

Er samhandling viktig for å skape bedre kvalitet i helsetjenesten?

En studie av hvordan kommune og helseforetak benytter
samhandling til å skape forbedret praksis.

Av

Torgeir Skevik



Avhandling avlagt ved
Handelshøjskolen i København for graden
Master of Public Administration 2011



Copenhagen
Business School
HANDELSHØJSKOLEN





SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV MASTER-/BACHELOR- /KANDIDAT- OG PROSJEKTOPPGAVER

Forfatter: Torgeir Skevik

Tittel: Er samhandling viktig for å skape bedre kvalitet i helsetjenesten?

Studieprogram: Master of Public Administration, MPA, 2009-2011

Kryss av:

Vi/jeg samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek og at den kan publiseres på internett i fulltekst via BIBSYS Brage, HiNTs åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: 1. juni 2011

Dato:

underskrift

Forord

”Life is what happens to you while you’re busy making other plans.”

John Lennon (1980)

Masterstudiet i offentlig ledelse har vært en lang og krevende reise som startet med første samling på Finsås, Snåsa, i januar 2009.

Det har vært en krevende tid og det har vært avgjørende å legge planer for studiet for å nå det endelige målet om å komme til København og få utlevert nåla. Innimellom kan en vel si at det har det gått på bekostning av å leve det normale liv der en gjør ting sammen med venner og familie, og kanskje spesielt i den siste tiden med skrivingen av masteravhandlingen. Men det har vært en kjempeinteressant reise hvor jeg innimellom har erfart at jeg faktisk kunne en del fra før om ledelse uten at jeg kanskje hadde noen klar teoretisk forankring av kunnskapen. Studiet har derfor gitt min ”gamle” kompetanse noen nye knagger å henge den på og det har gitt meg mye ny kunnskap. Jeg har lært mye om ledelse som jeg har fått og vil få mye nytte av i mitt daglige arbeid. Når jeg nå valgte å skrive masteravhandlingen om samhandling i helsevesenet er jo det fordi jeg ”brenner” for feltet, og i mitt daglige arbeid handler det om å bidra til å forbedre helsetjenesten og trygge rettssikkerheten for de som mottar helsetjenester. Det har vært viktig for meg å levere en masteravhandling som kan representere en nytte for arbeidsplassen min og kanskje også for virksomhetene jeg gjennomførte undersøkelsene. Hvis flere i samfunnet finner nytte av å lese avhandlingen vil det være en ekstra bonus.

Jeg vil takke ledelse, ansatte og representanter for brukerne i de to virksomhetene, henholdsvis Sykehuset Levanger HF og avdeling medisin A og Verdal kommune og Verdal bo- og helsetun, som slapp meg til for å gjennomføre undersøkelsen. En spesiell takk går til de som deltok i intervju og dermed brukte av sin tid for å skaffe meg viktige data for undersøkelsen. Jeg vil også rette en stor takk til min veileder Jan Ole Similä ved Høgskolen i Nord- Trøndelag som har bidratt med gode råd under hele prosessen slik at jeg har kommet i havn med avhandlingen.

Jeg vil også takke min arbeidsgiver Fylkesmannen i Nord- Trøndelag og min leder og mine kolleger ved sosial-, helse- og barnevernavdelingen for en romslig holdning overfor meg som ikke bestandig har vært like mye tilstede. Jeg vil til slutt rette en stor takk til familien og spesielt Mette som har vært svært tålmodig med meg i en lang periode der jeg ikke har vært så tilgjengelig hverken mentalt eller fysisk. Fremover blir det å finne tilbake til de nære ting

29. mars 2011

Torgeir Skevik

Sammendrag, abstract

Torgeir Skevik (2011): *Er samhandling viktig for å skape bedre kvalitet i helsetjenesten?*

Mange vil umiddelbart svare ja på dette spørsmålet. Nasjonale myndigheter gir både gjennom stortingsmeldinger, ulike lover og forskrifter sterke styringssignaler til virksomheter, ledere og helsepersonell for øvrig i helsetjenesten om at de har ansvar både i forhold til samhandling og kvalitetsutvikling med det som overordnet mål at tjenestene de tilbyr befolkningen skal ha god kvalitet og være faglig forsvarlig. Men lytter helsetjenesten til styringssignalene?

Formålet med undersøkelsen min var å belyse hvordan virksomheter i helsetjenesten løser samhandling og kvalitetsutvikling i dag, og jeg ønsket gjennom undersøkelsen å bidra til å danne en fornyet basisforståelse for hvordan helsetjenesten integrerer nasjonale styringssignaler i sine strategier og i sin praksis i arbeidet med å skape bedre kvalitet. For å avgrense undersøkelsen gikk jeg inn i to virksomheter på ulike forvaltningsnivå i helsetjenesten, nærmere bestemt en sykehusavdeling i Sykehuset Levanger HF og en sykehjemsavdeling i Verdal kommune og ville gjøre en komparativ studie av arbeidet med kvalitetsutvikling.

