi de fikk vite at prosessen skulle føre til økt pasientsikkerhet da alle akuttmottak skulle ha et felles grunnlag.

Respondent nummer 2 sier følgende:

”Sånn sertifiseringsarbeid på sånt høyt nivå hadde jeg ikke noen peiling på, i det hele tatt. Og jeg vil si det tok fryktelig lang tid før jeg greide å forstå konseptet sertifisering. Jeg må si at jeg følte meg relativt desorientert i det der relativt lenge.”

Dette forteller meg at når denne prosessen ble igangsatt var det egentlig ingen som arbeidet med det, eller som skulle fordele ressurser til arbeidet som visste hva arbeidet gikk i. Det var et prosjekt som kom utenfra – og som var ukjent for de som skulle sitte med arbeidet, dette kompliserte oppstarten betydelig. I tillegg til dette er det ikke sikkert ifølge noen av respondentene at man hadde sagt ja til oppdraget uten å ha mer på plass i forkant, tenker da på ressurser og forankring, dersom man hadde kjent kompleksiteten av arbeidet og prosessen. Her ser man at lederne i avdelingen er risikovillige til å ta på seg arbeidet, selv om de ikke har nok grunnlagsdokumentasjon.

”Jeg var jo kjent med ISO sertifisering og ISO standarder fra tidligere, så jeg hadde en viss peiling på hva det dreide seg om, og syntes det var spennende å ha kanskje ha ISO sertifisering i helse, altså i drift, kunne være interessant å se på.”:

respondent 1

5.3 Fase 3; Gjennomføringen av tiltakene

Gjennomføringen av tiltakene og selve prosessen er det som tar mest tid in intervjuene. Jeg startet tidlig med å finne ut hvem som var de lokalt engasjerte, her også for å få oversikt. Temaene i disse gjennomføringstiltakene er involverte personer, fremdrift, vendepunkter, overraskelser, motstand og til sist avgjørelsen om å avbryte prosessen.

I et tema prater vi om hvem som var involvert i prosessen og hvem som var pådrivere. Her syntes også respondentene å være enige, konsensus går i at det var enhetsleder og fagutviklingspsykeleier i akuttmottaket sammen med avdelingslederen for anestesivdelingen, som akuttmottaket er en enhet under, som gjorde det aller meste av jobben. En av respondentene sier at de fikk en del støtte fra HSØ, i intervjuet beskriver respondenten dette som prosjektlederen for piloten.

Når jeg spurte respondentene om hvordan de gikk i gang med arbeidet, var konsensusen ganske lik blant de som kjente prosessen godt. De respondentene som ikke var direkte involvert hadde følgelig ikke detaljkunnskap om hvordan oppstarten var, men det at man samlet avdelingene som er involvert i driften i avdelingen for å lage en skriftlig avtale vedrørende opplæring og utførelse i avdelingen. Dette er det flere som oppfattet dette som en veldig meningsfull jobb. Her fikk man kontakt med avdelingene, og samtidig informert samarbeidsavdelingene om prosessen, man fikk også god respons på dette.

En annen av informantene i undersøkelsen var selv ganske nyansatt i perioden, denne respondenten bekreftet utsagnet til respondent nummer 1.

”En av de oppgavene som var veldig tydelig og klare, og veldig fornuftige, eller virket fornuftig, det var å få på plass disse samarbeidsavtalene. Og det var veldig gøy, vi var jo nødt til å da både opplyse og forplikte de kliniske avdelingene altså legelinjene når det gjaldt å stille opp med riktig kompetanse.

Så vi fikk avtaler om hvordan turnusleger skulle opplæres både ifra akuttmottakets side” Respondent nr. 2

Tema nr 5. intervjuene; *var det noen viktige vendepunkt, og var det noen overraskelser?*

”Overraskelse; det å lese den sertifiseringsstandard. Den var helt ugjennomtrengelig. Og veiledningen var jo laget av de samme folkene som dreiv sertifiseringsarbeidet. Så det var tungt og forstå hva som stod der”.

”Altså begynnelsen på prosessen var definitivt en frustrerende overraskelse, det var mye semantikk og kanskje noe mangelfullt pedagogisk talent.” Respondent nr 2.

En av respondentene presenterte noen overraskelser i det å lese standarden som ble levert til dem fra HSØ. Dette var en generell standard som ikke var tilpasset akuttmottakene, det var en overraskelse for de som skulle gjøre jobben lokalt. De hadde forventet en bedre opplæring i

sertifiseringsarbeidet, noe de mente var mangelfullt og da de etter hvert ble sendt på et kurs i dette, avholdt av DNV, var det såpass store språklige forskjeller der at de som skulle gjøre arbeidet kom tilbake fra kurset uten noen særlig informasjon. En av respondentene sier at de var advart mot arbeidsmengden, så den kom ikke som en overraskelse, men kompleksiteten over sertifiseringen var større enn det de hadde forestilt seg. Flere respondenter tar opp dette med stammespråket til veilederne. Ikke bare stammespråket men kommunikasjonen med både prosjektgruppen fra HSØ og ikke minst sertifiseringsorganet var utfordrende og vanskelig, dette førte til at prosessen ble vanskeligere da man måtte arbeide hardt innad i organisasjonen med de prosesser og gruppene som var der, samtidig som man ikke fikk den veiledningen eller svar på de spørsmålene som man stilte.

Noen av respondentene kaller det første sertifiserings-forsøket for en overraskelse, andre kaller det for et vendepunkt. Da DNV kom for første gjennomgang til akuttmottaket, fikk avdelingen 32 eller 33 avvik i forhold til ISO 9001 sertifiseringen. Dette var meget overraskende på de som arbeidet med prosessen lokalt, da de tidligere hadde hatt tilsyn fra helsetilsynet og ikke fått noen avvik. Dette var ifølge respondentene en overraskelse. Etter dette tilsynet fikk den lokale arbeidsgruppen kontakt med en person på sykehuset som hadde god kjennskap til denne typen arbeid (sertifiseringsarbeid) fra annen virksomhet. Når de fikk denne kunnskapen, dvs. økt kunnskap om prosessen de stod midt inne i, er respondentene samstemte om at det var et vendepunkt i prosessen. Respondentene beskriver at det nærmest ble en polemikk mellom helsetilsynet og DNV i den første gjennomgangen av avvikene som DNV presenterte.

”Vi forstod ikke ”ISO-språket” og de eksterne forstod ikke vårt ”stammespråk”

Respondent nr 1

På spørsmål om motstand til prosessen var det litt avvikende svar fra respondentene i intervjuene. En av respondentene uttalte at det ikke var noen motstand til prosessen med sertifisering av akuttmottaket. Denne respondenten sier at ledelseslinjene hadde fått dette ut til personalet og at legegruppene hvor man kunne forvente mest motstand hadde en forståelse av at dette var til deres eget beste og var en del av en forbedring av deres egen virksomhet også.

”det var jo legene som var mest motstandere av det. Serviseavdelingene hadde full forståelse, de vet jo hva sertifisering betyr og akkreditering. Jeg tror det var motstand fordi man ikke skjønnte hva dette her var for noe. Jeg tror det var en opplevelse av byråkrati.” Respondent nr 1

Det som er konsensus fra flere av respondentene er at det ble opplevd som ”noe byråkratiske greier” som men egentlig ikke var interessert i på kliniker-nivå. At en slik prosess generer mye papirer og administrative arbeidstimer er selvforklarende, dette er noe som klinikerer som arbeider i drift av avdelingen ser det store poenget av, i mange tilfeller. Dog var ikke motstanden verken aggressiv eller ignorerende. Det viser seg at både legene og sykepleierne var interessert i at prosessen skulle gå riktig for seg, de var fornøyde med en del endringer og misfornøyde med andre. Støtteavdelingene til akuttmottaket tok disse endringene, prosessen i det heletatt, på strak arm kan det virke til. Dette har nok sin forklaring i at disse høyteknologiske avdelingene er kjent med sertifiseringsprosesser fra tidligere. Her ble prosessen fulgt godt opp, ifølge respondentene.

”De var ikke motstand i vår avdeling tror jeg. Vi var jo veldig interessert i å få dette til.” Respondent nr. 3

En av respondentene sier at det nettopp var innført triagerings system⁴ i akuttmottaket, så der hadde de nettopp vært gjennom en omstillingsprosess, og sier at det kunne være en av grunnene til at personalet i avdelingen tok prosessen og endringen så greit. Denne respondenten skryter også av akuttmottakets personale og beskriver dem som en gruppe som var innovative og endringsvillige. Denne respondenten trakk opp flere eksempler på endringer som var innført i avdelingen, blant annet triageringen, innføring av elektronisk journal, sertifiseringsarbeidet og innføring av ulike fag- og behandlingsprosedyrer. Respondenten trekker opp at dette med sertifiseringen ikke tidligere var gjort andre steder, og det var en motivasjon og en grunn til at det ikke var noen stor motstand blant personalet i avdelingen.

Til nå i gjennomgangen av intervjuene er det gjort et forsøk på å sette opp en kronologisk rekkefølge av prosessen. Kommer tilbake til flere momenter senere i teksten. Det er også viktig å forstå hva respondentene mener om sertifiseringsorganet. Deres rolle og arbeid. Det er litt komplisert å få plassert det korrekt kronologisk, da de var på sykehuset ved flere anledninger.

I intervjuene ble det spurt om respondentene kunne fortelle litt om sertifiseringsorganets rolle og respondentenes forhold til dem. Respondentene husker ikke (gjelder alle) om hvor mange

⁴ Triagerings system er en systematisk metode for å undersøke pasienter som kommer til akuttmottaket. Det innebærer en del målinger av vitale parametre (puls, blodtrykk, oksygenmetning) samt gjennomgå pasientens tilstand. Triageringen ender med at pasienten klassifiseres til en hastegrad som igjen bestemmer hvordan man skal agere i akuttmottak, hvor lenge pasienten kan vente på behandling og tilsyn og hvor lenge pasienten kan vente før hen/hun skal tilses på nytt.

ganger det var personer fra DNV tilstede, dels fordi det er lenge siden og dels fordi det var mange andre også som var innom (les sektorkomiteens medlemmer).

”De hadde veldig klare meninger og krav til en masse småting som det er greit å mene noe om men som ikke bør bli vesentlig i en slik hverdag som vi har.”

”Vi har ikke så mye personellressurs til å holde på med byråkrati at vi kan gjøre det bare for systemets skyld. Akkurat dette ble system for systemets skyld, den siste biten der, og ikke for virksomhetens skyld.” Respondent nr 2

En av respondentene forteller at DNV kom med et team på 2-3 personer som gikk gjennom alt av prosedyreverk og skriftlige rutiner. De gjennomførte intervjuer med en del av de ansatte i avdelingen samt leger som arbeidet mye i avdelingen og ledelsen på forskjellige nivåer. Respondenten husker dette som at sertifiseringsorganet først sjekket prosedyrene og deretter intervjuet om prosedyrene og retningslinjene ble anvendt etter intensjon og at det virket. En av utfordringene som dukket opp ifølge respondenten var at nye og endrede prosedyrer skulle egentlig være iverksatt minst 3 måneder før sertifiseringen. Da dette var en pilot hvor tidsrammen ikke var så stor, det ble gitt en dispensasjon for dette. Dette er uttalt av en av respondentene, dokumentasjon på dette er ikke tilgjengeliggjort for dette prosjektet. En av de andre respondentene sier at personellet fra DNV kom til sykehuset med en holdning som ikke samsvarte sykehuspersonellets forventninger. De som arbeidet med prosessen i avdelingen hadde forventninger om at sertifiseringsorganet skulle gi dem en veiledning når de kom på første sertifiseringsrunde. Denne forventningen ble ikke realitet, respondentene sier at den kanskje heller ikke skulle være det, men på grunn av deres, les sykehuspersonellet, manglende kjennskap til prosessen med tredjeparts- kontrollører visste de ikke hva som møtte dem. Informantene forteller videre at når man da etter hvert var et stykke inne i prosessen og det etter hvert hadde opparbeidet seg en del frustrasjon både på grunn av arbeidsmengde, manglende forståelse for systematikken samtidig som det ble kvittert fra sertifiseringsorganet med en stor mengde avvik, ble den videre prosessen tung å kjøre. Også at sertifiseringsorganet la seg opp i små detaljer som klinikerne som arbeidet med prosessen i avdelingen ikke kunne forstå hvorfor man skulle bruke tid og krefter på, skapte et lite fruktbart samarbeidsklima mellom sertifiseringsorganet og den lokale arbeidsgruppen.

