

## **Kvalitetsorientert ledelse**

**En casestudie fra  
to distriktpsikiatriske sentre**

ANGELINA JENSEN

**VEILEDER**

Laila Nordstrand Berg

**Universitetet i Agder, 2019**

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag



# Forord

Med denne oppgaven avsluttes mitt masterstudie i ledelse ved Universitetet i Agder. Studiet har vært interessant og lærerikt, men også krevende da jeg har kombinert studier med jobb og familieliv over flere år.

Masteroppgaven springer ut i fra min interesse for ledelse og kvalitet i helsesektoren. Da jeg som forholdsvis ny rådgiver, med lederstøtte som arbeidsoppgave i spesialisthelsetjenesten, oppdaget at kvalitetsorientert ledelse var et satsingsområde i våre strategiske styringsdokumenter, ble det et ønske for meg å se nærmere på denne type ledelse. Jeg visste lite om ledelse i helsesektoren og styringsmekanismene når jeg påbegynte denne studien. Gjennom studie har jeg lært mye om temaene rundt kvalitetsorientert ledelse, og fått større innsikt i utfordringene man har i helsesektoren.

Det er mange som har hjulpet meg underveis og fortjener en stor takk. Først vil jeg gi en stor takk til min leder, som har støttet meg i prosessen. Informantene som har bidratt til denne oppgaven vil jeg også takke: Tusen takk for at dere har delt deres erfaringer, kunnskap og engasjement med meg! Videre ønsker jeg å takke min veileder Laila for gode innspill, konstruktiv kritikk og kommentarer underveis. Til slutt vil jeg rette en stor takk til gode venner og familie som har hatt tro på meg og heiet meg frem.

Jeg er selv ansvarlige for innholdet i denne oppgaven.

Grimstad, 13.12.2019

Angelina Jensen

«If you always do what you've always done,  
you'll always get what you've always got»

Albert Einstein



# Sammendrag

I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) vektlegges det at regjeringen vil fornye, forenkle og forbedre spesialisthelsetjenesten for å møte framtidens behov. Planen sier også noe om at disse utfordringene ikke kan løses ved bare å tilføre mer ressurser. Det er nødvendig med endringer i organisering, kultur og ledelse (Helse -og omsorgsdepartementet, 2015, s. 33). De ovennevnte føringene er videreført i de regionale strategiplanene, som igjen skal ligge til grunn for helseforetakenes kvalitetsstrategier og handlingsplaner. Et av satsningsområdene i den regionale strategiplanen er å utvikle kvalitetsorientert ledelse for å møte disse endringene. Med ovennevnte som bakgrunn, ble studiens problemstilling som følger: *Hvordan kommer kvalitetsorientert ledelse til uttrykk i psykisk helsevern?*

Undersøkelsen er gjennomført som casestudie. Det ble brukt kvalitative semi-strukturerte intervjuer av 8 personer som representerer fenomenet. Funnene fremstiller min tolkning av 6 respondenters subjektive forestilling om sin virkelighet, og 2 informanters subjektive forestilling om ledernes arbeid og andre observasjoner.

Den teoretiske tilnærmingen baserer seg hovedsakelig på prinsipper fra kvalitetsledelse, men har også med deler av ledelsesteoriene transaksjons- og transformasjonsledelse, sammen med en institusjonell teori og uttrekk av teori om organisasjonskultur. Empirien er analysert ved hjelp av dette sammensatte rammeverket. Gjennom analyser av det empiriske materialet har hensikten vært å få innblikk i hvordan kvalitetsorientert ledelse kommer til uttrykk, samt å se på hvordan man jobber med styringssystemene for kvalitetsforbedringer, spesielt i forhold til alvorlige uønskede hendelser. Det har også vært sett på hvordan de ansatte involveres og engasjeres i arbeidet med kvalitetsforbedringer.

I begrepsavklaringen knyttet til kvalitetsorientert ledelse synes hovedtrekkene å være at kvalitetsorienterte ledere fungerer som kontakt til elementene. Elementene er fokus på styringssystem sammen med god ledelse som engasjerer de ansatte og fremmer en kultur for læring og forbedring. Samtidig ser ledere de ansatte som driverne for kvalitetsforbedringer, og bygger en samarbeidskultur med elementer fra transformasjonsledelse samt tilstreber hensyn til de forskjellige verdiene i lys av en institusjonelle teori.

Studien har forsøkt å belyse hvordan styringsdata fra styringssystem brukes i kvalitetsforbedringsarbeidet, særlig i forhold til alvorlige uønskede hendelser. Funn indikerer at denne prosessen virker til å være gjennomført systematisk og etter hensikten frem til utføringsfasen. De siste fasene som består av evaluering og oppfølging fremstår noe mer variert. Funn i undersøkelsen tyder på at det er behov for økt forbedringskompetanse samt integrere filosofien inn i organisasjonen som en systematisk tilnærming til kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Undersøkelsen antyder at lederne utøver elementer av transformasjonsledelse gjennom involvering, engasjering og støtte. I lys av den institusjonelle teorien sees de nye retningslinjene og lovendringene. Disse endringene har krav om mer målstyring og mer spesialistressurser. Funnene tyder på at transaksjonsledelse har en viss effekt i møte med effektivitetskravene. Til tross for noe effekt av transaksjonsledelse indikerer funn at de økte effektivitetskravene er utfordrende, og skaper bekymring rundt kvaliteten i helsetjenesten.

Det fremkommer ikke klart i undersøkelsen at alle deler de samme verdier, mål og forventninger. Dette er sentralt for å få til endringer i en stor og kompleks organisasjon.

Hovedinntrykket er at det kontinuerlig jobbes med å skape en kultur som oppmuntrer til åpenhet og ærlighet, hvor det er trygt å melde fra til ledelsen om små og store problemer. Det jobbes med en kultur for kvalitetsforbedringer hvor kjernen i de menneskelige verdiene er involvering, teamarbeid og opplæring.

# Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for tema .....	1
1.1.1 Formål og problemstilling .....	4
1.2 Avgrensning og begrepsavklaringer .....	5
1.3 Andre tilsvarende studier .....	6
1.4 Oppbygging av oppgaven .....	8
2. Kontekst .....	9
2.1 Markedsinnflytelse i offentlig sektor.....	9
2.2 Ledelse i sykehus.....	9
2.3 Kvalitet og kvalitetsforbedring i helsetjenesten .....	11
2.3.1 Historisk tilbakeblikk .....	11
2.3.2 Hva er kvalitet i helsetjenesten? .....	11
2.3.3 Pasientkvalitet.....	12
2.3.4 Profesjonell- og faglig kvalitet .....	12
2.3.5 Styringskvalitet.....	13
3. Teoretiske tilnærminger .....	18
3.1 Ledelse fra ulike perspektiv.....	18
3.1.1 Kvalitetsledelse.....	18
3.1.2 Transaksjon- og transformasjonsledelse.....	22
3.1.3 Organisasjonskultur .....	25
3.1.4 Institusjonell teori.....	27
4. Metode.....	30
4.1 Utvikling av problemstilling.....	30
4.2 Valg av undersøkelsesopplegg/forskningsdesign: casestudie .....	31
4.3 Utvelgelse av deltakere til undersøkelsen .....	32
4.4 Kvalitativ metode .....	33
4.4.1 Intervjuprosessen .....	33
4.5 Dataanalyse.....	35
4.6 Gyldighet og pålitelighet .....	36
4.7 Etske betraktninger .....	38
5. Funn og drøftinger.....	40
5.1 Kvalitetsorientert ledelse .....	40

5.1.1 Drøfting av kvalitetsorientert ledelse .....	41
5.2 Hvordan fremmer styringssystem kvalitetsforbedringer? .....	41
5.2.1 Styringssystemer.....	42
5.2.2 Drøfting av styringssystem.....	49
5.3 Hvordan fremmes en kultur for kvalitetsforbedringer? .....	57
5.3.1 Engasjement .....	57
5.3.2 Involvering .....	59
5.3.3 Holdning til endring .....	64
5.3.4 Drøfting – kultur for kontinuerlig kvalitetsforbedring .....	67
6. Oppsummering og forslag til videre forskning .....	77
6.1 Kvalitetsorientert ledelse .....	77
6.2 Hvordan fremmer styringssystem kvalitetsforbedringer? .....	77
6.3 Hvordan fremmes en kultur for kontinuerlig kvalitetsforbedringer? .....	79
6.4 Forslag til videre forskning.....	82
Litteraturliste .....	83
Vedlegg 1 – Informasjon til informantene .....	89
Vedlegg 2 - Samtykkeerklæring .....	91
Vedlegg 3 - Intervjuguide.....	92

## Liste over figurer

Figur 1: Forsiden til den regionale strategiplanen 2018 - 2020 .....	1
Figur 2: PDSA sirkelen.....	19
Figur 3: Modell for kvalitetsforbedring.....	22
Figur 4: The Competing Values of Leadership .....	26
Figur 5: Datainnsamlingsmetode og oversikt over kilder. ....	34
Figur 6: Eksempel på analyse arbeidet .....	35



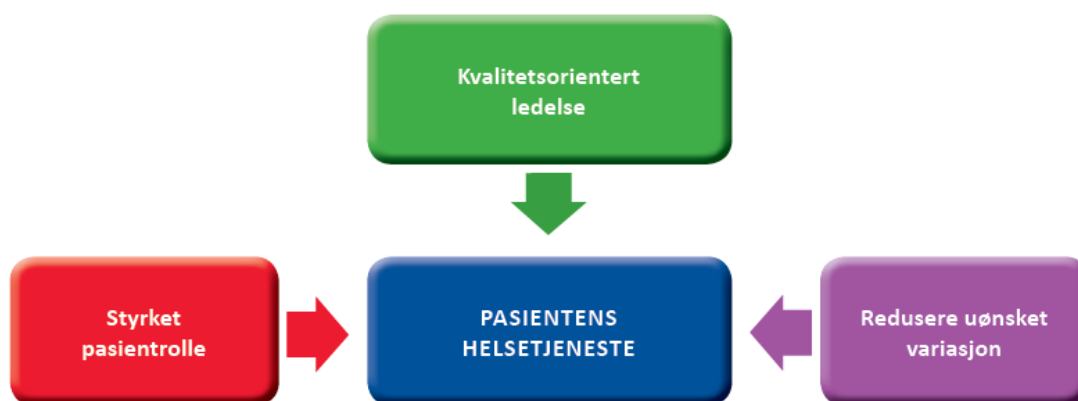
## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for tema

Denne studien startet med en interesse for begrepet kvalitetsorientert ledelse. I arbeidet mitt med styrende dokumenter, deriblant den regionale strategiplanen omtalt under, ble jeg som forholdsvis ny rådgiver i spesialisthelsetjenesten, oppmerksom og nysgjerrig på begrepet kvalitetsorientert ledelse. På det tidspunktet visste jeg også relativt lite om helsesektoren som organisasjon, og enda mindre om hva som kunne være med å fremme kvalitetsforbedringer i de helsetjenestene som ble gitt pasienten.

Den regionale strategiplanen er utarbeidet av Helse Sør-Øst og er et styringsdokument. Den skal ligge til grunn for de underliggende helseforetaks kvalitetsstrategier og handlingsplaner (Helse Sør-Øst, 2018, s. 3).

# Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020



Figur 1: Forsiden på den regionale strategiplanen. (etter Helse Sør-Øst, 2018, s. 1).

I henhold til strategiplanen skal kvalitetsorientert ledelse utvikles ved å prioritere følgende satsingsområder: lederutvikling og ansattengasjement, integrering av pasientsikkerhet og HMS samt elektronisk styringssystem på alle nivåer (Helse Sør-Øst, 2018, s. 5).

I mitt søk etter å finne frem til hvordan de politiske myndigheter definerte kvalitetsorientert ledelse, fant jeg kun en tale av Helseministeren og en stortingsmelding. I forbindelse med en konferanse om kvalitet- og pasientsikkerhet i januar 2017, holdt Helseministeren en tale hvor begrepet ble nevnt. Talen er sitert på regjeringens nettside med bl. a. dette innholdet: «Dersom vi skal oppnå bedre kvalitet og pasientsikkerhet, er vi helt avhengige av en kvalitetsorientert ledelse. Det er en ledelse som etterspør og bruker resultater på kvalitet og pasientsikkerhet, og bygger en sikkerhetsfokusert og lærende kultur» (Helse -og omsorgsdepartementet, 2017, 6.januar, innledningen). Også i Meld. St. 6 (2017–2018), nevnes begrepet, hvor det fremkommer at regjeringen vil rette innsats mot blant annet å: «utvikle en kvalitetsorientert ledelse og etablere systemer for en åpen, sikkerhetsfokusert og lærevillig kultur». På samme side står det skrevet: «Den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring som trådte i kraft i januar 2017, legger grunnlaget for en kvalitetsorientert ledelse og systemer for dette» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, 8.desember, s. 6). Utover dette finnes ingen klar definisjon av begrepet.

I kontakt med Helse Sør-Øst og fagsjefen der, som hadde vært med å utarbeide den regionale strategiplanen, fikk jeg vite at de heller ikke har en klar definisjon på begrepet. Kvalitetsorientert ledelse er et begrep Helse Sør-Øst har benyttet som en *visjon*, med utgangspunkt i talen til Helseministeren og stortingsmeldinger.

Selv om det ikke finnes en klar definisjon i de helsepolitiske organer, har jeg i min studie tatt utgangspunkt i de føringer som kommer fra sentrale helsemyndigheter. Veiledningsmaterieell har der vært inspirert av prinsipper fra kvalitetsledelse, i forhold til kvalitetsforbedringer i helsesektoren siden slutten av 1990 tallet (Helsetilsynet,1998, s. 5). Den teoretiske tilnærmingen baseres seg derfor på prinsipper fra kvalitetsledelse, som har kundens behov og stadig forbedring som grunnprinsipp (Strand, 2007, s. 79).

Regjeringen vil at kvalitetsarbeidet i helsevesenet skal være forankret i politiske og demokratiske organer helt opp til Stortinget. Høsten 2018 la regjeringen Solberg fram den femte årlige meldingen til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet, Meld. St. 11 (2018–2019). Denne meldingen vektlegger, som de tidligere meldingene, at bedre kvalitet og pasientsikkerhet skal sikres gjennom å utvikle pasientens helsetjeneste, forbedre ledelse, systemer og kultur i tjenestene (Helse – og omsorgsdepartementet, 2018, første avsnitt). Kvalitet og pasientsikkerhet er en av de store, både nasjonale og internasjonale satsingsområdene, innen helsetjenester. De norske helsetjenestene er blant de beste i verden,

men de må allikevel kontinuerlig utvikles og forbedres da samfunnet utvikles med økt krav om bl.a. bedre utnyttelse av ressurser, kompetanse og teknologi (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 9). I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) bekreftes dette ved at regjeringen vil fornye, forenkle og forbedre spesialisthelsetjenesten for å møte framtidens behov. Planen sier også noe om at disse utfordringene ikke kan løses ved bare å tilføre mer ressurser. Det er nødvendig med endringer i organisering, kultur og ledelse (Helse -og omsorgsdepartementet, 2015, s. 33). Kvalitetsorientert ledelse med prinsipper fra kvalitetsledelse, som har fokus på endring og tilpasninger, kan være med å løse disse utfordringene, slik jeg ser det.

Med dette som referanse forstår jeg kvalitetsorientert ledelse som et fenomen og en arbeidsform, med fokus på styringssystem sammen med god ledelse som engasjerer de ansatte og fremmer en kultur for læring og forbedring. Dette er i samsvar med hvordan begrepet brukes i stortingsmeldinger, regional strategiplan og uttalelser fra Helseministeren.

Med ovennevnte som bakteppe skal denne studien belyse hvordan ledere i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern, gjennom elementene i kvalitetsorientert ledelse, arbeider med kvalitetsforbedringer i pasienthelsetjenestene. Jeg vil særlig belyse kvalitetsforbedringsarbeidet ved alvorlige uønskede hendelser<sup>1</sup>. Fenomenet kvalitetsorientert ledelse har flere elementer som er gjensidig avhengig av hverandre. Elementene er fokus på styringssystem sammen med god ledelse som engasjerer de ansatte og fremmer en kultur for læring og forbedring. Elementene vil sees i lys av kontekst og teorier.

---

<sup>1</sup> «Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko» (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3 – 3 a.)

### 1.1.1 Formål og problemstilling

Formålet med denne masteroppgaven er å undersøke hvordan ledere i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern fremmer kvalitetsforbedringer. Studien vil først undersøke hvordan styringssystemene brukes i arbeid med kvalitetsforbedringer. Studien vil så undersøke hvordan ledelsen påvirker de ansattes engasjement i arbeid med kvalitetsforbedringer. I min studie har jeg tatt utgangspunkt i de føringer som kommer fra sentrale helsemyndigheter, der de strategiske planene er å utvikle kvalitetsorientert ledelse. I utviklingen av kvalitetsorientert ledelse skal det satses på styringssystem sammen med god ledelse som engasjerer de ansatte og skaper en kultur for kontinuerlig kvalitetsforbedrings-arbeid (Helse Sør-Øst, 2018, s. 5). Videre har jeg brukt prinsipper fra kvalitetsledelse som omhandler kontinuerlig prosessforbedring, og en tro på at ledelse kan skape et arbeidsmiljø som fremmer kontinuerlig forbedring i alle prosesser i organisasjonen (Lynn & Osborn, 1991, s. 112 – 113). I følge Strand (2007) er kvalitetsledelse ikke en teori men et konsept med deler av ulike ledelses – og organisasjonsteorier (Stand, 2007, s. 78). I tillegg har jeg derfor valgt å støtte meg til ledelsesteoriene transaksjons- og transformasjonsledelse sammen med uttrekk fra teori om organisasjonskultur. Siden organisasjonene i undersøkelsen er i sykehus, og derfor komplekse, har jeg også benyttet en institusjonell teori. Denne teoretiske tilnærmingen, som vil bli utledet i teorikapitlet, er utgangspunktet for mine forskningsspørsmål.

Med disse teoriene som bakteppe er masterstudiets problemstilling som følger:

#### **Hvordan kommer kvalitetsorientert ledelse til uttrykk i psykisk helsevern?**

For å besvare denne problemstillingen har jeg operasjonalisert med to forskningsspørsmål, utledet fra konsept og teori som er egnet til å belyse dette fra ulike innfallsvinkler:

1. Hvordan fremmer styringssystem kvalitetsforbedringer?
2. Hvordan fremmes en kultur for kvalitetsforbedringer?

For å få svar på forskningsspørsmålene har jeg gjennomført åtte semi-strukturerte intervjuer. To mellomledere (avdelingssjefer) og fire førstelinjeledere (enhetsledere) ved to distrikts-psykiatriske sentre (DPS), og to nøkkelinformanter ble intervjuet. Utvalget har vært strategisk med tanke på type spesialitet de tilhører, beliggenhet og hvilken rolle de enkelte har i forhold til problemstillingen. Studien har vært et casestudie og svarene vil ikke være representative i statistisk forstand, men mine funn kan ha relevans og overføringsverdi til andre som ønsker å belyse kvalitetsorientert ledelse.

## 1.2 Avgrensning og begrepsavklaringer

Studien er avgrenset til psykisk helsevern for voksne i spesialisthelsetjenesten. Studien er videre avgrenset til distriktpsykiatrisk senter, heretter kalt DPS, som utøver psykisk helsevern for voksne. I et DPS skal mennesker i distriktet ha et desentralisert tilbud om utredning og behandling av psykiske lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s. 31).

Spesialisthelsetjenesteloven innehar kravene til spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven [sphl], 1999, §1- 2).

Jeg har valgt ut to DPS i et sykehus underlagt Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst er en av fire regionale helseforetak som igjen er eid og styrt av staten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, 24.november). I de to DPS'ene, også kalt organisasjoner eller avdelinger videre i oppgaven, har jeg hatt fokus på ledelsen. Ledelsen i et DPS består av 2 nivåer: mellomleder (avdelingssjef) og førstelinjeleder (enhetsleder).

I henhold til den regionale strategiplanen nevnt innledningsvis er styringssystem for kvalitet, pasient- og brukersikkerhet og HMS bestående av blant annet kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre, avviks- og forbedringssystemer, dokument-styringssystemer, pasient- og brukerundersøkelser og kultur- og medarbeiderundersøkelser (Helse Sør-Øst, 2018, s. 5). Min studie setter særlig lys på disse styringssystemer.

Pasientsikkerhet vil i denne studien være en integrert del av kvalitet og kvalitetsforbedringsarbeidet. Kvalitetsbegrepene i helsetjenesten er definert nærmere i kapitlet 2.3.

En viktig del av arbeid med kvalitetsforbedringer er å vurdere hvorfor avvik fra standarder inntreffer. En type avvik er alvorlige uønskede hendelser. Studien er avgrenset til å se særlig på kvalitetsforbedringer ved alvorlige uønskede hendelser. Ved disse hendelsene benyttes flere av de nevnte styringssystemene. I studien har jeg belyst hvordan disse systemene fremmer kvalitetsforbedringsarbeidet. Prosessene har også blitt vurdert i lys av modell for kvalitetsforbedring som er utarbeidet spesielt for helsesektoren og bygger på Demings kvalitetsforbedringssirkel, som betegnes som grunnpilaren i kvalitetsledelse (Folkehelseinstituttet, 2015, 20.august).

Studien min bygger på en antagelse om at profesjonsutøverne har høye faglige kvalifikasjoner. Studien vil derfor være avgrenset til å kun se på kvalifikasjoner i forhold til forbedringsarbeid, også når det gjelder ledelsen, da forbedringskompetanse er avgjørende for å lykkes i systematisk forbedringsarbeid (Helsedirektoratet, 2017, s. 28).

### 1.3 Andre tilsvarende studier

I dette kapitlet presenteres flere tilsvarende studier. De oppsummerte funnene i disse studiene blir senere benyttet i flere deler av oppgaven og spesielt i drøftingsdelen for støtte til teoriene.

Søreide (1999) påpeker i sin hovedfagsoppgave at kvalitetsledelse krever en intern prosess som endrer holdninger og evner hos alle ansatte. En kulturendring er nødvendig der prinsipper om deltagelse og felles ansvar må institusjonaliseres (Søreide, 1999, s. 32). Tradisjonelt har de offentlige institusjonene hatt monopol på en del tjenester i Norge, og det har ikke vært utviklet noe kultur for forbedring internt i institusjonene. En institusjon som drives etter oppskrift fra teorien om kvalitetsledelse må ta hensyn til pasientens oppfatninger, selv om en er nærmest enerådende som tjenesteleverandør (Søreide, 1999, s. 35).

I rapporten: «Kvalitetsledelse og medvirkning i kommunene» av Hallandvik (2001) i Agderforskning ble medvirkningen sett i lys av tre modeller: den instrumentelle, den politiske og den institusjonelle. Forfatteren antyder at kvalitetsledelse kan få problemer med å bli iverksatt i organisasjon med sterkt institusjonelt preg. Det kan bli iverksatt på en symbolsk måte for å bidra til en legitimitet. Legitimiteten kan da styrkes ved at kvalitetsledelse er en nasjonal og internasjonal mote. Men iverksettingen kan møte motstand i møte med dypereliggende mønster og institusjonelle ordninger (Hallandvik, 2001, s. 23).

Studien fra 2005 med tittelen: «The relationship between total quality management (TQM) practices and organizational culture» utforsket forholdet mellom TQM og organisasjonskultur. De empiriske dataene ble hentet fra 194 organisasjoner i Australia. Forskningsmodellen bruker kriteriene Malcolm Baldrige National Quality Award som TQM rammeverk og bygger videre på den konkurrerende verdimodellen, for å ramme inn organisasjonskultur. Hierarkisk kultur hadde et betydelig forhold til visse fremgangsmåter ved TQM, mens den mest dominerende blant de fire kulturelle typene var klankulturen. Samtidig gir funnene bevis på behovet for å håndtere flerdimensjonale kulturer (Prajogo & McDermott, 2005, s. 1116).

I 2011 skrev Faisal, Rahmed & Azam artikkelen: «Best Practices of Total Quality Management, TQM. Implementation in Health Care Settings». Litteraturstudien identifiserte settet med TQM-praksis for vellykket implementering i helseinstitusjoner. Studien fant åtte støttende TQM-praksiser og disse var: engasjement i toppledelsen, teamarbeid og deltagelse, prosessledelse, kundefokus og tilfredshet, ressursstyring, organisasjonsatferd og kultur,

kontinuerlig forbedring og opplæring og utdanning ble identifisert som beste praksis for TQM-implementering i enhver helse organisasjon.

Bergerød skrev i 2012 en masteroppgave i helsevitenskap med tittelen: «*Ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet: sammenlignende case studie av to norske sykehus*». Studien viste at toppledelsesforankring var av stor betydning for gjennomføring av kvalitetsstrategi på alle nivåer i en organisasjon. Studien viste også at det var en styrke å involvere hele organisasjonen gjennom prosjektet for felles forbedringskompetanse. Prosjektet skapte en fellesskapsfølelse og entusiasme i arbeidet med kvalitet og sikkerhet (Bergerød, 2012, s. 75).

Korvann skrev en masteroppgave i 2015 om hvilke forhold som påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenester i primærhelsetjenesten. Hun skriver i sin konklusjon, at ledelse er å drive med kontinuerlig kvalitetsarbeid og da med hjelp av LEAN<sup>2</sup> og PDSA<sup>3</sup> eller andre ledelsesverktøy i sitt lederskap for å bedre kvaliteten på tjenesten. Hun antyder også at det viktigste for kvalitetsforbedringer er at den enkelte leder må sette temaet på dagsorden (Korvann, 2015, s. 103).

En annen undersøkelse som fanget min interesse var en med tittelen: *Mål- og resultatstyring i offentlig psykisk helsevern for voksne: En casestudie av tre voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker* (Mahdi, 2016). Det første forskningsspørsmålet i undersøkelsen omhandlet kvalitetsaspekter i arbeidet hos behandlerne. Resultatet i studien tydet på at kvalitetsaspektet ble svekket som følge av mål – og resultatstyring. Studie viste også at behandlernes faglige autonomi ble begrenset som følge av styringssystemet.

*Transformasjonsledelse og økte effektivitetskrav i sykepleien*, en teoretisk studie, skrevet av Kristoffersen & Friberg (2016) uttalte i konklusjonen at en sykepleieleder som utøver innflytelse, stimulerer, inspirerer og tar vare på sykepleiere kan oppnå effekt av ledelse. Transformasjonsledelse sies å ha vært introdusert i sykepleien siden 1990- tallet. Studie peker også på at til tross for at transformasjonsledelse kan være en relevant ledelsesmodell, vil også transaksjonsledelse ha effekt når sykepleierne møter effektivitetskravene.

I 2017 skrev Sjøberg en masteroppgave om hvordan prosessforbedringsmodeller fungerte i den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen viste at forbedringsarbeidet

---

<sup>2</sup> Lean er en kvalitetsforbedringsmetode med ulike verktøy som hjelper til med å effektivisere drift (Folkehelseinstituttet, 2011, 13.januar).

<sup>3</sup> PDSA-sirkelen (Plan, Do, Study, Act) metode for kvalitetsforbedring (Folkehelseinstituttet, 2011, 10.februar).

var løst koblet mot overordnede strategier. Funnene viser også at tverrfaglig samarbeid sees som viktig, og det vises til at samarbeidet har endret seg positivt etter innføring av prosessforbedringsmodellen (Sjøberg, 2017).

I mine søk har jeg ikke funnet studier som eksplisitt bruker begrepet «kvalitetsorientert ledelse», men mange som belyser tematikken fra ulike synsvinkler. Jeg har heller ikke funnet tidligere studier som har sett på hvilken måte flere styringssystem fremmer kvalitetsforbedringsarbeid sammen med det å skape en god kultur, i psykisk helsevern. Disse gapene vil jeg utforske gjennom min studie.

## **1.4 Oppbygging av oppgaven**

Kapittel 1 har en innledning som beskriver oppgavens bakgrunn og relevans. Videre defineres formål og et teoretisk perspektiv, deretter defineres problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål. Sist i kapittel 1 kommer en avgrensning og begrepsavklaring. Kapittel 2 tar for seg den organisatoriske konteksten og definerer de ulike kvalitetsbegrepene innenfor helsesektoren. I kapittel 3 blir det gjort rede for kvalitetsledelse, og prinsippene blir så knyttet til sektoren med en modell for kvalitetsforbedringsarbeid. Videre redegjøres det for ledelsesteoriene transaksjons- og transformasjonsledelse og organisasjonsteorier. I kapittel 4 beskrives den metodiske tilnærmingen, først med redegjørelse for valg av design og metode, så med forklaring i forhold til innhenting av data og det påfølgende analysearbeidet. Sist i kapittel 4 gjøres det refleksjoner i forhold til validitet, reliabilitet og forskningsetikk. I kapittel 5 presenteres funnene, før de drøftes opp mot teori, kontekst og funn fra andre tilsvarende studier. Kapittel 6 inneholder en oppsummering og svar på problemstillingen sammen med forslag til videre forskning.



## 2. Kontekst

For å forstå ledelse, bør vi se nærmere på konteksten eller rammeverket. Ledelse i offentlig sektor foregår i en kontekst av politiske, tekniske, økonomiske (markeds) og institusjonelle omgivelser som gir begrensinger og reguleringer (Busch, Johnsen & Vanebo, 2003, s. 39).