Fokuset i undersøkelsen var tredelt. Først ønsket jeg å se på hvordan virksomhetene arbeidet strategisk gjennom ledelse og styring for å sette fokus på samhandling og kvalitet. Dernest ønsket jeg å se på hvordan de brukte avviksmeldinger for å utvikle ny og forbedret kunnskap i praksis for å øke sikkerhet og kvalitet både internt og i overganger mellom de to forvaltningsnivåene. Til sist ønsket jeg å se på hvordan de målte kvalitet og hvordan de brukte målingene til å foreta strategiske valg. I undersøkelsen skulle jeg også se på hvorvidt og hvordan de arbeidet for å involvere sentrale interessenter i sitt kvalitetsarbeid.

Funnene i undersøkelsen viser at styringsdokumenter som gir retning for samhandling og kvalitet bidrar til økt fokus i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet, og at det er avgjørende å få forankret styringsdokumentene i hele organisasjonen for å skape og utvikle kvaliteten på tjenestene både for dagen i dag og inn i fremtiden. Det er derfor viktig at det etableres arenaer hvor det er dialog om kvalitet både innen de enkelte ledelsesmiljø og mellom de enkelte ledelsesmiljø samt ut mot brukerne av tjenestene. Det vil skaffe kunnskapsgrunnlag som kan benyttes til mer kunnskapsbaserte strategiske valg for å heve kvaliteten i helsetjenesten over tid. Videre så er det avgjørende for kvaliteten i helsetjenesten totalt sett at det utvikles gode relasjoner i form av ulike arenaer og nettverk i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak når disse virksomhetene tilhører ulike beslutningssystem med ulike styringslinjer. Dette for å unngå at brukerne av tjenestene møter en fragmentert helsetjeneste.

Innhold

1.0	INNLEDNING	7
1.1	Undersøkelsens plass i det store samfunnsbildet	7
1.2	Formålet med og avgrensning av undersøkelsen.....	10
1.3	Problemformulering og forskningsspørsmål	12
1.4	Teoretisk ramme for undersøkelsen	12
1.5	Beskrivelse av det empiriske felt.....	13
2.0	AVHANDLINGENS METODE	15
2.1	Utvikling av problemstilling for undersøkelsen.....	15
2.2	Valg av metodisk tilnærming for innsamling av data, kvalitativ eller kvantitativ undersøkelse, nærhet eller distanse	16
2.3	Valg av design og utvalg av enheter	17
2.4	Innsamling av kvalitative data	19
2.4.1	Avklaring av tilgang til virksomhetene	20
2.4.2	Det kvalitative forskningsintervju og utvalg av respondenter	20
2.4.3	Dokumentstudier.....	23
2.5	Variabler, verdier og kontekst	25
2.6	Sikring av validitet og reliabilitet	25
2.7	Etikk	28
3.0	TEORI	29
3.1	Ledelsessystemet og ledelse som funksjon.....	29
3.2	Et utvalg av statlige styringssignaler gjennom noen aktuelle bestemmelser i lov og regelverk og knyttet til samhandling og kvalitetsutvikling.....	34
3.3	Institusjonell teori	36
3.4	Forskning på ledelse, kultur, kvalitetsutvikling og samhandling	38
3.5	Mål og resultatstyring	40
3.6	Forskning på utvikling av mål og resultatindikatorer	41
3.7	Nettverksteori	43
3.8	Forskning og nettverk.....	45
4.0	EMPIRI OG ANALYSE.....	46
4.1	I hvilken grad preges dagens styringsdokumenter i helsetjenesten av at samhandling med sentrale interessenter er viktig for å utvikle og forbedre tjenestene?	46
4.1.1	Dokumentstudier i helseforetaket	47
4.1.2	Intervju med ansatte i helseforetaket og medisin A	51