”Vi fikk jo opplæring av Norske Veritas, et av de mest ubrukelige kurs jeg noen gang har vært borti, det var heilt forferdelig, men så fikk vi opplæring av en intern ressurs på hvordan 9001 var, og tankegangen bak det. Og da gikk de opp noen lys

for veldig mange av oss. Så da skjønnte vi at det går ikke an å ISO sertifisere en liten celle i en stor enhet - alle må være med på det. Respondent nr 1

Noen av respondentene forteller om opplevelsen av at personellet som kom fra DNV ikke hadde noen veldig god forståelse av hva virksomheten til akuttmottaket gikk i, andre informanter forteller at de fikk en oppfatning av at noen hadde kjennskap til sykehusdrift, men ikke detaljkunnskap om akuttmottak, og at dette ble en utfordring, da vedkommende forventet prosesser og prosedyrer i avdelingen som opplevdes helt uforståelige i en avdeling som akuttmottaket, dette var tiltak som er svært viktige på andre avdelinger i sykehuset. Det ble også gitt noen personkarakteristikker som gjenspeiler sykehuspersonellets opplevelse av sertifiseringskomiteen. Som en av respondentene tar opp har de i etterkant tenkt mye på denne prosessen og ser utfordringene til personellet fra DNV som kommer for å gjøre et tilsyn av en avdeling som er en del av en pilot, de ser at dette var vanskelig arbeid da de på den ene siden skulle forholde seg til den svært statiske og rigide ISO 9001 standarden samtidig som de skulle sertifisere en avdeling som det tidligere ikke var noen gode sammenligningsavdelinger.

”Jeg opplevde de som veldig firkantet. Der blei det en del konflikter husker jeg. Sånn i forbindelse med disseoppsummeringsmøtene etter sertifiseringsprosessen da.

Og det tror jeg handler mye om at vi ikke skjønnte ISO sertifisering godt nok og de ikke skjønnte akuttmottak godt nok. Respondent nr 3

Som kjent så avsluttet akuttmottaket vi studerer deres prosjekt før det var ferdig. Det var derfor naturlig å spørre informantene om de hadde noen forklaring på hvorfor de avbrøt, eventuelt hva som fikk dem til å avslutte prosessen. Respondentene er samstemte om at prosessen var svært bra for avdelingen og systematikken rundt avdelingen i intervjuene.

”dette var et kjempeløft, men det var på dugnad og på kveldstid, de fikk opp prosedyreverk, sa sjøl at dette var kjempenyttig, men så hoppet de av fem på tolv”
respondent nr 5

En av respondentene forteller at den lokale arbeidsgruppen som arbeidet med prosessen, lenge hadde etterspurt kursing og skolering i sertifiseringsarbeid, men ikke fått det. Da de ble sendt på kurs, endelig ifølge respondenten, lærte de ikke så mye av det. Det de derimot gjorde, ifølge respondent nummer 1, var å finne en ressursperson internt i sykehuset som kunne lære dem opp. Det var da ifølge denne respondenten de valgte å avbryte prosessen. Da de så at

denne prosessen hadde vært bedre og lettere gjennomførbar (...) dersom flere avdelinger eller større organisasjonelle strukturer i sykehuset hadde gjort denne prosessen sammen ville det blitt et annet resultat ifølge respondenten.

”Når vi så den avtagende grensenytten, valgte å kutte de aller siste meterne.”

Respondent nr 2

Ifølge en annen respondent ble sertifiseringen av akuttmottaket avbrutt fordi det ble for mye arbeid som måtte gjøres på kveldstid og med dugnadstimer. Denne respondenten sier at avdelingen fikk veldig mye igjen for prosessen, men valgte å hoppe av, sannsynligvis på grunn av at de ikke fikk den oppfølgingen og støtten de trengte for å fullføre sertifiseringen. En annen respondent trekker frem dette med sertifiseringens nytteverdi når man diskuterer dette punktet. Som tidligere vent i dette kapittelet var det flere av respondentene som kommenterte at avdelingens nytte av prosessen og detaljnivået i kravene fra DNV var meget mer enn det sykehuspersonellet var forberedt på. Da personellet i avdelingen ikke lengre så annet enn problemer og utfordringer med arbeidsoppgavene forsvant motivasjonen for å kjøre prosessen videre. I og med at dette ikke var et krav til avdelingen og man stod fritt til å kjøre prosessen, kunne avdelingen selv gjøre denne bestemmelsen, man trengte ikke godkjenning av ledergruppe eller sykehusledelsen for å ta den avgjørelsen. Det kunne gjøres på avdelings- eller enhets nivå i organisasjonen.

5.4 Fase 4; evaluering

I intervjuene ble det stilt spørsmål om hva respondentene selv tenkte om dette med sertifisering av sykehusavdelinger. Dette ble gjort for å få en oversikt over hva personell som har vært involvert i større eller mindre grad mener om slikt arbeid i kliniske avdelinger. Dette er et omfattende tema som man ser for seg at disse respondentene har meninger om.

Spørsmålet var; ***”tror du ISO sertifisering er bra for akuttmottak og sykehusavdelinger?”***.

Respondentene er til positive til sertifisering, men det dukker opp usikkerhet fra noen av respondentene vedrørende sertifiseringssystemet, dvs ISO.

”Jeg ønsker sertifisering velkommen, men det må være en sertifisering som er tilpasset helsevesenet eller spesialisthelsetjenesten. Om ISO 9001 kan brukes? det kan den, men om den er god nok, nei, men den er god nok.” respondent nr 1

Informantene er udelt enige om at tredjepartskontroll er bra. Det finnes andre sertifiseringsmetoder som er brukt i kliniske avdelinger i sykehusene, men dette var jo et

pilot-prosjekt som var innledet av HSØ der man skulle bruke ISO 9001 som standard. Forståelsen for det er skrevet tidligere i kapittelet. Respondent nr 1 beskriver dette med sertifisering som meget bra. Respondenten tror dette vil tvinge seg frem i sykehusene og sammenlikner det med sykehus i utlandet hvor det er bestemt og vedtatt at det skal være på plass. Denne respondenten er i tvil om ISO 9001 er metodikken man bør bruke i fremtiden, dog var ikke veilederen til ISO 9001 i akuttmottakene ferdig når piloten foregikk. En annen respondent mener også at sertifisering av sykehusavdelinger er viktig og riktig. Denne respondenten er nok i høyere grad sikker på at ISO 9001 ikke er den riktige systematikken og følge. Da dette ble opplevd som et svært rigid system som ikke innebar noen veiledning i prosessen, bare et sertifiserings-team som kom til sykehuset med ”fasiten” på hvordan det skulle være og gav arbeidsgruppen ”strykkarakter”. Denne respondenten har i etterkant av sertifiseringsarbeidet blitt sikker på at ISO 9001 ikke er et riktig verktøy for kliniske sykehusavdelinger da dett er en kunnskapsbedrift hvor dialog, refleksjon og samhandling rundt prosesser og problemer er viktig. Informanten mener at sertifisering etter standard fra DDKM er bedre for sykehusavdelinger.

”Tredjeparts kontroll er bra, hvis det kan bidra til substans i organisasjonen, og utvikling av innsikt så tror jeg at det er bra.” respondent nr 2

En tredje respondent mener at personellet som skal sertifisere sykehusavdelinger bør ha inngående kjennskap og kunnskap om hvordan en slik avdeling er sammensatt og virker. Denne respondenten trekker igjen frem den usikkerheten og misnøyen som oppstod da personellet fra DNV kom til avdelingen og den kommunikasjonsbarrieren som hindret fremdrift og god dialog. Respondenten er klar på at det ikke bare må være personell med bakgrunn og forståelse som skal være med på sertifiseringen, men det bør være tilstede i sterke grad enn det var i tilfellet i dette akuttmottaket.

Neste respondent er sikker i sin sak, sertifisering er bra. At man utvikler systematikk som er tilgjengelig og kjent for personalet som arbeider i avdelingene er lurt. At det kommer noen utenfra og ser på systematikken og kvalitetssikrer den er også svært lurt ifølge denne respondenten. Denne respondenten forteller at som nytilsatt i en avdeling er man prisgitt den opplæringen som man får for å kunne gjøre en god og sikker jobb, dersom denne opplæringen er mangelfull vil det være økt risiko for at men gjør feil eller ikke gjør tiltak som man burde gjort, fordi man ikke har hatt systematikk som har fanget opp at men ikke vet hva som skulle vært gjort. Respondenten bruker seg selv om eksempel i denne beskrivelsen. Informanten

uttaler seg ikke om ISO 9001 eller andre sertifiseringsstandarder, så det svares ikke på i detalj, men er overbevist om at systematikk er viktig og at akkreditering er den beste metoden.

For å prøve å kartlegge hvor mye tid som ble brukt på denne måtte informantene prøve å anslå hvor mye tid som ble brukt til piloten.

”Vi talte jo ikke timer, vi gjorde bare jobben” respondent nr 2

Det er tidligere kommet frem at det ikke var avsatt noe tid eller driftsmidler til denne prosessen, det måtte gjøres i driften og kostnader som fulgte prosjektet måtte tas av rammen til avdelingen. Det ble ifølge en av respondentene ikke gjort noen timetelling, det er en annen informant som har oversikt over et anslag. En av respondentene svarer at de brukte ca 5000 arbeidstimer på prosjektet. Det var mye helger og friperioder som ble brukt, spesielt perioder der det var liten aktivitet, eksempelvis juleferien, ble brukt til gjennomgang og klargjøring av prosedyrer og systemdokumentasjon. En av de andre respondentene forteller at det er vanskelig å huske antall timer, eller hvor mye tid som ble brukt, men at det var et stort antall dager og uker som gikk kun til dette arbeidet. Alle respondentene kvitterer spørsmålet med å si at det var et stort arbeid, som tok mye tid.

At ISO sertifiseringen krevde at avdelingen hadde tilgjengelig systemdokumentasjon på hvilken opplæring alt personell fra andre avdelinger, dette var ikke på plass før sertifiseringsprosessen startet, men rapporteres som et tiltak som har fortsatt også etterpå, selv om avdelingen ikke fullførte sertifiseringen.

I tillegg til dette var de selvsagt et møysommelig arbeid med tanke på gjennomgang og produksjon av interne prosedyrer og arbeidsrutiner.