For å opprettholde og øke kvalitet på helsetjenestene i offentlig sektor, er det da nødvendig å se på kontekstuelle faktorer, så som politiske avgjørelser og samfunnsendringer.

### 2.1 Markedsinnflytelse i offentlig sektor

På midten av 1980 tallet kom en blå politisk reformbølge som skulle modernisere den offentlige sektoren, en motsats til den klassisk offentlige administrasjon. De nye tankemåtene som lå i denne reformbølgen ble samlet under paraplybegrepet «New Public Management» (NPM), heretter kalt NPM. NPM eller «ny offentlig styring» på norsk, ble samlebetegnelsen for endring i styringen av offentlig sektor (Vanebo, 2017, s. 42). Noen av de sentrale elementene i NPM var bedriftsøkonomisk produktivitet og effektivitet, organisasjon- og ledelsesprinsipper fra den private sektor, og fokus på at brukerne måtte medvirke i tilrettelegging av offentlige tjenester (Busch et al., 2003, s. 12). Som et resultat av dette kom det på 1990 tallet nye krav til ressursbruk og sterkere krav til målstyring, resultater og dokumentasjon av resultater.

### 2.2 Ledelse i sykehus

I 2002 ble eierskapet av sykehusene overført fra fylkene til stat og inndelt i regionale helseforetak, og med det kom også de nye styringsformene. Pasientene ble omtalt som kunder og deres behov ble styrende for hvordan sykehusene skulle utvikle seg. Ledere ble utpekt til de som skulle innføre og iverksette det nye. De siste årene har det også vært et ønske om å flytte beslutninger ut av den politiske sfære og inn i de offentlige institusjonene. De enkelte institusjonen har fått større grad av autonomi, men også større krav om virksomhetsstyring som bl.a. innbefatter: målstyring, resultatevalueringsrutiner og styringssystemer (Vanebo, 2017, s. 42). Helsevirksomhetene styres i dag gjennom lovgivning, avtaler og oppdragsdokument. Hvert år sender Helse- og omsorgsdepartementet ut oppdrag i et såkalt «oppdrag og bestillingsdokumentet» (OBD), til de regionale helseforetakene (RHF) som igjen sender ut til sine helseforetak (HF) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). I oppdrag og bestillingsdokumentet vises det til regjeringens overordnede målsetninger. Ansvar for disse

mål- og resultatkrav, ligger hos ledelsen i avdelingene. Målstyring er en del av styringsideologien til NPM. Overdreven bruk av målstyring kan skape vanstyre hvor kvantitet får forrang framfor kvalitet, sier universitetslektor i organisasjonsfag Karl Johan Gloppen i en artikkel i Dagens Perspektiv nylig (Gloppen, 2019). Det samme viste resultatene i masteroppgaven til Mahdi (2016) der funn antydte kvalitetsaspektet ble svekket som følge av mål- og resultatstyringssystemet. Målstyringen synes godt i sykehus med et stadig økende krav om flere, bedre og mer effektiv tjenesteyting uten at flere ressurser tildeles.

Lederne blir styrt av overordnede føringer og ressurstildeling, og utfører i større grad den administrative delen av lederaspektet enn ledelse. Mulighet for ledelse begrenses da på grunn av styring ovenfra (Berg, 2007, s.30). Ledelse i sykehus er også mangfoldig og kompleks. Helsetjenestene er komplekse da brukerne ofte har sammensatte behov og lidelser. Kvalitetsnivået, spesielt i psykisk helsevern, blir da vanskelig å definere og kontrollere (Bukve & Kvåle, 2016, s. 13). En annen form for kompleksitet er de organisatoriske. Organisasjonene i et sykehus har med seg en spesiell historie, en organisatorisk oppbygging og sammensatt av profesjonelle arbeidsgrupper som gir muligheter og begrensinger. Mye makt og myndighet ligger hos profesjonene. Det handler om de ulike profesjonene og deres spesialiteter, som med sine særskilte kompetanser og verdier, utvikler og definerer standarder for helsetjenestene (Bukve & Kvåle, 2016, s. 13). I utøvelse av ledelse blant profesjoner blir det derfor viktig å ha innsikt i de rasjonalitetene som dominerer, innsikt i profesjonenes verdier. Faglig profesjonell bakgrunn blir derfor verdifullt, da kommunikasjonen blir enklere, og lik rasjonalitet fører til bedre forståelse (Busch, 2012, s. 29). Et av særtrekkene til profesjonene er ifølge Freidson (2001) at de har mer fokus på kvalitet enn på effektivitet (Freidson, sitert i Busch, 2012, s. 64). Ledelse blant profesjoner handler mest om standardisering av kunnskaper. Andre styringsformer som direkte overvåking, regelstyring og mål- og resultatstyring er vanskeligere. Men målstyring utføres selv om det er sterkt kritisert blant profesjonsutøverne. Når kvaliteten på helsetjenesten er vanskelig å måle, oppstår en tendens til å styre virksomheten ved å fokusere det som er enklere: antall konsultasjoner, kostnadene ved å yte tjenesten og det overskuddet det gir (Busch, 2012, s. 23).

I dette kapitlet har det vært vist at ledelse i sykehus er kompleks og i stadig endring. Kravene til planlegging, målstyring og resultater sammen med krav til kvalitet har økt betydelig de siste tiår. I kapitlet under vil ulike kvalitetsbegrep og styringssystem i helsesektoren belyses.

## 2.3 Kvalitet og kvalitetsforbedring i helsetjenesten

### 2.3.1 Historisk tilbakeblikk

Krav om kvalitet på helsetjenester har pågått i lang tid. Det offentlige og profesjonene har til dels hatt felles interesse med å knytte kvalitetskrav til autorisasjon og kompetansekrav. På 1980 tallet med påvirkning fra NPM kom det et generelt fokus på service innen offentlig sektor, noe som gav rot til den nye kvalitetspolitikken. Fra 1980 til tidlig 1990 tallet utførte VERITAS, en ikke statlig organisasjon utenfor helsetjenesten, kvalitetskontroller. Fra 1990 tok de sentrale helsemyndighetene over ansvaret for kvalitetssatsingen og i 1995 kom den første nasjonale strategiplanen for kvalitet i helsetjenesten (Hallandvik, 2001, s. 11).

I et hefte fra Helsetilsynet i 1998 med tittelen *Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som leder* finner jeg den første omtalen om kvalitetsledelse i helsesektoren. Det sies her at: «kvalitetsledelse ble introdusert i norsk helsetjeneste gjennom tilslutningene til Verdens helseorganisasjons strategi *Helse for alle innen år 2000*». Utvikling av effektive systemer som overvåker og garanterer kvaliteten i helsevesenet var et av delmålene. Videre omtales kvalitetsledelse som den beste tilnærmingen for en helhetsstyring med orientering om organisasjonen og prosesser som har verdi for brukere, medarbeidere, og samfunnet som eier (Statens Helsetilsyn, 1998, s. 5).

### 2.3.2 Hva er kvalitet i helsetjenesten?

Avedis Donabedian (1919 – 2000), en amerikansk lege, var en pioner i å utvikle teori om kvalitet i helsetjenesten. Avedis foreslo at kvaliteten skulle vurderes gjennom tre perspektiver: et absolutt, et individuelt og et sosialt perspektiv. Dr. John Øvretveit utviklet i 1989 denne tenkningen videre og pekte på disse tre perspektivene: pasientkvalitet, profesjonell kvalitet og styringskvalitet. Disse perspektivene har en mer direkte referanse til de involverte, til pasienten som mottar tjenesten, til de profesjonelle som yter tjenesten og til det administrative som planlegger, organiserer og tildeler ressurser på vegne av samfunnet (Bukve & Kvåle, 2014, s. 31). Øvretveit sine perspektiver finner vi igjen i hvordan kvalitet er definert i veilederen til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenester 2016, heretter kalt forskriften (2016): «Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt» (Helsedirektoratet, 2017, s. 3). Øvretveit sine tre perspektiver: pasientkvalitet, profesjonell kvalitet og styringskvalitet er utgangspunkt for kategoriseringen i kapitlene som følger.

### **2.3.3 Pasientkvalitet**

I kvalitetsarbeid i helsesektoren er grunntanken å leve opp til pasientens rettigheter og forventninger (Arntzen, 2014, s. 78). At en tjeneste tilfredsstiller myndighetskrav, er ikke nok til å si at det har god kvalitet. Krav fra offentlige instanser må sees på som et minstekrav (Aune, 2000, s. 22). At tjenesten utføres av en som er kvalifisert, er heller ikke tilstrekkelig for kvaliteten. Profesjonsutøveren må i tillegg stille seg åpen for kritikk og være innstilt på å måtte gi kvalifiserte svar (Aasland et. al, 2011, s. 93).

Kvalitet og kvalitetsopplevelse, spesielt innenfor helsesektoren, er knyttet til en subjektiv opplevelse. Kvaliteten viser seg i møte mellom pasient og helsepersonell, og i forhold til resultatet av behandlingen. Pasienter har ofte ikke forutsetning for å vite hva god faglighet skal være, slik at det blir relasjonskvalitet de kan vurdere. Relasjonene i møte er spesielt betydningsfullt innenfor psykisk helsevern. Relasjonskvalitet sammen med tilgjengelighet blir viktig for opplevd kvalitet. Lang ventetid vil kunne redusere opplevd kvalitet (Arntzen, 2014, s. 81).

Pasientens egen opplevde kvalitet har den siste tiden hatt mye fokus. Brukerorganisasjoner er mer aktive og psykisk helse har fått større oppmerksomhet hos befolkningen.

Brukerorganisasjonene uttaler seg på vegne av enkeltpersoners ønsker og behov for helsetjenestene (Arntzen, 2014, s. 183). Psykisk helsevern har en lang tradisjon for å treffe valg på vegne av pasienten. Involvering av pasienten, også kalt brukermidvirking, representerer derfor et brudd med en lang tradisjon der fagfolk vet best og kan derfor ta valg for mennesker med psykiske lidelser (Nyttingnes, 2004, s. 66). I den nye nasjonale retningslinjen om *pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020*, vil nå brukermidvirking få stor oppmerksomhet da pasienten skal involveres mye mer i egen behandling. Det nye pakkeforløpet defineres nærmere i neste kapittel.

### **2.3.4 Profesjonell- og faglig kvalitet**

Det forventes i dag at behandling er av god kvalitet, at den i samsvar med kunnskapsbasert praksis basert på forskning, erfaring og brukermidvirking (Folkehelseinstituttet, 2015, 20.august). Kvalitetskrav for pasienthelsetjenesten er også knyttet til de enkelte profesjonsutøvere og deres autorisasjoner.

For å opplyse befolkningen om kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene, er det innført nasjonale kvalitetsindikatorer (Arntzen, 2014, s. 63). Disse kan sees på nettsiden til Helsedirektoratet med den hensikten å gi pasienter, helsepersonell og ledere informasjon om helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019, 9.mai). En typisk kvalitetsindikator i sykehusene er ventetid. Hos Helsedirektoratet finner vi også over 50 nasjonale faglige retningslinjer, som er normerende og skal gi føringer for faglig forsvarlig og god praksis i Norge (Arntzen, 2014, s. 70). Et eksempel på nasjonal faglig retningslinje er «*Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020*», heretter kalt pakkeforløp. Pakkeforløpet er et forløp som skal gi pasienten og pårørende et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødvendig ventetid. I pakkeforløpet skal også pasienten få mer innflytelse på egen behandlingen, med mulighet til å evaluere behandlingen systematisk underveis (Helsedirektoratet, 2018, 5. juni, s. 3- 4).

Det hevdes at bare 10 – 30 % av forbedringsområdene i helsetjenestene er faglige mens resterende er organisatoriske (Arntzen, 2014, s. 83). Gode styringssystem vil kunne være gode hjelpemidler til å forbedre den organisatoriske situasjonen, noe jeg vil belyse nærmere i det neste kapitlet.

### **2.3.5 Styringskvalitet**

Et av delmålene i norsk helsetjeneste, ved tilslutning til Verdens helseorganisasjons strategi *Helse for alle innen år 2000*, omhandler utviklingen av effektive systemer som overvåker og garanterer kvaliteten (Statens helsetilsyn, 1998, s. 5). Siden den gang har det vært fokus på styringssystemer, og i de senere årene elektroniske styringssystem på alle nivåer.

I følge Øvretveit (2004, s. 376) så består styringssystem for kvalitet av disse fire delene: standarder, tilsyn, forbedringshandling og oppfølgingsansvar. Disse fire delene vil belyses i avsnittene under.

#### **2.3.5.1 Standarder**

ISO<sup>4</sup> standarden kan brukes som en guide i forhold til å lage et kvalitetsstyringssystem. De fleste ISO-standardene omhandler retningslinjer for å sikre at tjenester er gode nok for det formålet de er tiltenkt (Arntzen, 2014, s. 214). Organisasjonene i undersøkelsen er akkreditert

---

<sup>4</sup> “International Organization for Standardization” (Arntzen, 2014, s. 214)

etter en egen ISO standard. Det å holde en slik standard vil ikke nødvendigvis garantere tilfredse pasienter. Det skyldes at pasientens behov og forventinger endres hurtigere i våre dager enn tidligere, mens standardene på kvalitet ligger fast over tid, selv om utgiver oppdaterer standardene med visse mellomrom (Stensaasen, 1996, s. 32). I forskriften (2016), betyr styringssystem for helse- og omsorgstjenesten skriftlige retningslinjer for alle sider av virksomheten. Den enkelte virksomhet pålegges å utarbeide prosedyrer og administrative tiltak for å sikre at arbeidet planlegges, organiseres, utføres, evalueres og kontrolleres. Mange helseforetak velger å samle alt med ledelse og kvalitet i ett helhetlig system som både kan tilfredsstille eksterne krav fra myndighetene og brukerne samt interne krav (Arntzen (2014, s. 100). I de organisasjoner jeg undersøker er alt blitt samlet i en digital kvalitetshåndbok, også kalt EK.

#### 2.3.5.2 Tilsyn

Myndighetskravene blir håndhevet ved at tilsynsmyndigheter fører tilsyn med virksomhetene. I psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, er det stort sett Statens helsetilsyn og Fylkesmannen som utøver disse tilsynene. Slike tilsyn, også kalt eksterne revisjoner, er et vesentlig element i et hvert styringssystem. Revisjonene kan bestå i dokumentgransking, intervjuer med ansatte og verifikasjoner. Mulige forbedringsområder og avvik registreres og dokumenteres i en revisjonsrapport, og skal være et hjelpemiddel til å oppnå kvalitetsforbedring. Hensikten med både eksterne og interne revisjoner er å finne fakta som gir ledelsen verdifull informasjon om virksomhetens muligheter til å forbedre seg (Arntzen, 2014, s. 179).

#### 2.3.5.3 Kvalitetsforbedringer

I følge «*Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten*» har kvalitetsarbeidet de siste 50 årene utviklet seg fra å ha fokus på å sikre kvalitet, til å ha fokus på kontinuerlig utvikling og forbedring (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 27).

Den vanlige måten å tenke og utføre kvalitetsforbedringsarbeid på er gjennom tilbakemeldinger. Man leverer en tjeneste, deretter ber man om en evaluering med en hensikt om å forbedre tjenesten neste gang. Tilbakemeldinger er sentralt i den nye nasjonale retningslinjen for pasienthelsetjenesten i psykisk helsevern pakkeforløp, der pasient og

pårørende skal bli involvert i løpende vurderinger og beslutninger (Helsedirektoratet, 2018, 5.juni, s. 4).

Tilbakemeldinger er også tanken som ligger bak Demings kvalitetsforbedringssirkel i litteraturen om kvalitetsledelse (Aasland, Eide, Grelland, Kristiansen og Sævareid, 2011, s. 29). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester i Folkehelseinstituttet har utviklet en modell for kvalitetsforbedringer som bygger på Demings kvalitetsforbedringssirkel. Sirkelen illustrerer at systematisk forbedringsarbeid er en kontinuerlig prosess. Fasene synliggjør prosessene fra å forberede til å planlegge, utføre, evaluere og følge opp. Fasene går delvis over i hverandre og man går ofte tilbake i faser (Folkehelseinstituttet, 2015, 20.august). Modellen for kvalitetsforbedringer belyses nærmere i teorikapitlet. Kvalitetsforbedring er definert i veileder til forskriften (2016):

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere de tiltak som viser seg å være effektive. Kvalitetsforbedring kan handle om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester (Helsedirektoratet, 2017, s. 3).

Arntzen (2014, s. 85) påpeker at det finnes mange ulike modeller for systematisk kvalitetsforbedring, men at de fleste inneholder prinsippene fra Demings kvalitetsforbedringssirkel. Forbedringstavle er en type kontinuerlig kvalitetsforbedringsverktøy. Det er en tavle som er synlig og tilgjengelig i enheten med den hensikt å få oversikt over områder og resultater som bør forbedres (Sjøberg, 2017, s. 18).

En viktig del av kvalitetsforbedringsarbeidet er å vurdere hvorfor avvik fra standarder inntreffer. En type avvik er alvorlige uønskede hendelser. Slike alvorlige uønskede hendelser handler ofte om selvmord eller forsøk på dette. I november 2018 hadde NRK et innlegg på Dagsrevyen om selvmord i psykiatrien, som fikk stor omtale. NRK la da frem resultatene av 200 granskninger av selvmord i årene 2014 - 2016, der pasienter har tatt livet sitt under eller rett etter behandling i psykisk helsevern. I halvparten av de 200 sakene brøt institusjonene forsvarlighetskravet i helseloven. Det vil si at de gjorde en alvorlig feil i behandlingen av pasienten. NRKs granskning av selvmord i psykisk helsevern viste at det har blitt begått

gjentatte lovbrudd med samme feil over hele landet, uten at det foreligger systematisk læring på tvers av institusjonene. Heller ikke innad i helseforetaket så det ut til at de lærer av feilene som er gjort i andre institusjoner (Omland, Moland & Hjorthen, 2018).

Etter en alvorlig uønsket hendelse<sup>1</sup> skal eventuelle skadevirkninger begrenses, før korrigerende og forebyggende tiltak utarbeides for å hindre gjentakelse. Slike hendelser skal også meldes til Statens helsetilsyn. I mange av varslene ses mangler ved utredning, behandling og kontinuitet i behandlingen. Samtidig bemerkes det at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom helsehjelpen og hendelsen. Mange har fått god utredning, behandling og oppfølging, men har likevel forsøkt å skade seg eller tatt sitt eget liv (Statens helsetilsyn, 2018, s. 31). I henhold til forskriften (2016) skal avvik gjennomgås, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges, jf. §8 bokstav e. Alle helseinstitusjoner skal også i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven opprette et kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg, som et ledd i det systematiske arbeidet for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (sphl., 1999, §§3 og- 4).

I arbeidet med kvalitetsforbedring av alvorlige uønskede hendelser, er det spesielt viktig å skape en god og trygg kultur. I talen fra Helseministeren i 2017, som det vises til i innledningen, ble det også snakket om alvorlige uønskede hendelser. I talen ble det sagt:

Det har det siste året vært en del debatt om frykttkultur i sykehus, opplevelser om manglende åpenhet og engstelse for represalier.

Jeg vil ha ledere som støtter ansattes og tillitsvalgtes engasjement, og som oppfordrer dem til å melde fra om uønskede hendelser og andre forhold som kan ha betydning for pasientsikkerheten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, avsnitt to).

#### 2.3.5.4 Oppfølgingsansvar

Det er avgjørende for et godt styringssystem at virksomheten har en klar ansvars- og oppgavefordeling, og at denne er tydelig forankret i organisasjonen. Øverste leder har det overordnede ansvaret men oppgavene vil ofte være delegert (Helsedirektoratet, 2017, s. 7). En god struktur og en tydelig ledelse er grunnleggende for å oppnå kultur for kvalitetsforbedringer (Arntzen, 2014, s. 87). Kjerneoppgavene for ledelsen som er å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). I henhold til forskriften (2016) har leder også et ansvar for å involvere medarbeiderne. I henhold til Spesialisthelsetjenesteloven skal enhver som yter



helsetjenester også selv sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (sphi, 1999, §3-4). Kvalitetsforbedringsarbeid blir vanskelig uten at profesjonene er aktivt involvert, særlig på høyspesialiserte områder der deres kunnskap er involvert (Byrkeflot & Gulbrandsøy, 2013, s. 481). I tillegg til fagkunnskap krever forbedringsarbeid forbedringskompetanse. Derfor er det viktig at både leder og helsepersonell får denne forbedringskompetansen om de grunnleggende prinsippene og verktøyene, som er relevante for systematisk forbedringsarbeid (Helsedirektoratet, 2017, s. 22).

Styringssystemer er ikke nok for kvalitetsforbedringsarbeidet. Kvalitetsforbedring er i henhold til definisjonen, se nederst på side 15, ment å være en kontinuerlig prosess. En kontinuerlig forbedringsprosess krever fokus og en ledelse som setter det på dagsorden, kombinert med engasjement for å gi gode tjenester (Arntzen, 2014, s. 100). Disse ledelselementene belyses nærmere i neste kapittel.

### 3. Teoretiske tilnærminger

I dette kapitlet presenteres det teoretiske rammeverket. Kapitlet vil innledningsvis definere ledelse. Deretter innleder jeg konseptet om kvalitetsledelse med hva som har hatt innvirkning, historisk sett. Kvalitetsledelse er valgt da flere av prinsippene er brukt i veiledningsmateriell og strategiene for kvalitet i helsesektoren. Etersom kvalitetsledelse ikke er en teori men et konsept, som har tatt inn deler av ledelses- og organisasjonsteori, har jeg valgt å underbygge med ledelsesteoriene transaksjon- og transformasjonsledelse og teori om organisasjonskultur og en institusjonell organisasjonsteori.

#### 3.1 Ledelse fra ulike perspektiv

Ledelse har vært en vitenskap siden begynnelsen av 1900 tallet, uten at det har blitt en enighet om hva den består i og hvilke krav som bør stilles. Årsaken skyldes at ledelse er et flerfaglig kunnskapsfelt, som flere vitenskaper og profesjoner gir premisser for og konkurrerer om å oppnå posisjoner innenfor (Byrkjeflot, 1997, s. 89).

Siden 1980-årene har organisasjonskultur vært betydningsfullt i ledelse. Edgar Schein som er en av de mest profilerte forskerne på dette området har sagt dette om ledelse: «Den endeløse diskusjon om hva ledelse er og ikke er, kunne kanskje forenkles hvis vi innså at ledelsens unike og essensielle oppgave er å lede og manipulere kulturen» (Schein, 1987, s. 270).

I litteraturen brukes de engelske termene «management» og «leadership» om ledelse, som på norsk oversettes til administrasjon og lederskap eller ledelse og lederskap (Strand, 2007, s. 75).

##### 3.1.1 Kvalitetsledelse

Total kvalitetsledelse, eller på engelsk Total Quality Management (TQM), er et ledelseskonsept som fikk stor utbredelse i større industribedrifter på 1990 tallet. Konseptet, med en samling av flere organisasjons- og ledelsesteorier, ble etter hvert adoptert av servicebedrifter og offentlig forvaltning. Særlig fremtredende i kvalitetsledelse er systematikken fra Taylorismen og vektleggingen av oppslutning og medvirkning i «human relations» teori og den nyhumanistiske teorien (Stand, 2007, s. 78).

Fredric W. Taylor startet teori om den vitenskapelige ledelse (Scientific Management) like etter hundreårsskifte. Taylorismen, med nøyaktig spesifisering av arbeidsprosessen, har hatt innvirkning på kvalitetsledelse. Taylors mål var å øke produksjon og produktivitet uten å øke arbeidsstyrken (Juran, 1995, s. 597). Men taylorismen fikk mye kritikk i forhold til menneskesynet. Som motvekt til taylorismen kom en type teori med utgangspunkt i sosialpsykologi, ofte omtalt som «human relations» teori. Etter den fulgte en nyhumanistisk retning med mye forskning på lederstil, og hvordan den påvirket medarbeiderne og organisasjonens resultater (Strand, 2007, s. 62).

Kvalitetsledelse knyttes gjerne til tre forskere, de to amerikanerne: Juran og Deming, og japaneren Ishikawa. Deming utviklet det såkalte forbedringssirkelen, også kalt Demings sirkel. Han startet med «Shewart Cycle» utviklet av Walter A. Shewhart, som inneholdt de tre prosessene: spesifisering, produksjon og inspeksjon (Deming, 1986, s. 88). Deming videreutviklet «Shewart cycle» igjen i 1993 og kalte den da «PDSA cycle» (Plan, Do, Study, Act) (Folkehelseinstituttet, 2011).



Figur 2: PDSA hjulet. Hentet fra «Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (etter Helsedirektoratet, 2017, s. 53).

Deming hadde også prinsipper for total kvalitetsledelse. Han mente at adopsjon og handling på følgende 14 punkter, skulle gi et signal om at ledelsen har til hensikt å holde driften og beskytte investorer og arbeidsplasser (Deming, 1986, s. 23 - 24):

1. Skap et formål om konstant forbedring av tjenesten
2. Adopter den nye filosofien, og utøv endringsledelse
3. Eliminere behovet for inspeksjon ved å bygge kvalitet inn i produktet i utgangspunktet
4. Krev statistiske bevis på kvalitet fra leverandørene
5. Forbedre systemet og tjenesten kontinuerlig for dermed å redusere kostnadene
6. Ha opplæring på jobb
7. Led arbeidet, tilrettelegg i stedet for å overvåke det
8. Driv ut frykt, slik at alle kan jobbe effektivt for virksomheten
9. Bryt ned hindringene mellom funksjoner og enheter
10. Fjern formaninger og mål som ønsker feilfrie tjenester og ingen økte forbedringsnivåer
11. Fjern individuelle/kvantitative kvoter
12. Fjern det som skaper hindringer for yrkesstolthet
13. Iverksett omfattende bedriftsinterne opplæringsprogrammer
14. La alle ansatte delta

Juran utarbeidet en modell som fikk navnet «The Quality Trilogy» med kvalitetsplanlegging, kvalitetskontroll og kvalitetsforbedring. I kvalitetsplanleggingen handlet det om forstå kunden, fastsette deres behov, definere tjenesten og utforme prosessene som gjør det mulig å imøtekomme kundens behov. Kvalitetskontroll handlet om å overholde prosessene og måle det ved periodiske inspeksjoner. Ved mangel må korrigerende og forebyggende handling utføres, og rotårsak nås. Kvalitetsforbedringens rolle var å identifisere og bevise behovet for forbedring, selv om de oppfyller målet, og utvikle midler og måter å oppnå det nye målet på og implementere dem på en vellykket måte (Juran, 1995, s. 638). Juran påpekte også at for å oppnå kvalitetsledelse i alle ledd kreves personlig ansvar hos toppleder (Juran, 1995, s. 650).

Begrepet «Total kvalitetsledelse» (TQM) kom fra japanernes arbeid, med Dr. Ishikawa i spissen. Han mente det var viktig å trekke alle medarbeidere med i arbeidet med å bygge kvaliteten inn i prosessene og gi dem passende opplæring (Ishikawa, 1985, s. 90). Ishikawa påpekte også at ledelse måtte baseres på respekt for de ansatte, og en tilrettelegging slik at deres potensiale fikk utvikle seg (Ishikawa, 1985, s. 112).