4.1.3	Dokumentstudier i Verdal kommune/ Verdal bo- og helsetun.....	52
4.1.4	Intervju ved sykehjemmet.....	55
4.1.5	Analyse av empirisk materiale knyttet til fokuset på styring av samhandling og kvalitet	56
4.1.6	Teoretisk analyse av empirisk materiale knyttet til styring og samhandling	58
4.1.7	Konklusjon forskningsspørsmål 1	61
4.2	Er det samsvar mellom styringsdokumenter og praksis i kvalitetsarbeidet og i hvilken grad benyttes samhandling for å skape forbedring?.....	62
4.2.1	Dokumentstudier i helseforetaket knyttet til "trygge og sikre tjenester"	62
4.2.2	Intervju i helseforetakets/ medisin A knyttet til "trygge og sikre tjenester"	63
4.2.3	Dokumentstudier i helseforetakets knyttet til tjenester som er "samordnet og preget av kontinuitet"	68
4.2.4	Intervju ved helseforetaket/ medisin A knyttet til "tjenester som er samordnet og preget av kontinuitet"	69
4.2.5	Dokumentstudier i helseforetaket knyttet til "involvering av brukere og gi dem innflytelse"	71
4.2.6	Intervju i helseforetaket/ medisin A knyttet til involvering av brukerne og gi dem innflytelse	72
4.2.7	Dokumentstudier i kommunen/ sykehjemmet i forhold til "trygge og sikre tjenester".....	73
4.2.8	Intervju i kommunen/ sykehjemmet knyttet til "trygge og sikre tjenester"	75
4.2.9	Dokumentstudier i kommunen knyttet til "tjenestene skal være samordnet og preget av kontinuitet"	78
4.2.10	Intervju i sykehjemmet knyttet til "tjenestene skal være samordnet og preget av kontinuitet"	78
4.2.11	Dokumentstudier i kommunen i forhold til "involvering av brukerne og gi dem innflytelse"	79
4.2.12	Intervju ved sykehjemmet knyttet til "involvering av brukerne og gi dem innflytelse".....	79
4.2.13	Empirisk analyse av funn i de to virksomhetene.....	80
4.2.14	Analyse av empiri mot teori:	84
4.2.15	Konklusjon forskningsspørsmål 2	87
4.3	I hvilken grad får avvik konsekvenser for strategiske valg i virksomhetene og hvordan fungerer samhandlingen ved strategiske valg?.....	89
4.3.1	Strategiske valg og samhandling ved strategiske valg i helseforetaket på basis av avviksmeldinger.....	89

4.3.2	Dokumentstudier i helseforetaket i forhold til områdene "trygge og sikre" tjenester, tjenester preget av samordning og kontinuitet" og tjenester preget av "involvering av brukerne og gi dem innflytelse"	89
4.3.3	Intervju i helseforetaket/ medisin A i forhold til områdene "trygge og sikre" tjenester, tjenester preget av samordning og kontinuitet" og tjenester preget av "involvering av brukerne og gi dem innflytelse"	95
4.3.4	Strategiske valg og samhandling ved strategiske valg i kommunen på basis av avviksmeldinger	97
4.3.5	Dokumentstudier i kommunen i forhold til områdene "trygge og sikre" tjenester, tjenester preget av samordning og kontinuitet" og tjenester preget av "involvering av brukerne og gi dem innflytelse"	97
4.3.6	Intervju i kommunen/ sykehjemmet i forhold til områdene "trygge og sikre" tjenester, "tjenester preget av samordning og kontinuitet" og tjenester preget av "involvering av brukerne og gi dem innflytelse"	101
4.3.8	Analyse av empiri mot teori:	105
4.3.9	Konklusjon forskningsspørsmål 3	108
5.0	SAMMENHENGER OG KONKLUSJONER	109
5.1	Funn i forhold til mål og retning for samhandling og kvalitet i tjenestene	110
5.2	Funn for hva som særpreger samhandlingen i kvalitetsarbeidet i praksis	111
5.3	Funn i forhold til koplingen mellom mål, resultatstyring og strategiske valg for å skape bedre kvalitet	112
5.4	Hvor sterke er funnene i undersøkelsen og hva betyr funnene for virksomhetene og for resten av helsetjenesten og samfunnet?	113
	Litteraturliste	116

1.0 INNLEDNING

Jeg har valgt å stille det store spørsmålet: Er samhandling viktig for å skape bedre kvalitet i helsetjenesten? Hvorfor mener jeg så at det er viktig å undersøke dette området når det til og med har blitt levert en egen stortingsmelding som har konkludert med at det er viktig med samhandling i helsevesenet, og at de aller fleste vil konkludere med et rungende JA?

Dårlig kvalitet og dårlig samhandling i helsetjenesten påvirker bærekraften i norsk økonomi. God kvalitet i tjenestene og i samhandlingen mellom kommuner og sykehus vil være vesentlig for at Norge skal få mer ut av hver helsekrone fremover. I tillegg påfører dårlig kvalitet brukerne tidstap og unødvendige lidelser, og helsetjenesten bør derfor ha aktiv dialog med brukerne for å forbedre tjenestene. På basis av dette perspektivet ønsker jeg å gjennomføre ”et innblikk” i hvordan samhandlingen fungerer internt og mellom ulike forvaltningsnivå i helsetjenesten i Nord- Trøndelag for å skape god kvalitet. Begge forvaltningsnivåene skal forholde seg til omfattende styringssignaler fra sentrale myndigheter både når det gjelder samhandling internt for å skape tjenester med god kvalitet, de skal samhandle med brukerne av tjenestene og de skal samarbeide på tvers av forvaltningsnivå i kvalitetsarbeidet. Samhandlingen mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten i Nord- Trøndelag er regulert gjennom en egen basisavtale for samhandling mellom helseforetaket og kommunene og det ble i 2010 utarbeidet en egen strategi for samhandling, ”*helhetlige helsetjenester - felles ansvar*”.