”Vi brukte mye tid og ressurser internt på prosedyre og systemgjennomgang”;

Respondent nr 1

Respondentene er samstemte på temaet om hvem som måtte gjøre dette arbeidet. I dette tilfellet var det enhetsleder og fagutviklingspsykepleier som gjorde det meste av prosedyrearbeidet. Det var ikke avsatt noen øremerkede ressurser til dette arbeidet, så det måtte i tilfelle i akuttmottaket koste selv. Ifølge flere av respondentene gikk dette omfattende arbeidet på bekostning av arbeidet som skulle vært gjort i avdelingen. En av respondentene sier at de brukte veldig lang tid på å ta igjen det som måtte forsakes i prosessen, da med tanke

på personaltiltak på mikronivå i organisasjonen. Når det kommer til ressursbruk og kostnader suttaler respondent nummer 5;

”Det er pukkalkost. Den undervurderes og den er betydelig”

Avslutningsvis; etter å ha intervjuet respondentene om prosessen og prøvd å skissere dette opp i en rekkefølge som følger prosessen, var det siste spørsmålet de måtte svare på om de ville anbefale eller fraråde andre å sertifisere avdelingen sin om de hadde blitt spurt til råds.

”Jeg hadde sagt at dette er en sak med mange sider og det har klare gevinster for virksomheten som sådan, og på et eller annet punkt er det ikke sikkert at energien man legger i det gir så mye.” Respondent nr.2

En av respondentene er klar i sin tale; hun hadde anbefalt andre å gå i gang med prosessen, men ville gitt anbefaling om å skaffe seg god forståelse og kunnskap om systemet og prosesser i forkant av arbeidet som skal gå lokalt.

”At man lager et godt verktøy for å gjøre en akkreditering, tror jeg det er bra. En tredjepart som følger opp, det tror jeg er positivt, tror jeg det øker pasientsikkerheten” Respondent nr 4

Man burde absolutt kjenne til systematikken godt, i hvert fall ha personell tilgjengelig som kjenner systemet og som samtidig har forståelse for eksisterende drift og system, dette kombinert med å ha kjennskap til ”stammespråket” i enheten/avdelingen/klinikken som skal sertifiseres. Lokalt bør man sette noen kriterier for hvilke rammer man har for arbeidet, men burde også ha en felles forventning før man starter arbeidet, slik at alle arbeider mot samme mål – ifølge respondenten. En annen informant svarer ganske likt, at man bør ha kjennskap til sertifisering, i dette tilfellet ISO 9001, før man setter i gang. Samtidig bør personellet som arbeider i avdelingen som skal sertifiseres løpende bli informert om prosessen, slik at de har en følelse av å være inkludert, samt at man vet hva som skjer og hvorfor enkelte personer i avdelingen er opptatt med arbeid som ikke nødvendigvis er så synlig i avdelingens daglige drift. Tilbakemeldingene fra alle respondentene var at dette var bra, men meget tid- og ressurskrevende.

5.5 Forskning på sertifisering

Selv om kunnskapssenteret skriver at det ikke er data eller forskning som tilsier at det skal ha noen effekt med sertifisering av akuttmottak, så beskriver sektorkomiteens sluttrapport en evaluering av prosessen med noen resultater fra spørreundersøkelser gjort både av ansatte og pasienter i akuttmottakene (Blix, 2010). Det ble blant annet spurt om hvor fornøyd pasientene var med oppholdet i akuttmottakene, og det var ingen signifikant ulikhet på pasientenes oppfatning før og etter sertifiseringen. Det ble sjekket oppholdstid i avdelingene før og etter prosessene, og der var begge akuttmottakene litt lavere etter prosessen, dvs. 2007 enn i 2010 etter prosessen.

Noe som etter sertifiseringsprosessen viser seg som endring på begge lokasjonene, er at begge akuttmottakene ser en økt meldekultur på antall avvik. Det ene akuttmottaket melder om en sterk økning av antall avvik, mens akuttmottaket vi ser på rapporterer en fremgang i antall avvik som er meldt inn, samt en tilbakegang i antall avvik som ikke rapporteres. At dette skyldes prosessene som disse akuttmottakene har vært gjennom, kan man anta.

6 Drøfting – er dette en planlagt endring?

I denne delen av oppgaven kommer jeg til å drøfte funnene i case-studiet. Det er noen spørsmål vedrørende denne prosessen som har kommet opp lyset som jeg ønsker å vurdere opp mot empiri. Denne delen beskriver Yin (2009) som;

”The analysis of case study evidence is one of the least developed and most difficult aspects of doing case studies”.

Jeg kommer til å bruke et format som blir beskrevet som narrativ fremstilling av noen spørsmål som dukket opp i studiet av prosessen. Her kommer jeg til å sette opp noen spørsmål som jeg vil svare på ved hjelp av mine funn, de settes opp som egne underkapitler. Det skal ligge en rød tråd mellom min analyse og kapittel 3, teorikapittelet.

Med referanse til figuren i punkt 3.3 i oppgaven, hentet fra Jacobsen (2004) er det naturlig å ta prosessen trinnvis for å analysere om dette er en planlagt endring.

6.1 Fase 1; diagnose og erkjennelse av behov for endring

Respondentene er enstemmige, forespørselen kom fra toppledelsen i det regionale helseforetaket da det var dem som ønsket et akuttmottak som kunne brukes som pilot. Så dette kom som en forespørsel, den var frivillig, lederne i avdelingen så da mulighetene, både til å bli bedre organisert, få på plass rutiner og prosedyrer samt jobbe for å arbeide lokalt for å få et akuttmottak som driver pasientsikker behandling. Det man kan trekke ut av intervjuene er at lederne på alle nivå i organisasjonen ikke hadde noen opplevelse av at det var problemer som måtte fikses, men de så muligheter når forespørselen kom. Om lederne i akuttmottak og avdelingene som akuttmottak svarer til hadde gjort en analyse, eller lagd en ”diagnose” av hvilke behov de hadde som dette ville være muligheten til å løse, er ikke avdekket in intervjuene. Analysen er at dette var en mulighet som avdelingen så, når de fikk forespørselen fra sykehusets eiere (HSØ).

”ISO-prosessen i akuttmottaket var et sertifiserings-stunt” respondent nr 5

6.1.1 Hva vil man oppnå med denne prosessen

På temaet; hva ville man oppnå med prosessen, svares det noe forskjellig. En av informantene, med en lederstilling i organisasjonen, hadde et sterkt ønske om å sertifisere avdelingen, da denne lederen hadde stor tro på sertifisering. Respondenten ønsket svært gjerne at akuttmottaket skulle lykkes, men hadde ikke rammer eller kapasitet til å sette midler

eller ressurser inn i avdelingen til gjennomføringen av prosjektet. Det er tydelig at denne lederen svært gjerne skulle sett at en klinisk avdeling i den somatiske delen av sykehuset ble sertifisert, for å kunne bruke det som et eksempel på kvalitetsstyring innen liknende virksomheter. Dette kan ha vært et forsøk på om det i det hele tatt var mulig å sertifisere en somatisk sykehusavdeling med liten økonomisk innsats og tilrettelegging. Det er en hypotese som får bli hengende.

En av lederne hadde kjennskap til sertifiseringsarbeid fra tidligere kommer det frem i intervjuet. Lederen kjente til den omstendelige prosessen, men videresendte forespørselen i linjen og korrigerste ikke de andre i organisasjonen da de iverksatte denne store og krevende øvelsen uten å få tilført midler eller dedikert personell til prosessen. Jeg syntes det bygger opp under hypotesen om at dette er et konstruert forsøk. Røvik (2007) skriver om å konstruere sitt eget studieobjekt, det kan virke til at denne lederen prøver det med denne prosessen. Dersom man skulle lykkes med denne prosessen ville det vært en prestasjon som man kunne brukt som eksempel på en vellykket og effektiv organisasjon, dersom man ikke lykkes var det et forsøk på å gjøre et tiltak i en avdeling.

En av de andre respondentene svarer at de så på denne prosessen som de ble invitert med på som en sjanse til å gå gjennom systemene i avdelingen. Dette som et ledd i det daglige organisasjonsarbeidet.

”vi kjente jo igjen mange av de problemstillingene som de andre akuttmottakene presenterte, de var tilstede hos oss også, og da tenkte vi at nå har vi en gylden anledning til å faktisk gå gjennom systemene våre, i et rolig bedagelig tempo, fremfor de andre akuttmottakene som har fått en frist til å gjøre det forbedringsarbeidet”

Lederen her referer til «Demings sirkel», (figur 1) som omhandler kontroll av virksomheten, systematisk styring og forbedringsarbeidet som inngår i den sammenhengende prosessen. Dette oppleves som en leder som er opptatt av nytenkning og innovasjon i egen virksomhet. Denne informanten forteller at man var ute etter å forbedre egen virksomhet, en virksomhet som allerede var sett på av helsetilsynet, men som lederen mente at allikevel kunne bli bedre på en del punkter. At lederne i organisasjonen tar på seg et slikt prosjekt i sin allerede hektiske hverdag finner man ikke svar på i empirien. Strand (2007) skriver om ledelse som et personlig prosjekt. Hvor han trekker opp noen motivasjonslinjer for å drive ledelse og kjøre prosesser i sin organisasjon. Det hevdes at ledere trenger en identitet som leder for å kunne

gjøre ledelse i fagorganisasjoner, dette ser det ut til at den aktuelle lederen absolutt har. Et annet punkt er karriereforankring. Som en del av det personlige prosjektet, må man finne ut hvor en har sine sterke og svake sider (Strand, 2007), dette kan være en forklarende del til hvorfor man starter en slik prosess. Nysgjerrighet og innovasjons tankegang kan også se ut til å ha vært medvirkende faktorer på hvorfor man startet prosessen på et tiltak som skulle være med på å gjøre dette akuttmottaket til et av landets beste, på systematikk og ledelse.

Respondentene svarte på spørsmål flere ganger i intervjuet som kunne brukes i denne problematiseringen av begrunnelse for hva man ville oppnå. En av respondentene svarte at bakgrunnen var at man ville sikre god faglighet i avdelingen. Dette kan trekkes i linje til fagstyringen. Fagstyre av kliniske avdelinger har lang historikk i avdelinger, spesielt i spesialisthelsetjenesten. At man gjør tiltak som man tror er bra, uten at man nødvendigvis har vitenskapelig bevis for at tiltakene er det også mange eksempler på. At ledere som har en sterk faglig forankring bruker kvalitet og fag som den viktigste begrunnelsen for at man starter en slik prosess, med det setter pasienten i fokus er symptomatisk. Denne typen ledere, som styrer etter fagstyretradisjonen, er i mange tilfeller mindre opptatt av hvordan organisasjonen ser ut. Riktig organisatorisk prosess er den heller ikke så opptatt av, mindre formaliteter er ofte et ønske. Det kan virke som det sistnevnte er en av begrunnelse for avslutningen av prosjektet. Man er mest opptatt av den faglige utvikling og pasientsikkerheten, mindre av formalitetene og prosessen. Det viker til i intervjuene, at de respondentene som er nærmest faget, det vil si den daglige pasientbehandlingen, sier at de ville oppnå økt pasientsikkerhet med prosessen, mens de respondentene som har administrasjon som hovedarbeidsoppgave forklarer at det var ønske om en systemgjennomgang, som var det man i første omgang ville oppnå.

6.2 Fase 2; løsning – beskrivelse av en ønsket fremtidig tilstand og tiltak for å komme dit.

På dette punktet var det noe vaskeligere å trekke paralleller fra case til litteratur. Slik det kan oppfattes ut fra intervjuene var det lite forståelse i arbeidsgruppen over hva som skulle bli løsningen, annet enn at avdelingen skulle bli sertifisert etter ISO 9001 standard.