Det har nå gått snart tre tiår siden prinsippene om kvalitetsledelse satt av W. Edwards Deming, Joseph Juran og Kaoru Ishikawa fikk betydelig aksept i det amerikanske

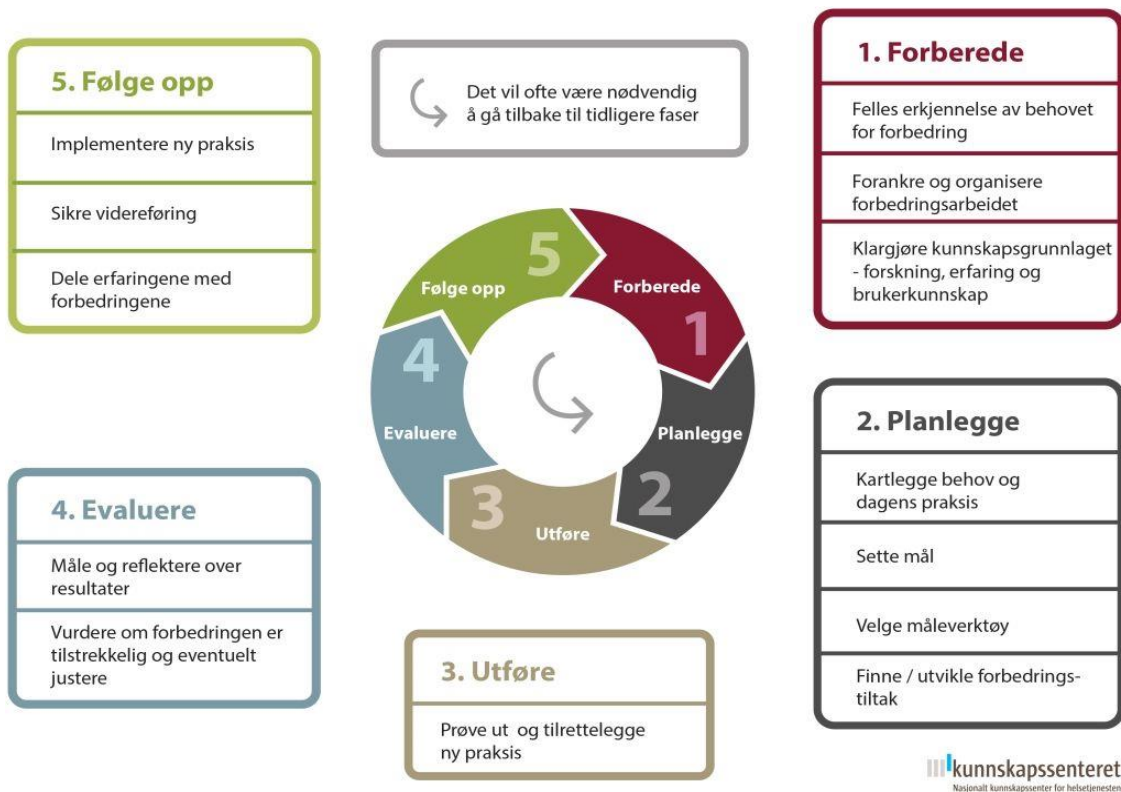
styringssamfunnet. Prinsippene deres hadde også stor betydning for den store fremgangen i industrien i Japan etter 2 verdenskrig. Kvalitetsledelse har spredd seg fra sin industrielle opprinnelse til helseorganisasjoner, ideelle organisasjoner og utdanningsinstitusjoner I følge Hackman & Wagmann (1995, s. 311 - 312) er strategien for å oppnå resultater i kvalitetsledelse forankret i fire sammenhengende forutsetninger - om kvalitet, mennesker, organisasjoner og rollen hos toppledelse med prinsippene:

1. Fokus på arbeidsprosessene (med vekt på kontinuerlig forbedring)
2. Analyse av variabilitet. Først når de viktigste årsakene til variasjon er identifisert, er ansatte i stand til å ta passende skritt for å forbedre arbeidsprosessene
3. Styring av fakta. Kvalitetsledelse krever bruk av systematisk innsamlede data på hvert punkt i en problemløsingsyklus. Kvalitetsforbedringsarbeidet baserer seg på innsamling av data, bruk av statistikk og testløsninger etter eksperiment.
4. Læring og kontinuerlig forbedring.

Dette kapitlet har vist prinsippene i kvalitetsledelse. Det neste avsnittet vil vise prinsippene i en modell for kvalitetsforbedring utarbeidet for bruk i helsetjenestene.

#### 3.1.1.1 Modell for kvalitetsforbedring

Jeg har valgt å sette inn modellen for kvalitetsforbedring som underkapittel til kvalitetsledelse da den bygger på prinsipper fra kvalitetsledelse. Modellen er en anbefalt modell for kvalitetsforbedring for helsetjenesten utviklet av seksjon for kvalitetsutvikling i Nasjonalt kunnskapssenter. Modellen er en videreutvikling av Demings kvalitetsforbedringssirkel, og baserer seg på erfaringer fra både norsk og internasjonalt forbedringsarbeid. Modellen illustrerer fasene på en systematisk måte, og modellen kan brukes til både små og store forbedringsprosjekter (Folkehelseinstituttet, 2015, 20.august).



Figur 3: Modell for kvalitetsforbedring (etter Folkehelseinstituttet, 2015, 20.august).

I figuren vises de anbefalte fasene i forbedringsarbeid. For hver av fasene er det koblet på nyttige verktøy, sjekkpunkter, og tips til relevante ressurser.

For å ivareta de ovennevnte prosessene og involvere de ansatte trenger man god ledelse. Det neste kapitlet vil belyse elementer av transaksjons- og transformasjonsledelse. Jeg ser elementer av disse ledelsesteoriene som sentrale i utøvelse av kvalitetsorientert ledelse.

### 3.1.2 Transaksjon- og transformasjonsledelse

Helt opp til slutten av 1970 tallet var det meste av forskning innen ledelse konsentrert rundt transaksjonsledelse. I 1978 kom James MacGregor Burns ut med den banebrytende boken *Leadership*. Burns satte her opp transformasjonsledelse som en kontrast til transaksjonsledelse. Skille mellom transaksjonsledelse og transformasjonsledelse er også kalt skille mellom ledelse og lederskap, administrasjon og ledelse eller skillet mellom *management* og *leadership*. *Management* oppstod med den klassiske rasjonalisme hvor planlegging, organisering og kontroll ble ansett som helt rasjonelle prosesser. Med paradigme-skifte fra den klassiske rasjonalismen til humanpsykologi og ny-humanisme kom

mer atferdsmessige, intuitive, sosiale og følelsesmessige komponenter som ledet til *leadership* (Bass, 2008, s. 651).

I transaksjonsledelse legges det vekt på transaksjonen eller samspillet for å møte egne interesser, hvor den ansatte utfører et arbeid for så å bli belønnet. Bernard Bass (1925 – 2007) videreutviklet teorien til Burns og mente at transformasjonsledelse gav positive virkninger til transaksjonsledelse (Bass, 2008, s. 618).

Transformasjonsledelse handler om at lederen transformere til et høyere moralsk nivå hvor organisasjonens mål settes foran egne interesser, gjennom idealisert påvirkning (karisma), inspirerende motivasjon, intellektuell stimulering eller individuell omsorg. Idealisert innflytelse er i hvilken grad en leder er beundret, respektert og klarert. Inspirerende motivasjon er i hvilken grad en leder fremmer en felles visjon og gir mening til personalets arbeid. Intellektuell stimulering har trekk der leder stimulerer de ansatte til å tenke på nye måter og støtter innovasjon og kreativitet, og individuell vurdering er i hvilken grad leder tar hensyn til individets spesifikke behov og jobber for å fremme deres vekst og utvikling (Bass 1999, s.11). Transformasjonsledelse handler om å motivere andre til å gjøre mer enn det de opprinnelig hadde tenkt og ofte mer enn de trodde var mulig. Det settes ofte høyere forventninger, det intellektuelle blir stimulert, og det oppnås da også ofte høyere resultater. Ved transformasjonsledelse får den ansatte oppmerksomhet rundt deres individuelle behov og deres personlige utvikling, samtidig oppmuntres den ansatte til selvledelse og gis myndighet (Bass, 2008, s. 618).

Selv om transformasjonsledelse på mange områder virker å være å foretrekke, ser man at transaksjonsledelse har fått økende betydning i offentlig sektor, med stor vekt på målbare resultater (Busch, 2012, s. 156). Transformasjonsledelse øker motivasjon og ytelse mer enn transaksjonsledelse, men effektive ledere bruker en kombinasjon av begge typer ledelse (Bass, sitert i Yukl, 2013, s. 313).

### 3.1.2.1 Motivasjon og jobbengasjement

Motivasjon er et vesentlig element i transformasjonsledelse og utdypes derfor nærmere i dette kapitlet. Sammen med jobbengasjement er det sentrale elementer i utøvelse av kvalitetsorientert ledelse. Motivasjon er i stor grad knyttet til realisering av behov (Busch, 2014, s. 116). Maslow klassifiserte våre beveggrunner i en behovspyramide. Hans teori var at alle mennesker har et hierarki av behov. Han skilte mellom grunnleggende behov som mat, vann, bolig, trygghet, stabilitet og frihet fra frykt. Behovet over var sosiale behov som tilhørighet og anerkjennelse. På toppen var behov for vekst, utvikling og selvaktualisering (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 116). Stimulering til personlig vekst med utvikling og læring kan igjen knyttes til jobbengasjement (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 322). I tillegg til disse faktorene blir støtte fra leder og autonomi positivt assosiert med jobbengasjement. Jobbengasjement blir karakterisert av energi, involvering og effektivitet (Bakker & Demerouti, 2008, s. 209 - 211).

Kunnskapsarbeidere blir ifølge Tampoe (1993, s.51) motivert av fire faktorer:

1. Personlig vekst - muligheten for enkeltpersoner å realisere potensialet sitt
2. Autonomi - et arbeidsmiljø som tilrettelegger for stort handlingsrom med hensyn til de oppgavene de har ansvar for
3. Måloppnåelsen - av å produsere arbeid til en standard og kvalitet som individ kan være stolt, en realisering av betydningsfulle kvalitetsmål for organisasjonen
4. Rettferdig belønning - for et verdifullt bidrag til suksess i organisasjonen

Disse faktorene kan fremmes ved transformasjonsledelse som blant annet har fokus på utfordrende arbeid og selvledelse (Bass, 1999, s. 10).

Transformasjonsledelse passer også godt inn i flere av prinsippene av kvalitetsledelse ved at typen er en agent for endring, oppfordrer til samarbeid, fremmer kontinuerlig forbedring og bygger tillit (Bass, 2008, s. 627).

I dette kapitlet har vi sett faktorer i både transaksjons- og transformasjonsledelse som er av betydning for kvalitetsorientert ledelse. Transformasjonsledelse har siden 1990 tallet vært introdusert i helsesektoren (Kristoffersen & Friberg, 2016) og transformasjonsledelse virker å ha betydning i organisasjoner hvor arbeidersoppgaver er komplekse og skiftende.

Transaksjonsledelse har betydning i mer byråkratiske organisasjoner med standardiserte



oppgaver. Begge ledelsesteoriene er avhengig av omgivelsene utenfor og innenfor en organisasjonen (Busch, 2014, s. 51). De neste kapitlene vil belyse dette temaet nærmere.

### 3.1.3 Organisasjonskultur

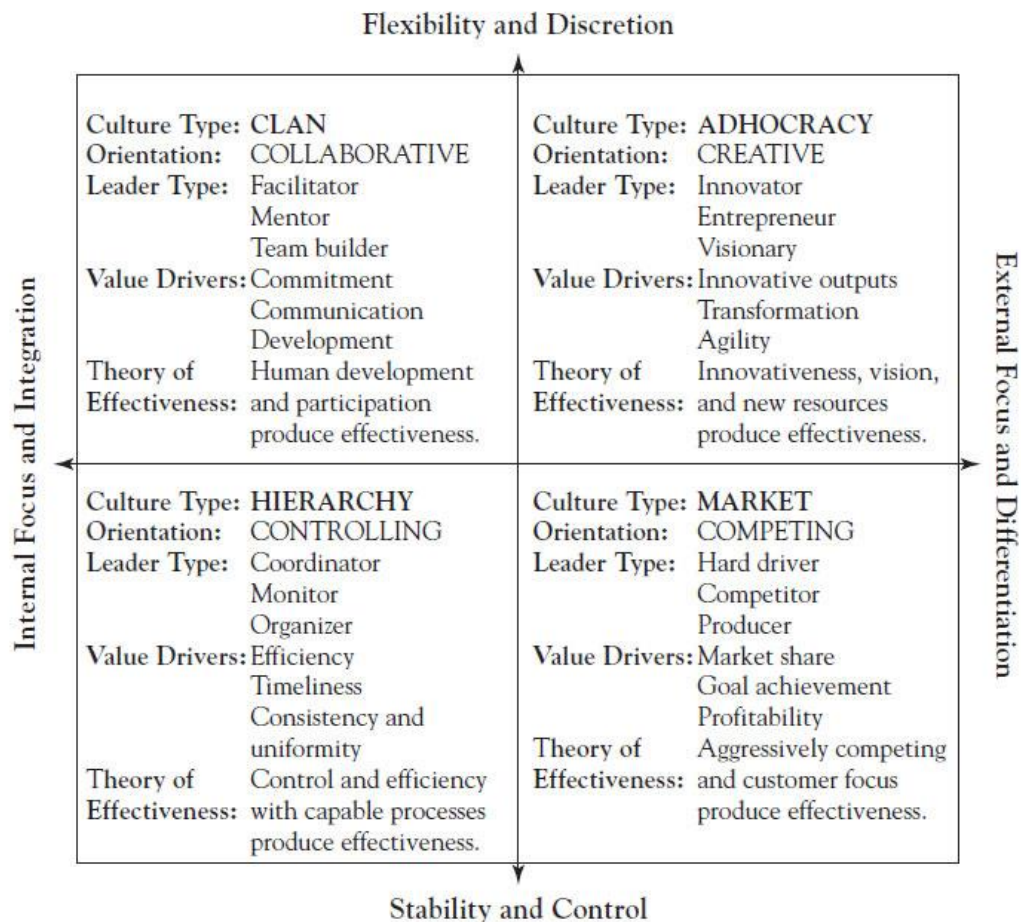
Organisasjonspsykologen Edgar Schein mener at lederens viktigste oppgave er å lære seg å kjenne kulturen for så å kunne påvirke den (Schein, 1990, s. 118). En kultur er ikke lett å få øye på. Nærværet er ofte tydelig, men det kreves mye tålmodighet og stor innsats for å få satt ord på og beskrevet den (Schein, 1987, s. 115). Organisasjonskultur blir derfor et begrep som er vanskelig å definere da konseptet i seg selv er tvetydig. Edgar Schein har definert begrepet således:

Kultur kan nå defineres som (a) et grunnleggende mønster av antagelser, (b) oppfunnet, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe, (c) når den lærer å takle problemene med ekstern tilpasning og intern integrasjon, (d) som har fungert godt nok til å bli ansett som gyldige og derfor (e) skal læres til nye medlemmer som (f) riktig måte å oppfatte, tenke og føle i forhold til disse problemene (Schein, 1990, s. 111).

Organisasjonskulturen to hovedfunksjoner: intern og ekstern tilpasning. Den interne funksjonen bidrar til intern stabilitet mens den eksterne berører forholdet til omgivelsene (Schein, 1987, s. 41).

#### 3.1.3.1 Endringer i organisasjonskulturen

Cameron & Quinn (2006) har sett på viktigheten av organisasjonskultur og spesielt ved endringer. Selv om verktøyene og teknikkene kan være til stede og endringsstrategien er implementert, ser man at anstrengelsene for forbedring mislykkes fordi den grunnleggende kultur av organisasjonens verdier, måter å tenke på, ledelsesstil, tilnærminger til problemløsning, forblir det samme. Omfattende bevis på dette faktum har kommet fram fra mange empiriske studier. Uten en utveksling av de grunnleggende målene, verdiene og forventningene er forandringer overfladiske og har en kort varighet (Cameron & Quinn, 2006, s. 11). Utvekslingen skriftlig av verdier og mål kan være nyttige, men de har liten troverdighet, med mindre de støttes av lederaksjoner og avgjørelser mener Yukl (2013, s. 283).



Figur 4: The Competing Values of Leadership (etter Cameron & Quinn, 2013, s. 54).

Modellen over viser fire forskjellige kulturtyper. Med disse kulturene, og deres preferanser, som bakteppe har Cameron og Quinn sett på hvilke lederroller som passer inn i respektive kulturer. I den hierarkiske kulturen vil den mest effektive lederrollen være den som er god til å organisere, kontrollere, overvåke og administrere. Store organisasjoner og offentlige etater er oftest preget av en hierarkisk kultur, med sterk vektlegging av regler og standardiserte prosedyrer sammen med flere hierarkiske nivåer. I en markedskultur har man fokus rettet mot eksterne omgivelser. Når en organisasjon er dominert av markedsulturen vil en leder trenge å være god til å styre, produsere resultater, forhandle og motivere andre. I en adhokratisk kultur finner man mye kreativitet og innovasjon. Gode ledere i organisasjoner dominert av adhokratisk kultur pleier å være entreprenører, visjonære, innovative, kreative, risikoorientert og har fokuset på fremtiden. Klankultur kjennetegnes med mye teamarbeid og medvirkning av de ansatte. I en klankultur er de mest effektive lederne de som tilrettelegger for deltakelse og engasjement. Dette er elementer vi kjenner igjen i «human-relations» teoriene og videre i

transformasjonsledelse. Kjennetegnene finner vi også i kvalitetsledelse, som oppdaget at man kan gjøre suksess med klankultur, hvor man sikrer at alle ansatte deler de samme verdiene, overbevisninger og målene (Cameron & Quinn, 2013, s. 42- 52).

Rammeverket over kan brukes ved kvalitetsledelse, hvor det anbefales å bruke aktiviteter knyttet til alle de ulike kulturtypene. For å drive frem de høyeste nivåene av kvalitet i en organisasjon, kan en rekke av aktivitetene knyttet til hierarkisk kultur benyttes så som målinger og kontroller. I tillegg anbefales det å bruke aktivitetene i markedsulturen, som målinger av kundetilfredshet og klima hos samarbeidspartnere. Aktivitetene i klankulturen er også sentrale med i forhold til å bygge team og involvere de ansatte med åpen kommunikasjon. Kvalitetsledelse trenger også aktivitetene i adhokrati som å forplikte seg til kontinuerlig forbedring (Cameron & Quinn, 2013, s. 57).

Betydningen av organisasjonskultur blir stadig viktigere for å opprettholde stabilitet i den stadige samfunnsendringen som igjen medfører behov for endringer i organisasjonene (Cameron & Quinn, 2013, s. 165). Organisasjoner i et sykehus, en institusjon, kan gjenfinnes i organisasjonskulturen, rutine og strukturen (Busch, Johnsen & Vanebo, 2003, s. 91). Den institusjonelle teori vil belyses i neste kapittel.

#### **3.1.4 Institusjonell teori**

For å forstå organisasjoner i et sykehus, som er store og komplekse, har jeg valgt å bruke William R. Scott sitt teoretiske institusjonelle perspektiv. Det institusjonelle perspektivet ser på handlingsmønstre i en institusjon, og bakgrunnen for handlingsmønstrene. Organisasjonsteorien har tre fortolkningsrammer: regulativt, normativt og kulturelt kognitivt. Hver av perspektivene, rammene eller de såkalte pilarene, har påvirkningskraft på medlemmenes handlinger, og beveger seg fra det bevisste til det ubevisste. Disse perspektivene gir sammen med tilknyttede aktiviteter og ressurser stabilitet og mening til det sosiale livet. Disse er viktige hver for seg, men fungerer ofte i kombinasjon (Scott, 2014, s. 57). Alle institusjoner innlemmer ett eller flere av disse pilarene, i varierende kombinasjoner. Handlinger i en institusjon må derfor sees med «institusjonelle briller», da de er preget av ulike institusjonelle pilarer (Bukve & Kvåle, 2014, 138).

#### 3.1.4.1 Regulativ pilar

Den regulative pilaren representerer lovgivning, regelsetting, overvåking og regulering av atferd med mekanismer som sanksjonering (Scott, 2014, s. 60). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016), Spesialisthelsetjenesteloven (1999) og nasjonale retningslinjer for pasientbehandling er eksempler på regulative mekanismer for handling. Ledere, ansatt i politisk styrte organisasjoner slik som et sykehus, får et avgrenset handlingsrom da de må forholde seg til politiske vedtak, lover, regler og fortolkninger av disse. Det politiske systemet er også lite forutsigbart og kan skape vansker for langsiktig planlegging (Busch, 2012, s. 49).

#### 3.1.4.2 Normativ pilar

Den normative pilaren vektlegger normer og verdier som basis for en stabil sosial orden i organisasjonen (Scott 2014, s. 66). Normer spesifiserer hvordan ting skal gjøres. Som eksempel forventes det at et sykehus behandler sine pasienter i henhold til kravene fra helsemyndighetene. Verdier er forestillinger om det foretrukne eller det ønskelige sammen med konstruksjon av standarder (Scott, 2014, s. 64). Verdier er basert på fornuftsmessig rasjonalitet, og utviklet fordi de er hensiktsmessige og angir faglig standarder (Busch, 2012, s. 8).

Organisasjoner i et sykehus har profesjonsutøvere som utfører kjernevirksomheten. De dominerende profesjonene i et DPS er overleger, psykologspesialister og psykologer. Henry Mintzberg (1980) omtaler denne type organisasjoner som profesjonelle byråkratier, der det ansettes høyt utdannede spesialister, som arbeider med kjernevirksomheten og gis betydelig autonomi i sitt arbeid. Mye makt og myndighet ligger hos profesjonene (Bukve & Kvåle, 2016, s. 13). Det betyr igjen at profesjonsutøvernes normer og verdier blir den styrende handlingsregelen i lys av den normative pilaren.

Spesialistene styrer ofte ikke bare sitt eget arbeid, de har også en tilbøyelighet til å opprettholde kollektiv kontroll over organisasjonens administrative støtteapparat. Det administrative støtteapparatet verdsettes da ved å utøve det mer enkle og rutinemessige arbeidet som kan støtte opp de profesjonelle. Det administrative støtteapparatet jobber ofte mer i en byråkratisk del, typisk preget av regler og mye kontroll, hos det profesjonelle byråkratiet (Mintzberg, 1980, s. 333 - 334).

### 3.1.4.3 Kulturelt-kognitiv pilar

Kjernen i den kulturelt-kognitive pilaren handler om det symbolske med ord, tegn og bevegelser. Disse symbolene preger oppfatningene av objekter og aktiviteter, en felles forståelse tas for gitt. Kulturelle oppfatninger varierer og blir ofte bestridt, særlig i tider med endring (Scott, 2014, s. 68). Den kulturelt-kognitive pilaren som ifølge Scott er felles oppfatninger av den sosiale virkeligheten, vil i dette tilfelle handle om profesjonens felles forståelse av sin yrkesrolle og de kollektive praksisrutinene ved sykehuset. Dette bidrar til at de ansatte får en følelse av identitet, det sier noe om de uskrevne reglene og stabiliserer det sosiale systemet (Cameron & Quinn, 2013, s. 19). Identiteten legger så føringer for hva som er naturlige, logiske og rasjonelle handlinger (Kvåle & Wæraas, 2017, s. 15).

Identitetsspørsmålet, det vil si spørsmålet om «hvem organisasjonen er» er tett knyttet til legitimitet. En organisasjon er avhengig av en legitimitet, en sosial aksept og troverdighet. Grunnlaget for legitimitet kan knyttes til elementene i de tre pilarene. I den regulative pilaren er legitimiteten knyttet til om organisasjonen følger lover og regler, i den normative til felles oppfattelse av verdier og normer (Scott, 2014, s. 74). Verdier må være kompatibelt med verdiene samfunnet har for å oppnå legitimitet (Kvåle & Wæraas, 2017, s. 58). I den kulturelt-kognitive pilaren er legitimitet knyttet til en felles identitet, en kognitiv konsistens. Sistnevnte pilar har det dypeste nivået, ettersom det bygger på det ubevisste, det som blir tatt for gitt (Scott, 2014, s. 74).

Den institusjonelle organisasjonsteorien gir en forklaring på en institusjonell stabilitet og liten vilje til endring (Scott, 2014, s. 66).

## 4. Metode

For å samle inn data fra virkeligheten, også kalt empiri, trenger man en fremgangsmåte, en metode (Jacobsen, 2018, s. 21). Denne delen redegjør for mine metodiske valg gjennom et sett av faser. Først gis en begrunnelse for valg av tema og problemstilling. Deretter presenteres valg av forskningsdesign og studiens utvalg. Videre begrunnes valget i forhold til den kvalitative metoden og prosessen med intervjuene. Til slutt beskrives analysedelen før betraktninger gjøres i forhold til gyldighet, pålitelighet og det etiske.

### 4.1 Utvikling av problemstilling

Min problemstilling handler om kvalitetsorientert ledelse i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern for voksne. Min studie vil belyse hvordan ledere i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern for voksne, gjennom elementene i kvalitetsorientert ledelse, arbeider med kvalitetsforbedringer i pasienthelsetjenestene. Elementene er fokus på styringssystem sammen med god ledelse som engasjerer de ansatte og fremmer en kultur for læring og forbedring. Studie ser særlig på kvalitetsforbedringsarbeid ved alvorlige uønskede hendelser.

Min problemstilling startet med en nysgjerrighet rundt begrepet kvalitetsorientert ledelse, når jeg som forholdsvis ny rådgiver i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern, skulle arbeide med strategiplaner. Utvikling av min problemstilling ble så gjort på bakgrunn av dokument- og litteraturstudier. Mye tid har gått med til datainnsamling via sekundær- og tertiærdata, for å få et innblikk i kontekst, politiske føringer og funn fra andre studier. Jeg har analysert forskjellig litteratur og dokumenter som relaterer seg til ledelse av helsesektoren, som dokumenter fra et overordnet, politisk nivå ned til styring i organisasjonene. Jeg har lest hjemmesider til Regjeringen og Helse- og omsorgsdepartementet, årsrapporter, flere offentlige publikasjoner innen helse, overordnet og lokale styringsdokumenter.

For å gjøre problemstillingen forskbar, ble fenomenet, eller arbeidsformen, delt opp i to enkeltelementene som igjen gav grunnlaget for to forskningsspørsmålene. Ved hjelp av disse spørsmålene er tanken å få en dypere kjennskap til fenomenet som da innehar enkeltelementene: styringssystem og ledelse. Elementene er gjensidig avhengig av hverandre. Kvalitetsledelse er valgt da den best forklarer fenomenet slik det utspiller seg. Siden kvalitetsledelse er et konsept, og ikke en teori, med ulike deler av ledelses – og organisasjonsteorier, har jeg valgt å supplere med teoriene i transformasjon- og transaksjonsledelse og organisasjonsteorier.

Problemstillingen bestemmer hva slags undersøkelsesopplegg og metode man bør benytte. Man kan her skille mellom tre dimensjoner: om problemstillingen er uklar eller klar, om den er forklarende eller beskrivende og om det er et ønske om å generalisere eller ikke. Problemstillinger kan ofte ha glidende overganger mellom disse dimensjonene og ikke enten eller (Jacobsen, 2018, s. 78). Min problemstilling har en glidende overgang fra å være noe uklar til å være beskrivende. Jeg gjennomførte undersøkelsen fordi jeg så fenomenet som noe uklart, og ønsket derfor å se nærmere på det og beskrive fenomenet. Problemstillingen søker også å få frem mange nyanser og er åpen for kontekstuelle forhold. En slik metode kalles eksplorerende og krever vanligvis konsentrasjon om få enheter (Jacobsen, 2018, s. 64). Min problemstilling blir da slik jeg ser det både eksplorerende og beskrivende.

Når det gjelder muligheten for å generalisere eller ikke, så er det en grunntanke om at utvalget må være over en viss størrelse før vi kan snakke om muligheten for å generalisere. Når generalisering er mindre viktig, kan man velge en kvalitativ innfallsvinkel med et intensivt opplegg hvor man konsentrerer seg om færre enheter (Jacobsen, 2018, s. 87). Min problemstilling krever at jeg går i dybden, og det blir styrende for å velge et intensivt opplegg.

## **4.2 Valg av undersøkelsesopplegg/forskningsdesign: casestudie**

Undersøkelsesopplegget, også kalt forskningsdesign, er den logiske strukturen i et forskningsprosjekt. Jeg har valgt casestudie som forskningsdesign, da det bestod av elementer som passet til å belyse min problemstilling. I følge Yin (2014) så vil casestudier være relevant når man søker å forklare et sosialt fenomen, gjerne med hvordan eller hvorfor. I min studie har jeg to forskningsspørsmål som søker en forklaring med å stille spørsmålet hvordan. En casestudie er også å foretrekke når man ønsker å undersøke et fenomen i dybden og innenfor dens virkelige kontekst (Yin, 2014, s. 16). I min studie kan jeg ikke løsrive fenomenet fra der det skjer, fra konteksten.

Casestudier kjennetegnes ved at undersøkelsesopplegget er rettet mot å studere omfattende informasjon om få enheter (Thagaard, 2013, s. 56). For å kunne gå i dybden av fenomenet har jeg måtte vektlegge få undersøkelsesenheter ved et gitt tidspunkt. En slik tilnærming som også da er avgrenset i tid og rom, kalles enkeltcasestudie (Jacobsen, 2018, s. 49).

Casestudier kan ha ulike formål, og målet med denne studien er utvikling av kunnskap om fenomenet kvalitetsorientert ledelse i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern for voksne.

Fenomenet har, som vist tidligere, flere elementer som er gjensidig avhengig av hverandre. Elementene er basert på teori og fenomenet vil derfor sees i lys av flere teorier. Teoriene blir brukt komplementært for å trekke frem ulike faktorer som sammen danner en helhetlig forklaring. Teoriene setter søkelys på ulike sider ved fenomenet (Bukve, 2016, s. 136). Casestudie blir da et teoretisk fortolkende studie, hvor det empiriske materialet framstilles i forhold til flere teorier (Bukve, 2016, s. 88).