I undersøkelsen vil jeg konkret analysere to ”helsevirksomheter” på hvert sitt nivå i helsetjenesten, Verdal kommune representert ved et sykehjem og Helse Nord- Trøndelag HF representert ved en medisinsk avdeling. Målet med analysen er å se på hvorvidt og hvordan virksomhetene arbeider med ledelse og styring av kvalitetsarbeidet, hvorvidt og hvordan de arbeider med kontinuerlig forbedring og hvorvidt de endrer strategier på basis av kvalitetsmålinger.

1.1 *Undersøkelsens plass i det store samfunnsbildet*

Norge bruker mye ressurser på helse og omsorg. Internasjonale undersøkelser foretatt blant annet i regi av Commonwealth Fund (2010) viser at vi ikke utmerker oss like mye når det gjelder kvalitet, blant annet på pasientopplevd sikkerhet. På flere områder vet vi dessuten for lite om hvilke resultater vi oppnår. God kvalitet og pasientsikkerhet er et av helse- og omsorgstjenestens viktigste mål. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten (IS 1162, 2005), heretter nasjonal kvalitetsstrategi, legger til grunn at virksomhetene må gjennomføre strategiske veivalg med bakgrunn i politiske føringer, verdier og normer, samt en analyse av behov og mulighet for å oppnå resultater. Men det pekes også på at den store variasjon i kompleksitet, størrelse og oppgaver i kommunene og i de statlige helseforetakene tilsier at det trengs ulike virkemidler og løsninger. Det fremheves derfor at de

som er ansvarlige for tjenestene på ulike nivå må foreta valg av virkemidler og løsninger i skjæringspunktet mellom sentrale føringer og lokale behov.

De politiske føringer er mange og omfattende og angir retning for hvordan sentrale myndigheter ønsker at helsetjenesten skal utvikle seg. I 2009 ble det lansert en ny reform innenfor den norske helsetjenesten med stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), ”samhandlingsreformen”, som beskriver hvordan ansvar for ulike deler av helsetjenesten skal reorganiseres fra og med 2012 for å møte utfordringene fremover i tid. Selve meldingen inneholder flere trekk som beskriver hvorfor en slik reform er nødvendig, og stortingets ambisjon er at pasienter og brukere skal møte en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvar for de enkelte områdene av helsetjenesten. Regjeringen følger opp dette og beskriver i st. prp. 1 (2009-2010) at de vil utvikle en sterk helse- og omsorgstjeneste i kommunene, en desentralisert spesialisthelsetjeneste og samhandlingstiltak mellom nivåene for å sikre kvalitet og nærhet til tjenestene. Det beskrives i meldingen at mange pasienter opplever brudd og svikt i overgangen mellom sykehus og kommunen, og i tillegg opplever mange at de selv må styre samhandlingen mellom de ulike aktørene. Brukerne er avhengig av at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede. Fram til 2050 vil antall personer over 67 år mer enn fordobles i tillegg til at vi også står overfor store endringer i befolkningens sykdomsbilde. Dette vil gi en økning av antall pasienter med behov for samordnede helsetjenester. Regjeringen mener derfor at helse- og omsorgstjenestene må innrettes på å møte disse utfordringene. Det er viktig også å nevne at i tillegg har regjeringen i 2010 lansert to nye lover for kommunene, ny helse og omsorgslov og ny folkehelselov, og som tidligere nevnt en ny nasjonal helse og omsorgsplan for hele den nasjonale offentlige helsetjenesten, og alle disse har vært ute til høring i 2010/2011 med høringsfrist 18. januar 2011. Både nytt lovverk og ny helse- og omsorgsplan 2012-2016 skal til behandling i stortinget i vårsesjonen 2011. Disse dokumentene vil blant annet legge føringer for og forventninger til hvordan den totale offentlige helsetjenesten skal løse oppgavene fremover, hvordan tjenestene skal lovreguleres samt hvilke insentiver som ligger i bunnen for å skape nødvendige endringer for å skape en helsetjeneste som totalt sett har større bærekraft i forhold til samfunnets ressurser.

Nasjonal helseplan (2007-2010) inneholder mål om kulturendring i tjeneste. Målene er preget av erkjennelse av at uønskede hendelser skjer, og større åpenhet om hendelser.