Arbeidsgruppen og personellet i akuttmottaket hadde hørt om sertifisering før de fikk forespørselen, men de hadde lite kunnskap og erfaring, noen hadde ingen erfaring eller kunnskap, med å sertifisere sykehusavdelinger. En av respondentene hadde kun hørt om ISO sertifisering i sammenheng med sjøfart og offshoreindustri. Med bakgrunn i dette kunnskapsnivået, er det vanskelig å se for seg at den lokale arbeidsgruppen hadde klart for seg

den fremtidige tilstanden etter tiltaket (sertifiseringsprosessen). Det må kommenteres at den lokale arbeidsgruppen nok ikke visste om forventet resultat, derimot gjorde nok sektorkomiteen som var utpekt fra HSØ det. Dette var personer som hadde større forståelse om fagfeltet og som naturlig nok hadde en beskrivelse av planen for å komme til målet. Det kan virke som det ikke er kommunisert tilstrekkelig, det er i hvert fall ikke oppfattet av den lokale arbeidsgruppen, er min forståelse.

Denne prosessen og disse tiltakene er så vidt jeg kan forstå kun synlige internt i foretaket. For å fullføre kommentaren om endringen i forhold til figuren i kapittel 3 (figur 10). Det er noen forhold som påvirker en organisasjon og dens adferd, utenfra. Tekniske og institusjonelle omgivelser. Her er det naturlig å trekke inn myteperspektivet som er beskrevet i kapittel 3. Det kan virke som om denne prosessen har latt seg påvirke i stor grad fra prosesser som er kjørt utenfor det aktuelle sykehuset. Man har i dette tilfellet hørt snakk om sertifisering tidligere, i andre virksomheter og andre fagområder, dette har påvirket avdelingens ønske om å gjennomføre prosessen som skulle føre til at de ble et av de to første akuttmottakene i Norge som ble sertifisert etter ISO 9001 standarden.

Dersom man skal analysere endringen ut fra figuren om planlagt endring, kan det virke til at fase 2 er mangelfull.

6.3 Fase 3; gjennomføring av planlagte tiltak - intervensjoner i organisasjonen

Må man inn å se prosessen som ble gjennomført og beskrevet av respondentene. Det kan virke til at prosessen stoppet opp i akuttmottaket. Gjennomføringen av tiltakene startet opp, arbeidsgruppen jobbet frem det de hadde tolket seg frem til og avdelingen gjennomførte mange tiltak som var påkrevd. Et av de tiltakene som respondentene markerer seg som viktigst og mest revolusjonerende var avtalene som de inngikk med de tilstøtende / samarbeidende avdelingene, tidligere kalt støtteavdelingene som omhandlet blant annet opplæring, ansvar og arbeidsoppgaver. Det syntes som at arbeidsgruppen har hatt en plan for gjennomføring, men det må antas da den ikke er tilgjengeliggjort.

6.3.1 Er endringen gjennomført med tanke på modell for sentrale elementer i organisasjoner ?

For at dette skal kunne kontekstualiseres i vårt case trenger man bruker modellen fra figur 10, kapittel 3 (Jacobsen, 2004).

Det er klart i intervjuene at den lokale gruppen som arbeidet med prosessen hadde god forståelse av organisasjonen på sykehuset. Arbeidsgruppen var liten, men sammensatt av både leger og sykepleiere, og den utvidede styringsgruppen som man hadde knyttet til seg i oppstarten bestod av personell fra alle de samarbeidende avdelingene, en tverrfaglig gruppe. Respondentene svarer i intervjuene at denne styringsgruppen, den tverrfaglige, ble informert om prosessen og fikk med seg arbeid tilbake til sine respektive avdelinger, arbeid som de utførte som en del av kravene til sertifisering. Dette syntes å være godt ivaretatt er vår analyse av det.

Strukturen er også et punkt som er viktig å ha på plass internt i organisasjonen. I dette tilfellet kan det virke som det var noe manglende struktur internt i avdelingen. Når jeg kommenterer dette gjøres det med bakgrunn i uttalelser fra flere av respondentene som bekrefter at da de gikk i gang med dette prosjektet var det ingen avsatte ressurser eller noen plan for øremerkede personalressurser til pilot-prosjektet. Dette analyserer jeg til å være manglende struktur på personalressurser i forkant av prosjektet. En av respondentene forteller at de brukte opp mot 5000 timer på prosjektet, det er lett omregnet, dersom man antar et en arbeidsuke er 37,5 timer slik den er i helsevesenet (for dagarbeidere som ikke jobber vakter eller helger) kan dette dreie seg om opp mot det ca 133 uker med arbeid, og dette fordelt på personer som har dette som en "bi-geskjeft", samtidig som man forutsetter at hovedtyngden av dette arbeidet gjøres av 2 til 3 personer, virker det som en manglende intern struktur for å få prosjektet til å lykkes. Dette timetallet er ikke konkretisert i noen rapporter jeg har sett ifra arbeidet, det oppgis av en informant. Hvordan respondenten er kommet frem til timetallet er ikke redegjort for. Uavhengig om hvordan dette timetallet er kalkulert, viser uttalelsen fra respondenten at det var et svært omfattende og ressurskrevende arbeid.

Jacobsen (2004) beskriver at man må ha input både fra interne krefter i organisasjonen samt eksterne bidragsytere for å endre adferd. Det er derfor dette feltet med input står markert både inne i- og utenfor organisasjonen. I dette tilfellet som vi studerer og beskriver, kan det virke til at det meste av input til prosessen kom utenfra. Det av input om kom i oppstarten av denne prosessen var fra sektorkomiteen og styringsgruppen som ledet pilotprosjektet. I andre enden,

etter at adferden er endret internt i organisasjonen, skal output være tilstede og synlig både internt i virksomheten og synlig eksternt i organisasjonen. I dette tilfellet var, etter min oppfatning, output fra prosessen kun synlig innenfor organisasjonen. Det som respondentene trekker opp som output var avtalene på tvers av avdelingene, systemoppdatering og personalets økte prosedyrekunnskap.

6.4 Fase 4; evaluering om tiltak virker som planlagt, stabilisering av den nye tilstanden

Det kan vel diskuteres om denne prosessen i det hele tatt kom til dette punktet. Jeg vil beskrive denne prosessen som delvis. Man gjorde tiltak etter en plan, som var beskrevet i en eller annen form, dette er heller ikke tilgjengeliggjort, da man ifølge en av respondentene arbeidet ekstremt mange timer med dette. Det ble brukt opp mot flere årsverk ifølge en av respondentene. Det ble gjennomført to tilsyn, et hvor det ble avdekket omkring 34 avvik, og andre gang 14 avvik ifølge informantene. Avdelingen fikk ikke stabilisert den nye tilstanden, da prosessen ble avsluttet før sertifisering.

I arbeidet med ISO sertifiseringen av pilot- akuttmottaket, så var dette en prosess som omhandlet endring. Men det var ikke lett å måle forskjellene før og etter, slik man skal gjøre når man kommer til fase 4. Dette refereres i sektorkomiteens rapport (Blix, 2010), hvor oppholdstid og pasienttilfredshet måles før og etter sertifiseringsprosessen. Det er ingen markant endring konkluderer rapporten med.

I intervjuene finner vi at det er noen tiltak, eksempelvis disse avtalene som ble lagd sammen med de andre avdelingene som arbeider i akuttmottaket. Disse omhandlet personellens arbeidsoppgaver, opplæring, ansvar m.m. Her har flere respondenter gitt uttrykk for at det var det beste outcomet fra hele arbeidet. Respondentene var noe uenige om hvor lenge i etterkant man hadde vedlikeholdt disse avtalene, alle sa at man hadde gjort det etter sertifiseringsprosjektet var avsluttet, men de var litt usikre på om noen avtaler fremdeles gjaldt. Dette bygger opp under at endringene ikke er målbare på flere tidspunkter etter prosessen.

Konklusjonen er nok derfor at dette ikke kan kalles en planlagt endring. Jeg har satt opp en tabell hvor jeg setter inn endringsfasene sammen med funnene, for å se forskjellen på den faktiske endringsprosessen som er studert, og en teoretisk ideell prosess.

Tabell 4; faser i prosessen, hva ville vært ideelt og hva skjedde faktisk

Faser i planlagt endring	Ideell planlagt endring	Faktisk endringsprosess
Fase 1: Diagnose og erkjennelse av behov for endring	Man oppdager at det er behov for endring. Det kommer en erkjennelse av behov for endring. Organisasjonen skulle her forpliktet seg til endringen, satt av ressurser og tid til prosessen.	Avdelingen spørres om de kunne tenke seg en endring, og de ser at det kunne vært gøy å prøve. Avdelingen setter ikke av tid eller ressurser, de forsøker å tilegne seg kunnskap om prosessen, men lykkes bare delvis. Avdelingen og sykehuset forplikter seg, men kjenner ikke innholdet i prosessen de forplikter seg til.
Fase 2: Løsning – beskrivelse av en ønsket fremtidig tilstand og tiltak for å komme dit	Man utarbeider en måte å løse problemet/ forbedringspotensialet Her skulle man sørget for å ha personell som har kompetanse på prosessen, kartlagt hvordan man så for seg prosessen. Man skulle bestemt seg her for den løsningen og strategien som virket best for avdelingen I denne fasen er det vanlig å knytte til seg eksterne eksperter og / eller forskere som kan være med å veilede og analysere prosessen.	Her fikk man løsningen servert, fikk ikke egen mulighet til å velge løsningsforslag. Fremtidig tilstand som var løsningen var å bli sertifisert. Det ble satt ned en lokal arbeidsgruppe som skulle gjøre mesteparten av jobben, med veiledning av prosjektgruppen fra HSØ. Prosjektgruppen fra HSØ var nedsatt, men den lokale arbeidsgruppen fikk ikke tilført ekspertise eller fagkompetanse på sertifisering. Så vidt vi har funnet var ingen forskere involvert i prosessen
Fase 3: Gjennomføring av planlagte tiltak - intervensjoner i organisasjonen	Man skulle etter kartleggingen og hatt en plan på hvordan man skulle gjennomført prosessen, med milepælsplan og fastsatte måletidspunkter. I fase 3 skulle det vært klart hvilke personer som skulle gjort hvilke oppgaver. I denne fasen skal opplæring gies, gjerne av ekspertisen som er klar. Prosessen skulle vært gjennomført, så denne fasen måtte	Her startet man gjennomføringen uten egentlig å ha så mye på plass, annet enn lokal arbeidsgruppe og etter hvert en lokal styringsgruppe. Den lokale arbeidsgruppen fikk noe støtte av prosjektledelsen fra HSØ. Prosessen ble startet og kjørt, og i prosessen ble alt personell som var innvillvert på en måte opplært. Den lokale arbeidsgruppen ble i hvert fall ”utdannet” mens prosessen pågikk. I

	man beregnet til å ta lang tid	denne prosessen ble det også gjennomført evalueringer og målinger, som normalt ville kommet i neste fase. Fasen gikk over lang tid, og man bestemte seg for å avslutte prosessen også i denne fasen.
Fase 4: Evaluering om tiltak virker som planlagt, stabilisering av den nye tilstanden	Her skulle man evaluert og sett om tiltakene hadde noen effekt. Dersom man så effekt og ville at endringene skulle blitt vedvarende, ville det vært i denne fasen at man ”institusjonaliserte” endringen, altså stabiliserte den slik at tiltakene ble permanente. Man endringen belyst og støttet av ledelse og ansatte.	Det ble for så vidt evaluert. Prosjektgruppen fra HSØ gjorde en survey hvor de målte om tiltakene hadde noen effekt på liggetid og / pasientens tilfredshet med avdelingen. Internt er det ikke kommet frem noen evalueringsrapport, endringen ble heller ikke belønnet, belyst eller støttet av ledelsen i virksomheten.