### 4.3 Utvelgelse av deltakere til undersøkelsen

I denne studien er det foretatt en strategisk utvelgelse av deltakere. Dette innebærer at jeg velger deltakere som har roller som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2013, s. 60). Deltagere bør være personer som er tett knyttet til problemstilling og representerer det fenomenet man ønsker å undersøke (Jacobsen, 2018, s. 178). Min problemstilling handler om kvalitetsorientert ledelse i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse. For å kunne opprettholde en distanse til materialet, har jeg valgt to DPS-enheter, som jeg hadde lite kjennskap til. Jeg valgte ut både mellom- og førstelinjeledelsen, for å finne dybde og nyanser i utøvelse av kvalitetsorientert ledelse. Mellomlederen, kalt avdelingssjef, har et overordnet ansvar for kvalitet og kvalitetsforbedringsarbeid mens førstelinjeledelsen, kalt enhetsledere, arbeider operativt med kvalitet og kvalitetsforbedringsarbeid samt har en direkte linje til medarbeidere. Jeg valgte kun to enheter, da hver enhet ville gi meg muligheten for fire intervjuer, til sammen åtte intervjuer. Omfanget ble begrenset i tanke på å kunne få tid til å gjennomføre de omfattende analysene som følger av intervjuer. Dessverre så hadde to av de forespurte enhetslederne ikke mulighet til å stille, så resultatet ble to avdelingssjefer og fire enhetsledere. Da jeg så at jeg kun ville få seks intervjuer totalt, diskuterte jeg med min veileder om å supplere med to andre personer, som jobber med kvalitet og kvalitetsforbedring til daglig og har dyp kunnskap om temaet. Vi ble enige om at det ville være fint å supplere med disse to personene som da ville benevnes informanter, ikke respondenter. Informanter representerer ikke selv fenomenet men har god kunnskap om det (Jacobsen, 2018, s. 178). Mine informanter og respondenter var 5 menn og 3 kvinner, med en gjennomsnittsalder på 48,8 år. De hadde satt i sin lederposisjon i 8,6 år i gjennomsnitt. Av de totalt 8 som ble intervjuet var det 2 som ikke hadde klinisk utdanningsbakgrunn. 3 av de 8 hadde formell lederutdanning, mens de øvrige hadde liten eller ingen formell lederutdanning. Fagfolk er godt representert mens ledere med formell lederutdanning er i mindretall.



## 4.4 Kvalitativ metode

Problemstillingen er førende for valg av metode. Siden min problemstilling er beskrivende og den søker å undersøke et fenomen som er noe uklart, har jeg sett det mest hensiktsmessig å samle inn ord. En kvalitativ metode samler inn data som ord, og blant de hyppigste metodene er individuelle intervjuer (Jacobsen, 2018, s. 145). I følge Jacobsen (2018) vil en kvalitativ tilnærming ofte ha høy relevans, da metoden får frem den «riktige» forståelsen av et fenomen. Jeg valgte en kvalitativ intervju metode siden jeg har interesse for hva den enkelte sier og hvordan den enkelte fortolker og legger mening i fenomenet som undersøkes. Intervjuer er også den vanligste metoden i casestudier. Jeg valgte åpne, ansikt – til – ansikt, semi-strukturerte dybdeintervjuer, for å kunne ha mulighet til å utforske og formidle tanker, ideer og kompetanse informantene har i forhold til fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 147).

### 4.4.1 Intervjuprosessen

Intervjuprosessen startet med å utarbeide en intervjuguide med spørsmål som kunne belyse min problemstilling. Intervjuguiden ble utformet med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene som igjen var basert på teori. Intervjuguiden (vedlegg 3) ble så vedlagt søknaden til Norsk Senter for forskningsdata (NSD). Etter at søknaden var godkjent (ref.nr. 547879), sendte jeg de jeg ønsket å intervjuer en forespørsel per mail sammen med informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 1 og 2). Flere svarte umiddelbart mens andre svarte etter en påminnelse. Av de totalt åtte forespørslene fikk jeg seks positive svar. Etter å ha mottatt svar avtalte vi sammen en passende dag og klokkeslett. Før de aktuelle intervjuavtalene tok sted hadde jeg to test-intervjuer på egen arbeidsplass.

Spørsmålene i intervjuguiden ble tematisert på forhånd, og rekkefølgen på spørsmålene var i stor utstrekning fastlagt. Jeg hadde også utarbeidet en del oppfølgingsspørsmål for å få mer detaljert informasjon, noen med oppfordring til å presentere konkrete eksempler.

Spørsmålsformuleringen ble allikevel noe tilpasset konteksten for å få en naturlig flyt i samtalen, samt at jeg hadde åpninger for temaer som ikke var planlagt på forhånd (Thagaard, 2013, s. 98). I selve intervjusituasjonen hadde jeg fokus på å utvikle tillit, ha pauser og markere overganger til nye temaer, være lyttende og å tilpasse situasjonen til de innspill som kom. Mine intervjuer hadde da en delvis strukturert tilnærming også kalt semi-strukturerte, som la vekt på et samspill i intervjusituasjonen.

Tiden jeg brukte på intervjuene varierte fra 25 minutter til 1 time og 35 min, og alle bortsett fra ett, foregikk på respondentens/informantens kontor. Intervjuene ble registrert på lydopptak, noe de hadde gitt samtykke til på forhånd. Alle intervjuene foregikk i perioden fra slutten av mai og til medio juni 2019. Transkriberingen foregikk i august og september, 2019. Deltagelsen var basert på prinsippet om frivillighet og svarene har blitt behandlet konfidensielt. Figuren under viser det totale materialet for datainnsamlingen.

<b>Kilder</b>	<b>Antall</b>	<b>Metoder</b>	<b>Benevnelser</b>
Mellomleder	2	Semi-strukturerte kvalitative intervjuer med intervjuguide.	Avdelingssjef
Førstelinjeleder	4	Semi-strukturerte kvalitative intervjuer med intervjuguide.	Enhetsledere
Kvalitetspersonell	2	Semi-strukturerte kvalitative intervjuer med intervjuguide som den over, men noe tilpasset.	Nøkkelinformanter

Figur 5. Datainnsamlingsmetode og oversikt over kilder.

Etter hvert intervju ble dataene fra lydopptakene anonymisert og lagret på en datamaskin, sikret mot uautorisert tilgang. Etter at alle intervjuene var foretatt og all data sikret og lagret på datamaskinen, startet transkriberingen. Å transkribere betyr å oversette fra talespråk til skriftspråk. Transkripsjonen ble gjort ordrett og materialet ble strukturert inn i en kolonne i en tabell sammen med intervju spørsmålene. Figuren under illustrerer dette.

A. Innledende spørsmål		Personalia	Menings fortetting	Koder
1) Kjønn, alder og stilling?	Mann, 45 år, enhetsleder	Mann, 45, Enhetsleder		
2) Hvor lenge har du arbeidet som leder ved dette DPS'et?	Jeg er på 7 år nå, så fra februar 2013.	7 år		
3) Har du klinisk utdanningsbakgrunn?	Jeg er sykepleier i bunn med videreutdanning innen psykisk helse	Spes.sykepl.		
4) Har du arbeidet som kliniker og i tilfelle hvor lenge?	Ja, først i 2000 og jobbet i 10 år i akuttpsykiatrien.	10 år		
5) Hva slags utdanning har du som er relevant for din stilling?	Har ingen formell lederutdanning. Tenker det som er relevant er det jeg har fått av erfaring etter å ha "jobbet på gulvet" i turnus ikke minst og med psykisk helse.	Ingen formell lederutd.		
B. Hvordan brukes styringssystem i kvalitetsforbedringsarbeidet?		Styringssystem	Oppsummering	Koder
6) Hva tenker du når jeg sier «kvalitetsorientert ledelse»?	Jeg skjønner at det er et begrep, som jeg egentlig ikke har definisjon på. Men kvalitetsorientert ledelse...eh.. For meg.. Betyr det..eh.... At det er et fokus. Det er noe vi setter søkelyset på... kvalitet.. Som leder...at en fremmer kvaliteten i arbeidet. Men helt hvordan og hva som ligger i begrepet, det vet jeg ikke. Men det er jo et begrep som sier noe om kvaliteten, at det er synlig i ledelsen i lederstilen, i hvordan en leder leder enheten vil jeg tro. Sånn jeg tenker umiddelbart? Har du hørt om begrepet før? Tja, jeg har iallefall ikke hengt meg opp i det.	At en som leder setter søkelys på kvalitet og fremmer kvalitet i arbeidet. Begrepet sier noe om at kvalitet er synlig i ledelsen i lederstilen.		Fokus på kvalitet i arbeidet. Lederstil.
7) Hvilke styringssystem (tilnærming, modeller, verktøy) benyttes i dagens prosedyrer og rutiner rundt kvalitetsarbeidet?	Vi har alt av prosedyrer og retningslinjer i EkWeb. Det er jo et styringssystem om du vil. Det må vi jo forholde oss til uansett. Det er jo det som ligger der som alle må følge. Også har vi noen egne prosedyrer og retningslinjer som er passende til den enheten, naturlig nok. Eh... som personalet er i stor grad med å definere hvordan vi skal ha det, for å sikre god kvalitet da, på det vi leverer. Eh.. ellers så går det jo nedover...våre måter å jobbe på er selvfølgelig styrt og definert ut ifra hva som er definert i oppdragsdokument osv. Hva som er oppdraget vårt, ut i fra det jobber vi utifra føringer som kommer fra høyere hold, sentralt. Men det jo så diffust alt det der så vi forholder jo oss til EkWeb og de retningslinjene som ligger der, først og fremst. Jeg tror ikke vi skal påberope oss at vi har masse andre systemer vi går etter.	Våre måter å jobbe på er styrt av "oppdrag og bestillingsdokument (OBD), men det kan være noe diffust så vi forholder oss til EK og de retningslinjene som ligger der, først og fremst. Lokale prosedyrer er de ansatte med på å utarbeide.		OBD - noe diffust, EkWeb Medvirkning
- Tenker du at noe kunne med fordel ha vært gjort på en annen måte? I tilfelle hvordan?	Hm... altså jeg er i utgangspunktet rimelig fornøyd med hvordan EkWeb, hvis en skal bruke det, er lagt opp og fungerer, og hvor tilgjengelig det er. Eh.. (tenker)...Jeg kan ikke se akkurat det nå, hvordan jeg skulle ønske det annerledes. Jeg tenker det er et utrolig viktig verktøy og system å ha, fordi det gjør jobben min mye enklere i forhold til å få det ut til personalet. Jeg kan liksom ikke finne opp kruttet hele tiden. Eh... men jeg kan ikke se sånn på stående fot hvordan jeg skulle ønske det annerledes. Det er jo klart... vi er jo forskjellige... og det er ikke alle som synes det er like greit å navigere i det.	Ikke så lett å navigere i EK		Mer brukervennlig EK
	Ja... hvem? Vi har hatt nå i flere år, en egen kvalitetskontakt. En som jobber som leder for poliklinikken. Det var på bakgrunn av innføring av DDKM. Som tok dette videre og hele tiden holder dette varmt, og sikrer god kvalitet på det vi leverer. Det er klart, det er jo også litt andre forhold for poliklinikken. I forhold til at der skal de levere, for å få gjort unna det	Ledergruppa. Kvalitetskontakt har har en brokstilling.		

Figur 6. Eksempel på analysearbeidet

## 4.5 Dataanalyse

Etter at datamaterialet var blitt transkribert, begynte analysearbeidet. Det finnes ikke noen standardmetode for en tekstanalyse, i motsetning til de mange metodene som er tilgjengelig i statistisk analyse. Det som er viktig å tenke i denne fasen er derfor, som Kvale & Brinkmann (2015) uttaler: «Hvordan kan intervjuene hjelpe meg å utvide mine kunnskaper om fenomenet jeg undersøker?»

Da jeg transkriberte svarene, hadde jeg opprettet et Excel-dokument med en arkfane til hver deltaker. Jeg skrev spørsmålene i kolonne 1, så kom svarene i kolonne 2. Jeg startet så med en induktiv innfallsvinkel (Bukve, 2016, s. 135) ved å lese gjennom materialet flere ganger for å få en god oversikt, før jeg fortsatte med en meningsfortetting. I en meningsfortetting gjøres en

oppsummering eller reduksjon av innholdet og intervjupersonens uttalelser reduseres til kortere formulering (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 232). Disse meningsfortetningene er beskrevet i kolonne 3. Deretter knyttet jeg kodeord til utsnitt av data for å fremheve meningsinnhold, se kolonne 4. Til denne delen av analysen brukte jeg en deduktiv innfallsvinkel en såkalt datastyrt koding, hvor koder utvikles gjennom tolkning av materialet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 227). Hver kode representerer flere setninger.

Neste trinn var å sammenstille meningsfortetning og kodingen i en kategorisering som inneholdt beskrivelser fra alle deltakerne. Denne sammenstilte meningsfortetningen ble så vurdert i forhold til de to forskningsspørsmålene.

I den siste delen av den analytiske prosessen jobbet jeg med å skifte oppmerksomhet mellom å utforske meningsinnholdet i empirien og å innarbeide det teoretiske rammeverket (Thagaard, 2013, s. 187). Tolkingsprosessen begynte derfor med en induktiv innfallsvinkel, og fortsatte med en deduktiv tilnærming, som setter funnene i lys av kontekst og teoriene (Bukve, 2016, s. 135). Utfordringene jeg møtte i analyseprosessen har vært flere. Det teoretiske rammeverket jeg valgte for analyseprosessen var omfattende og derfor krevende i analyseprosessen. Videre var det vanskelig å kategorisere empirien da det hadde glidende overganger. Det ble en prosess hvor jeg gikk frem og tilbake mange ganger for å finne en struktur som gav mening. Datamaterialet hadde også flere perspektiver: mellomledernivå, førstlinjenivå og et overordnet nivå som ble tatt hensyn til.

#### **4.6 Gyldighet og pålitelighet**

Et godt forskningsdesign må møte ulike krav. Det er to vesentlige krav til en vitenskapelig undersøkelse: gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet). Gyldighet deles inn i intern og ekstern gyldighet. For å sjekke intern gyldighet må vi spørre oss selv om vi har fått tak i det vi ønsket (Jacobsen, 2018, s.228). Den valgte datainnsamlingsmetoden med de spørsmål som var utarbeidet for intervjuguiden, gav mye og god informasjon som kunne brukes til å belyse min problemstilling. Intervjuguiden ble bare litt justert i intervjuene med nøkkelinformantene da de ikke hadde lederrolle. Ledelsen ved to DPS sammen med kvalitetspersonellet var gode kilder til mine funn. Gjennom drøftingen av studien presenteres også funn fra andre studier som underbygger validiteten av mine funn.

Det å ikke studere i egen organisasjon, men være tilknyttet samme klinikk har sine negative og positive sider. En av de positive er at man allerede har en del forhåndskunnskap. En av de negative er at man kan bli forutinntatt og at enkelte sider blir usett (Jacobsen, 2018, s. 58). Siden jeg er forholdsvis ny i organisasjonen har jeg hatt noe forhåndskunnskap, men har samtidig måtte lese meg opp på mange helsepolitiske dokumenter sammen med interne retningslinjer. Fordelen har kanskje vært størst i forhold til å ha god tilgang på det meste. Det at jeg er forholdsvis ny i organisasjonen har også vært positivt i forhold til at forutinntattheten min er mindre.

Intern gyldighet handler altså om vi har beskrevet et fenomen på riktig måte, og der har casestudier sin styrke når sammensatte sosiale prosesser og mekanismer skal undersøkes (Bukve, 2016, s. 84). I forhold til ekstern gyldighet har casestudier noen begrensninger, blant annet med at det er vanskelig å generalisere eller overføre statistisk fra en case til en annen (Jacobsen, 2018, s. 100). Overførbarhet kan knyttes til gjenkjennelse, hvor personer med erfaringer fra det fenomen som studeres, kan kjenne seg igjen i de tolkningene som fremkommer i teksten (Thagaard, 2013, s. 213). Jeg antar at studien min vil ha en overføringsverdi i spesialisthelsetjenesten og spesielt for ledelse innen psykisk helsevern. I min studie ønsker jeg ikke først og fremst en statistisk generalisering med overførbarhet, men en teoretisk meningsfull forståelse av fenomenet.

Kravet om pålitelighet og troverdighet (reliabilitet) handler om å sjekke ut om det er aspekter ved undersøkelsen som har skapt resultatene. Har undersøkelsesopplegget påvirket respondentene? Har det vært intervju- eller konteksteffekt tilstede (Jacobsen, 2018, s. 242)? Intervjuene ble gjennomført på ulike kontorer og møterom, i hovedsak på deres egen arbeidsplass. Undersøkelsen ble utført i to forskjellige organisasjoner og det kan da være innslag av noen kulturforskjeller, men etter min forståelse ingen av nevneverdig verdi. Ansikt til ansikt intervjuer medfører en direkte kontakt mellom forsker og respondent, og relasjonen som forskeren etablerer kan bli avgjørende for kvaliteten på materialet (Thagaard, 2013, s. 14). I følge Thagaard (2013) er det viktig å være bevisst denne faktoren, da det i seg selv kan være et metodisk poeng. Jeg hadde ikke kjennskap til de fleste av deltakerne. Dette oppfattet jeg som bra, da jeg fikk være mer en forsker enn en kollega fra sektoren. I intervju-situasjonene hadde jeg stort fokus på å skape en god og tillitsfull atmosfære. Alle respondentene viste god innlevelse og intervjuguiden fungerte bra. Jeg hadde satt meg godt inn i temaet, stilte oppfølgingsspørsmål der jeg trengte suppleringer, lyttet og beholdt stillhet av og til. Innlevelse er viktig, mens lite oppmerksomhet og slurv kan skade troverdigheten.

Jeg hadde også en bevisst holdning til etiske standarder, så som å bevare intervjupersonens integritet (Thagaard, 2013, s. 120). Når data har blitt tolket har jeg forsøkt å ha et avklart forhold til min forforståelse: mitt ståsted, kunnskaper, motiver, personlige erfaringer og interesser. Dette er viktig å huske på da min kunnskap og erfaringer kan påvirke min tolkning av dataene, og det kan gi uheldige tolkninger.

En enkel huskeregel i forhold til gyldighet og pålitelighet er at andre skal kunne gjennomføre samme undersøkelse og få samme resultat. Samtidig kan man si at å replisere et kvalitativt studie er så å si umulig for selv om forskeren tydelig redegjør for sitt kunnskapsgrunnlag, så vil en eksakt gjentakelse være umulig. Forsknings situasjonen er aldri lik, da mellommenneskelige prosesser ikke kan gjentas på tilsvarende måte på et senere tidspunkt. I kvalitative studier er derfor metodisk refleksjon viktig grunnlag for pålitelighet, og begrunnelser for tolkninger viktig grunnlag for gyldighet (Thagaard, 2013, s. 210).

#### **4.7 Etiske betraktninger**

Forskningsetikken har i dag tre grunnleggende krav: informert samtykke, krav på privatliv og på å bli korrekt gjengitt (Jacobsen, 2018, s 47). Før jeg startet min datainnsamling, ble informasjon om min studie som nevnt over, meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Alle som skal utføre empiriske undersøkelser som innehar personopplysninger må gjøre det, og innhenting av datamateriell skal ikke påbegynnes før denne innmeldingen i form av et søknadsskjema er godkjent. For å ivareta kravet om informert samtykke har deltakerne fått tilsendt full informasjon, med hovedhensikt og hvordan resultatene skal benyttes (vedlegg 1), sammen med et skjema for samtykkeerklæring (vedlegg 2) som jeg ønsket signert. Denne informasjonen ble sendt i forespørselen om deltakelse i undersøkelsen, per mail. Jeg har i analysen tilstrebet å beskytte deltakernes integritet. Jeg har der tatt hensyn til prinsippet om anonymitet, hvor navn er byttet ut med nummer i transkriberingsfilen. I rapporten har jeg titulert respondentene med mellomleder og førstelinjeleder mens informantene har forblitt hetende informant. Jeg har unngått sitater som har vært preget av ord og uttrykk som kan bidra til identifikasjon (Thagaard, 2013, s. 191). Alle deltagerne fikk også beskjed om at opptak, samtykkeskjemaer og kodeskjemaer skulle bli makulert når oppgaven ble godkjent. Før hvert enkelt intervju var jeg opptatt av å motta signert samtykkeerklæring av de som ikke da allerede hadde sent den til meg tidligere. Før intervjuet ble også mye av den informasjonen som tidligere var sendt ut i forespørselen om

deltagelse, gjentatt for å sikre forskningsetikken. Det siste kravet handler om at respondentene i undersøkelsen har krav på å bli korrekt gjengitt. Dette er ofte vanskelig da dataen gjennomgår en reduksjon i analyseprosessen. I tillegg blir dataene belyst fra et teoretisk rammeverk og dette kan gjøre at de sees i et lys som ikke deltakerne har reflektert over. Men det er viktig å etterstrebe en korrekt gjengivelse, og alltid presentere sann data og sette det inn i riktig sammenheng (Jacobsen, 2018, s. 52).

I dette kapitlet har jeg redegjort for mine metodiske valg, for best mulig fremføring av mine funn. Disse funnene vil bli presentert i neste kapittel og drøftet i lys av et sammensatt teoretisk rammeverk.

## 5. Funn og drøftinger

I dette kapitlet vil mine funn, det empiriske materialet, først bli presentert i kategorier tilknyttet forskningsspørsmålene. De empiriske funnene vil så bli drøftet i lys av både kontekst, teori og tidligere empiri.

Mine funn og drøftinger er disponert med utgangspunkt i to forskningsspørsmål:

1. Hvordan fremmer styringssystem kvalitetsforbedringer?
2. Hvordan fremmes en kultur for kvalitetsforbedringer?

Disse spørsmålene er egnet til å belyse min problemstilling: **Hvordan kommer kvalitetsorientert ledelse til uttrykk i psykisk helsevern?**

Siden kvalitetsorientert ledelse er et begrep som er lite definert innenfor helsesektoren, ønsket jeg først å undersøke hva de jeg intervjuet tenkte når begrepet ble presentert. Før jeg presenterer funnene med utgangspunkt i mine to forskningsspørsmål, vil jeg derfor beskrive hva informantene og respondentene assosierte med begrepet kvalitetsorientert ledelse og deretter drøfte det.

### 5.1 Kvalitetsorientert ledelse

Jeg ønsket tidlig i intervjusituasjonen å kartlegge hva de enkelte assosierte med begrepet kvalitetsorientert ledelse. Informant 1 assosierte begrepet med PDSA<sup>3</sup> sirkelen, og at den var det sentrale i alt kvalitetsforbedringsarbeid. Informant 2 tenkte at fenomenet omhandlet ledere som hadde kvalitet på agendaen i det daglige. Samme personen tenkte også at det handlet om ledere som var opptatt av å melde avvik, og følge opp disse samt ha fokus på å jobbe etter felles metoder og systemer. Mellomleder 1 assosierte begrepet med kvaliteten som skal tilbys pasienten. Begrepet ble assosiert som noe byråkratisk hos mellomleder 2:

Da tenker jeg at det er byråkrati. Da tenker jeg noe tungvinte greier, og så tenker jeg masse pålegg som kommer. Noe vi bare må forholde oss til. Noe som det er veldig fort å se på som et venstrehåndsarbeid, som du bare må levere på. Dette kan stjele tid fra noe som er viktigere. Men når man setter seg inn i dette, så ser man at det er ganske viktig. Men akkurat det ordet er ikke med på å skape en motivasjon. Det er et tungt ord. Det blir fort litt sånn New Public Management. Men så vet jeg jo at det inneholder veldig viktige ting.



Førstelinjeføderne tenkte flere forskjellige elementer så som målsettinger, instruksjer ovenfra, en egen lederstil med fokus på kvalitet i arbeidet og et systematisk forbedringsarbeid som må implementeres som en kultur i teamet.

### **5.1.1 Drøfting av kvalitetsorientert ledelse**

Funn i undersøkelsen viser at alle har litt forskjellige perspektiv på kvalitetsorientert ledelse. Perspektivet kan sees ut ifra ståstedet til de enkelte, der informantene har et mer overordnet blikk mens respondentene har det praktiske og utøvende blikket. Samlet sett så ble kvalitetsorientert ledelse assosiert med: systemer, verktøy, ledelse, kvalitet i tjenesten, avvik, byråkrati og New Public Management, målsettinger, lederstil med fokus på kvalitet og et systematisk forbedringsarbeid som må implementeres som en kultur.

Kvalitetsorientert ledelse har ikke en egen definisjon, men fremstilles som en *visjon* med utgangspunkt i helseministerens tale (Helse -og omsorgsdepartementet, 2017, innledningen) og stortingsmelding (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 6). Den regionale strategiplanen (Helse Sør-Øst, 2018) beskriver hvordan man tenker at kvalitetsorientert ledelse skal utvikles. I utviklingen skal det satses på styringssystem sammen med god ledelse som engasjerer de ansatte, og skaper en kultur for kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid (Helse Sør-Øst, 2018, s. 5). Disse elementene har støtte i prinsippene i kvalitetsledelse, hvor det sees som viktig å bruke systematisk innsamlede data i kvalitetsforbedringsprosessen og trekke alle medarbeidere med i arbeidet (Ishikawa, 1985, s. 112). I et institusjonelt perspektiv kan kvalitetsorientert ledelse sees som en anerkjennelse av at de ansatte i organisasjonene har egne normer og verdier, som vil ha innflytelse på den kulturen som skal fremme kvalitetsforbedringer (Scott, 2014, s. 57).

## **5.2 Hvordan fremmer styringssystem kvalitetsforbedringer?**

I henhold til den regionale strategiplanen er styringssystem for kvalitetsforbedringsarbeid bestående av blant annet kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre, avviks- og forbedringssystemer, dokumentstyringssystemer, pasient- og brukerundersøkelser og arbeidsmiljøundersøkelser (Helse Sør-Øst, 2018, s. 5). Disse styringssystemene sees som sentrale i de organisasjonene jeg har undersøkt, for å fremme det daglige systematiske arbeidet med kvalitet og kvalitetsforbedringer. Disse styringssystemene har derfor også fokus i min undersøkelse. Resultatene fra disse systemene brukes i kvalitetsforbedringsarbeidet.

Samtidig har jeg belyst kvalitetsforbedringsprosessen i modell for kvalitetsforbedring (Folkehelseinstituttet, 2015, 20.august).

I følge Øvretveit (2004, s. 376) så består styringssystem for kvalitet av disse fire delene: standarder, tilsyn, forbedringshandling og oppfølgingsansvar. Disse fire delene vil belyses i avsnittene under. Alle funnene drøftes så i eget underkapittel i lys av teori, kontekst og andre empiriske studier.

## 5.2.1 Styringssystemer

### 5.2.1.1 Standard

Forskriften (2016) beskriver kravet til innholdet i styringssystemet til virksomhetene. Kun en av informantene kjente til den nye forskriften, og kunne fortelle dette:

Det har jo vært en ny forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring. Den ble jo på en måte revitalisert. Etter at de gjorde det så ble den løftet frem mye mer, så den tror jeg er veldig viktig. Sånn som den er nå så er den jo, fordi om den er mye kortere, så er den jo veldig lik de kvalitetsstandarder som de bruker i privat sektor, så som IS 9001 og sånn. Jeg ser at den har veldig mye fokus fra Helsedirektoratet og sånn, og den gir et godt grunnlag som jeg tror sykehusene har behov for. For sykehusene har veldig mye bra på kvalitet, men det er veldig fragmentert. Litt her og litt der, mens den binder alt sammen, og den er veldig tydelig på, på det at man skal ha oversikt over dette arbeidet, og den er også veldig tydelig på at det er øverste leder som er ansvarlig. Noe som også har vært viktig å påpeke i helse, akkurat som man ikke har skjønt det at øverste leder er ansvarlig. Demings forbedringssirkel er grunnlaget for forskriften (Informant 2).

Den elektroniske kvalitetshåndboken er et dokument-styringssystem. De organisasjonene jeg har undersøkt har samlet eksterne krav fra myndighetene og brukerne samt interne krav i en digital kvalitetshåndbok også kalt EK. Alle jeg intervjuet snakket om flittig bruk av kvalitetshåndboken:

Vi har jo vårt prosedyreverk: EK, som skal gi svar på det meste. Det gjør jo det og vi har vel kommet opp til det at det har blitt en bevissthet hos de som utfører. Hvis det er

noe de lurer på, så går de der og leter i istedenfor å komme til meg. Det begynner å bli mer operasjonalisert og tas i bruk (Mellomleder 1).

Flere førstelinjeleder mente at det ikke alltid var like greit å navigere i kvalitetshåndboken, og mellomleder 1 mente at innholdet ikke alltid var like oppdatert: «Så er det gamle prosedyrer, prosedyrer som ikke er oppdatert osv. osv. Ja, så det er alltid noe plunder og heft med dette». Informant 1 snakket også om oppdatering i kvalitetshåndboken, som fra klinikkledelsens side, nå ikke var like bra som tidligere:

Vi har et problem nå etter at en ledene person som har gjort utrolig mye kvalitetsarbeid gikk av med pensjon. Nå er det et stort vakuum etter denne personen, som vi må fange inn igjen på en eller annen måte. Hun hadde en komplett oversikt over hele EK og var ansvarlig for hele prosessen med hvordan EK ble bygget opp, og hvordan dokumentene skulle tituleres og hvor de skulle være.

For ivaretagelse av skriftlig retningslinjer behøves ressurser, gjerne da et administrativt støtteapparat. Mine funn viser at det å få administrativ støtte fra merkantilt personale ble opplevd av flere som viktig for kvalitetsforbedringsarbeidet. Førstelinjeleder 4 sa det slik: «Det å ha en god og solid merkantil gruppe å forholde seg til er veldig viktig i forhold til kvalitetsarbeidet og det systematiske rundt det». Det ene DPS hadde i tillegg en leder som jobbet med kvalitetsforbedring i en prosentdel av stillingen: «Vi har hatt nå i flere år, en egen kvalitetskontakt. En som jobber som leder for poliklinikken og som hele tiden holder dette varmt, og sikrer god kvalitet på det vi leverer» (Førstelinjeleder 3). Det andre DPS'et hadde tidligere også hatt en brøkstilling til dette arbeidet.