I ”ny nasjonal helse og omsorgsplan” som var ute til høring i 2010/11 skriver regjeringen at arbeidet med kvalitetsforbedring krever en bred tilnærming, tydelig ledelse og en organisasjon preget av kontinuerlig læring. Resultatene av arbeidet bør etterspørres av ledelse og styre på alle nivå i helse- og omsorgstjenesten. I nasjonal kvalitetsstrategi står det at ”ledelsen må

utvikle en organisasjon og en kultur der systematisk kvalitetsarbeid inngår i en kontinuerlig prosess. Dette innebærer et system som bidrar til utvikling, iverksetting, evaluering og forbedring av tjenestene.” (IS 1162, 2005:37)

Nasjonal kvalitetsstrategi (2005) påpeker at tjenestene kontinuerlig må utvikles og forbedres fordi samfunn, kunnskap, kompetanse og teknologi er i stadig endring og utvikling, brukernes forventninger og krav til medvirkning endrer seg, tjenestene ikke alltid virker etter hensikten, tjenestene ikke er så trygge og sikre som de bør og kan være, tjenester kan være dårlig samordnet, det er rom for forbedring når det gjelder ressurs utnyttelse og fordeling.

Den peker videre på at god kvalitet innebærer at tjenester innenfor sosial- og helsetjenesten skal: være virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukerne og gi dem innflytelse, samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelig og rettferdig fordelt. *”Forbedring forutsetter at man har mulighet for å følge effekten av iverksatte tiltak over tid. Målet med å følge med og evaluere tjenestene er å få informasjon som aktivt kan brukes til å forbedre tjenestene, justere kursen underveis og vurdere om endring faktisk fører til forbedring.*” (IS 1162, 2005:40)

Bruk av kvalitetsindikatorer er sentral i vurderingen av kvalitet og pasientsikkerhet, og helsedirektoratet har nylig gitt ut et sentralt rammeverk for utvikling av kvalitetsindikatorer (IS 1878, 2010). De skriver innledningsvis at kvalitetsindikatorer kan ha flere formål. De kan fungere som støtte til intern kvalitetsforbedring, helsepolitisk styring, til virksomhetsstyring og de kan benyttes av pasienter og brukere for å sammenlikne tjenestenes standard ved valg av tjenesteyter eller tjenestested.

I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen (2008-2009) pekes det på viktigheten av pasientforløp preget av kontinuitet. Helse- og omsorgstjenesten er til for å hjelpe pasienter og brukere, og de aller fleste får god hjelp. Men enkelte ganger skjer det uønskede hendelser. Pasientsikkerhet handler om vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Kontinuitetsbrudd er en kjent risiko for pasientskade. En kartlegging fra kunnskapscenteret (Krogstad, Saunes, 2009) viser at det er blitt økt oppmerksomhet på pasientsikkerhet og meldekulturen er blitt bedre i spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene foretar imidlertid i liten grad årsaksanalyse av hendelsene, og det er behov for bedre systematisk oppfølging av egne og andres hendelser ut fra et læringsperspektiv. Og de uttaler også at de vet for lite om hvordan det arbeides med pasientsikkerhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet skriver i nasjonal kvalitetsstrategi (2005) at forankring, klarere ansvar og oppgaver for kvalitetsmåling i praksisfeltet til fagmiljøene i primær- og spesialisthelsetjenesten vil gi større nærhet til brukerne som skal benytte data og resultater til egen kvalitetsforbedring. Det er disse miljøene som besitter størst fagkompetanse om det kliniske praksisfeltet og hva som skjer på området. Gode prosesser som involverer både

ledere og fagmiljø i helsetjenesten er derfor nødvendig. Disse fagmiljøene vil være viktige aktører i arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer.

Som målgrupper for det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet trekkes det blant annet frem helsepersonell/ledere i helsetjenesten på lokale nivåer, allmennheten, pasienter og pårørende og det politiske nivået, helseforvaltningen og ledere på overordnet nivå i helsetjenesten. Kvalitetsindikatorer innen struktur, prosess og resultat kan benyttes til kvalitetsforbedring i alle ledd av helse- og omsorgstjenesten. Under strukturindikatorer beskrives rammer og ressurser, under prosessindikatorer beskrives konkrete aktiviteter i pasientforløp, og på resultatindikatorer beskrives blant annet tilfredshet med behandling. Jeg vil se nærmere på hvordan den delen av helsetjenesten som jeg har undersøkt benytter seg av indikatorer som grunnlag for kontinuerlig forbedring både i problemløsende og målsettende prosesser i virksomhetene, hva som særpreger indikatorene og i hvilken grad de sammenligner seg med andre.

Helsedirektoratet skriver at man for å oppnå god effekt i kvalitetsforbedringsarbeidet trenger et system der resultatene blir evaluert og sammenlignet over tid i den enkelte virksomhet og mellom sykehus, regioner og mellom land. Resultatene bør være grunnlag for en ”benchmarking”. En ”benchmarking” innebærer at man måler egne prestasjoner mot andre, kommer frem til hva som særpreger de som presterer best og deretter forsøker å lære av de beste.