6.5 Andre funn versus teori som handler om endring

I behandlingen av intervjuene ble det naturlig å sette ned en liten oversikt over hva som ble presentert av respondentene opp mot det som er presentert i teorikapittelet. Når det kommer til endring i organisasjoner, og særlig organisasjoner i offentlig sektor er det i første omgang viktig å merke seg at flere av respondentene tenker på denne prosessen som et tiltak, og selv ikke bruker endringsbegrepet rundt denne prosessen. Det at man endrer tilstand i en sykehusavdeling, fra ikke-sertifisert til sertifisert, er en prosess det virker som noen av informantene mener er et kvalitetsfremmende tiltak og systemgjennomgang. Dog er det tendens til at respondentene beskriver arbeidet som en systematisk reformasjon.

Endring av enheter og/eller virksomheter i offentlig sektor er ikke et nytt fenomen, (Christensen et al., 2009) beskriver endring i offentlig virksomhet som et fenomen man ser i norsk forvaltning helt tilbake til 1800 tallet. Blant respondentene er det heller ikke noen usikkerhet å finne om det å endre seg eller gjøre endringer i driften eller virksomheten, at man skal innføre noe nytt eller foreta endringer, er ikke noe som de intervjuede kommenterer er uvanlig eller ugreit.

Avsnitt 3.1 heter *hvorfor endring?* Dette starter med definisjonen på endring som jeg legger til grunn når jeg kaller denne lokale "system-reformen" en endringsprosess. Når jeg intervjuet respondentene, spurte jeg hvorfor man satte i gang med dette prosjektet, hva var drivkraften til forsøket? Hvorfor ville man sette i gang en prosess som skulle vise seg å legge beslag i så mye tid og ressurser over en periode på mindre enn et år? Kvalitetsfrembringende tiltak, økt pasientsikkerhet, systemgjennomgang og organisatorisk orden, er hva informantene uttaler. Dette er forenelig med hva teoriene sier om motivasjon for endring. Kreitner & Kinicki (2007) kaller et punkt for "*structural reorganizations*" noe er hva jeg analyserer er en av drivkreftene for denne prosessen. At man vil gjennomføre endringen for å en oversikt over strukturelle former og systemer ved akuttmottaket som vi har undersøkt er nok en aktuell forklaring på hvorfor forespørselen fra HSØ ble akseptert. En annen drivkraft er det som Jacobsen (2004) kaller kulturelle endringer. For å forklare hvorfor en slik prosess kobles sammen med kulturelle endringer, må man se inn i organisasjonen, og forstå hvilken kultur som ligger til grunn for lederne i virksomheten. Avdelinger og enheter i spesialisthelsetjenesten har mange fagpersoner som styrer avdelingene. Disse ledernes hovedmotivasjon for å utvikle virksomheten, er i ofte det å gjøre fagtilbudet og den faglige kvaliteten bedre. Jeg skriver at fagstyret kanskje er på vei ut av sykehusene tidligere i oppgaven, er det et faktum at endringer som gjøres av ledere med medisinsk faglig kompetanse i bunnen oftest har pasientsikkerhet og kvalitet som begrunnelse for tiltakene de iverksetter. Dette er en motsetning til ledere i tradisjonelle produksjonsbedrifter som gjerne vil innføre nye tiltak for å effektivisere drift eller kutte kostnader tilknyttet produksjonen. Her er det ulike drivkrefter som ligger til grunn for initiering av prosessene. I vårt tilfelle er dette intet driftseffektiviseringstiltak, ei heller et kostnadsreducerende tiltak.

Et annet aspekt vedrørende kulturelle endringer som Jacobsen (2004) beskriver, er en økende tendens til individualisering og selvrealisering, spesielt blant yngre ledere. I Arbeidslivet omdannes dette til at man ønsker fleksibilitet, interessante oppgaver og selvstendighet. Jeg trekker dette inn i analysen da jeg mener jeg ser tendenser til dette, med tanke på "interessante oppgaver", som en drivkraft og motivasjon. I intervjuene ser jeg en klar antydning til at dette kan dreie seg om å ta på seg en oppgave som ikke er påkrevd, noe som er beskrevet tidligere, forespørselen er gått i linjen og lederne har tatt på seg oppgaven da de syntes det hørtes interessant ut og spennende. Dette er funn helt i tråd med teorien som Jacobsen (2004) beskriver. Dog, det som er interessant, er at den samfunnmessige påvirkningen gir muligens utslag i de avgjørelser som ledere gjør i virksomheter. Det er en teori man kan trekke etter å

ha gjort denne observasjonen. Som skrevet tidligere kan også alderen på lederne som utforsker nye metoder og tiltak i virksomheten eller organisasjonen. Yngre ledere har økt interesse og større forandringsønske enn eldre ledere. Dette med forandringsønske og ønske om organisasjonsutvikling, er et funn jeg finner i intervjuene.

På spørsmål om en man ville kjørt en liknende prosess igjen sier en av respondentene følgende; sitat;

”... jeg var jo mye nyere leder da enn nå, og hadde nok ikke belagt tiden så heftig da som jeg har når nå i dag. I dag ville jeg ikke gjort det, men når har jeg masse andre oppgaver.....”

Dette punktet her har også tett tilknytning til myteperspektivet som er beskrevet tidligere.

Når det kommer til motstand mot endringen, ser en at funnene ikke egentlig stemmer med teoriene. Ved at man sier *”egentlig ikke”*, menes at man ser antydninger til tendenser som man ser i litteraturen, men det er noen motsetninger og litt dissens blant informantene. Som det er kommentert i kapittel 3. Før intervjuene så man for seg at legegruppen spesielt, ville være motstandere mot denne prosessen da det ikke lå noen faglig forankring bak endringen, det er heller ikke et kvalitetssystem som det er evidens for, noe som står meget sterkt i medisinsk fag – og systemutvikling. En av respondentene forteller at det var motstand i legegruppen, det er dog den eneste gruppen med helsepersonell som nevnes på dette punktet. Men det er riktignok bare en av 5 respondenter som mener det var motstand mot denne endringen. Man kan vurdere svarene og tolke det dit hen at respondentene ikke har oppfattet motstanden, at den har lå latent blant det kliniske personellet og ikke ”blomstret” fordi prosessen ble avsluttet. En annen forklaring til at man ikke så stor motstand kan man finne i kulturforståelsen av sykehuset. Det at prosjektgruppen bestod av både leger og sykepleiere, at forespørselen kom fra den administrative ledelsen i sykehuset og at det HSØ som var bestiller av piloten kan også være en forklaring til mindre motstand enn man hadde forventet. At man ikke ser motstand er heller ikke det samme som at det ikke er motstand til prosessen. Som beskrevet i kapittel 3.5 (Jacobsen, 2004), ser man inndelingen i fire faser. Fase 1 og 2 kan nok være vanskelige å oppfatte dersom man ikke er i daglig kontakt med alle involverte i virksomheten. Dette er nok de motstandsfasene som er ”vanligst” også – og som man ser ganske hyppig i sykehusene. Det kan godt være at det har vært motstand med fase 1 og 2 uten

at respondentene har oppfattet dette, men funnene i undersøkelsen tilsier at det var veldig liten motstand om denne prosessen. Med denne vurderingen, konkluderer jeg med at funn som omhandler motstand mot endring i denne prosessen, ikke samsvarer helt med teori.

6.6 E eller O strategi?

Endringen i denne avdelingen var omfattende. For å finne ut hvilken type strategi som her er fremtredende for prosessen ser vi tilbake til avsnittet om endringsstrategier i kapittel 3.

Kompleksiteten med endring i organisasjoner kan være grandios. (Jacobsen, 2004) beskriver en påstand;

”organisasjonsendringer er et slags kaos. En mengde forhold endres på samme tid, omfanget av endringer i omgivelsene og den ofte forekommende motstanden fra ulike grupper skaper en mengde sammenhengende prosesser som er ekstremt vanskelige å forutsi og nesten umulige å styre.” (Jacobsen, 2004)

Selv om man sier at det er vanskelig å styre, noe hovedempirien i dette prosjektet også viser, er det interessant å analysere hvilken strategi man kan koble prosessen sammen med.

Det er ikke helt intuitivt hvilken som er gjeldene. Respondentene sier ikke noe om det direkte, jeg tolker det dit hen at det ikke er gjort noe analyse av dette i forkant av prosjektet.

Umiddelbart tenker man seg at dette er en endring som gjøres med en E strategi. Det er en bestilling eller forespørsel som ganske tydelig kommer fra toppledelsen, i linjen til avdelingen som skal gjøre tiltaket. Det er snakk om formelle strukturer som er et element inne strategi E og toppledelsen har bestemt løsningen og skissert hva som skal til for å endre tilstanden. Det er en endring som har hjelp av eksterne spesialister, og prosessen er tenkt å være linnear og sekvensiell, med sertifisering som siste punkt i prosessen.

Dersom man ser litt nærmere på prosessen, ser man at det ikke er en klassisk E strategi, heller en O strategi som er fremtredende i dette prosjektet. Til tross for at tiltaket og bestillingen kommer fra toppledelsen er det tilsynelatende noen økonomisk gevinst i dette tiltaket. For toppledelsen er det verken noen økonomisk forpliktelse heller, men der er læringsevne og systemforbedring som er hoveddrivkraften for dette. Når man ser på ledelsesforankringen, eller bestillingen om det er riktigere, er det nok kanskje heller delegerende enn instruerende tilnærming av prosessen, da ledelsen i HFet sendte forespørselen i linja, og lot enheten og avdelingsledelsen avgjøre om de ville kjøre prosessen. Det fantes ingen økonomiske

incentiver, så vidt vi har kommet frem til, heller et indre ønske om endring og/eller forbedring.

Tabell 5:funn satt opp mot E og O strategi

	Strategi E	Strategi O
Mål	<u>Økonomisk forbedring:</u> -	<u>Læringsevne:</u> - Lære nytt system for kvalitetskontroll og systemutvikling - Sørg for at personell i avdelingene kjenner sine prosedyrer og kan sine arbeidsoppgaver -
Ledelse	<u>Instruerende og kommanderende:</u> - Selve løsningen er instruert fra HSØ	<u>Delegerende og støttende:</u> - Delegert myndighet til å gjennomføre prosessen fra Adm. Dir - Støttet fra klinikk- og avdelingsledelse
Innhold	<u>Strategi, struktur og systemer:</u> - Endringen er en strukturell og systematisk - Systemet er fastsatt og rigid	<u>Mennesker, grupper og kultur:</u> - Personell må tilpasse seg nye forhold
Planlegging	<u>Sekvensiell og analytisk:</u> -	<u>Interaktiv, eksperimenterende og inkrementell:</u> - Prosessen er eksperimentell, har ingen fastsatt plan for prosessen
Motivasjon	<u>Bruk av finansielle incentiver:</u> - fraværende	<u>Indre motivasjon, ønske om å endre:</u> - Ønsker å bli et av de beste akuttinntak på

		systematikk og ledelse - Ønske om å ha den mest pasientsikre behandlingen
Konsulenter	<u>Eksterne spesialister:</u> - DNV som gjorde revisjon	<u>Prosesskonsulenter:</u> - Hjelp fra prosjektgruppen fra HSØ

Det er vanskelig å være kategorisk å si at en prosess som dette har en helt klar E eller o strategi. Min vurdering av saken er at prosessen har overvekt av momenter for å kunne kalles en O strategi, med noen innslag av E strategi innimellom.

At man lokalt på enheten og avdelingen kunne bestemme at man skulle avslutte prosessen uten å fullføre sertifiseringen, er vel en den avgjørelsen som veier tyngst for å kalle dette en endingsprosess med en O strategi.

Konklusjon

Prosesen med å sertifisere akuttmottaket på et av sykehusene etter ISO 9001 standarden i Helse Sør-Øst HF ble avsluttet før arbeidet var ferdig, hvorfor det?