Et eksempel på en standard er den nasjonale faglig retningslinjen: «*Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020*» (Helsedirektoratet, 2018, 5.juni). I intervjuene spurte jeg deltagerne om hvordan pasientene ble direkte involvert i kvalitetsforbedringsarbeidet. Alle fortalte da om pasientinvolvering i forbindelse med den nye nasjonale retningslinjen for pakkeforløp, hvor pasienter skal være aktivt involvert i sin egen behandling. En av informantene fortalte det slik:

Vi er på god vei i tanke på pakkeforløp med fokus på brukermedvirkning. Pakkeforløpet har et helt klart fokus på det. Det har vært fokus på det en god stund, men det er kanskje pakkeforløpet som har den faktiske kvalitetsideen, sånn jeg ser det. Klart fokus med bl. a instrumenter som «feedback» verktøy og andre

vurderingspunkter hvor pasienten gir tilbakemelding. Dette tenker jeg er veldig positivt (Informant 1).

En førstelinje fortalte litt mer om selve pasientinvolveringen slik:

Medvirkning er et sentralt begrep i pakkeforløpet slik vi leser det. Og da er det klart at det er viktig å høre hvordan oppleves behandlingen til nå. Hva fungerer hva fungerer ikke. Hele behandlingsplanen skal egentlig være tuftet på pasientens ønsker og behov, sant vel. Da er det helt naturlig at du må høre på hvordan fungerer dette (Førstelinjeleder 3).

Pakkeforløpene som skal gi pasientene mer systematisk innflytelse på behandlingen, ble implementert i januar 2019. I forhold til systematikken fortalte førstelinjeleder 3 det slik: «Etter innføring av pakkeforløp har man evalueringpunkter stadig vekk. Etter 2 uker hos oss så skal behandlingen evalueres. Da er jo pasienten med for å gi uttrykk for hvordan fungerer dette».

Lederne hadde både positive og negative erfaringer med pakkeforløpet, etter implementering i januar:

Jeg synes pakkeforløpene ble veldig gode, jeg liker pakkeforløpene, men jeg kan ikke like den kodingen som pakkeforløpene har. Hele oppmerksomheten rettes mot hvordan kode riktig, og ikke hvordan sikre et godt innhold. Det er frustrerende. Det som går på rapportering, synes jeg tar av, det er et eget byråkrati nærmest, har jeg inntrykk av. Det er farlig for da drukner ofte hensikten her. Mye byråkratisering og kontroll, samtidig trenger dette fagfeltet også kontroll. Det er dilemmaet. Vi kan takke oss selv for at det har blitt sånn, på en måte (Mellomleder 2).

Av undersøkelsen fremkom det også andre typer pasientinvolvering. Dersom pasienten eller pårørende ikke var fornøyd med behandlingen og klagde, så ble de invitert til et møte hvor man sammen så på en løsning. Funn viser at det fremstår sentralt for ledelsen å gi støtte og individuell tilrettelegging, for å ivareta krav som stilles til pasienthelsetjenesten.

I henhold til den regionale strategiplanen (Helse Sør-Øst, 2018) skal også pasienter involveres ved pasient- og brukerundersøkelser. Slike typer undersøkelser ble ikke nevnt hos noen av de jeg intervjuet, men flere fortalte om pasientinvolvering i form av pasientrepresentanter fra brukerorganisasjoner som er med i kvalitetsråd, pasientsikkerhetskonferanser og andre relevante fora. Pasientrepresentantene deler der ofte egne erfaringer og gir innspill til

forbedringsforslag samtidig som de inviteres til å ta del i ulike kvalitetsforbedringsprosjekter.

### 5.2.1.2 Tilsyn

Informant 2 påpekte behov for mer intern revisjon og forståelse for at det er viktig, til tross for få ressurser og liten tid.

Det har nok vært et veldig sånn faglig fokus, som også er viktig for kvaliteten. Men det med intern kontroll og revisjon og tilsyn er også en del av dette. Det gjør vi ikke så mye av i sykehuset, og det prøver vi å få til at vi skal gjøre mer av. utfordringer er ressurser, og sette av tid til det, og få en forståelse for at dette er viktig. Her har vi en vei å gå (Informant 2).

Kun 2 av lederne fortalte om intern revisjon i forbindelse med styringssystem. Den ene fortalte dette:

Også tenker jeg at, som i all annen type ledelse, så handler det om mye motivasjonsarbeid, og systematisk oppfølging og etterarbeid. Etterkontroller og sjekk. At en lager gode rutiner i enheten for å sikre at det blir ivaretatt. Det må hele tiden holdes varmt. Hvis ikke jeg er der, så er det ikke det at de ikke vil eller ikke ser behovet, men det sklir fort ut. Vi har vært i gang med masse gode tiltak, som har rent ut i sanden, fordi vi ikke har fulgt opp i ettertid. Så det er også en viktig læring (Førstelinjeleder 4).

### 5.2.1.3 Kvalitetsforbedringer

Funn fra undersøkelsen viser at kvalitetsindikatorne sendes ut i en såkalt månedsrapport til avdelingssjef hver måned. Kvalitetsindikatorne sammen med øvrige resultater i denne rapporten blir gjennomgått av ledelsen månedlig, med hensikt om å forbedre kvaliteten på tjenestene: «Jeg har ledermøter en gang i måneden en hel dag og da presenteres månedsresultater. Vi ser da på hvor trykker skoen, hva er det vi ikke leverer på, hvorfor leverer vi ikke på dette, hva er det som fungerer godt?» (Mellomleder 2).

Funn i datamaterialet viser at arbeidsmiljøundersøkelsen, også kalt medarbeiderundersøkelse og forbedringsundersøkelse, blir utført en gang per år. Informasjon om interne forhold ved hjelp av arbeidsmiljøundersøkelse er et styringssystem i forhold til å få kartlagt

arbeidsmiljøet, for så å kunne forbedre det. Arbeidsmiljøundersøkelsen er en del av HMS (Helse Miljø Sikkerhet) systematikken, og betydningen av den i forhold til arbeid med kvalitet og sikkerhet har den senere tid fått større fokus. Informant 2 fortalte litt om dette:

...fra Helseministeren har det vært veldig på at HMS og kvalitet skal integreres. Så vi har jo begynt med kvalitetsnettverket, hvor leder for HMS og for HR blitt en del av kvalitetsnettverket, for å knytte oss tettere sammen. Forbedringsundersøkelsen brukes også, men det står ikke veldig mye om kvalitet der. Det er en medarbeiderundersøkelse med noen få kvalitetsspørsmål. Men det brukes aktiv, og leder må sette i gang tiltak eller be om støtte til tiltak.

Førstelinjeleder 4 hadde målt forbedringer i arbeidsmiljøundersøkelsen: «Vi har sammen nå gjort en tydelig prioritering av arbeidsmiljøet, trivsel og fikk da et veldig forbedret resultat i årets undersøkelse». Det samme hadde flere av de øvrige førstelinjelederne.

Mellomleder 1 fortalte om den videre prosessen i forhold til behandling av resultatene av arbeidsmiljøundersøkelsen slik:

Vi lager handlingsplan i forhold til medarbeiderundersøkelse. Den gjelder fra år til år. Det går igjennom, det diskuteres. Vi har jo et spesielt fokus på det med arbeidsbelastning. Det oppleves stort. Det er vanskelig å samle folk så det lages en fagdag, knyttet opp til å få gjort dette, hvor man der kan diskutere alle ting.

Studien vil særlig belyse kvalitetsforbedring ved alvorlige uønskede hendelser. Mine funn viste at alle var godt fornøyd med kvalitetshåndboken og retningslinjene der vedrørende alvorlige uønskede hendelsene. Mellomleder 2 fortalte om et overordnet ansvar, samt at gode prosedyrer i kvalitetshåndboken ble fulgt og at alle involverte i saken var med i prosessen: «Med en god metodikk kan hendelsen være så alvorlig den bare vil, for å si det på den måten, fordi vi er trygge på de rutinene vi har».

Selve registreringen utføres i et eget avvik - og forbedringssystemet også kalt TQM: «Også har vi noe som heter TQM, som er avviks - og forbedringssystemet vårt. Der vi kan melde inn avvik, uønskede hendelser og sånn og følge de opp, ta ut rapporter og gjøre mye sånn» (Informant 2).

Alle lederne virket godt kjent med rutinene i EK ved alvorlige uønskede hendelser. Alvorlige uønskede hendelser registres i helseforetakets avvikssystem (TQM helse) hvor det også svares

på en spørreundersøkelse. Utenom disse styringssystemene utarbeides en frittstående årsaksanalyse sammen med bl.a. ansvarlig behandler og andre parter som har vært involvert. Rapporten skal resultere i forslag til forbedrende tiltak. Denne rapporten sendes så videre til kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU), bestående av fagekspert. Etter bearbeiding der sendes rapporten videre til kvalitetsrådet. I dette møte sitter avdelingssjefer, klinikkledelsen, tillitsvalgt, verneombud og brukerrepresentanter som da har ansvaret for å spre læringen ut til sine.

Funnene tydet på at saksgangen rett etter en alvorlige uønskede hendelser fungerte bra i avdelingene, men det fremkom å være et forbedringspotensialet i etterkant av den alvorlige uønskede hendelsen i forhold til implementering og i forhold til å følge opp involvert helsepersonell. En av informantene fortalte det på denne måten:

Vi fanger opp det som skjer, gode på å dokumentere og diskutere det som har skjedd, men ikke fullt så gode når læringseffekten skal skje. Her må det snakkes med dem det gjelder. Second victim (helsepersonell som har vært involvert i alvorlig uønsket hendelse) har blitt noe bedre. Påførende arbeid har mer fokus, men mangler ennå mye og kan klart bli bedre. Der arbeider vi litt ulikt. Litt opp til den enkelte avdeling (Informant 1).

Funnene tydet på at forbedringstiltakene ble implementert ved å oppdatere og informere de ansatte. Informasjon ble gitt i personalmøter, i veiledningsmøter, per mail og i fellesundervisninger når tiltakene berørte hele avdelingen. Mellomleder 2 informerte om tiltak i ledermøte, og la videre ansvaret over til førstelinjelederne som hadde arenaer for dette. Førstelinjeleder 3 fortalte i den forbindelse dette: «Informasjonen jeg får på dette, går så rett ut til personalet i personalmøter».

Informant 2 mente at mange av forbedringstiltakene måtte være mer konkrete: «Noe som ofte er en utfordring er at i sånne hendelsesanalyser så er det mange som lukker en sak, med å si at de skal gjøre det bedre neste gang. For meg er ikke dette et tiltak, de må være mye mer konkrete enn det».

Funn i datamaterialet tydet ikke på bruk av verktøy eller modeller i det daglige kvalitetsforbedringsarbeidet. Mellomleder 2 fortalte i den forbindelse om et ønske å bygge kvalitetsforbedring inn i det daglige: «Det å holde å fast på pasientsikkerhet, HMS og alt dette her.. Det er jo en øvelse å ha det bevisst hele veien. Men det å bygge det inn i det man holder på med er kanskje det som er det viktigste».

Informant 2 uttrykte generelt et forbedringspotensial i forhold det systematiske og kom med dette som forslag:

...men jeg er jo på en måte vokst opp i veldig Lean tilnærming, der man har en veldig mye mer sånn "hands on" bruk av tavler og.. Og man kommer tettere på de ansatte. Man bruker en del sånne type verktøy da, tavlemøter og daglige møter og sånn for å få litt mer fokus og komme litt nærmere på.

Tavlemøter kan benyttes som et kontinuerlig kvalitetsforbedringsverktøy. Det er ofte en tavle som henges opp på et synlig sted i enheten. Tavlemøter brukes ofte daglig.

Forbedringspotensial i forhold til kvalitetsforbedringsarbeidet ble også kommentert av Informant 1 som påpekte PDSA sirkelen og at man skulle forholde seg til den i alt kvalitetsarbeid: «At man tar seg tid og at man har PDSA sirkelen for øyet hele tiden, i hver del av kvalitetsarbeidet. Og det må være klart for alle som skal delta».

#### 5.2.1.4 Ansvarsfordeling og rolleavklaring

Alle jeg intervjuet mente ansvaret for kvalitet og kvalitetsforbedring lå hos lederne på alle nivå, men også hos fagfolkene. Mellomleder 2 sa at de viktigste personene er den enkelte behandler, de som står nærmest pasienten. Førstelinjeleder 4 støttet dette og uttalte:

Fagfolk er viktige, behandleren har ofte et blick for kvalitet, og vil nok være ivrig på å gjøre en god kvalitetsbevisst jobb. Men så har vi jo også en god del kvalitetskrav ovenfra, som jeg som leder og som avdelingssjef er pålagt å implementere og se til bli ivaretatt. Det er klart det kan krasje litt med det som fagfolk opplever som førsteprioritet. Noen vil kalle pakkeforløp en kvalitetsforbedring og andre vil kalle det for noe helt annet. Og det er ofte de skjæringspunktene at spenningen oppstår, hvor leder må være lojal til det som besluttes utenfra eller ovenfra. Og finne gode måter å implementere og etterse at det håndteres. Så jeg tenker, både fagfolk og men også leder. Jeg tenker det er veldig todelt, hvem som bærer behovene for kvalitetsforbedring.

Informant 1 uttrykte bekymring i forhold til både ansvarsområde og en rolleavklaring, og mente man burde se litt nærmere på ansvarsområdet til førstelinjelederne da mye hviler på dem slik det er per i dag:



Ansvarsområdene må være mer klare for både avdelingssjef og enhetsleder. Det gjør at vi blir hengende etter i utviklingen hele tiden, og det kommer vi til å tape på dersom vi fortsetter sånn, tror jeg. Enhetsledere virker ikke å være helt innforstått med rollen og ansvaret de har her.

Veldig mye ansvar hviler på enhetsleder, etter min mening. De må egentlig fange opp utrolig mye og ha mye kunnskaper, og ... det er de som driver arbeidet med kvalitetssikring videre ut i praksis. Og der er det veldig mye å hente ennå, synes jeg iallfall.

Til mitt spørsmål om hvem som var de viktigste talspersonene for kvalitet og kvalitetsforbedringer svarte de fleste at dette var todelt. Informant 2 sa dette på denne måten:

I sykehuset er det sånn at man pleier alltid å si at ledere er de viktigste rollemodeller og talspersonene, men i sykehuset er vi også veldig avhengig av legene. Legene er kjempeviktige som talspersoner. Nesten ofte viktige enn ledere. Det går litt på faget, faget er sterkt.

I dette kapitlet har mine funn i forhold til styringssystemer for kvalitetsforbedringer blitt presentert i ulike deler. I det neste kapitlet vil disse funnene drøftes i lys av prinsippene i kvalitetsledelse, institusjonell teori, aktuell empiri på området og konteksten funnene forekommer i.

## **5.2.2 Drøfting av styringssystem**

I dette kapitlet vil mine funn i forhold til styringssystem drøftes i rekkefølge av de fire inndelingene: standard, tilsyn, kvalitetsforbedringer og oppfølgingsansvar.

### **5.2.2.1 Standard**

Den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring, legger grunnlaget for en kvalitetsorientert ledelse og systemer for dette i følge til Helse- og omsorgsdepartementet (2017, 8. desember, s. 6). I forskriften (2016), betyr styringssystem for helse- og omsorgstjenesten skriftlige retningslinjer for alle sider av virksomheten. Den enkelte virksomhet pålegges å utarbeide prosedyrer og administrative tiltak for å sikre at arbeidet

planlegges, organiseres, utføres, evalueres og kontrolleres. Funn i datamaterialet viser at kun en av informantene kjente til denne forskriften, tidligere internkontrollforskriften. Årsaken til det kan være at lederne forholder seg den digitale kvalitetshåndboken som skal ha skriftlige retningslinjer for alle sider av virksomheten samlet i en digital kvalitetshåndbok. Arntzen (2014, s. 100) poengterte også at mange helseforetak velger å samle alt med ledelse og kvalitet i ett helhetlig system som både kan tilfredsstille eksterne krav fra myndighetene og brukerne samt interne krav.

Kvalitetshåndboken er et styringssystem som inneholder standarder. Funn i datamaterialet tyder på at faktaopplysninger i kvalitetshåndboken blir brukt mye i arbeid med pasienthelsetjenester. Systemet fungerte stort sett etter hensikt men hadde noen svakheter, i forhold til en noe begrenset søkefunksjonen og i forhold til at dokumentene ikke alltid var oppdaterte. En tidligere kvalitetsrådgiver i klinikken hadde hatt ansvar for å oppdatere store deler av kvalitetshåndboken, men hun hadde nå sluttet og savnet etter henne var stort.

Når små og store kvalitetsforbedringer skjer, må respektiv tidligere prosedyre oppdateres, fornyes eller erstattes. Dette er også sammenfallende med det Stensaasen (1996) indikerer om at mange standarder ligger fast over tid men pasientens behov og forventninger endres hurtigere og dermed må også de styrende dokumentene oppdateres i takt med dette (Stensaasen, 1996, s. 32). Funn antyder at implementering av forbedrende arbeidsprosesser kan stoppe opp i påvente av oppdaterte prosedyrer.

Et annet eksempel på en standard er den nasjonale faglig retningslinjen: «*Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020*» (Helsedirektoratet, 2018, 5.juni). Pakkeforløpet er et forløp som skal gi pasienten og pårørende et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødvendig ventetid. I pakkeforløpet skal også pasienten få mer innflytelse på egen behandlingen med mulighet til å evaluere behandlingen systematisk underveis (Helsedirektoratet, 2018, 5. juni, s. 3- 4). Fra og med januar 2019 var organisasjonene i undersøkelsen pålagt å bruke denne retningslinjen. Funn i undersøkelsen antyder at organisasjonene nå er i gang med å involvere pasientene mer systematisk, gjennom behandlingsforløpet. Det var for øvrig for tidlig å se resultater av dette, men hensikten er å bruke pasientens oppfatning til å identifisere områder der forbedringer må gjøres.

Pakkeforløpet er eksempel på regelsetting, sett i perspektiv av den regulative pilaren, som

blant annet representerer regelsetting for regulering av atferd (Scott, 2014, s. 60). Før pakkeforløpet var det ikke noe systematikk, i forhold til å involvere pasientene i deres egen helsetjeneste i psykisk helsevern. Psykisk helsevern har en lang tradisjon for å treffe valg på vegne av pasienten. Involvering av pasienten, også kalt brukermedvirkning, representerer derfor et brudd med en lang tradisjon der fagfolk vet best og kan derfor ta valg for mennesker med psykiske lidelser (Nyttingnes, 2004, s. 66).

Undersøkelsen antyder at den nye nasjonale føringen legger opp til en systematisk pasientinvolvering hvor pasienten i systematiske tidsintervaller skal evaluere behandlingen. Dette møter grunntanken om kvalitetsarbeid i helsesektoren, om å imøtekomme pasientens behov (Arntzen, 2014, s. 78) samt definisjon av kvalitet som innehar at tjenesten skal involvere brukerne og gi dem innflytelse (Helsedirektoratet, 2017, s. 3). Dette er også sammenfallende med prinsippet i kvalitetsledelse der det handler om å forstå kunden, fastsette deres behov, definere tjenesten og utforme prosessene som gjør det mulig å imøtekomme behovet (Juran, 1995, s. 638).

Funn tyder også på at pakkeforløpet krever mer systematikk i behandlingsforløpet, som igjen krever mer dokumentasjon og rapportering. Flere mente at dette kunne ta fokuset vekk fra pasienten og redusere faglige vurderinger. Redusert faglig vurdering kan svekke kvaliteten. Dette bekreftes også langt på vei i det empiriske masterstudie til Mahdi (2016) hvor funn indikerte at kvalitetsaspektet ble svekket som følge av mål – og resultatstyringssystemet. Studien indikerte at styringssystemene begrenset behandlernes faglige autonomi og svekket visse kvalitetsaspekter i behandlingsarbeidet.

Funn i denne undersøkelsen antyder motstand mot pakkeforløpet i forhold til økt administrativt arbeid. Datamaterialet antyder at målfokuset knyttet til produksjon og effektivitet overskygger mål om pasientinvolvering og den kvalitative kvalitetsforbedringen det kan gi. Funn antydte ikke motstand i forhold til ta hensyn til pasientenes oppfatninger, selv om man ikke kan se vekk fra at det finnes en lang tradisjon med å ta valg for mennesker med psykiske lidelser (Nyttingnes, 2004, s. 66).

NPM reformen, som kom på 1990 tallet, hadde med seg fokus på at brukerne måtte medvirke i tilrettelegging av offentlige tjenester (Busch et al., 2003, s. 12). Siden den gang har pasientene blitt omtalt som kunder og deres behov blitt styrende for hvordan sykehusene skulle utvikle seg (Vanebo, 2017, s. 42). Av undersøkelsen fremkommer det også informasjon om pasientinvolvering i form av pasientrepresentanter fra brukerorganisasjoner som er med i

kvalitetsråd, pasientsikkerhetskonferanser og andre relevante fora. Brukerorganisasjonene uttaler seg på vegne av enkeltpersoners ønsker og behov for helsetjenestene (Arntzen, 2014, s. 183). Brukerorganisasjoner er ifølge Nyttिंगnes (2004, s. 66) nå mer aktive samtidig som psykisk helse har fått større oppmerksomhet hos befolkningen.

#### 5.2.2.2 Tilsyn

Intern revisjon er en metode for å evaluere om tiltak blir iverksatt som forventet. Funn i undersøkelsen hadde få spor av intern revisjon. Intern revisjon, også kalt internkontroller, har til hensikt å finne fakta som gir ledelsen verdifull informasjon om virksomhetens muligheter til å forbedre seg (Arntzen, 2014, s. 179). I kvalitetsledelse sees slike kontroller på som viktig i forhold til å overholde prosessene og ved mangel kunne klarlegge årsak, slik at korrigerende og forebyggende handling kan utføres (Juran, 1995, s. 638). I mine forespørsler om styringssystem ble heller ikke eksterne revisjoner nevnt. Disse revisjonene defineres som systematisk og uavhengige undersøkelser, for å granske om virksomheten arbeider i henhold til et dokumentert styringssystem og har den kompetansen som kreves. I psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, er det stort sett Statens helsetilsyn og Fylkesmannen som utøver disse tilsynene, med den hensikt å håndheve myndighetskravene og være et hjelpemiddel til å oppnå forbedring (Arntzen, 2014, s. 179).

#### 5.2.2.3 Kvalitetsforbedringer

Kvalitetsindikatorene innehar statistikk som bidrar til å belyse kvaliteten i tjenesten (Helsedirektoratet, 5.juni 2019). De lokale indikatorene ble rapportert ut til ledelsen ved avdelingene periodisk, hver måned. Ledelsen gjennomgikk resultatene i forhold til indikatorene sammen med øvrige resultater, periodisk, en gang per måned, for å se hva som kunne forbedres. Av undersøkelsen fremkommer funn som indikerer at lederne ivaretar sin administrative kontrollfunksjon knyttet til kvalitetsindikatorene for hele avdelingen. Funn i datamaterialet indikerte ikke at resultatene ble presentert for de ansatte. Det at de ansatte deler de samme målene og forventninger er en stor styrke, og gir gode forutsetninger for en effektiv måte å koordinere aktiviteter på mener Cameron & Quinn (2013, s.47).

Undersøkelsen kartlegger ulike sider ved helse, miljø og sikker (HMS) som kan ha sammenheng med risiko for alvorlige uønskede hendelser, eller virke negativt på den ansattes engasjement eller på kvalitet i tjenesten (Helse Sør-Øst, 2018, s.5). Funnene i undersøkelsen

viser at resultatene av arbeidsmiljøundersøkelsen kan vise indikasjoner som kan danne grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid. Resultatene fremvises de ansatte, før det i neste runde utarbeides en handlingsplan. Leder er ansvarlig for at tiltakene utføres, men kan gjerne fordele ansvaret til medarbeidere. I henhold til Spesialisthelsetjenesteloven har også den enkelte ansatte et ansvar for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (sphl., 1999, § 3-4 a).

I dette avsnittet vil funnene i undersøkelsen, i forhold til alvorlige uønskede hendelser, sees i lys av modell for kvalitetsforbedring (Folkehelseinstituttet, 2015, 20.august), som er illustrert i kapittel 3.1.1.1.

### Forberede

Denne fasen starter med en felles erkjennelse av behovet for forbedring og definisjonen av kvalitet, se side 11, skal danne grunnlag for all kvalitetsforbedringsarbeid (Folkehelseinstituttet, 2015, 20.august, pkt. 1). En felles erkjennelse av behov for endring vil i dette tilfelle være at leder melder om en alvorlige uønsket hendelse og ønsker en vurdering av saken for å eventuelt kunne rette opp feil eller mangler. Det andre steget handler om forankring og organisering av forbedringsarbeidet. I tilfellene med alvorlige uønskede hendelser viser funn at det igangsettes en bred forankring med ledelse og fagmiljø i en arbeidsgruppe.

### Planlegge

I planleggingsfasen handler det blant annet om å kartlegge behov og dagens praksis (Folkehelseinstituttet, 2015, 20.august, pkt. 2). Funnet i undersøkelsen viser at arbeidsgruppen søker «rotårsaken» og i utarbeidelsen av en årsaksanalyse. Denne prosessen sammenfaller med Juran (1995, s. 638) kvalitetskontroll i modellen «The Quality Trilogy». Denne prosessen kan også sees i lys av definisjonen av kvalitetsforbedring der det handler om å identifisere svikt eller forbedringsområder (Helsedirektoratet, 2017, s. 3). I årsaksanalysen fremkommer da faktaopplysninger som danner grunnlag for forbedringstiltakene. Den neste fasen ser på å utvikle eventuelle nye forbedringstiltak. Funnet antyder at forbedringstiltak ble utarbeidet og så sendt videre til et fagutvalg, som etter bearbeiding sendte det til kvalitetsrådet. Etter disse utsjekkene kom forbedringstiltakene i retur i sin opprinnelige form, korrigert eventuelt med andre forbedringstiltak.

### Utføringsfasen

I utføringsfasen skal man prøve ut og tilrettelegge ny praksis. I utføringsfasen er det satt opp flere punkter som bør ivaretas når man skal iverksette forbedringene som blant annet: god informasjon til alle involverte parter både om tiltaket og hva man ønsker å oppnå, tydelighet om hvem som skal gjøre hva, nødvendig opplæring, tydelighet i hvem som skal gjøre hva og hvordan det skal gjøres, tidsplan, endringslogg, oppfølging av ledelsen som forsikrer at tiltakene utføres som planlagt (Folkehelseinstituttet, 2015, 20.august, pkt. 3). Funn viser at utføringsfasen hadde god informasjon til personalet. Iverksettelsen skjer ved informasjon til personalet i forskjellige fora, og oppdatering og endring av prosedyrer i dokumentstyringssystemet. Funnene antyder at iverksettingen, sees som en implementering og en avsluttende prosessen. Dette er i tilfelle ikke i overensstemmelse med kvalitetsforbedringsmodellen som viser flere faser som må ivaretas for en god implementering (Folkehelseinstituttet, 2015, 20.august).

### Evalueringsfasen

I fjerde fase handler det om å evaluere. Er tiltakene tilfredsstillende? Er målene nådd eller må de justeres? Her anbefales det at resultat av målinger og andre tilbakemeldinger synliggjøres og diskuteres med både ledelsen, ansatte og pasienter. I modell for kvalitetsforbedring er veien til forbedringer ved målinger, for å se hvilke effekter endringene har skapt. Målinger underveis er viktig, for på den måten får man muligheter til å korrigere. Målinger kan også gi inspirasjon (Folkehelseinstituttet, 2015, pkt. 4). Målinger utføres som et element i evalueringsfasen, og funn i datamaterialet indikerte ikke at denne fasen ble ikke fulgt opp systematisk. Dette samsvarer i så fall også med påstanden om at få ledere kjente til forbedringssirkelen samt at det ble signalisert behov for forbedringskompetanse.

### Følge opp

Femte fase har 3 trinn: 1) Implementere ny praksis 2) Sikre videreføring 3) Spre forbedring  
Funn i undersøkelsen antyder at man ikke her sjekker systematisk at tiltakene fungerer tilfredsstillende. Dette sammenfaller i stor grad med forskningsresultater som sier at opptil 70 % av forbedringsarbeid ikke opprettholder resultatene, da man glemmer å kontrollere om ny praksis fungerer optimalt (Folkehelseinstituttet, 20.august, pkt.5). I siste del av implementeringsfasen handler det om å spre forbedringen. Mange gode forbedringsprosjekter

forblir ukjente for andre organisasjoner, så her vil det være bra å tenke spredning av kunnskap. Dette støttes også i artikkelen med overskriften: «Selvmord i psykiatrien: Gjorde samme feil syv ganger på tre år» hos NRK (Omland, Moland & Hjorthen, 2018). Artikkelen påpekte mangel på systematisk læring på tvers av sykehusene og innad i sykehusene. Funn antyder at systematisk læring skjer i gitte fora, så som i arbeidsgrupper i avdelingen, i kvalitets- og sikkerhetsutvalg, i kvalitetsråd, i pasientsikkerhetskonferanser og i kvalitetsråd. I avdelingene har avdelingssjefer ansvaret for å videreformidle nødvendig kunnskap ut til sin avdelingen og/eller enhet. Funn antyder at denne kunnskapen så spres i interne fellesundervisninger eller i personalmøter dersom det bare vedrører en enhet.