1.2 Formålet med og avgrensing av undersøkelsen

Formålet med undersøkelsen er å belyse hvordan virksomheter i helsetjenesten løser samhandling og kvalitetsutvikling i dag. Nasjonale styringssignaler både gjennom stortingsmeldinger, ulike lovverk og retningslinjer gir sterke styringssignaler til virksomheter, ledere og helsepersonell for øvrig i helsetjenesten om at de har ansvar både i forhold til samhandling og kvalitetsutvikling med det som overordnet mål at tjenestene de tilbyr befolkningen skal ha god kvalitet og være faglig forsvarlig.

Gjennom min undersøkelse ønsker jeg å bidra til å danne en fornyet basisforståelse for hvordan helsetjenesten integrerer nasjonale styringssignaler i sine strategier og i sin praksis. Hvordan arbeider virksomhetene strategisk gjennom ledelse og styring for å utvikle samhandling og kvalitet, hvordan arbeider de for å utvikle ny og forbedret kunnskap for å redusere sårbarheten internt og i overganger mellom nivåene for dermed å skape best mulig kvalitet og sikkerhet og hvordan arbeider de for å involvere sentrale interessenter i dette arbeidet? For å avgrense undersøkelsen ønsker jeg å se nærmere på tre av områdene i forhold til nasjonal kvalitetsstrategi og finne ut hvordan det arbeides med forbedring av praksis i to virksomheter på ulike forvaltningsnivå i helsetjenesten, nærmere bestemt en sykehusavdeling og en sykehjemsavdeling for å se hvordan de arbeider for å skape tjenester som

- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet

Den nasjonale kvalitetsstrategien fremhever i dette tre områder som viktige å arbeide med, nærmere bestemt

- Forbedring av ledelse og organisasjon
- Styrking av brukeren
- Følge med og evaluere tjenestene

For å finne ut noe om dette vil jeg først se på hvordan styringsdokumenter i de ulike virksomhetene i helsetjenesten belyser dette og hvorvidt disse er implementert i og mellom virksomhetene, samt undersøke hvordan og hvorvidt data og informasjon som finnes i avviksmeldinger både på og mellom nivåene blir benyttet for å skape ny kunnskap og forbedret praksis i tjenestene. Til sist vil jeg se på om funn fra avviksmeldinger er med og danner grunnlag for strategiske beslutninger i helsetjenesten.

I et notat utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av representanter for kommunene og helseforetaket står det beskrevet at den vedtatte samhandlingsstrategien for helsetjenestene i Nord-Trøndelag setter som ett av flere mål at *”kommuner og sykehus skal utvikle og ta i bruk indikatorer som en del av grunnlaget for dialog og evaluering av samhandlingen.”* Det er påpekt at helsetjenestene i nåsituasjonen i liten grad har benyttet egnede styringsindikatorer og i beskjeden utstrekning gjennomført drøftinger av disse som ledd i et formalisert samarbeid. Det er betegnende for nåsituasjonen at aktørene i helsetjenesten hver for seg sitter med opplysninger som kan være nyttige for samarbeidsinstansene, uten at disse opplysningene systematisk blir utvekslet og anvendt til en analyse av totalsituasjonen.

Kommunenes prioritering, ressursdisponering og organisering har utvilsomt innvirkning på etterspørselen av spesialisthelsetjenester, på samme måte som helseforetakets ressursituasjon, prioriteringspraksis og organisering virker tilbake på kommunene. I sum skal *felles styringsindikatorer* gi kommuner og sykehus et grunnlag for å drøfte og evaluere

- hvordan samhandlingen og oppgavedelingen fungerer i nåsituasjonen
- hvilke utfordringer som dominerer innenfor samhandlingsfeltet
- hvordan tjenesteytingen endrer seg fra år til år

Bruken av kvalitetsindikatorer brer om seg i spesialisthelsetjenesten men er lite utbredt i kommunehelsetjenesten. Jeg ønsker å se nærmere på de indikatorer som kommer naturlig som følge av basisavtalen mellom kommuner og sykehus, og jeg vil forsøke å sammenligne tall over flere år for å se om det skjer endringer over tid.

Jeg vil se nærmere på dagens praksis for hvordan samhandlingen fungerer. Det innebærer at jeg skal se på hvor godt forankret basisavtalen er på begge nivå i vårt fylke og hvor aktivt den er brukt som styringsverktøy for at samhandlingen rundt pasienter som beveger seg mellom nivå skal fungere etter intensjonene i avtalen, samt hvor aktivt eksisterende indikatorer benyttes som grunnlag for endringsprosesser og strategiske beslutninger.