- Man var ikke forberedt på arbeidsmengden, man ikke visste hva man egentlig skulle i gang med, man kjente ikke kompleksiteten av arbeidet.
- Avdelingen satte ikke av ressurser øremerket til arbeidet, arbeidet gikk utover den daglige driften og den enkelte ansattes opprinnelige arbeidsoppgaver.
- Motivasjonen for å bli sertifisert, avtok etter hvert som detaljnivået på kravene fra sertifiseringsorganet økte.
- Personer i HFet som kjente til kompleksiteten og arbeidsmengden med arbeidet fortalte ikke dette til prosjektgruppen, som måtte finne ut dette på den harde måten.
- Veiledningen og standarden som akuttmottaket fikk, var uforståelig for arbeidsgruppen.
- Sertifiseringsfirmaet og de som skulle veilede prosessen hadde ikke deltajkunnskap om akuttmottak, de kjente ikke kulturen i akuttmottak og kommuniserte dårlig med den lokale arbeidsgruppen. Mangelfull kommunikasjon og ”stammespråk” var en utfordring mellom begge parter.
- Man hadde ingen plan for prosessen, ingen plan eller strategi og følge. Prosessen fulgte ingen plan, det var ingen planlagt endring av tilstanden som akuttmottak, før og etter sertifisering/ ny tilstand.

Endringsledelse er viktig i alle dynamiske virksomheter. At man som ledere, både lokalt, det vil si nær selve aktiviteten, og høyere opp i organisasjonen, tar prosessen og arbeidet rundt en endring på alvor, er en faktor som kan føre til suksess. Enkelte endringer skjer som evolusjon, men planlagte endringer må planlegges, organiseres og gjennomføres strukturert. Man må kontrollere prosess og følge godt opp – man må være forberedt at det kommer kostnader og ressursbehov til prosessene, og man må ta denne såkalte pukkelkostnaden som følger.

Det er min klare forståelse av ISO sertifiseringen av akuttmottaket på dette sykehuset ikke ble fullført, fordi prosessen ikke var planlagt tilfredsstillende. Den lokale prosjektgruppen hadde ikke kompetanse på området og ledelseslinjene i sykehuset hadde ikke noen reell interesse for prosjektet.

KILDELISTE

- Akkreditering, Norsk. (2010). Veiledning til ISO 9001:2008 for akuttmottak (pp. 48). Kjeller: Norsk Akkreditering.
- Akkreditert.no. (2014). from http://www.akkreditert.no/no/Om_oss/
- Arntzen, Elisabeth. (2007). *En forutsigbar helsetjeneste: kvalitet og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askvik, Steinar, Espedal, Bjarne, & Gammelsæter, Hallgeir. (2011). *Kunnskap om ledelse: festskrift til Torodd Strand*. Bergen: Fagbokforl.
- Blix, Inger-Marie Schytte. (2010). Prosjektrapport fra sektorkomite P14 akuttmottak: HSØ, NA.
- Braithwaite, J., Greenfield, D., Westbrook, J., Pawsey, M., Westbrook, M., Gibberd, R., . . . Lancaster, J. (2010). Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study. *Qual Saf Health Care*, 19(1), 14-21. doi: 10.1136/qshc.2009.033928
- Brunsson, Nils, & Jacobsson, Bengt. (2000). *A world of standards*. Oxford: Oxford University Press.
- Christensen, Tom, Lægreid, Per, Roness, Paul G., & Røvik, Kjell Arne. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforl.
- Den danske kvalitetsmodel: akkrediteringsstandarder for sygehuse*. (2013). Århus: IKAS.
- Guttu, Tor. (2005). *Aschehoug og Gyldendals store norske ordbok: riksmål og moderat bokmål*. Oslo: Kunnskapsforl.
- Hellsaa, Ida. (2013). *ISO 9001 - verktøy eller fasade?: en litteraturstudie om implementering og langtidseffekter*. Stavanger: I. Hellsaa.
- Helse_Sør-Øst. (2014). www.helsesorost.no/omoss/styret. from <http://www.helse-sorost.no/omoss/styret/Sider/side.aspx>
- Helsedirektoratet. (2004). Hvordan holde orden i eget hus (pp. 34 s. : ill.). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Helsetilsynet. (2008). "Mens vi venter-" (Vol. 2/2008, pp. 31 s.). Oslo: Statens helsetilsyn.
- Iso.org. (2014). ISO about us. from <http://www.iso.org/iso/home/about.htm>
- Jacobsen, Dag Ingvar. (2004). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforl.
- Jacobsen, Dag Ingvar. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Kreitner, Robert, & Kinicki, Angelo. (2007). *Organizational behavior*. Boston: McGraw-Hill.
- Kunnskapssenteret. (2007). Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring. from

- http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Verktoykasse/Forankre_og_organisere_forbedringsarbeidet/ROS-analyse/1299
- Loland, Nina Waaler. (2006). *Effekt av ISO-sertifisering og akkreditering av sykehus* (Vol. nr. 27-2006). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Löffler, Elke, & Bovaird, Tony. (2009). *Public management and governance*. London: Routledge.
- omsorgsdepartementet, Det kongelige helse- og. (2012). *Meld. St. 10, God kvalitet - trygge tjenester*. Oslo.
- Ryen, Anne. (2002). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Røvik, Kjell Arne. (2007). *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Sosial_og_helsedirektoratet. (2007). *-og bedre skal det bli!: hvordan kommer vi fra visjoner til handling? : praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Standard_Norge. (2013). Retrieved 27/1, 2013, from <http://www.standard.no/no/Standardisering/>
- Strand, Torodd. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforl.
- Vist, Gunn Elisabeth. (2009). *Effekt av sertifisering og akkreditering av sykehus* (Vol. nr. 30-2009). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Yin, Robert K. (2009). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Vedlegg 1: intervjuguide

Regionalt helseforetak og helseforetak

Ledere og mellomledere kvalitetsrådgivere

Del 1: Om informanten og organisasjonen og deres tilnærming til systemer for styring av kvalitet og sikkerhet

Informanten

- Stilling/ rolle
- Bakgrunn og tidligere erfaring

Organisasjon / avdeling

- Organisering
- Generelle oppgaver, ansvar, mandat

Kan du fortelle om organisasjonens / avdelingens arbeid og ansvar i forhold til kvalitets og sikkerhetssystemer?

- Hva er organisasjonens / avdelingens ansvar i forhold til kvalitet og sikkerhet?
- Hva oppfatter du at organisasjonen legger i kvalitet og sikkerhet?
- Hvordan tilnærmer organisasjonen seg arbeidet med kvalitet og sikkerhet?
- Hva er de viktigste tiltakene dere har for å sikre kvalitet og sikkerhet?

Kan du fortelle om din rolle og ditt ansvar i forhold til kvalitet og sikkerhet i organisasjonen?

- Hva legger du i kvalitet og sikkerhet relatert til sykehus?
- Hva er din tilnærming til kvalitet og sikkerhet i sykehus?
- Hvilke forventninger stilles til din rolle i kvalitets og sikkerhetsarbeidet?

Del 2: Om sertifiseringsprosessen og/ eller vurdering og utvikling av sertifiserings- / akkrediteringsregimer

Kan du tenke tilbake på da dere begynte å snakke om sertifisering av kvalitetssystemer, og fortelle om dette?

- Hvem var det som først introduserte ideen?
- Hvorfor ønsket man ISO standardisering og sertifisering?
- Hvem var involvert og pådrivere i prosessen?
- Hva syntes du om tanken på å sertifiseres?
- Kjente du til ISO standarder eller sertifisering fra før?
- Hvorfor tror du at nettopp ISO standarden ble valgt?
- Hva er hovedhensikten med ISO standarden?
- Hvilke forventninger hadde du da dere startet med sertifiseringsprosessen?
- Hva oppfattet du at var andres forventninger til sertifiseringen?

Hva skjedde videre i sertifiseringsprosessen?

- Hvordan gikk dere fram?
- Hvordan tok dere i bruk standarden?
- Hvem var involvert og hvordan forankret dere prosessen?
 - Internt (toppledelsen, mellomledelse, kvalitetsavdeling, profesjoner, kollegaer...)
 - Eksternt (sertifiseringsorgan, regionalt helseforetak...)

Regionalt helseforetak og helseforetak

Ledere og mellomledere kvalitetsrådgivere

- Hvordan var du involvert?
- Hvem oppfatter du at har vært nøkkelaktører i prosessen?
- Hva var den viktigste kompetansen dere måtte ha i prosessen?
- Var det noen viktige vendepunkt?
- Var det noen overraskelser?
- Møtte dere noe motstand i prosessen?
- Møtte dere andre problemer og utfordringer?
- Hvordan håndterte dere motstand og utfordringer?
- Hva kunne dere evt. ha gjort annerledes for å unngå dette?
- Hvis dere skulle ha gjort hele prosessen om igjen, hva ville du ha lagt vekt på?

Kan du fortelle litt om sertifiseringsorganets rolle og metode og deres forhold til disse?

- Hvem gjennomførte revisjoner?
- Hvordan var teamet satt sammen?
- Hvordan ble revisjonene gjennomført?
- Hvilke metoder brukte de for å kommunisere kravene i standarden?
- Hvordan gikk de frem for å vurdere/ måle organisasjonen etter kravene i standarden?
- Hvordan ble godkjenningen gitt?
- Hvordan oppfatter du at revisjonsteamet så på sin oppgave og rolle?
 - Kontroll, veiledning, læring...

Hvordan ser en helt vanlig dag ut for deg?

- Hvis du tenker tilbake på en av disse "vanlige" dagene i tiden før standardiserings og sertifiseringsarbeidet startet, hva er eventuelt annerledes i dag?
- Hvordan oppfatter du at standardiseringen eventuelt har hatt innvirkning på ditt arbeid?
- Hvordan oppfatter du at standardiseringen eventuelt har hatt innvirkning på organisasjonen?
- På hvilke områder har det eventuelt ført til endringer?

Kan du fortelle litt om hva dere har oppnådd og hvordan dere vil følge dette opp videre?

- Hva er det viktigste dere har oppnådd med standardiserings og sertifiseringsprosessen?
- Er det noen tydelige fordeler og ulemper ved at dere nå er sertifisert?
 - økonomisk, legitimitet, synliggjøring av kvalitetssystemer...
- Hvordan tror du at andre oppfatter organisasjonen etter sertifiseringen?

- Hvis du skulle ha gitt noen råd til noen som ønsket å starte med sertifiseringsprosesser, hva ville du ha lagt vekt på da?

- Når du reiser rundt nå, anbefaler du bruk av ISO standarden og eventuelt sertifisering?

Del 3: Om standardisering, sertifisering og akkreditering, og regulering av kvalitet og sikkerhet i sykehus

Kan du fortelle litt om hva du tenker og forstår med sertifiserings og/ eller akkrediteringssystemer i sykehus?

- Tredjepartskontroll
- Reguleringsregime

Regionalt helseforetak og helseforetak

Ledere og mellomledere kvalitetsrådgivere

- Kontroll, revisjon, evaluering
- Veiledning
- Læring, utvikling
- Aktører, Roller, funksjoner, personer
- Ledelses- og styringsverktøy
- Hvis du skulle ha beskrevet for en avdeling i et sykehus hensikten med sertifisering av kvalitetssyringssystemer, hva ville du ha lagt vekt på?
- Hva oppfatter du at er de viktigste argumentene for etablering av sertifiseringsregimer?
- Hva oppfatter du at er de viktigste argumentene mot etablering av sertifiseringsregimer?