Funn i datamaterialet tyder på at det i arbeidet med kvalitetsforbedringer av alvorlige uønskede hendelser er behov for å kjenne til forbedringsprosessen, og forstå behovet for å følge PDSA syklusen i sin helhet og integrere filosofien inn i organisasjonen som en systematisk tilnærming til kontinuerlig kvalitetsforbedring. Innsikt i prinsippene fra Demings sirkel vil kunne gi en forståelse. Både Ishikawa (1985) og Deming (1986) mente at opplæring var sentralt for kvalitetsforbedringsarbeid. Deming sitt prinsipp nr. 13 handler om at ledelsen må tilegne seg forbedringskompetanse og samtidig iverksette omfattende bedriftsinterne opplæringsprogrammer for de ansatte (Deming, 1986, s. 86). Funn i datamaterialet tyder på at en type bedriftsintern opplæring har startet i år. Dette kan være et initiativ i forhold til å møte den forbedringskompetansen som påpekes hos Helsedirektoratet (2017, s. 28) og er avgjørende for å lykkes i systematisk forbedringsarbeid. Dette temaet drøftes også i neste kapittel da det er sentralt i forhold til involvering og jobbengasjement. Funn indikerer også at det ikke brukes modeller eller andre verktøy for en kontinuerlig kvalitetsforbedring. Datamaterialet viste et behov for enkle verktøy for å holde fokus på kvalitet hver dag. Tavlemøte ble foreslått som en type kontinuerlig kvalitetsforbedringsverktøy. Det er en tavle som henges opp synlig i enheten med den hensikt å ha daglige eller ukentlige møter for å få oversikt over områder og resultater som bør forbedres (Sjøberg, 2017, s. 18). I det empiriske studiet i masteroppgaven til Korvann (2015) ble det også antydning at ledelse er å drive med kontinuerlig kvalitetsarbeid og da med hjelp av LEAN og PDSA eller andre ledelsesverktøy i sitt lederskap for å bedre kvaliteten på tjenesten.

#### 5.2.2.4 Ansvarsforhold og rolleavklaringer

Det er avgjørende for gode styringssystemer at virksomheten har en klar ansvar og oppgavefordeling, og at den er tydelig forankret i organisasjonen (Helsedirektoratet, 2017, s. 7). I mine funn uttrykte en av informantene bekymring i forhold til uklare ansvarsforhold og et stort ansvarsområde, spesielt for førstelinjelederne som også er dem som skal iverksette og følge opp forbedringstiltak. I henhold til anbefalinger fra Folkehelseinstituttet (2015, pkt. 1) er infrastruktur i forhold til kvalitetsforbedringer, slik at de som har ansvaret for kvalitetsforbedringene bør videre ha ansvaret for å utarbeide spesifikke nye prosedyrer eller tilpasse eksisterende. Funn indikerte at i enkelte tilfeller så ble disse oppgavene delegert til de ansatte. En slik delegering er bra i forhold til å involvere de ansatte, samtidig er det viktig at kvalitetsforbedringsarbeidet er forankret hos ledelsen og de viser dette med handling. I masterstudien til Korvann (2015) tydet også funnene på at det viktigste for kvalitetsforbedringer var en leder som satt temaet på dagsorden.

I undersøkelsen fremkommer det at både fagfolk og ledelse har ansvar for kvalitet og kvalitetsforbedringer i tjenestene. Dette er i samsvar med loven (sphl, 1999, § 3-4 a) i forhold til dem som yter helsetjenester og i samsvar med forskriften (2016) i forhold til ledelse (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016, § 1). Samtidig indikerer funnene at de ikke nødvendigvis har samme forståelse for hvordan kvalitet skal forvaltes best. Mye makt og myndighet ligger hos fagfolkene, også kalt profesjonene. Det handler om de ulike profesjonene og deres spesialiteter, som med sine særskilte kompetanser, og utøvelse av skjønn og på bakgrunn av sine verdier, utvikler og definerer standarder for helsetjenestene (Bukve & Kvåle, 2016, s. 13). Både de profesjonelle og lederne må forholder seg til et regulativt rammeverk (Scott, 2014) men ulike normer og kulturelt kognitive oppfatninger om hvordan disse skal fortolkes, kan forsterke utfordringer knyttet til ledelse. Utfordringene kan forsterkes ytterligere da ledelse begrenses på grunn av de overordnede føringer (Berg, 2007, s. 30).

Styringssystemene som har vært belyst er gode hjelpemidler i arbeid med kvalitetsforbedringer, men ledere må også, for å kunne drive forbedringsarbeid, involvere de ansatte og skape engasjement (Helse Sør-Øst, 2018, s. 5). I neste kapittel vil jeg presentere funn med utgangspunkt i disse elementene som da inngår i det å skape en kultur for kvalitetsforbedringsarbeid.



## 5.3 Hvordan fremmes en kultur for kvalitetsforbedringer?

De helsepolitiske føringene vektlegger involvering av ansatte og engasjement for kontinuerlig kvalitetsforbedringer (Helse Sør-Øst, 2018, s. 5). Mine funn vil derfor presenteres i forhold til disse elementene og i siste underkapittel drøftes i lys av både kontekst, teori og tidligere empiri.

### 5.3.1 Engasjement

Mine funn antyder et engasjement for kvalitetsarbeid hos ledere fra øverst- til nederste nivå, fra administrerende direktør ned til førstelinjeledere. I forhold til toppledelse viser funn i undersøkelsen at administrerende direktør i sykehuset, nå nylig hadde igangsatt et stort forbedringsprosjekt i sykehuset med en ny direktør som ansvarlig. Både administrerende direktør og direktør for forbedringsprosjektet har en svært sentral posisjon, og fremstår som svært strategiske aktører. Klinikkdirktører er også engasjert i arbeid med alvorlige uønskede hendelser i respektive kvalitetsråd. Andre sentrale aktører som ble nevnt var fagdirektør og kvalitetssjef.

I forbindelse med å kartlegge syn på god ledelse i kvalitetsforbedringsarbeid, spurte jeg de jeg intervjuet om hvilke elementer i utøvelse av ledelse som var viktig. Alle svarte litt forskjellige på det. Informant 1 mente det var viktig å være engasjert for da å lettere kunne være en god pådriver med klart fokus på kvalitet. I pådriverrollen var det også viktig med god kommunikasjonsform, i forhold til å blant annet informere om modeller, begreper osv. Informant 2 påpekte det å delegere og gi ansvar, og bruke de ansatte da de er der det skjer, som da viser tillitt. Sammen med delegering lå tilrettelegging: «Det er viktig at man som leder på en måte legger til rette for at de kan få lov til å jobbe med forbedring, få hjelp til å jobbe med forbedring». Førstelinjeleder 2 var inne på noe av det samme med: «Å lytte, ikke kontrollere, stole på sine ansatte, og legge til ting rette for den ansatte, og være der å ta avgjørelser». Mellomleder 1 mente at det å se den enkelte og ta opp saker med den enkelte var viktig, noe som viste oppmerksomhet og ville bygge tillitt. Flere mente også disse egenskapene var viktige: tilgjengelighet og fleksibilitet, tydelighet i forhold til forventinger, holde seg oppdatert og være positiv til endringer og drive motivasjonsarbeid. Førstelinjeleder 4 sammenfattet det på denne måten:

Tilstedeværelse er viktig, tørre å være tydelig, tørre å stille krav og skape forventninger. Samtidig må jeg jo drive med pågående motivasjonsarbeid. Systematisk oppfølging med tydelige forventinger og etterarbeid i form av etterkontroller og sjekk ble også sett på som viktig i arbeid med kontinuerlig kvalitetsforbedring. Det må hele tiden holdes varmt. Hvis ikke jeg er der, så er det ikke det at de ikke vil eller ikke ser behovet, men det sklir fort ut.

Arbeid med kvalitetsforbedring ble også sett på som noe byråkratisk, et arbeid som bare måtte gjøres og som stjal av tiden man ellers ville kunne brukt til direkte arbeid med pasienter eller annen hensiktsmessig drift.

Faget står sterkt i en profesjonsenhet og førstelinjeleder 4 mente at faglig innsikt var viktig:

Da tenker jeg, at for det første er det viktig at man har en faglig innsikt i det vi driver med. At en kjenner til rammeverket og lovverket og praksis, på en sånn måte at en er obs på når det blir kvalitetsbrudd eller når vi ikke klarer imøtekomme det vi skal levere på en god nok måte. Det å ha nærhet til fagmiljøet tror jeg er viktig, både ha faglig bakgrunn selv men også at man har en nærhet og er aktiv oppsøkende til fagmiljøet for å fange opp.

Det er en todelt lederoppgave, det er en faglig oppgave i forhold til driften av teamet og tjenestene og en administrativ lederoppgave knyttet til personal og økonomi og de tingene der. Jeg tenker at begge faglige bakgrunner har vært nyttig i den sammenheng (Førstelinjeleder 4).

Av de åtte jeg intervjuet var det kun to som ikke hadde faglig bakgrunn.

I tillegg til fagkompetanse så er forbedringskompetanse viktig for å lykkes i systematisk forbedringsarbeid. En slik type kompetanse var nå mulig å oppnå i forbindelse med det nye store forbedringsprosjektet i sykehuset. Informant 2 fortalte om dette tilbudet:

Så det er ansatt en egen gruppe som skal jobbe midlertidig med dette, og de skal også ha som oppdrag å lære opp ansatte i hele organisasjonen i forbedringsarbeidet og sørge for at man får i gang en struktur der det jevnlig gjennomføres forbedringsarbeid på alle enheter og alle avdelinger. Det er en 4 års plan som jeg tenker er hovedtingen og direktørens satsing.

Flere uttrykte at det å sette av tid var viktig: «En skulle ønske en kunne hatt litt mer tid. Det ofte andre ting som brenner» (Førstlinjeleder 2). En mellomleder påpekte dette: «Det er ofte en øvelse å ha kvalitet bevisst hele veien. Det å holde å fast på pasientsikkerhet, HMS og alt dette her. Det er jo en øvelse å ha det bevisst hele veien. Men det å bygge det inn i det man holder på med er kanskje det som er det viktigste».

Funn antyder at de ansatte generelt var engasjert. Førstelinjeleder 3 sa det slik: «Jeg opplever at vi har god kvalitet på det vi leverer her. Generelt har vi en veldig engasjert personalgruppe som ønsker det beste».

## **5.3.2 Involvering**

### **5.3.2.1 Generell involvering av de ansatte**

Det fremkommer av undersøkelsen at de ansatte i organisasjonene blir involvert i kvalitetsforbedringer på forskjellige måter. Informant 2 påpekte viktigheten av å legge til rette for å melde ifra: «Leder er viktig i forhold til å oppfordre til å ta opp ting, og da ha fokus på system og ikke person» (Informant 2).

På generelt grunnlag kan de ansatte melde inn forbedringsforslag i et avvik- og forbedringssystem (TQM). De ansatte ble oppfordret til å bruke dette systemet. TQM er også et system for å melde generelle avvik, ikke bare avvik i forbindelse med alvorlige uønskede hendelser. En førstelinjeleder snakket om at bruken av TQM i den senere tid hadde blitt bedre. «TQM 'er var heller ikke mye i bruk før. Når jeg sa at det er en kvalitetsforbedring, så det må vi prøve å bruke så godt vi kan der det er behov for det. Da gikk det iallfall opp» (Førstelinjeleder 1). En annen førstelinjeleder fortalte også om TQM og det å ufarliggjøre meldinger der:

TQM tas opp ukentlig på personalmøte. Det handler om å ufarliggjøre det å lage en TQM. Hvis en ikke har jobbet med det så kan en fortolke det som et slags klageorgan. Men det er jo forbedring. Det er jo meningen at en skal lære noe av dette. Så derfor tar jeg det opp i plenum også diskuterer vi på det. Er det feil i regnskapet på medisiner f.eks. Ok. Hva kan det skyldes? Er det travelt, uoppmerksomhet, er det dårlig utfylt, menneskelige feil, sånn er det. Poenget er at vi diskuterer det åpent og ufarliggjør det (Førstelinjeleder 3).

Det nye store forbedringsprosjektet i sykehuset etterspør innspill på forbedringer fra de ansatte. Informant 2 fortalte dette om det prosjektet:

I forbindelse med [...] prosjektet har det vært spurt om innspill fra ansatte, og alle innspillene har blitt gjennomgått. Vi har en egen portal nå, hvor alle kan legge innspill og hvor da gruppen vurderer om det er noe å gå videre med. Vi prøver å sette det i system.

Andre innspill fra de ansatte ble behandlet fortløpende:

Vi har jo daglige møter og har vektlagt og ha hyppige treffpunkter, i tillegg til strukturen med personalmøter en gang i måneden. Så det er alltid mulig å melde inn saker til personalmøter, men veldig ofte få eller ingen innmeldte saker. Det tror jeg ikke handler om at folk ikke er engasjert, men jeg tror at det handler om at vi møtes daglig og tar ting fortløpende. Jeg tror at folk generelt tenker at det er trygt og greit å ta opp ting (Førstelinjeleder 4).

Førstelinjeleder 1 var opptatt av medvirkning: «Vi kan jo ikke få til noe om det bare er overstyring. Det er bare noe, noen ledere tror. Jeg tenker medvirkning blant de ansatte om vi skal få til noe».

Funn i datamaterialet viste at førstlinelederne var opptatt av å gi de ansatte løpende informasjon om kvalitetsforbedringer, og diskutere dem i plenum i personalmøter.

Det mest hensiktsmessige er å kommunisere i møter. Men da er jo faren at noen ikke deltar, og dermed ikke får med seg informasjon. Så jeg gjør det som regel både muntlig og skriftlig. Vi har jo referat fra personalmøte, og referat fra andre møter som er vesentlig i forhold til drift. Men det er i hovedsak muntlig informasjonsutlevering og mail (Førstelinjeleder 4).

TQM blir tatt inn, administrert, kan du kalle det, og tatt videre i personalmøter slik at vi får en kvalitetsforbedring. Der får vi diskutert i forhold til en løsning. Jeg sitter jo ikke alltid med løsningen selv. Eller det vil jeg helst ikke heller, fordi jeg tenker at den beste løsningen får vi til i fellesskap (Førstelinjeleder 1).

Funn viser også at de ansatte er med i arbeidsmiljøundersøkelser som utføres en gang per år. Mellomleder 1 fortalte om prosessen der slik: «Vi lager handlingsplan i forhold til medarbeiderundersøkelse. Den gjelder fra år til år. Det går igjennom, det diskuteres».

### 5.3.2.2 Involvering ved alvorlige uønskede hendelser

I datamaterialet tydet funnene på at de ansatte som opplevde at noen av deres pasienter var involvert i alvorlig hendelse i behandlingsforløpet, ble involvert i store deler av kvalitet forbedringsprosessen. Mellomleder med det overordnede ansvaret fortalte dette om en slik prosess:

Jeg sikrer umiddelbart involvert helsepersonell, eventuelt andre pasienter og først og fremst pårørende. De blir ivaretatt med en gang. I løpet av 2 - 3 uker etter hendelsen så kaller jeg inn til et årsaksanalyse møte. Vi har satt av 3 timer og da gjør vi 3 ting: 1) Vi sjekker ut den emosjonelle greia, er det noen her som sliter nå, er det noe vi ikke har sett, er det noe vi må ha fokus på nå etter dette? 2) Vi får fylt ut en «questback» som kommer sentralt fra 3) Også utarbeider vi årsaksanalyse sammen.

Men det skjer også at helsepersonellet kjenner et behov for bearbeiding først ganske lenge etter hendelsen. Førstelinjeleder 1 sa i den forbindelse dette: «De som er involverte må gjøre seg en tanke om hva som er behovet. De som har behov gir beskjed om mer bearbeiding». Førstelinjeleder 4 kunne tilføye dette:

Vi prøver jo å beholde folk på jobb i perioder med alvorlige hendelser. Jeg ser jo at det å trekke seg tilbake og ut av arbeidsfellesskapet, det har en negativ effekt på sikt da. Heller kom og vær her. Jeg prøver å tilrettelegge slik at de ikke blir kastet ut i oppgaver, som de ikke kjenner seg klar for. At de ikke trenger å gå inn i de tøffeste selvmordsrisikovurderingene etter en sånn hendelse. At de får litt tid hvor de er på jobb, og er sammen med kollegaer og er i støtteapparatet men ikke tar ansvar for de vanskeligste sakene. Det er forskjellige reaksjoner.

Og samme leder informerte om den daglige muligheten for bearbeiding av alvorlige hendelser:

...vi har jo møtepunkter, som sagt, hver dag. Det er arenaer som vi bruker å snakke om alvorlige hendelser. Vi pleier å si at rapporten kl. 15 har to funksjoner. Den ene er å overbringe informasjon til de som skal jobbe på kvelden men også like viktig å legge fra seg dagen før en går hjem. Så det kan være alvorlige hendelser og mindre alvorlige hendelser, hvor en kjenner at dette gjør noe med meg, jeg trenger å legge det vekk. Der tror jeg det er en ganske bra kultur på at det er lov og det er bra. Også vet jeg også at de har en god kultur på å ha åpne dører for hverandre, sånn at de bruker kollegaene også til å snakke om hendelser.

Informant 1 kunne også tilføye: «Second victim<sup>5</sup>» har blitt noe bedre. Pårørendearbeid har mer fokus, men mangler ennå mye og kan klart bli bedre. Der arbeider vi litt ulikt. Litt opp til de enkelte avdeling».

### 5.3.2.3 Læring etter alvorlige hendelser

Læring er en viktig del av kvalitetsforbedringsarbeid da læring skal føre til endring. I de organisasjonene jeg har undersøkt antyder funn at læring skjer på forskjellige arenaer. Læring i forhold til alvorlige uønskede hendelser skjer først i gruppearbeid i avdelingen. Mellomleder 1 fortalte det slik: «Ja, etter alvorlige hendelser bruker vi lang tid på den rapporten vi skal lage, årsaksanalysen. Alle som har vært involvert i hendelsen er da med på å diskutere og belyse og kartlegge». Førstlinjeleder 3 supplerte med dette:

En årsaksanalyse bunner ut i en kommentar fra avdelingen. En har gått gjennom en del spørsmål, også ser man på om noe kunne ha vært gjort annerledes som kunne ha gitt et annet utfall. Stort sett, finner man alltid noe man kunne ha gjort annerledes. Men det er ikke sikkert at det ville ha laget et annet utfall. Sammen må man finne ut av det som ikke skulle ha skjedd ikke skjer igjen

Etter at en årsaksanalyse med forbedringstiltak er utarbeidet, blir den sendt til et arbeidsutvalg, en faggruppe, som utfører en grundig gjennomgang før den sendes til det såkalte kvalitetsrådet. I kvalitetsrådet sitter brukerrepresentanter, klinikkdirektør og alle klinikkens avdelingssjefer. Kvalitetsrådet vurderer om årsaksanalysen med forbedringstiltak vil være relevant for andre avdelinger, før den sendes tilbake til respektiv avdeling. Mellomleder (avdelingssjef) har ansvaret for å informere og lære hele avdelingen om de nye forbedringstiltakene. Avdelingssjefen overfører forbedringstiltakene direkte til respektiv enhetsleder (førstlinjeleder), dersom den bare vedrører dem. Der tiltakene bør informeres ut på avdelingsnivå er dette agenda på ledermøte. Herifra kan informasjonen både tas videre i veiledningsmøter, eller tas opp som tema på den regelmessige internundervisningen. Førstlinjeleder 1 forteller at tiltakene implementeres, ved å oppdatere og informere de ansatte, ofte i plenum i personalmøter og via mail.

---

<sup>5</sup> Helsepersonell som opplever at de er ansvarlige for, eller delaktige i at pasienter har blitt skadd, kan være et «second victim» som rammes av emosjonelle negative reaksjoner etter den uønskede hendelsen (Lindahl & Kirkehei, 2012).

Åpenhet er spesielt viktig i forbedringsprosessen etter alvorlige uønskede hendelser. Mine funn antyder at ledere legger til rette for å skape trygghet og at det stimuleres til en kultur der man ønsker å lære av uønskede hendelser. Den ene informanten påpekte at førstelinjeleder hadde et klart ansvar for å skape en god kultur:

Vi må være positivt kritiske og det må være lov til å gjøre feil. Det må være en kultur som bygger opp sikkerheten hos personal. Man må kunne si nesten hva som helst, uten at det skal ha noen konsekvens. Det er en klar førstelinjeleder oppgave (Informant 1).

Førstelinjeleder 4 fortalte dette i samme forbindelse:

Det har aldri vært noen opplevelse hos de involverte at de har blitt tatt. De er involvert i prosessen og får et eierskap til prosessen. Det tror jeg er veldig lurt for den enkeltes bearbeiding også. Jeg har jo i tidligere jobber erfart det motsatte. Det å oppleve å bli stående veldig alene, det å oppleve å være ansvarliggjort og litt sånn uthengt, når det har skjedd alvorlige hendelser. Det er veldig ubehagelig og veldig skremmende som terapeut.

Førstelinjeleder 1 kunne tilføye:

Den eneste måten er å ha åpenhet rundt det, for å komme videre. Hvis du legger lokk på det så kan du bare glemme det. Det står til stryk for ledere også, dersom man legger lokk på det, tenker jeg. En må ha en såpass tillit til behandlere at, det slik at ingen er perfekte og jeg er heller ikke overhodet det, jeg har mine ting.

Av undersøkelsen fremkommer funn som antyder at helsepersonellet ønsket å lære av de alvorlige hendelsene. Førstelinjeleder 4 sa det således:

De ønsker å lære av alvorlige hendelser, de ønsker å ta del i og vite om prosessene, i plenum. Det prøver vi å få til så langt det lar seg gjøre. Så er det noen ganger det blir litt mye personlig involvering, for enkelte. Da prøver vi å dempe fellesskaps gjennomgangen. I alle fall i den akutte fasen. Men at det etterspørres, folk tenker fort at oi det kunne vært meg. Det var tilfeldigvis ikke meg som var på jobb den kvelden, men det kunne det fort ha vært. Hvordan ville jeg da ha reagert?

### 5.3.3 Holdning til endring

Jeg ønsket å kartlegge organisasjonenes begrensinger og muligheter, og spurte alle jeg intervjuet om hvordan de var fornøyd med sine rammebetingelser i forhold til kvalitetsforbedringsarbeid.

Flere av lederne kjente godt på kravene ovenfra: «Jeg føler ikke jeg sitter og styrer noe selv. En får de instruksene som hører til sykehuset også gjør vi det, på en måte» (Førstelinjeleder 2). I forhold til målstyring opplevde førstelinjeleder 1 det i økende grad:

Men vi blir jo målt på nesten alt. Vi blir målt på, selvfølgelig, økonomi, epikrisetid i forhold til beleggspersent på senger, i forhold overtid, i forhold til ansatte som er inne i forhold til budsjett. I forhold til mat som blir bestilt her, hvordan vi ligger i forhold til budsjett på mat. I forhold til bil, i forhold til alt blir vi jo målt på. Altså alt, vil jeg si.

Samme leder påpekte at målstyring burde bearbeides ikke bare sendes ut via mail:

Jeg tror jo ikke fremtiden blir bedre av å få mailbaserte beskjeder ift måling. Det var min personlige mening. Og jeg vet at det har vært mye av det. Mye mindre nå. Vi snakker jo sammen, så alt går ikke på mail. Her er det tett dialog med leder over, i forhold til ledermøter, faste tider på det hver måned. Det har vært jo mye endringer her, og det går veldig bra nå.

Mellomleder 2 mente at de økonomiske rammene var gode, men så behovet for å jobbe annerledes:

Jeg har jo alltid sagt, også til klinikkdirektøren, at psykiatrien og det psykiske helsefeltet. Det er jo ikke i en økonomisk krise, det er jo en innholds krise og en holdningskrise, det er jo der vi er. Jeg synes vi har nok ressurser. Jeg synes det brukes nok penger på dette feltet. På den ene siden så mener jeg det. Det er ikke noe land i verden som bruker mer penger på dette enn det vi gjør. Så vi kan ikke si at vi har lite penger. Samtidig så ser vi at inngangen øker på mens ansatte øker ikke på. Vi må jobbe annerledes. For de sier jo: vi kan ikke jobbe mer enn det vi gjør. Vi har ikke kapasitet. Vi har ikke mer å gå på. Vi må jobbe annerledes. Vi må jobbe på en annen måte enn det vi gjorde før. Hvis ikke bryter dette sammen. Sånn sett så har vi ikke nok ressurser.

Mellomleder 1 mente rammestyringen handlet om å prioritere:



Jeg tenker at det for så vidt er en prioriteringssak, på hvordan man vil jobbe med det. Det er klart, det oppleves som, som om vi har mye å gjøre, det oppleves som stort press. Men for å ikke synke hen bare i den opplevelsen, så tenker jeg nok at en må være proaktiv å se hva er mulig å få til (Mellomleder 1).

Informant 2 påpekte også det med prioritering i forhold til tid, både med tanke på ressurser men også i forhold til å sette av tid med en forståelse for at kvalitetsforbedringsarbeid er viktig. En førstelinjeleder uttalte.: «En skulle ønske en kunne hatt litt mer tid. Det ofte andre ting som brenner» (Førstlinjeleder 2). Arbeid med kvalitetsforbedring fikk også stempelet: byråkrati, et arbeid som bare måtte gjøres og som da stjal av tiden med pasienter eller annet i forhold til drift. «Da tenker jeg noe tungvint greier, og så tenker jeg masse pålegg som kommer. Noe vi bare må forholde oss til. Noe som det er veldig fort å se på som et venstrehåndsarbeid, som du bare må levere på. Dette kan stjele tid fra noe som er viktigere» (Mellomleder 2).

Videre lurte jeg på om det hadde vært faktorer som eksempelvis omorganisering, nedskjæringer, nye lovendringer som har hatt særlig innvirkning på kvalitetsforbedringsarbeid. Flere nevnte da lovendringen om tvangsmedisinering som kom i 2017. Funnene antyder at den lovendringen har skapt et merarbeid og et krav om mer spesialistressurser til å gjøre kontrollundersøkelser. Flere mente at denne lovendringen kan ha medført dårligere kvalitet til pasienten. En sa det slik: «Lovendring i forhold til tvang kan ha gitt dårligere behandling» (Førstelinjeleder 1). Pakkeforløpet som ble implementert i januar 2019 fikk både negativ og positiv omtale. Det negative gikk på strenge tidsfrister, mer administrativt arbeid og krav om spesialister inn i alle behandlingsforløp, mens det positive var selve pasientinvolvering og mer struktur. En førstelinjeleder fortalte det slik:

Nå er det jo implementering av pakkeforløpet som jeg tenker, det forstyrrer litt for folk er litt redd for det. Det er litt sånn plunder og heft knyttet til alt som skal dokumenteres, og ekstra arbeid og ekstra dokumentasjon. Men når vi får dempet angsten litt rundt, så tror jeg det også er med på å strukturere oss på en bedre måte. At det sikrer noen beslutningspunkter. Det tenker jeg også, på sikt, vil bidra til kvalitetsforbedringsarbeid (Førstelinjeleder 3).

Spesialistressursmangelen (mangel på overleger og psykologspesialister) generelt ble påpekt av flere og bekymret dem i tanke på om kvalitetsaspektet i pasienthelsetjenesten. Bekymring var ikke blitt noe mindre etter lovendring om tvangsmedisinering kom i 2017 samt ny retningslinje om pakkeforløp. De nye føringene har medført mye ekstra arbeid for de få spesialistene som er på jobb.

Det er ikke så godt å levere god kvalitet når vi har 5 stillinger ledig som overlege her. I hvilken grad hemmer mangel på spesialister kvalitet, eller er et hinder. For dette er noe som har ridd dette fagfeltet i mange år, og som fremover også vil gjøre det (Mellomleder 2).

Førstelinjeleder 1 uttalte: «Pakkeforløpet, krever spesialister, og vi har ikke nok til at det skal kunne bli ivaretatt på alle frister. Det blir dårlige ringvirkninger». Funn i undersøkelsen antydte at spesialistressursmangelen resulterte i en større arbeidsbelastning og ansvar hos det øvrige helsepersonellet. Mine funn antyder også at det ble forsøkt å gjøre tilpasninger og endringer hele tiden i forhold til spesialistressursmangelen: «Vi løfter nå noen steiner for å se på hvordan kan vi gi spesialisten mer tid til spesialistarbeid, og overlate det andre til de som kan håndtere det. Det er en kontinuerlig prosess» (Førstelinjeleder 3).

Mine funn antyder at det var en generell positiv innstilling til kvalitetsforbedringer, med uttalelser som dette: «... jeg vil si at vi har en veldig høy kvalitet på den måten vi jobber her. Også er det ingenting som ikke kan bli bedre» (Førstelinjeleder 3). Mellomleder 2 tilføyde:

Jeg synes at vi er veldig opptatt av kvalitet. Ja, det må jeg si. Interessert i det og interessert i gjøre en god jobb, samvittighetsfull jobb og gjøre en jobb med god kvalitet. Absolutt. Selv om det er unntak innimellom. Men i det store og hele. Enhetslederne er veldig opptatt av dette, ønsker å få dette til. Det er nok uenighet, selvfølgelig, om hvordan vi sikrer best kvalitet. Men iallfall opptatt av å gi god behandling til pasientene, og ønsker å ha kvalitet i det de gjør. Det er de veldig opptatt av og er stolte på det. Så sånn sett har jeg god drahjelp her. Folk ønsker å gi tjenester av høy kvalitet.