Jeg har i undersøkelsen valgt å se på hvordan avvik og uønskede hendelser mellom sykehus og kommune (mellom nivå) håndteres i kvalitetsarbeidet i begge virksomheter og dermed bidrar til å etablere forbedret praksis i virksomhetene og dermed å skape mer helhetlige tiltakskjeder til beste for pasienten. Jeg vil ha spesielt fokus på hvordan de samhandler både internt i den enkelte virksomhet og mellom de ulike nivåene for å utnytte de data og den informasjon som ligger i meldinger om uønskede hendelser/meldte avvik til å etablere ny kunnskap og dermed forbedret praksis. I tillegg vil jeg se på hvordan virksomhetene samhandler med brukerne av tjenestene og bruker også den kompetansen til å forbedre tjenestene og tjenestetilbudet.

Undersøkelsen kan dermed være med og bidra til større innsikt i utfordrings- og mulighetsbildet i forhold til styring og samordning i forbindelse med realiseringen av samhandlingsreformen, og resultatene vil derfor ha overføringsverdi til hele helse- og omsorgstjenesten.

1.3 Problemformulering og forskningsspørsmål

Er samhandling viktig for å skape bedre kvalitet i helsetjenesten? For å få belyst formålet med undersøkelsen slik jeg har beskrevet har jeg formulert tre forskningsspørsmål som skal være styrende for min undersøkelse:

1. I hvilken grad preges dagens styringsdokumenter i helsetjenesten av at samhandling med sentrale interessenter er viktig for å utvikle og forbedre tjenestene?
2. Er det samsvar mellom styringsdokumenter og praksis i kvalitetsarbeidet og i hvilken grad benyttes samhandling for å skape forbedring?
3. I hvilken grad får avvik konsekvenser for strategiske valg i virksomhetene og hvordan fungerer samhandlingen ved strategiske valg?

1.4 Teoretisk ramme for undersøkelsen

Hovedteori vil være Erik Johnsens (1975) definisjon av ledelse som et målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker.

Erik Johnsen (1995) snakker om ledelse som ”målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker”. Hvordan fungerer ledelse i dette landskapet i Nord- Trøndelag? Hvordan skapes det samspill i disse to virksomhetene og mellom virksomhetene for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet? Det skal jeg gjennom min undersøkelse forsøke å sette en diagnose på, og vil i dette også se på hvordan virksomhetene etablerer og benytter nettverk for å skape samhandling rundt kvalitet og pasientsikkerhet.

Ledelsens rolle fremheves som avgjørende, og jeg vil spesielt se på hvordan ledelse utøves for å påvirke hvordan organisasjoner samhandler samt hvordan det samhandles i organisasjoner og hvordan samhandlingen er lagt opp ut mot brukerne av tjenestene. Erik Johnsen (1995) skriver her om hvordan ledelse kan utøves for å skape målsettende, problemløsende og

språkskapende prosesser for å utvikle atferdssystemet, koalisjonssystemet og ledelsessystemet i organisasjonene. For å belyse forskningsspørsmålene ytterligere ønsker jeg å benytte institusjonell teori for å belyse hvorvidt det ligger et endringspress knyttet til omgivelsene, samt teori fra Åge Johnsen om mål og resultatstyring for å se om virksomhetene er opptatt av å styre etter mål og resultater i sine strategidokumenter samt i sitt kontinuerlige forbedringsarbeid for å skape en bedre helsetjeneste til befolkningen.

Nettverksteori vil være aktuell teori å benytte for å se hvordan de ulike virksomhetene arbeider i nettverk sammen og hvordan de hver for seg bruker nettverk i sitt eget kvalitetsarbeid for å skape bedre helsetjenester. Denne delen av teorien hentes fra Rhodes (1997) og teori rundt nettverksstyring hentes fra Kickert, Klijn og Kopenjan (1997). De skiller mellom 3 forskjellige perspektiver på nettverksstyring: det instrumentelle, det interaktive og det institusjonelle. Forskjellene i disse perspektivene er det utkikkspunkt som en kan analysere nettverksarbeidet til virksomhetene ut fra.

Helsedirektoratet beskriver i sin ”oppskrift” nasjonal kvalitetsstrategi knyttet til å forbedre ledelse og organisasjon at sosial- og helsetjenesten skal være sin egen kontrollør, og at internkontroll er et lovkrav, men er i varierende grad implementert i sosial- og helsetjenestene. De peker videre på at erfaringene fra andre bransjer viser at internkontroll, brukt riktig, er meget nyttig for å sikre kvaliteten på tjenestene. Dette innebærer at mål, oppgaver og ansvar er tydelig kommunisert og at virksomheten har en struktur for avvikshåndtering og for å lære av erfaringer. Basisen for nasjonal kvalitetsstrategi er forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, og derfor vil den og noen andre sentrale bestemmelser i lovverket også være med og danne bakteppet for analysen.