Hvordan oppfatter du at sertifiseringsordning for kvalitetsstyring forholder seg til dagens regulering og kontroll av kvalitet og sikkerhet i sykehus?

- Internkontroll
- Krav i lov og forskrifter
- Fokuset på faglig forsvarlighet
- Fokuset på kvalitet og sikkerhetsarbeid

Hvordan oppfatter du sertifisering som en måte å regulere kvalitet og sikkerhet på i fremtiden?

Vi har nå snakket om kvalitet og sikkerhet relatert til standardisering, sertifisering og sertifiseringsprosessen, er det noe mer du vil legge til om dette som du ikke har fått sagt?

- Har du noen forslag til personer i deres organisasjon som du tror er viktige og sentrale at jeg snakker med videre i studien?

Vedlegg 2: Innsamlede data; intervjurunde høsten 2013

Intervjuguide, delt opp i sekvenser - fiktiv tidslinje

Spørsmål:

1. Hvem var det som først introduserte ideen og Hvorfor ønsket man ISO standardisering og sertifisering?
2. Hvem var involvert og pådrivere i prosessen?
3. Kjente du til ISO standarder eller sertifisering fra før og hvorfor tror du at nettopp ISO standarden ble valgt?
4. Hvordan gikk dere frem i sertifiseringsprosessen?
5. Var det noen viktige vendepunkt og var det noen overraskelser?
6. Møtte dere noe motstand i prosessen og av hvem?
7. Kan du fortelle litt om sertifiseringsorganets rolle og metode og deres forhold til disse?
8. Hva fikk dere til å avbryte arbeidet / prosessen
9. Tror du ISO sertifisering er bra for akuttmottak og/eller sykehusavdelinger
10. Hvor mye tid regner du med du brukte på prosessen ?
11. Hvis du skulle ha gitt noen råd til noen som ønsket å starte med sertifiseringsprosesser, hva ville du ha lagt vekt på da?

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5
1	Direktøren, via avdelingsleder Pilot; man skulle teste ut to akuttmottak, et akuttmottak uten avvik fra helsetilsynet og et akuttmottak.	Kom fra klinikk-sjef. ISO, det var sentralføring. For det var liksom den metoden de hadde valgt.	Nei. Det var jo for å ha en fellesstandard, så det ikke skulle være noe forskjeller mellom hvordan det faglige basisen var og hvordan avdelingen driftes, og grunnlaget for akuttmottakene.	Det kom vel egentlig utenifra. Til avdelingsleder og enhetsleder. Det som gjorde at vi blei et av pilot-akuttmottakene, det var jo det at det ikke var noen avvik i den rapporten rettet mot akuttmottaket.	HSØ Det var en pilot, dette akuttmottaket ble utvalgt pga helsetilsynets rapport i 2007
2	Enhetsleder, avdelingsleder og fagutviklingssykepleier	Avdelingsleder, enhetsleder og etter hvert så var det jo folk i akuttmottak da, særlig fagutviklingssykepleier	Enhetsleder, fagutviklingssykepleier.	Enhetsleder, fagutviklingssykepleier. Med litt veiledning fra HSØ	Enhetsleder, avdelingsleder

		er.			
3	<p>Vi tok jobben uten å redegjøre om hva det dreide seg om.</p> <p>Jeg var jo kjent med ISO sertifisering og ISO standarder fra tidligere, så jeg hadde en viss peiling på hva det dreide seg om, og syntes det var spennende å ha kanskje ha ISO sertifisering i helse, altså i drift, kunne være interessant å se på.</p>	<p>Sånn sertifiseringsarbeid på sånt høyt nivå hadde jeg ikke noen peiling på, i det hele tatt. Og jeg vil si det tok fryktelig lang tid før jeg greide å forstå konseptet sertifisering.</p> <p>Jeg må si at jeg følte meg relativt desorientert i det der relativt lenge.</p>	<p>Jeg husker jo at hele ISO sertifiseringen gikk ut på at det skulle være en felles grunnlag for alle akuttmottak mtp pasientesikkerhet og funksjonsområde og alt. Og derfor så skulle vi delta i denne prosessen med å bli sertifisert.</p>	<p>Nei, jeg gjorde ikke det.</p> <p>Jeg kjent til det, og hadde hørt litt om det. Men ISO sertifisering forbinder jeg mest med sjøfart og olje og den type ting. Jeg hadde hørt at laboratoriet var i gang med å sertifisere i henhold til den standarden som vi brukte.</p> <p>Nei jeg vet ikke hvorfor de valgte ISO.</p>	<p>Kjente meget godt til ISO systemet.</p> <p>Pilot – styrt av HSØ</p>
4	<p>Oppstartsmøte med avdelingsledere. Alle avdelinger var invitert, men de som kom var, avdelingsledere fra støtteavdelinger som røntgen og laboratoriet, lederne til legene var tilstede, medisinsk avdeling var tilsted, kirurgisk avdeling.</p> <p>Vi måtte skrive avtale med alle enhetene vi samarbeider med, om hvordan vi skal forholde oss til hverandre, samt avtale om opplæring av forskjellige faggrupper.</p> <p>Vi brukte mye tid og ressurser internt på prosedyre og systemgjennomgang.</p>	<p>En av de oppgavene som var veldig tydelig og klare, og veldig fornuftige, eller virket fornuftig, det var å få på plass disse samarbeidsavtalene.</p> <p>Og det var veldig gøy, vi var jo nødt til å da både opplyse og forplikte de kliniske avdelingene altså legelinjene når det gjaldt å stille opp med riktig kompetanse.</p> <p>Så vi fikk avtaler om hvordan turnusleger skulle opplæres både ifra akuttmottakets side også fra moderavdelingens side. Til og med de</p>		<p>Nja, det startet vel med at en representant fra HSØ kom ned og det var sammensatt ei gruppe som skulle kartlegge arbeidsprosessen.</p> <p>Så fikk vel vi egentlig tak i, en oversikt over hva ISO innebar, slik at vi kunne starte. Vi skulle sertifisere etter en spesiell standard da. Men det var vel ingen som egentlig visste hva det var for noe. Vi var jo med å famle i den prosessen. Jeg opplevde at vi som jobba der og vi som holdt på med fagutvikling og som var ledere skjønnte akuttmottakene, så skulle vi på en måte prøve å få prosjektlederne til å forstå akuttmottakene og. Og</p>	,

		<p>fra renhold og lager, innkjøp.</p> <p>Nokså detaljerte avtaler.</p>		<p>det var tungt å dra. Det var litt sånn som jeg opplever det med applikasjoner, hvor vi vet hva vi har bruk for, men levråndøren skjønner det ikke, eller at vi ikke er gode nok til å forklare kanskje.</p> <p>Samarbeidsmøter med representanter fra kirurgisk enhet, medisinsk, turnuslegene, laboratoriene og røntgen, prehospitaltjenester. Alle var innkalt til noen av møtene. Og her skulle man kartlegge arbeidsprosessene, og alle var jo på en måte involvert i det.</p>	
	<p>Og vi fikk jo opplæring av Norske Veritas, et av de mest ubrukelige kurs jeg noen gang har vært borti.</p> <p>Vi ble kjent med en på sykehuset, og han hadde jo jobbet i (.....) tidligere og han var veldig kjent med ISO – 9001.</p> <p>Vi fikk opplæring av han i hvordan 9001 var, og tankegangen bak det. Og da gikk de opp noen lys for veldig mange av oss – det var et vendepunkt. Det var det som gjorde</p>	<p>Overraskelse; det å lese den sertifiseringsstandard en det er en.. Den er helt ugjennomtrengelig. Veiledningen var jo laget av de samme folkene som dreiv sertifiseringsarbeid, ja... Så det var tungt. Det tok lang tid før vi skjønnte hva de ville med oss.</p> <p>Akkurat arbeidsmengden, den var vi advart mot, så for meg var</p>		<p>Vi hadde jo konsentrert oss mye om prosessene i akuttmottaket, og få god kvalitetsstyring på det da? Men det å få kvalitetsstyring på prosesser der vi var avhengige av andre, blei en litt mer klar over. Men samtidig hadde vi jobbet med pasientløp på dette med slag, i forhold til hjerte, i forhold til traume, alle de tingene der, det syntes jeg vi hadde godt grep på, egentlig.</p> <p>Vi manglet jo kompetanse på ISO standard 9001, og</p>	

	<p>at vi bestemte oss for å hoppe av, dette her gidder vi ikke. Det er ingen hensikt når vi ikke har med heile sykehuset, i hvert fall de som har virksomhet i avdelingen. Vi forstod ikke "ISO-språket" og de eksterne forstod ikke vårt "stammespråk".</p>	<p>ikke det en veldig stor overraskelse, men det er klart det var jo et stort arbeid likevel. Det som det endte med hos oss det var jo enslags overraskelse da, for disse sentrale personen som kom å skulle revidere oss, opplevde jeg hadde en i overkant personlig vinkling på hva som var viktig i revisjonsprosessen? Altså begynnelsen på prosessen var definitivt en frustrerende overraskelse, det var mye semantikk, og kanskje noe mangelfullt pedagogisk talent.</p>		<p>det fikk vi jo kurs på etter hvert.</p>	
6	<p>Ja, det var jo legene som var mest motstandere av det. Serviseavdelingene hadde full forståelse, de vet jo hva sertifisering betyr og akkreditering. Jeg tror det var motstand fordi man ikke skjønnte hva dette her var for noe. Jeg tror det var en opplevelse av byråkrati.</p>	<p>Nei. Egentlig så gjorde vi ikke det. Jeg tror at legelinjene her i huset hadde såpass våkne ledere. Har såpass våkne ledere. At de skjønnte dette var en forbedring av deres egen virksomhet også.</p>	<p>Ikke i vår avdeling tror jeg. Vi var jo veldig interessert i dette.</p>	<p>Ja det var mye frustrasjon og blant leger og andre avdelinger som syntes det ble mye styr og lite matnyttig. Mye papir. Det er jo det en slit med nå og, at en bruker veldig mye tid på dokumentasjon. Men i utgangspunktet tenker jeg at alle, både leger og alle ansatte var positive og ønsket å få til</p>	

				<p>noe bra da. Og veldig mange, det understreket legegruppen, at her får man søkelyset på prosesser som er fra å få søkelys på. Men de mente jo også at de hadde gode prosesser, på mange ting. Men det var jo rett og slett de å få dokumentert disse prosessene. Så det ble gjort veldig mye bra jobb med det også. I akuttmottak også så var det... vi hadde brukt mye tid på implementere triage, folk var i omstilling hele tiden. Jeg opplevde akuttmottaket som en avdeling som var flinke til å ta endringsprosesser, og som ønsket forbedringer. Vi hadde implementert triage, so vi syntes var vellykket, og var vellykket. Og vi hadde hatt fokus på dette med elektronisk dokumentasjon av sykepleie, riktignok i fritekst, men alle dokumenterte. Det var heller ikke gjort før på en måte. Så de var vant til å måtte forholde seg til nye ting. De hadde også en leder som var positiv og ønsket gode forbedringer.</p>	
--	--	--	--	--	--