En førstelinjeleder påpekte tempoet på endringene og leders oppgave med å jobbe det gradvis inn:

Vi må kunne svelge og implementere og jobbe inn rutinene før vi starter på noe nytt. Det er lissom ikke grenser for hva vi kan jobbe med av kvalitetsforbedring men det blir min oppgave som leder og lage det forutsigbart og at det lar seg gjennomføre. Introdusere det gradvis og jobbe med motivasjon. Det er jo endringsarbeid i dette, og det går ikke alltid så fort som jeg skulle ønske. Det blir ikke alltid mottatt med like stor entusiasme. Men det er jo noe av det jeg synes er spennende med min lederposisjon, at jeg kan holde på med kvalitetsforbedringsarbeid i den kliniske hverdagen (Førstelinjeleder 4).

Jeg ønsket i undersøkelsen også å kartlegge hvilke strategier ledelsen brukte i arbeidet med kvalitetsforbedringer. I mitt spørsmål om strategier for kvalitetsarbeidet fikk jeg litt ulike svar, blant annet: «Hva som ligger i virksomhetsplanen er førende for hva vi kan foreta oss fra det ene året til det andre».

Våre måter å jobbe på er selvfølgelig styrt og definert ut ifra hva som er definert i oppdragsdokument osv. Hva som er oppdraget vårt, ut i fra det jobber vi utfra føringer som kommer fra høyere hold, sentralt. Men det jo så diffust alt det der så vi forholder jo oss til Ek og de retningslinjene som ligger der, først og fremst (Førstelinjeleder 3).

Strategien her er å bruke linja. Sikre god informasjonsflyt, god kommunikasjon, være åpen for å ta opp ting hvis ting er uklart. Strategien er egentlig bare sikre at informasjon kommer ut, slik at folk vet rammene rundt, kjenner innholdet i prosedyrer og rutiner (Mellomleder 2).

### **5.3.4 Drøfting – kultur for kontinuerlig kvalitetsforbedring**

#### **5.3.4.1 Engasjement**

Funn i datamaterialet tyder på at kvalitetsforbedring har fått stort fokus den siste perioden, spesielt i forbindelse med det store nye forbedringsprosjektet i sykehuset som ble lansert i år. Funnene tyder på at fokuset på kvalitetsforbedringer er forankret hos toppledelsen, og at det lages handlingsplaner som blir fulgt opp. En av planene i dette forbedringsprosjektet er å gi ledere og ansatte forbedringskompetanse. Dette er sammenfallende med prinsippet i

kvalitetsledelse som påpeker at for å oppnå kvalitetsledelse i alle ledd kreves personlig ansvar hos toppleder samt deklarasjoner ned påfølgende handlingsplaner som ble prioritert og fulgt opp (Juran, 1995, s. 650). Yukl (2013, s. 283) påpeker også at skriftlige verdier og mål kan være nyttige, men de har liten troverdighet, med mindre de støttes av lederaksjoner og avgjørelser. Litteraturstudie til Faisal, Rahmed & Azam (2011) viste at engasjement i toppledelsen og opplæring var to av åtte beste praksiser for god implementering av kvalitetsledelse. I det empiriske studie i masteroppgaven til Bergerød (2012) antydte resultatene at toppledelsesforankring var viktig for gjennomføring av kvalitetsstrategi på alle nivåer i en organisasjon, og at det var en styrke å involvere hele organisasjonen fra topp til bunn gjennom felles forbedringsmetodikk.

Det fremkommer i undersøkelsen at ledelsen i organisasjonene utøver en kombinasjon av transaksjonsledelse- og transformasjonsledelse, såkalt ledelse og lederskap. Datamaterialet viser at lederne styrer gjennom anbefalinger, råd og veiledning og ikke etter insentiver eller negative sanksjoner. Mine funn viser at ledere initierer team og involvere de ansatte med åpen kommunikasjon. Dette er elementer i «human-relations» teoriene og videre i transformasjonsledelse (Cameron & Quinn, 2013, s. 46). Disse elementene sammenfaller også med klankulturen i teorien til Cameron & Quinn (2013) hvor det sies at lederne der legger til rette for deltakelse, engasjement og lojalitet. Kjennetegnene finner vi også i prinsippene i kvalitetsledelse, som oppdaget at man kan gjøre suksess med klankultur, der alle ansatte deler de samme verdiene, overbevisninger og målene (Cameron & Quinn, 2013, s. 46).

Klankulturen viste seg også å være den mest dominerende kulturen for utøvelse av kvalitetsledelse i studie til Prajogo & McDermott (2005, s. 1116). I følge Bass (2008) passer transformasjonsledelse godt inn i flere av prinsippene av kvalitetsledelse ved at typen er en agent for endring, oppfordrer til samarbeid, fremmer kontinuerlig forbedring og bygger tillit (Bass, 2008, s. 627).

Funn i datamaterialet tyder på at lederne selv hadde mest fokus på elementer innen transformasjonsledelse, i utøvelsen av ledelse for kvalitetsforbedringsarbeid. Elementene var for eksempel god pådriver med klart fokus på kvalitet og god kommunikasjonsform. Datamaterialet viser aktiv forekomst av kommunikasjon i blant annet teamgrupper, personalmøter og tverrfaglige møter. I undersøkelsen beskrives også en åpen kommunikasjon, mellom de ansatte og mellom de ansatte og leder. Enhetene jobber tett sammen, og snakker ofte sammen i løpet av en dag. Lederne var også opptatt av var å gi ansatte ansvar og vise tillitt, delegere, bruke de ansatte da de er der det skjer, og gjøre tilrettelegging. Dette er

elementer som er sammenfallende med transformasjonsledelse som har elementer som går på å oppmuntre den ansatte til selvledelse og gis myndighet (Bass, 2008, s. 618). I tillegg ble det nevnt: tilgjengelighet, fleksibilitet, holde seg oppdatert og være positiv til endringer og drive motivasjonsarbeid. Motivasjonsarbeid er en viktig del av transformasjonsledelse hvor det handler om å motivere andre til å gjøre mer enn det de opprinnelig hadde tenkt, og ofte mer enn de trodde var mulig (Bass, 2008, s. 618). Profesjonsutøvere er en gruppe som ofte blir sterkt motivert av selvaktualiseringen, de motiveres av muligheter til å realisere sitt eget potensial (Busch, 2012, s. 26). Stimulering til personlig vekst med utvikling og læring kan igjen knyttes til jobbengasjement (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 322). I tillegg til disse faktorene blir støtte fra leder og autonomi positivt assosiert med jobbengasjement (Bakker & Demerouti, 2008, s. 211). Funn i undersøkelsen antyder at lederne prøver å legge til rette for faktorer som motiverer, så som læring, støtte, autonomi og egen måloppnåelse. Dette sammenfaller i stor grad med teorien om hva kunnskapsarbeidere blir motivert av ifølge Tampoe (1993, s. 51). Samtidig antyder mine funn at flere av motivasjonsfaktorene blir begrenset på grunn av effektivitetskravene og da spesielt autonomien.

Store organisasjoner slik dem jeg har undersøkt har en sterk vektlegging av regler og standardiserte prosedyrer, noe som kan ses i lys av den regulative pilaren (Scott, 2014, s. 60). Den regulative pilaren sammenfaller i stor grad med det Cameron & Quinn kaller hierarkisk kultur. I en slik kultur vil den mest effektive lederrollen være den som er god til å organisere, kontrollere, overvåke og administrere (Cameron & Quinn, 2013, s. 43). Disse ledelsesoppgavene er typiske elementer innen transaksjonsledelse og utøves slik jeg forstår det i de undersøkte organisasjonene. Dette er da i overenstemmelse med det Busch (2012) fremhever om at selv om transformasjonsledelse på mange områder virker å være å foretrekke, ser man at transaksjonsledelse har fått økende betydning i offentlig sektor, med stor vekt på målbare resultater (Busch, 2012, s. 156). Dette samsvarer også med det teoretiske studie til Kristoffersen & Friberg (2016) som viste tilsvarende at på tross av at transformasjonsledelse kan være en relevant ledelsesmodell vil også transaksjonsledelse ha effekt når helsepersonell møter effektivitetskravene.

Av undersøkelsen fremkommer det at ledelse ikke bare er regulert gjennom lovverk og andre styringsverktøy som kan belyses gjennom den regulative pilaren, men reguleringen kan også belyses gjennom den normative og den kulturelt-kognitive pilaren (Scott, 2014, s. 57). Utførelsen av elementene i den regulative pilaren skal iverksettes gjennom

profesjonsutøverne. Profesjonsutøverne i DPS'ene er overleger, psykologspesialister og psykologer og de kan i iverksettingen ta egne valg på bakgrunn av egne erfaringer, meninger og verdier. Siden profesjonene har makt på grunn av sin faglige kompetanse og status, vil ofte deres perspektiv bli vektlagt. Den normative pilaren vektlegger normer og verdier som basis for en stabil sosial orden (Scott, 2014, s. 66). Den normative rasjonaliteten kan også føre til at noen handlingsmønstre stivner i organisasjonen. Dette kan igjen føre til at organisasjonen kan komme i utakt med omgivelsene og få redusert legitimitet (Busch, et.al, 2003, s. 95). I lys av den kognitive pilaren må profesjonsutøverne ha en tilhørighet til endringer, noe som kommer først etter en forståelse av dets nødvendighet (Scott, 2014, s. 68). Det er i disse tilfeller bra å ha en faglig profesjonell bakgrunn, da kommunikasjonen blir enklere, og lik rasjonalitet fører til bedre forståelse (Busch, 2012, s. 29). Funn i datamaterialet viser at fem av seks ledere hadde faglig bakgrunn, men kun en av de fem var såkalt profesjonsutøver.

I undersøkelsen fremkom det at tid oppleves som en knapphet og at arbeidet med kvalitetsforbedring krevde mye tid og engasjement. Spesielt sees tiden hos fagfolkene som knapp, da de stadig får nye krav og endringer som de må forholde seg til i en ellers travel hverdag med mange pasienter. Funnene antyder også at enkelte ledere, spesielt førstelinjeledere, kanskje har for mange ansatte å følge opp, for stort og uavklart ansvarsområde. Det kan være utslagsgivende på tiden. Sammen med mange saker og uklare ansvarsforhold, kan kvalitetsforbedringsarbeid bli nedprioritert. Klare ansvarsforhold og oppgavefordeling sammen med en tydelig forankring i organisasjonen er ifølge Helsedirektoratet (2017) avgjørende for kvalitetsforbedringsarbeid. Øverste leder har det overordnede ansvaret men oppgavene vil ofte være delegert (Helsedirektoratet, 2017, s. 7).

#### 5.3.4.2 Involvering

Involvering er en av karakteristikkene for jobbenngasjement (Bakker & Demerouti, 2008, s. 209). Funn i datamaterialet tyder på at organisasjonen på et generelt grunnlag har en kultur for å involvere de ansatte, i arbeidet med kvalitetsforbedringer. Det virket å være en tilrettelegging på systemnivå, både i forhold til melde inn avvik, oppdatere retningslinjer i kvalitetshåndboken og en systematisk medvirkning i forhold til arbeidsmiljøundersøkelsen. Dette er i tråd med prinsippet i kvalitetsledelse om å la alle delta i kvalitetsarbeidet

(Deming, 1986, s. 47). Deming understreket også at de som er nærmest den daglige driften, må være med å forbedre kvaliteten, og må verdsettes for deres innsats (Deming, 1986, s. 20). Ishikawa påpekte at ledelse måtte baseres på respekt for de ansatte og at det ble gjort tilrettelegging slik at deres potensiale fikk utvikle seg (Ishikawa, 1985, s. 112).

I mine funn fant jeg for øvrig ikke noe som antydte at resultater fra kvalitetsindikatorer ble systematisk formidlet til de ansatte og satt i prosess for forbedring. Siden resultatstyring er vanligvis sterkt kritisert blant profesjonsutøvere (Busch, 2012, s. 23) så kan dette fremstå som utfordrende for lederne.

Funn i undersøkelsen viser at det helsepersonellet som var involvert i behandlingsforløpet til pasienten etter en alvorlige hendelsen, ble involvert i kvalitetsforbedringsarbeidet. Godt kvalitetsforbedringsarbeid er avhengig av at de ansatte er aktivt involvert, særlig på høyspesialiserte områder der deres kunnskap er helt nødvendig mener Byrkeflot & Gulbrandsøy (2013, s. 481). Funnene tydet på at team ble dannet i starten av kvalitetsforbedringsarbeidet. Bruk av tverrfunksjonelle team, som tar med inn hele spekteret av informasjon og kompetanse, for å identifisere og løse kvalitetsproblemer best, er også prinsipper i kvalitetsledelse ifølge Hackman & Wageman (1995, s.313). Funnene tydet på at lederne har fokus på å legge til rette for at ansatte kan få bruke sine evner og kunnskaper, samtidig som det skapes trygghet og stimuleres til en kultur der man ønsker å lære av uønskede hendelser. Mine funn antyder en vektlegging av støtte og tilrettelegging basert på en aksept om at alle kan gjøre feil. Dette sammenfaller i stor grad med elementet individuell omsorg og vurdering i transformasjonsledelse, hvor leder tar hensyn til individets spesifikke behov og jobber for å fremme deres vekst og utvikling (Bass, 1999, s.11). Funnene i forhold til å skape trygghet støttes av kvalitetsledelse og Deming sitt prinsipp nr. åtte som sier at frykt må fjernes slik at alle kan jobbe effektivt (Deming, 1986, s. 23). Helseministeren var også tydelig på dette i sin tale med formaning om å skape en åpen og trygg kultur, som stimulerte til læring i istedenfor en frykttkultur med engstelser for represalier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, avsnitt to).

I den regionale strategiplanen (Helse Sør-Øst, 2018) påpekes viktigheten av involvering og engasjement og planen sier at det i den forbindelse skal satses på forbedringsmetodikk for ledere og de ansatte (Helse Sør-Øst, 2018, s. 5). I tillegg til fagkompetanse så er forbedringskompetanse avgjørende for å lykkes i systematisk forbedringsarbeid (Helsedirektoratet, 2017, s. 28). Dr. Ishikawa var også opptatt av passende opplæring hos de

ansatte (Ishikawa, 1985, s. 90). Det samme var Deming i sitt prinsipp nr. 13 med: Iverksett omfattende bedriftsinterne opplæringsprogrammer (Deming, 1986, s. 24). Mine funn viste at opplæring i forbedringskompetanse var først nå nylig lansert i forbindelse med det nye forbedringsprosjektet i sykehuset. Tilbudet er tenkt både til ledere og til ansatte. I studien til Hackman & Wageman (1995, s. 311) fremkom det at når de ansatte får opplæring som er nødvendig for kvalitetsforbedring, vil de ansatte ta initiativ for å forbedre da de ansatte bryr seg om kvaliteten på arbeidet de gjør. En opplæring kan styrke behandlerens forståelse for kvalitetsforbedringsarbeidet, noe som kan føre til en felles forståelse som igjen kan være med å utvikle en felles kultur for kvalitetsforbedringsarbeidet. I masterstudie til Bergerød (2012) viste funn at det var en styrke å involvere hele organisasjonen gjennom felles forbedringskompetanse, og at det skapte en fellesskapsfølelse og entusiasme i arbeidet med kvalitet.

#### 5.3.4.3 Holdninger til endringer

Organisasjonspsykologen Edgar Schein (1990, s. 118) mener at lederens viktigste oppgave er å lære seg å kjenne kulturen for så å kunne påvirke den. Funn i undersøkelsen antyder at flere så det som nødvendig å endre strukturer, både i forhold til endring i rutiner, arbeidsoppgaver, ansvarsområder, men også en generell holdningsendring. En av lederne konkretiserte dette med at det nå var på tide å se nærmere på innhold i tjenesten og på hvordan man kunne jobbe annerledes, da økning i antall pasienter ikke gav økning i antall ressurser. Med stadig flere pasienter og kortere tid til behandling, samtidig som midlene er knappe, må organisasjonene i sykehusene endre sine rutiner og være opptatt av innovasjon. Dette støttes hos helsestyresmaktene som ønsker kontinuerlig forbedring av helsetjenestene parallelt med bedre utnyttelse av ressurser, kompetanse og teknologi. I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) bekreftes dette ved at regjeringen vil fornye, forenkle og forbedre spesialisthelsetjenesten for å møte framtidens behov. Planen sier også noe om at disse utfordringene ikke kan løses ved bare å tilføre mer ressurser. Det er nødvendig med endringer i organisering, kultur og ledelse (Helse -og omsorgsdepartementet, 2015, s. 33). Dette er også sammenfallende med kvalitetsledelsens prinsipper, Demings prinsipp nr. fem som påpeker: Forbedre systemet og tjenesten kontinuerlig for dermed å redusere kostnadene. Han tilføyer der at forbedringer også handler om å se på bedre tildeling av arbeidsoppgaver, valg av ansatte, deres plassering og hvordan deres kompetanse best kan utnyttes (Deming, 1986, s. 51).



Av undersøkelsen fremkommer funn som antyder at arbeidsmengden i forhold til registrering og rapportering har økt betraktelig den senere tiden, og at dette utfordrer kvaliteten på helsetjenesten. Medlemmene i organisasjonen er styrt av nye lovendringer og retningslinjer, sett i lys av den regulative pilaren (Scott, 2014, s. 60). I Psykisk helsevernloven (1999) kom det i 2017, en oppdatering i deler av loven om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999, §§ 3-2., §3-3. og §3-3 a.). Funn i datamaterialet tyder på at denne lovendringen har medført mye ekstra arbeid, i tillegg til krav om at det skal utføres av spesialister. Med få spesialister i utgangspunktet blir dette arbeidet utfordrende. Pakkeforløpet har samme krav om spesialister inn i vurdering av hver enkelt pasient. Mine funn antyder at disse kravene sammen med kravene om med administrativt arbeid skaper stress og motstand. Motstanden som oppstår kan sees i lys av den institusjonelle organisasjonsteorien, hvor den institusjonelle stabilitet med normer for akseptabel handling blir truet (Scott, 2014, s. 66).

Av undersøkelsen fremkommer at ledelsen styres av mål- og resultatkrav ovenfra i form av kvantitative faktorer som faktisk kan måles, slik som for eksempel kvalitetsindikatorer. Det finnes ingen funn i undersøkelsen som viser at det måles på kvalitative resultater. Når kvaliteten på helsetjenesten er vanskelig å måle, oppstår en tendens til å styre virksomheten ved å fokusere det som er enklere: antall konsultasjoner, kostnadene ved å yte denne tjenesten og det overskuddet det gir (Busch, 2012, s.23). Regelsettingen med pasientinvolveringen i forbindelse med pakkeforløpet kan bli en type kvalitativ måling, men denne type tilbakemeldinger fra pasienten var ennå ikke satt i system. Slik situasjonen fremstod nå, så kom pasientinvolveringen i skyggen av alt det administrative arbeidet. Funn i datamaterialet tyder på at regelsettingen med pakkeforløp som et eksempel virker å ha gitt mer fokus på effektivisering, og mindre på pasientinvolvering og relasjonskvalitetet. Dette kan naturlig nok gi en motstand hos profesjonen, som har et særtrekk med mer fokus på kvaliteten enn på effektiviteten (Freidson, 2001, referert i Busch, 2012, s. 64). Datamaterialet indikerer, som følge av mål- og resultatkrav, at kvalitetsaspektet kan bli svekket. Denne situasjonen er sammenfallende med funnene i masteroppgaven til Mahdi (2016), som antydte at styringssystemet begrenset behandlernes autonomi og gav negative utslag på kvaliteten i arbeidet som ble utført. I følge Tampe (1993) så er autonomi en av fire motivasjonsfaktorer hos kunnskapsarbeidere. Autonomi handler å få et handlingsrom med hensyn til å utføre de oppgaver man har ansvar for. De øvrige 3 motivasjonsfaktorene er personlig vekst, måloppnåelse og rettferdig belønning (Tampe, 1993, s. 51). Funn i datamaterialet tyder på at

profesjonsutøverne var involvert i kvalitetsforbedringsarbeid i teamgrupper, personalmøter, i fellesundervisninger, i tverrfaglige møter og ellers motivert til kompetansehevende tiltak. Dette møter motivasjonsfaktorene hos Tampo og det Maslow beskriver som sosiale behov og behov for vekst (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 116). Motivasjon kan også være av moralsk og normativ karakter med henholdsvis et behov for å følge etiske standarder og å følge normene i en institusjon (Busch, 2014, s. 115). Funn i undersøkelsen gav signaler om at det var viktig for ledere i å inneha god forståelse for faget og det kvalitetsaspektet. En forståelse vil kunne berøre sentrale verdier hos profesjonene som kan skape høy motivasjon (Busch, 2014, s. 115). I disse tilfeller blir det viktig å språksette verdiene, ved å utvikle begrepsapparat som gjør det mulig å diskutere verdiene (Busch, 2012, s. 108). Det vil for eksempel være viktig å formidle til de ansatte, hvorfor forbedringsarbeidet er satt i gang (Folkehelseinstituttet, 2015, pkt.1). I lys av den institusjonelle teorien så vil det være enklere å engasjere de ansatte i mål med et rasjonale bak (Scott, 2014, s. 68).

Kulturelle oppfatninger varierer og blir ofte bestridt, særlig i tider med endring (Scott, 2014, s. 68). Organisasjonsmedlemmene kan oppleve endringer og andre tilpasninger som problematiske da det truer de innarbeide oppfatningene om «hvordan vi gjør det her» (Søreide, 1999, s. 78). Hallandvik (2001) antyder at kvalitetsledelse kan få problemer med å bli iverksatt i organisasjon med sterkt institusjonelt preg. Det kan bli iverksatt på en symbolsk måte for å bidra til en legitimitet. Legitimiteten kan da styrkes ved at kvalitetsledelse er en nasjonal og internasjonal mote. Men iverksettingen kan møte motstand i møte med dypereliggende mønster og institusjonelle ordninger (Hallandvik, 2001, s. 23).

Av undersøkelsen fremkommer en generell positiv holdning til kvalitetsforbedringsarbeid. Mange er stolte av arbeidet de gjør, men ønsker samtidig å forbedre det. Sett i lys av et institusjonelt perspektiv kan disse funnene forklare med at det har utviklet seg både kulturelle holdninger og handlinger i organisasjonene (Scott, 2014, s.68). Alle ledere jeg intervjuet var på generell basis positivt innstilt til endringer, samtidig som de så at alle endringene var krevende for de ansatte, og de mente at deres arbeid da krevde pågående engasjement og motivasjonsarbeid. Disse elementene er sammenfallende med elementet inspirerende motivasjon i transformasjonsledelse, som vektlegger meningen med arbeidet (Bass, 1999, s. 11).

I undersøkelsen vises signaler på at kvalitetsstrategiene i organisasjonene fremstår noe uklart. Uklare strategier kan gjøre målene vanskelig å konkretisere. Mine funn gav indikasjoner på at

strategiene er fragmenterte og noe diffuse og antyder at få av de jeg intervjuet hadde særlig forhold til de overordnede strategiene. Funnene i datamaterialet indikerer manglende tydelige målsettinger og lokale handlingsplaner. Uten en utveksling av de grunnleggende målene og forventningene er forandringer overfladiske og har en kort varighet ifølge Cameron & Quinn (2006, s. 11). I tillegg må utvekslingen ikke bare være skriftlig, den må også støttes av lederaksjoner og avgjørelser for å fremstå som troverdighet (Yukl, 2013, s. 283).

Til slutt i denne drøftingsdelen vil jeg se funnene i lys av Cameron & Quinn (2006) sin modell: «The Competing Values Framework», med formål om å bruke rammene for å legge til rette for endring i organisasjonskultur (Cameron & Quinn, 2006, s. 33). Rammeverket under kan brukes ved kvalitetsledelse, hvor det anbefales å bruke aktiviteter knyttet til alle de ulike kulturtypene (Cameron & Quinn, 2013, s. 57).

#### Hierarkisk kultur

- Funnene i undersøkelsen sammenfaller i stor grad med elementene her, som vektlegger sterke regler og standardiserte prosedyrer. Kontroll og målinger er også typiske for hierarkisk kultur. Funn antydte at målinger eller tilsyn blir utført i mindre grad.
- Funn sammenfaller med de foretrukne lederrollene i hierarkisk kultur med å organisere, kontrollere og administrere.

#### Klankultur

- I undersøkelsen viser funn at de ansatte medvirker i forholdsvis stor grad, og teamarbeid brukes mye hvor de ansatte involveres med åpen kommunikasjon, noe som er kjennetegnene i klankultur.
- Funn viser også de foretrukne lederrollene i klankultur, så som å legge til rette for deltagelse, engasjement og lojalitet.

### Markedskultur

- Av undersøkelsen fremkommer funn som viser at fokus er rettet mot eksterne omgivelser, som støtter teorien om en markedskultur. Ledelsen i organisasjonene har jevnlig kontakt med tillitsmannsapparatet, brukerutvalg og andre eksterne samarbeidspartnere. I tillegg så har organisasjonene nå begynt med systematiske målinger av pasienttilfredsheten i behandlingsforløpet.
- Funn i undersøkelsen antyder at det legges vekt på å produsere resultater og forhandle med samarbeidspartnere, noe som kjennetegner god ledelse i en markedsdominert kultur.

### Adhokratisk kultur

- Funn antyder at adhokratisk kultur med elementer som dynamikk, kreativitet og innovasjon ikke er spesielt dominerende. Funn indikerer at både ledelsen og de ansatte trenger forbedringskompetanse, for å styrke forståelsen og en forpliktelse til kontinuerlig kvalitetsforbedring.
- Gode ledere i en adhokratisk kultur fremmer entreprenørskap og kreativitet. Disse kjennetegnene er ikke fremtredende i de organisasjonene jeg har undersøkt.

I dette kapitlet har det vært vist eksempler på hvordan man fremmer engasjement og en kultur for læring, med involvering, opplæring og type ledelse innenfor en institusjonell organisasjon.

I neste kapittel vil jeg forsøke å svare på problemstillingen ved å svare på forskningsspørsmålene.

## 6. Oppsummering og forslag til videre forskning

Denne studien har hatt som overordnet formål å undersøke hvordan kvalitetsorientert ledelse kommer til uttrykk i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern for voksne. Studien har tatt sikte på å beskrive kvalitetsorientert ledelse ved å svare på to forskningsspørsmål:

1. Hvordan fremmer styringssystem kvalitetsforbedringer?
2. Hvordan fremmes en kultur for kvalitetsforbedringsarbeid?

Undersøkelsen er gjennomført som et casestudie. Det er intervjuet åtte personer med tilknytning til kvalitetsforbedringsarbeid i et sykehus i helseforetaket Helse Sør Øst. For å belyse og besvare problemstillingen har jeg presentert mine data og belyst dette ut fra mitt teoretiske rammeverk, samt sett dette i relasjon til overordnede strategiplaner og andre helsepolitiske føringer.

Innledningsvis i intervjusituasjonene ble begrepet kvalitetsorientert ledelse avklart. Denne oppsummeringen starter derfor med analysen av begrepet kvalitetsorientert ledelse.

### 6.1 Kvalitetsorientert ledelse

I begrepsavklaringen knyttet til kvalitetsorientert ledelse synes hovedtrekkene å være at kvalitetsorienterte ledere fungerer som kontakt til elementene. Elementene er fokus på styringssystem sammen med god ledelse som engasjerer de ansatte og fremmer en kultur for læring og forbedring. Samtidig ser ledere de ansatte som driverne for kvalitetsforbedringer, og bygger en samarbeidskultur med elementer fra transformasjonsledelse (Bass, 2008) samt tilstreber hensyn til de forskjellige verdiene i lys av en institusjonelle teori (Scott, 2014, s. 57).

### 6.2 Hvordan fremmer styringssystem kvalitetsforbedringer?

Kvalitetsledelse handler først og fremst om kvalitet i forhold til kundens behov (Juran, 1995, s.638). I undersøkelsen fremkom det at organisasjonene nå er i gang med å involvere pasientene mer systematisk, for å fremme kvalitetsforbedring, gjennom pakkeforløpet som ble implementert i januar 2019 (Helsedirektoratet, 2018, 5. juni). På nåværende tidspunkt er det for tidlig å si noe om resultatet av dette, men hensikten er å bruke pasientens oppfatning til å identifisere områder der forbedringer må gjøres. For øvrig krever denne nye nasjonale føringen, i tillegg til systematiske pasientinvolvering, også mer systematikk i

behandlingsforløpet, noe som igjen krever mer dokumentasjon og rapportering. Disse elementene er gjenkjennelige i NPM styringsprinsipper (Busch et.al.,2003, s. 3). Datamaterialet antyder at målfokuset knyttet til produksjon og effektivitet, overskygger mål om pasientinvolvering og hva en kvalitativ kvalitetsforbedringer kan gi.

Funn i undersøkelsen sammenfaller i noen grad med kvalitetsledelsens prinsipper om å bruke styringsdata til kvalitetsforbedringer (Juran, 1995, s. 638). Funn viser at faktaopplysninger i kvalitetshåndboken ble brukt mye i arbeid med pasienthelsetjenester. Systemet fungerte stort sett etter hensikt men hadde noen svakheter, i forhold til begrenset søkefunksjon og i forhold til at styringsdokumenter ikke alltid var oppdatert. Kvalitetsindikatorene innehar statistikk som bidrar til å belyse kvaliteten i tjenesten (Helsedirektoratet, 5.juni 2019). Funn i undersøkelsen indikerer at det var fokus på enhetens samlede resultatoppnåelse i forhold til kvalitetsindikatorer. Ingen funn indikerte at resultatene ble presentert for de ansatte. Det at de ansatte deler de samme målene og forventninger er en stor styrke, og gir gode forutsetninger for en effektiv måte å koordinere aktiviteter på (Cameron & Quinn, 2013, s.47). Funn viser at resultatene av arbeidsmiljøundersøkelsen kan vise indikasjoner som kan danne grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid. Undersøkelsen kartlegger ulike sider ved helse, miljø og sikker (HMS) som kan ha sammenheng med risiko for alvorlige uønskede hendelser, eller virke negativt på den ansattes engasjement eller på kvalitet i tjenesten (Helse Sør-Øst, 2018, s. 5).

I undersøkelsen fremkommer funn som viser at administrativ støtte for ivaretagelse av skriftlige retningslinjer, registreringer, kontroller, rapporteringer samt annet kvalitetsarbeid er høyt verdsatt. Dette sammenfaller i stor grad med teorien til Mintzberg (1980) om det profesjonelle byråkratiet. Han sier at administrativt støtteapparat kan verdsettes høyt, dersom det kan utøve det mer enkle og rutinemessige arbeidet som kan støtte de profesjonelle (Mintzberg, 1980, s.334).

Hovedinntrykket tyder på at faktaopplysninger brukes godt i prosesser for å komme frem til gode kvalitetsforbedringstiltak der det foreligger en regelmessighet på målingene. Målinger av forbedringstiltak som ble iverksatt etter alvorlige uønskede hendelser, synes ikke å bli regelmessig gjennomført. I evalueringsfasen brukes ofte intern revisjon (Juran, 1995, s. 638), og funn av dette fremkom i liten grad i undersøkelsen.

Funn i datamaterialet tyder på at det er behov for å kjenne bedre til forbedringsprosessen. Det synes som at det trengs bedre forståelse av behovet for å følge PDSA syklusen i sin helhet, samt integrere filosofien inn i organisasjonen som en systematisk tilnærming til kontinuerlig kvalitetsforbedring. En grundig forståelse av kvalitetsforbedringsprosessen og hindringer i implementering vil øke sannsynligheten for å lykkes. Dette støttes i prinsippene i kvalitetsledelse, der det fremkommer at alle ansatte må involveres og få god opplæring (Ishikawa, 1985, s. 90). Det fremkommer også av undersøkelsen at det er lite kjennskap til og bruk av modeller for kvalitetsforbedringsarbeid. En av grunnene kan være at ledelse og de ansatte ikke har fått opplæring i forbedringskompetanse.

### **6.3 Hvordan fremmes en kultur for kontinuerlig kvalitetsforbedringer?**

Både de helsepolitiske føringene (Helse Sør-Øst, 2018, s. 5) og prinsippene i kvalitetsledelse påpeker viktigheten av deltagelse fra de ansatte i arbeid med kvalitetsforbedringer (Ishikawa, 1985, s. 90).

Funn i undersøkelsen viser et forholdsvis stort engasjement for kvalitetsforbedringer. Funnene viser også at fokuset på kvalitetsforbedringer er forankret hos toppledelsen, og at det lages handlingsplaner som blir fulgt opp. Dette er sammenfallende med prinsippet i kvalitetsledelse, der man fremholder viktigheten av personlig ansvar hos toppleder for å oppnå kvalitetsledelse i alle ledd, i tillegg til deklarasjoner med påfølgende handlingsplaner som blir prioritert og fulgt opp (Juran, 1995, s. 650).

Funn i datamaterialet viser at opplæring i kvalitetsforbedringsarbeid er gitt som et tilbud til ledere og ansatte først i år. Den anbefales opplæring for leder først, for å få en god forankring og forståelse. Øvrige ansatte bør så få denne forbedringskompetansen. Når både leder og de ansatte har kompetansen, så vil dette kunne gi bedre forutsetninger for en felles forståelse, som igjen kan være med å utvikle en felles kultur for kvalitetsforbedringsarbeidet. Under optimale omstendigheter kan denne felles forståelsen bli institusjonalisert (Scott, 2014).

De helsepolitiske føringene, sammen med prinsippene i kvalitetsledelse og teorien om transformasjonsledelse, peker på viktigheten av å involvere de ansatte for å oppnå suksess med kvalitetsforbedringer. I undersøkelsen fremkommer det, på et generelt grunnlag, at det eksisterer en kultur for å involvere de ansatte i arbeid med kvalitetsforbedringer. Dette er i overensstemmelse med prinsipper i kvalitetsledelse, hvor Deming understreker at de som er

nærmest den daglige driften må være med å forbedre kvaliteten og verdsettes for deres innsats (Deming, 1986, s. 20).

Undersøkelsen viser også at lederne utøver elementer av transformasjonsledelse gjennom involvering, engasjering og støtte. De organisasjonene jeg har undersøkt synes å bære preg av at de har blitt underlagt nye retningslinjer og lovendringer. Dette kan sees i lys av den regulative pilaren (Scott, 2014, s. 60). Disse endringene bærer med seg krav om mer målstyring og medfører at ledere i større grad må utføre den administrative delen av lederaspektet (Berg, 2007, s.30). Busch peker på at transformasjonsledelse på mange områder virker å være å foretrekke, men man at transaksjonsledelse har fått økende betydning i offentlig sektor, med stor vekt på målbare resultater (Busch, 2012, s. 156).

De nye retningslinjene og lovkravene krever også mer spesialistressurser. Dette er utfordrende da organisasjonene er i stadig mangel på spesialister. Dette kan gi negative utslag på kvaliteten i helsetjenesten. Samtidig preges organisasjonene av profesjonens normer og verdier sett i lys av den institusjonelle teorien (Scott, 2014, s. 66). Både de profesjonelle og lederne forholder seg til et regulativt rammeverk (Scott, 2014, s. 60), men ulike normer og kulturelt kognitive oppfatninger om hvordan disse skal fortolkes, kan forsterke utfordringer knyttet til ledelse. Av undersøkelsen fremkommer det at i utøvelse av ledelse i sykehus som organisasjon, er det nødvendig å kjenne til bakgrunnen for handlingsmønstrene (Scott, 2014, s. 57). Funnene i datamaterialet tyder på at det er mye usikkerhet etter at nye nasjonale føringer er blitt implementert. Mye makt og myndighet ligger hos profesjonene. Det handler om de ulike profesjonene og deres spesialiteter, som med sine særskilte kompetanser, og utøvelse av skjønn og på bakgrunn av sine verdier, utvikler og definerer standarder for helsetjenestene (Bukve & Kvåle, 2016, s. 13). Både ledere og profesjonsutøverne må forholder seg til et regulativt rammeverk (Scott, 2014), men ulike normer og kulturelt kognitive oppfatninger om hvordan disse skal fortolkes, kan forsterke utfordringer knyttet til ledelse. Den institusjonelle organisasjonsteorien gir en forklaring på handlingsmønstrene til organisasjonsmedlemmene. Den forklarer også hvorfor det er liten vilje til endring da institusjonell stabilitet vektlegges (Scott, 2014, s. 66). Denne forklaringen er viktig å ha med i lys av utøvelse av kvalitetsledelse, som da kan true normer for akseptable handlinger og dermed skape usikkerhet (Scott, 2014, s.64).

Funnene kan tyde på at målene og retningen ikke er tydelig kommunisert. En slik situasjon kan også forsterke situasjonen over i forhold til usikkerhet og motstand. Funnene antyder



fragmenterte og diffuse mål med påfølgende uklar retning. Det bør tilstrebes en konkretisering av mål og en tydelighet i retning. I følge Cameron & Quinn (2006) er utveksling av grunnleggende mål, verdier og forventninger helt sentralt for å få til endringer i en omfattende organisasjon. I tidligere undersøkelser har man sett at selv om verktøyene og teknikkene er til stede og endringsstrategien er implementert med styrke, vil anstrengelsene for forbedring mislykkes, fordi organisasjons grunnleggende kultur med verdier, måter å tenke på, type ledelse og tilnærminger til problemløsning forblir det samme. Uten en utveksling av de grunnleggende målene, verdiene og forventningene av organisasjoner er forandringer overfladiske og har en kort varighet (Cameron & Quinn, 2006, s. 11). Utvekslingen skriftlig av verdier og mål kan være nyttige, men de har liten troverdighet, med mindre de støttes av lederaksjoner og avgjørelser mener Yukl (2013, s. 283).

Det er nødvendig å forandre organisasjonskulturen (Schein, 1999), slik at den støtter opp om satsing på kvalitet. Det handler om å skape en kultur som kontinuerlig oppmuntrer til åpenhet og ærlighet, og gjør det trygt for alle å melde fra til ledelsen om små og store problemer. Det handler også om en kultur hvor kvalitet er gjennomsyret i organisasjonen, og hvor kjernen i de menneskelige verdiene er opplæring, involvering og teamarbeid. Når jeg vurderer mine funn i sin helhet vil jeg si at det virker som man i organisasjonen er godt på vei, men som en av mine respondenter sa: «... jeg vil si at vi har en veldig høy kvalitet på den måten vi jobber her. Også er det ingenting som ikke kan bli bedre».

Med utgangspunkt i funnene og teoriene vil jeg til slutt gi følgende innspill om hvordan jeg tenker kvalitetsorientert ledelse i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern kan videreutvikles. Jeg vil da rette fokuset på rammeverket til Cameron & Quinn (2013, s. 57) og funnene i denne undersøkelsen i lys av teorien, som er presentert på slutten av kapittel 5.3.4. Rammen kan brukes for å legge til rette for endring i organisasjonskulturen. Teorien anbefaler da å bruke aktiviteter knyttet til alle de ulike kulturtypene for å drive frem de høyeste nivåene av kvalitet i en organisasjon.

Gjennom studie håper jeg å ha gitt leserne en innsikt i hvordan kvalitetsorientert ledelse kommer til uttrykk i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern for voksne. Jeg håper jeg også har fått frem hva som ser ut til å gi de resultatene som ønskes, og hva som muligens kan forbedres. Jeg håper studien kan være med på å sette fokus på kvalitetsorientert ledelse og dens ulike prinsipper, samt gi et bidrag til å utvikle en kultur som har kvalitetsforbedringer som en integrert del av arbeidshverdagen.

## 6.4 Forslag til videre forskning

Denne studien har bidratt til å belyse et fenomen, kvalitetsorientert ledelse, som er sammensatt og på mange måter komplekst. Som en videreutvikling ville det kunne vært interessant å studere fenomenet i lys av profesjonsutøverne. Det kunne ha bidratt til flere nyanser og gitt bedre forklaringer til de institusjonelle perspektivene.

Kunden eller pasienten sine behov er på dette tidspunktet ikke systematisk bearbeidet i forhold til pakkeforløpet, da pakkeforløpet er nylig implementert i psykisk helsevern for voksne. Det videre arbeidet her med å systematisk samle pasientenes tilbakemeldinger og følge det opp i forhold til å forbedringer, vil også kunne være et interessant tema for videre forskning.

Spesialistressurser er og forblir en knapp faktor, og derfor bør det legges inn krefter i å utarbeide en strategi for hvordan man kan jobbe annerledes i fremtiden, for å veie opp for ressursmangelen. Hvordan spesialisthelsetjenesten skal håndtere denne utfordringer i fremtiden også kan være et tema for videre forskning.

Forbedringskompetanse sees på som en avgjørende faktor for å lykkes med endring og forbedring (Folkehelseinstituttet, 2017, s. 28). I studien kom det frem at opplæring i forbedringskompetanse nå nylig var blitt et tilbud til ledere og ansatte. Resultatet av dette kan også være interessant å forske på. Det vil da være interessant å gjøre en tilsvarende studie etter at ledere og ansatte har fått vesentlig opplæring i forbedringskompetanse. Resultatene av en slik studie vil muligens kunne si noe om kompetanse innen forbedringsprosesser er medvirkende til de mangler som synes å fremkomme innen området på nåværende tidspunkt, eller om det heller kan skyldes organisatoriske faktorer.

## Litteraturliste

- Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten. Arbeids glede og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Aune, A. (2000). *Kvalitetsdrevet ledelse. Kvalitetsstyrte bedrifter* (3 utg.). Oslo: Gyldendal.
- Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work Engagement. *Career Development International*. 13(3), 209 - 223. Hentet 8. desember 2019 fra: <https://pdfs.semanticscholar.org/de0d/024c7cd9a2eb9140530caec348fa993a8db7.pdf>
- Bass, B.M. (1999). Two Decades of Research and Development in Transformational Leadership. *European journal of work and organizational psychology*. 8(1), 9–32. Binghamton: Psychology Press Ltd
- Bass, B.M. (2008). *The Bass Handbook of Leadership. Theory, Research & Managerial Applications*. (4<sup>th</sup> ed.). New York: Free Press.
- Berg, L.N. (2007). *Tilpasninger og erfaringer i lederrolla i sykehus*. (Masteroppgave). Høgskolen i Agder. Kristiansand.
- Bergerød, I.J. (2012). *Ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet – sammenlignende case studie av to norske sykehus*. (Masteroppgave). Universitetet i Stavanger, Stavanger.
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre. Om design av samfunnsvitskaplege forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Busch, T., Johnsen, E. & Vanebo, J.O. (2003). *Endringsledelse i det offentlige*. (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Busch, T. (2012). *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Busch, T. (2014). *Ledelse, kultur og verdier – et integrert perspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, H. & Guldbrandsøy, K. (2013). Både hierarkisk styring og nettverk – En studie av utviklingen i styringen av norske sykehus. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54 (4), 463 – 491.
- Carman, J.M., Shortell, S.M., Foster, R.W, Hughes E.F.X., Boerstler, H., O' Brien, J.L, O'Connor, E.J. (2010). Keys for successful implementation of total quality management in hospitals. *Health Care Management Review*. 35(4), 283-293.
- Cameron, K.S. & Quinn, R.E. (2006). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: based on the competing values framework*. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Cameron, K.S. & Quinn, R.E. (2013). *Identifisering og endring av organisasjonskultur: de konkurrerende verdier*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Deming, E.W. (1986). *Out of the Crisis*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Faisal, T & Rahman, Z. & Azam, M. (2011). Best Practices of Total Quality Management Implementation in Health Care Settings. *Health Marketing Quarterly*, 28(3), 232 - 252
- Folkehelseinstituttet. (2011, 13.januar). Lean. Hentet 8.desember 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/lean>
- Folkehelseinstituttet. (2011, 10.februar). Modell for forbedring - Langley et. al. Hentet 21. november 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-forbedring-langley-nolan>
- Folkehelseinstituttet. (2015, 20.august). Modell for kvalitetsforbedring. Hentet 7. desember 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Hentet 7. desember 2019 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Gloppen, K.J. (2019, 30.april). Målstyring i organisasjoner: Som man reder, så ligger man. *Dagens Perspektiv*. Hentet 7.desember 2019 fra <https://www.dagensperspektiv.no/2019/som-man-reder-sa-ligger-man>
- Hackman, J.R & Wageman, R. (1995). Total quality management: Empirical, conceptual, and practical issues. *Administrative Science Quarterly*. 40(2), 309 - 342. Hentet 7. desember 2019 fra <https://search.proquest.com/docview/203941334?accountid=32806>
- Hallandvik, J.E, (2001). Kvalitetsledelse og medvirkning i kommunene. (ForskDok-ID: r02010486). Kristiansand: Agderforskning.
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. [Brosjyre]. Oslo. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018, 5. juni). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020*. [Brosjyre]. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019, 9.mai). *Om kvalitet og kvalitetsindikatorer*. Hentet 7. desember 2019 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>
- Helse – og omsorgsdepartementet. (2014, 24.november). *De regionale helseforetakene*. Hentet 7.desember 2019 fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene/id528110/>

- Helse – og omsorgsdepartementet. (2015, udatert). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* (Meld. St. 11 2015 – 2016). Oslo: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, 6.januar). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Hentet 12.desember 2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/kvalitet-og-pasientsikkerhet/id2526434/>
- Helse – og omsorgsdepartementet. (2017, 8.desember). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016*. (Meld. St. 6 2017 – 2018). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse – og omsorgsdepartementet. (2018, udatert). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017* (Meld. St. 11 2018 – 2019). Tilrådelig fra Helse- og omsorgsdepartementet 14.desember 2018. Hentet 15.04.2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019, 15.januar). *Oppdragsdokument*. Hentet 7.desember 2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>
- Helse Sør-Øst. 2018. *Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018 – 2020*. [Brosjyre]. Hamar: Helse Sør-Øst.
- Ishikawa, K. (1985). *What is total quality control? The Japanese way*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Jacobsen, D.I. (2018). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (3 utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Juran, M.J. (1995). *A History of Managing for Quality. The Evolution, Trends, and Future Directions of Managing for Quality*. Milwaukee, Wis.: ASQC Quality Press.
- Korvann, G. C. (2015). *Hvilke forhold påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten?* (Masteravhandling). Høgskolen i innlandet, Rena.
- Kristoffersen, M. & Friberg, F. (2016). Transformasjonsledelse og økte effektivitetskrav i sykepleien. *Nordic Journal of Nursing Research*. 36(1), 13 – 19.  
<https://doi.org/10.1177/0107408315595163>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Kvåle, G. & Wæraas, A. (2017). *Organisasjon og identitet. Eit symbolsk perspektiv*. (Rev. utg.). Oslo: Det Norske Samlaget.

- Lindahl, A. K., & Kirkehei, I. (2012, 28.juni). Ta vare på helsepersonellet også når skaden har skjedd! *Dagens Medisin*. Hentet 8. desember 2019 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2012/06/28/ta-vare-pa-helsepersonellet-ogsa-nar-skaden-har-skjedd/>
- Lynn, M.L. & Osborn, D.P. (1991). Deming's Quality Principles: A Health Care Application. *Health Research Premium Collection*, 36(1), 111 – 120.
- Mahdi, S. (2016). *Mål- og resultatstyring i offentlig psykisk helsevern for voksne: En casestudie av tre voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker*. (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Hentet 7 desember 2019 fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/52634>
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design *Management Science*, 26(3), 322 - 341.
- Nyttingnes, O. (2004). Nytt psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 1(1), 66 -70.
- Omland, E., Moland, A., & Hjorthen, I.R., (2018, 19.november). Selvmord i psykiatrien: Gjorde samme feil syv ganger på tre år. *NRK*. Hentet 15.05.2019 fra [https://www.nrk.no/selvordipsykiatrien/selvord-i-psykiatrien\\_-gjorde-samme-feil-syv-ganger-pa-tre-ar-1.14294951](https://www.nrk.no/selvordipsykiatrien/selvord-i-psykiatrien_-gjorde-samme-feil-syv-ganger-pa-tre-ar-1.14294951)
- Prajogo, D.I. & McDermott, C.M. (2005). The relationship between total quality management practices and organizational culture. *International Journal of Operations & Production Management*. 25(11), 1101-1122. Hentet 8. desember 2019 fra [https://search.proquest.com/docview/29712773?rfr\\_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo](https://search.proquest.com/docview/29712773?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo)
- Psykisk helsevernloven. (2001). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet 23.05.2019 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/>
- Schein, E. (1987). *Organisasjonskultur og ledelse. Er kulturendring mulig?* Oslo: Mercuri Media Forlag A.S.
- Schein, E. (1999). Organizational Culture. *American Psychologist*, 45(2), 109-119.
- Scott, R.W. (2014). *Institutions and Organizations*. (4<sup>th</sup> ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Short, P.J. & Rahim, M.A. (2010). Total quality management in hospitals. *Total Quality Management*, 6(3), 255 - 264
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi fo*

- kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver.* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjenesteloven – sphi. (1999). Lov om Spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-2018-06-22-76). Hentet 7. desember 2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Statens helsetilsyn. (1998). *Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som leder IK-2615.* Hentet 7. desember 2019 fra [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/utredningsserien/kvalitetsstyrte\\_helseorg\\_leder\\_ik2615.pdf/](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/utredningsserien/kvalitetsstyrte_helseorg_leder_ik2615.pdf/)
- Statens helsetilsyn (2018). *Til beste for den neste – risikostyring før og etter alvorlige hendelser. Eksempler og erfaringer fra Statens helsetilsyns arbeid med tilsynssaker i 2017, der Undersøkelsenheten foretok stedlige tilsyn etter varsler om alvorlige hendelser* (Rapport fra Helsetilsynet 2/2018). Hentet 7. desember 2019 fra [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2018/helsetilsynetrapport2\\_2018.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2018/helsetilsynetrapport2_2018.pdf)
- Stensaasen, S. (1996). *Hvordan nå verdensklasse i kvalitet, og holde seg der?* Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur.* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Søreide, T. (1999). *Vurdering og posisjon. Refleksjoner rundt organisatorisk motstand knyttet til et forsøk på å innføre Total Kvalitetsledelse i en helseinstitusjon.* (Hovedfagsoppgave). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Tampo, M. (1993). Motivation knowledge workers: the challenge for the 1990's. *Long Range Planning*, 26(3), 49 – 55.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.* (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Vanebo, J. O. (2017). *Ledelse og ledelsespraksis i det offentlige. Veikart til ledelseslisens.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Yin, R.K. (2014). *Case Study Research. Design and Methods.* (5<sup>th</sup> ed.). Los Angeles, California: SAGE
- Yukl, G. (2013). *Leadership in Organizations.* (8<sup>th</sup> ed.). Essex: Pearson

Øvretveit, J. (2004). Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 17(7), 368 - 376.

Hentet 7. desember 2019 fra

[https://search.proquest.com/docview/35923389?rfr\\_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprim](https://search.proquest.com/docview/35923389?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprim)

Aasland, D.G, Eide, S.B, Grelland, H.H, Kristiansen, A. & Sævareid, H.I (2011). *Kvalitet og kvalitetsopplevelse. En bok om kvalitet i arbeid med mennesker*. Bergen:

Fagbokforlaget.



## **Forespørsel om å delta i intervju i forskningsprosjekt om kvalitetsorientert ledelse innen psykisk helsevern**

Mitt navn er Angelina Jensen og jeg er masterstudent ved Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag ved Universitetet i Agder (UiA). Jeg skal nå skrive en masteroppgave i ledelse og kontakter deg for å høre om du er villig til å delta i studien og bli intervjuet av meg.

### **Formål**

Formålet med denne masteroppgaven er å studere kvalitetsorientert ledelse i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern. Mer spesifikt skal jeg studere hva som er sentralt for arbeidet med kvalitet og kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Førsteamanuensis Laila Nordstrand Berg fra Høgskulen på Vestlandet/Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag ved Universitetet i Agder er min veileder og står ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Jeg har valgt deg som leder da jeg tenker at du kan bidra med informasjon om kvalitetsorientert ledelse ut fra din synsvinkel.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Jeg møter deg på et rolig sted som du finner mest passende og så tar vi en samtale (intervju) om temaet ut fra de spørsmålene jeg har forberedt. Intervjuet tar omtrent 45 minutter og dersom det er greit for deg, tar jeg opp intervjuet på bånd.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Jeg opplyser ikke ditt navn på lydopptaket men bruker koder. Kodelisten holdes avskilt fra dataene og kun veileder og jeg har tilgang til dataene. Alle data vil underveis bli lagret på en pc som tilhører

sykehuset og har strenge sikkerhetskrav. Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til denne studien, jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.12.2019. Alle data (notater, lydopptak og transkripsjoner) vil bli slettet etter at masteroppgaven er godkjent (rundt 01.02.2020).

### **Dine rettigheter**

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

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

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- **Student:** Angelina Jensen, tlf. 91511580 eller på mail: [angelina.jensen@sshf.no](mailto:angelina.jensen@sshf.no)
- **Veileder:** Laila Nordstrand Berg, tlf. 48064094 eller på mail: [Laila.Nordstrand.Berg@hvl.no](mailto:Laila.Nordstrand.Berg@hvl.no)
- **Personvernombud** ved Universitetet i Agder: Ina Danielsen, tlf. 452 54 401.
- **NSD** – Norsk senter for forskningsdata AS, tlf. 55582117 eller på mail: [personvernombudet@nsd.no](mailto:personvernombudet@nsd.no)

Jeg håper du kan ta deg tid til dette i din hektiske arbeidshverdag og ber deg kontakte meg på mail eller telefon.

Med vennlig hilsen

Angelina Jensen

Masterstudent

## Samtykkeerklæring

For studien om «Kvalitetsorientert ledelse i spesialisthelsetjenesten» av mastergradsstudent fra Universitet i Agder som vil utføre intervju; Angelina Jensen.

Jeg samtykker til:

- at jeg har lest og forstått informasjonsskrivet av 26.04.2019 for den overnevnte studien, og har fått mulighet til å stille spørsmål
- at min deltakelse er frivillig og at jeg står fritt til å trekke meg når som helst uten å oppgi noen grunn, og uten at mine arbeidsrettigheter eller andre juridiske rettigheter påvirkes
- å bli intervjuet av ovennevnte student og at intervjuet blir tatt på bånd
- at om jeg trekker meg så vil opplysningene jeg har avgitt bli anonymisert. Opplysningene kan i anonymisert form likevel benyttes i analyser
- Jeg godkjenner at dataene oppbevares i anonymisert form til 01.02.2020, før de slettes og forstår at all identifiserende informasjon om meg blir fjernet for å beskytte min identitet
- å delta i intervju i forbindelse med ovennevnte studie

---

(Signert av informant, dato)

## Intervjuguidene

Takk for at du tok deg tid til å delta i studien!

Hensikten med dette intervjuet, og andre intervjuer jeg foretar av ledere, er å undersøke hvordan kvalitetsorientert ledelse utføres og kan påvirke de ansattes engasjement og kultur for læring i arbeid med kvalitet og kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid.

Svarene blir ikke delt med andre utenom min veileder og alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Det er frivillig å delta og du kan derfor når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn.

Pause – til spørsmål og kommentarer – før fortsettelsen

Dette intervjuet blir spilt inn og senere transkribert og analysert. Opptakeren er på nå.

### A. Innledende spørsmål

- 1) Kjønn, alder og stilling?
- 2) Hvor lenge har du arbeidet som leder ved dette DPS'et?
- 3) Har du klinisk utdanningsbakgrunn?
- 4) Har du arbeidet som kliniker og i tilfelle hvor lenge?
- 5) Hva slags utdanning har du som er relevant for din stilling?

### B. Hvordan brukes styringssystem i kvalitetsforbedringsarbeidet?

- 6) Hva tenker du når jeg sier «kvalitetsorientert ledelse»?
- 7) Hvilke styringssystem (tilnærming, modeller, verktøy) benyttes i dagens prosedyrer og rutiner rundt kvalitetsarbeidet?  
- Tenker du at noe kunne med fordel ha vært gjort på en annen måte? I tilfelle hvordan?
- 8) Hvem er de viktigste forkjemperne/talspersoner for kvalitet og kvalitetsforbedring?
- 9) Kan du peke på noen konkrete forbedringsresultater knyttet til kvalitet i din enhet?

- Hvordan målte dere forbedringen?
- 10) Hvordan blir pasienter direkte involvert i kvalitetsforbedringsarbeidet?
- 11) Kan du gi en kort beskrivelse av deres strategi for kvalitetsforbedringsarbeidet?
  - Hvordan kommuniseres denne til de ansatte?
- 12) Hvordan er du fornøyd med dine rammer (handlingskapasitet, insentiv m/ressurser og prioriteringer) i forhold til det kontinuerlige forbedringsarbeidet?
- 13) Hva er ditt ansvarsområde/din rolle når det gjelder kvalitetsforbedring ved alvorlige uønskede hendelser?

### **C. Hvordan skaper leder en kultur for læring og fremmer engasjement hos de ansatte?**

- 14) Hvordan blir alvorlige uønskede hendelser vanligvis håndtert?
- 15) På hvilken måte, og i hvilken sammenheng, legger du til rette for at dine ansatte kan snakke åpent om feil/uønskede hendelser?
- 16) På hvilken måte bruker dere tilbakemelding fra ansatte for å forbedre kvaliteten?
- 17) Hvordan skjer læring etter alvorlige uønskede hendelser?
  - hvilke systemer/verktøy benyttes?
  - skjer læring i grupper/team
- 18) Hvilke lederegenskaper mener du er spesielt viktig i forhold til arbeid med kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid, i din avdeling/enhet?

### **Avslutningsspørsmål**

- 19) Har det vært faktorer som eksempelvis omorganisering, nedskjæringer, nye lovendringer som har hatt særlig innvirkning på kvalitetsforbedringsarbeid?
- 20) Hvordan oppfatter du denne avdelingen/enhet sånn generelt, når det gjelder kvalitet og kvalitetsforbedring?

### **E. Avrunding**

Før vi runder av, lurer jeg bare på om det er noe jeg burde spurt om. Er det noe du ikke har formidlet, som du ønsker å formidle?

Tusen takk, igjen, for at du ville delta! Jeg slår av opptakeren nå.