7	<p>Den første revisjonen, det var da vi fikk 32 eller 33 avvik, også fikk vi et nytt forsøk, og da fikk vi 14 avvik tror jeg, så vi hadde jo redusert det til halvparten. Da inviterte vi, når norske Veritas var her, helsetilsynet og direktøren og alle for at vi skulle gå gjennom disse avvikene, da ble det jo en diskusjon mellom vertias og heletilsynet i forhold til det med ISO sertifisering kontra internkontrollforskriften, fordi at vi hadde jo blitt godkjent i forhold til internkontrollforskriften c tidligere. Veritas kom jo med team, de var to eller tre personer, det kan jeg ikke huske, de gikk gjennom alt av prosedyreverk og alle skriftlige rutiner. Så hadde de intervjuer med ansatte og leger og ledelse. Det var altså rett og slett kontroll på om det som var iverksatt faktisk fungerte. Det som var utfordringen var at det som var iverksatt egentlig skulle vært</p>	<p>Det var en gjeng med sertifisører. Og det er jo et eget yrke og en egen profesjon, som da kan tankegangen med ISO sertifisering ut og inn. De hadde veldig klare meninger og krav til en masse småting som det er greit å mene noe om men som ikke bør bli vesentlig i en slik hverdag som vi har. Og etter hvert så ble det såpass plagsomt at vi sa, at vi går ikke hele prosessen, for denne siste biten krever så mye iforhold til det vi får igjen for den, at det er bortkastet energi. Vi har ikke så mye personellressurs til å holde på med byråkrati at vi kan gjøre det bare for systemets skyld. Akkurat dette ble system for systemets skyld, den siste biten der, og ikke for virksomhetens skyld. Du kan jo tenke deg at bakgrunnsteppet var litt sånn</p>		<p>De var veldig firkantet, jeg opplevde de som veldig firkantet. Der blei det en del konflikter husker jeg. Sånn i forbindelse med disseoppsummeringsmøtene etter sertifiseringsprosessen da. Og det tror jeg handler mye om at vi ikke skjønnte ISO sertifisering godt nok og de ikke skjønnte akuttmottak godt nok. Jeg opplevde det var litt stykkevis og delt når veritas kom, jeg opplevde at vi ble litt stemoderlig behandlet av prosjektgruppa tror jeg.</p>	
---	---	--	--	---	--

	iverksatt 3 måneder før revisjonen, noe som var umulig i vårt tilfelle pga tiden.	mellomfornøyde med hele prosessen, og når vi da opplevde at vi ble uhensiktsmessig detalj-fokusert, som jeg sa, energi på detaljene er mye mer enn den gevinsten vi får igjen, og det ble snakk om system for systemets skyld, i stedet for system for egen god virksomhet, da sa vi takk.			
8		Når vi så den avtagende grensenytten, valgte å kutte de aller siste meterne.			
9	Jeg tror det er en god start. Det er noe med alle typer systemer må startes, den må også på en måte revideres Jeg ønsker sertifisering velkommen, men det må være en sertifisering som er tilpasset helsevesenet, eller spesialisthelsetjenesten. Om ISO 9001 kan brukes, det kan den. Men om den er god nok, eller god, nei men den er god	Det er helt klart bruk for sertifisering, men den danske kvalitetsmodellen med sånn audits er mye bedre velegnet metode i en kunnskapsbedrift hvor refleksjon og samhandling rundt problemer, og dialog er viktig. Tredjeparts kontroll er bra, hvis det kan bidra til substans i	Ja, både og, hvis de som kommer inn utenfra har helsefaglig bakgrunn, og kan ... det kan godt være en sammensatt gruppe. Jeg tror det er god ide at man har en viss grad av helsefaglig innsikt så at man ser hvordan systemet normalt skal fungere. Enn om man kommer inn og ikke har opplevd noen ting om hvordan et sykehus styres, eller hvordan en	At man lager et godt verktøy for å gjøre en sånn akreditering, så tror jeg det er bra. En tredjepart som følger opp, det tror jeg er positivt, tror jeg det øker pasientsikkerheten	

	nok.	organisasjonen, og utvikling av innsikt så tror jeg at det er bra. Men det jeg opplevde med denne metoden her var det var nettopp at det var ikke utvikling av innsikt, det var oppløsning av fasit og det syntes jeg ikke var noe særlig.	avdeling styres..		
10	Ca 5000 timer	Vi talte jo ikke timer, vi gjorde bare jobben	Det var en kjempejobb og at det krevde veldig mye ressurser.		
11	Jeg hadde ikke frarådet det, men det jeg hadde sag at de måtte skaffe seg informasjon og kompetanse på det området før de i det hele tatt setter i gang. Sett noen klare kriterier og forventninger til å få ti gjennomføre det.	Jeg hadde sagt at dette er en sak med mange sider og det har klare gevinster for virksomheten som sådan, og på et eller annet punkt er det ikke sikkert at energien man legger i det gir så mye.		Det er jo klart at man må begynne med å lære hva ISO standarden er for noe og hva vil vi med det. Og hatt skikkelig opplæring på det først, i stedet for å baklengs inn i det. Og ikke helt skjønne hva man vil. Til og med på sertifiseringen, sammen med veritas så syntes jeg vi satt og snakket veldig forbi hverandre.	

Vedlegg 3: PICO skjema

PICO-skjema – fyller ut som forberedelse til litteratursøk			
Navn: Martin Hauge		E-post: martin.hauge@sshf.no	Tlf: 4401
Problemstilling formuleres som et presist spørsmål. Spørsmålet skal bestå av følgende deler:			
Population/Patient/Problem	Intervention.	Comparison.	Outcome
Akuttmottak	ISO 9000 sertifisering	Andre sertifiseringer og akkrediteringer	Sertifisering/akkreditering av akuttmottak
Fullstendig spørsmål: Hva er skrevet / forsket på sertifisering av akuttmottak, helst med ISO 9000 standard, men også med andre akkrediteringsordninger			
Hva slags type spørsmål er dette?		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter relevante lover og forskrifter?	
Diagnose	Etiologi	Prevalens/forekomst	Ja
Prognose	Effekt av tiltak	Erfaringer	Nei <input type="checkbox"/>
Hvilke søkeord er aktuelle for å dekke problemstillingen? Bruk engelske ord, og pass på å få med alle synonymer. Fordel søkeordene etter hva som gjelder/beskriver P: populasjon/pasient/problem, I: intervensjon/eksposisjon, C: sammenligning og O: utfall.			
P pasient/problem	I intervensjon/eksposisjon	C evt. sammenligning	O utfall
Akuttmottak Emergency room E.R.	ISO standard	Dansk kvalitetsmodell Annen akkreditering	Gjennomføring av sertifisering, endring av avdelingsystem

Vedlegg 4: Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet

Til potensielle informanter

Deres ref.:

Vår ref.: Dag T.S.
Johannesen

Dato: Des. 2012

Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet "Sertifisering og akkreditering for kvalitet og sikkerhet i sykehus"

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en doktorgradsstudie ved Universitetet i Stavanger, samt en tilhørende mastergradsstudie ved Universitetet i Agder. Målsettingen med studien er å bidra til mer kunnskap om hvordan sertifisering og akkrediteringsordninger i sykehus brukes og forstås i arbeidet med kvalitet og sikkerhet. Forskningsprosjektet ønsker å inkludere Sørlandet sykehus HF rundt arbeidet med sertifisering av akuttmottaket i (.....) etter kvalitetsstyringsstandarden ISO 9001:2008, i tidsrommet 2008 – 2010.

Bakgrunn og hensikt

Sykehus er institusjoner med store og komplekse organiseringer og systemer. Det er derfor helt avgjørende at den daglige organiseringen og driften blir utført og styrt med fokus på faglig forsvarlighet, kvalitet og sikkerhet. For å holde kontroll med at kravene til en forsvarlig tjeneste blir ivarettatt, er det i Norge etablert en lovpålagt internkontrollsystem. Det vil si at sykehusene selv i stor grad er pålagt å føre kontroll med egen organisering og virksomhet.

I helsesektoren og produksjons og servicenæringen generelt finnes det ulike internasjonalt anerkjente standarder for kvalitetsstyring, som i hovedsak innbefatter mange av de samme kravene som internkontrollen. ISO 9001:2008 er et eksempel på en slik standard, og i Norge har flere sykehus og avdelinger frivillig tatt i bruk denne. Ofte følges innføringen av standarden opp ved at en ekstern aktør kontrollerer (sertifiserer) at virksomheten tilfredsstillende oppfyller kravene i standarden. I Norge er det varierende og i mindre grad tatt i bruk denne type sertifiseringsordninger, mens det internasjonalt er en utbredt praksis i sykehus. Helse Sør-øst har vært den helseregionen som har hatt størst fokus på sertifiseringsordninger i Norge

Hvordan standardene forstås og implementeres påvirker også utfallet av prosessen. Ulike verdier og normer i samfunnet påvirker sykehusene i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet. Sykehusenes ulike praksiser vil igjen kunne påvirke ansattes meninger og mulighet til å handle.

Hensikten med studien:

- Vurdere hvordan og hvorfor sertifisering og akkreditering er forankret i sykehus.
- Studere forståelsen av sertifisering og akkreditering.
- Studere hvordan sertifisering og akkreditering møter dagens krav om kontroll.
- Bidra til å forklare ulike aspekter som kan ha betydning for sertifiserings- og akkrediteringssystemer.

Hvorfor inkludere (.....) sykehus i studien

Akuttmottaket i (.....) deltok i pilotprosjektet (2008-2010) om sertifisering av akuttmottak, og startet derfor en prosess mot sertifisering etter ISO 9001. Akuttmottaket bestemte etter hvert å avslutte denne prosessen. Både fulførte prosesser og avsluttede prosesser viktige for å forstå dagens sertifiseringspraksiser, og erfaringene fra (.....) er derfor viktig i denne sammenheng.

Hva innebærer studien for deg

Din forståelse og erfaring med sertifiserings- eller akkrediteringssystemer er viktige, både i forhold til din rolle og i forhold til institusjonen du er en del av. Det er derfor ønskelig med et individuelt intervju. Intervjuene gjennomføres av mastergradsstudent Martin Hauge, eventuelt av både Martin Hauge og undertegnede prosjektleder sammen. Intervjuet vil hovedsakelig vare mellom 40 min og halvannen time. Det er ønskelig at intervjuene gjennomføres på eller i nær tilknytning til din arbeidsplass. Intervjuet vil tas opp på en digital lydopptaker og det er kun intervjueren (intervjuerne) som vil være tilstede i tillegg til deg. Det er også mulig at det vil bli aktuelt med en oppfølgingsundersøkelse innenfor prosjektperioden. Du vil da bli kontaktet på nytt ved en senere anledning.

Prosjektslutt er berammet til juni 2014.

Hva skjer med informasjonen om deg

Datamaterialet oppbevares konfidensielt. Navneliste oppbevares trygt og separat fra intervjutranskripsjoner og lydopptak. Det er ingen andre enn Martin Hauge, professor Preben Hempel Lindøe (veileder for doktorgradsprosjektet) og undertegnede prosjektleder som vil få tilgang til de personidentifiserbare opplysningene. Det vil bli benyttet elektronisk bearbeidingen og analyse av de innsamlede data. Ved prosjektslutt vil alle navnelister, lydopptak (digitale lydfiler) og intervjutranskripsjoner bli slettet, og alle øvrige data vil anonymiseres. Publikasjoner fra denne studien vil være anonymiserte, og vil inngå Martin Hauges avsluttende mastergradsoppgave og prosjektleders publikasjoner i forbindelse med doktorgradsarbeidet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du senere ønsker å trekke deg fra studien kan du når som helst kontakte undertegnede prosjektleder eller Martin Hauge.

Forskningsprosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Prosjektet er finansiert av Forskningsrådet gjennom den ordinære tildelingen til Universitetet i Stavanger.

Ta gjerne kontakt hvis du har spørsmål eller ønsker å bli informert om resultatene fra undersøkelsen når disse foreligger.

Med vennlig hilsen

Dag Tomas Sagen Johannesen
Prosjektleder
Doktorgradsstipendiat i Risikostyring og samfunnssikkerhet

Mob: 91873799

E-post: dag.t.johannesen@uis.no

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur Telefonnummer