Forskning gjort på fagfeltet vil også være relevant teori for å belyse feltet, og vil også bli benyttet i en viss grad i analysene.

1.5 Beskrivelse av det empiriske felt

Sykehuset Levanger, medisinsk avdeling A

Sykehuset Levanger er et av to sykehus i helse Nord-Trøndelag HF (HNT), som igjen er en del av Helse Midt- Norge HF (HMN), det vil si det regionale helseforetaket for fylkene Nord-Trøndelag, Sør Trøndelag og Møre og Romsdal. Sykehuset Levanger er blant annet tillagt følgende funksjoner: En akuttmedisinsk avdeling, apotek, barne- og familieklinikk, kirurgisk avdeling, lærings- og mestringssenter, laboriemedisin og blodbank, nevrologisk avdeling, psykiatrisk klinikk og medisinsk klinikk. Medisinsk klinikk, det vil si i den klinikken der jeg gjennomførte min undersøkelse, er en sammenslått klinikk for begge sykehusene (sykehuset Levanger og sykehuset Namsos) med felles ledelse.

Medisin A er en av avdelingene i medisinsk klinikk og det er her jeg har hentet empirien fra først og fremst, men jeg har også sett på avdelingen som en del av helheten i helse Nord-

Trøndelag HF. Avdelingen har 16 sengeplasser og er en sengepost som gir behandling til pasienter med lungesykdommer innenfor kroniske obstruktive lungesykdommer (KOLS), lungekreft, lungebetennelse, cystisk fibrose og tuberkolose. I denne sammenheng kan det også trekkes frem at pasienter med KOLS er en av pasientgruppene som det er fokus på i samhandlingsreformen. I forhold til den pasientgruppen er det jo tenkt at kommunene skal ta mer av oppfølgingen for å redusere behovet for innleggelse i sykehus. Det vil derfor kreves tett samhandling med kommunene fremover for å sikre at denne delen av intensjonene med samhandlingsreformen blir realisert, og det er derfor interessant også i det lyset å se nettopp på denne avdelingen. Samarbeidsutvalget mellom kommuner og helseforetak har i 2011 for øvrig besluttet at det skal arbeides med å utrede et sammenhengende pasientforløp for denne pasientgruppen.

Verdal kommune, Verdal bo - og helsetun.

Verdal bo - og helsetun er et av sykehjem i Verdal kommune, ble åpnet i 1984 og har pr i dag 69 institusjonsplasser. Tilbudet inkluderer 11 tilrettelagte plasser for personer med demenssykdom, fire døgnrehabiliteringsplasser og avlastning. Det er tilrettelagt med aktivitetsavdeling som er åpen i tre dager pr uke. Sykehjemmet ligger organisatorisk under Øra omsorgs- og velferdsdistrikt.

Sykehjemmet er et av to utviklingssenter (tidligere undervisningssykehjem) for omsorgstjenesten i Nord-Trøndelag og skal ”gå foran” i fylket og være en pådriver i arbeidet med å utvikle kunnskap og kvalitet gjennom fagutvikling og forskning. Av oppgaver som fremgår av oppdraget med å være utviklingssenter er:

- Pådriver for fag- og tjenesteutvikling innen lokale og nasjonale satsingsområder
- Pådriver for videreutvikling av praksistilbud til elever, lærlinger og studenter
- Pådriver for kompetanseutvikling hos ansatte
- Tilrettelegger for forskning innenfor helse- og omsorgstjenestene

Det nye styringsdokumentet for utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester har en visjon ”utvikling gjennom kunnskap”, og legger til grunn at tjenestene som ytes skal være kunnskapsbaserte, være i kontinuerlig forbedring og utvikling, være en tjeneste der ansatte reflekterer over egen praksis og omdanner konkrete praktiske erfaringer til kunnskap.

I styringsdokumentet trekkes det frem ulike eksempler på typer kunnskap, herunder blant annet brukererfaringer, annen erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap.

Verdal kommune har valgt å inkludere hele pleie og omsorgskjeden i satsingen som utviklingssenter.

2.0 AVHANDLINGENS METODE

”Bare når virkeligheten belærer oss,
kan vi forandre virkeligheten”
(Bertol Brecht)

Nyeng (2004) sier at vitenskapelig kunnskapsutvikling handler om å unngå rene spekulasjoner og overtro ved å gå til kilden, og han sier videre at det innebærer å studere virkeligheten slik den fremstår i erfaringen. March (1991) i Jacobsen (2005) har påpekt at ny kunnskap kan være av to typer. Han skiller mellom genuint ny kunnskap, dvs noe vi ikke har visst om i det hele tatt før, og kunnskap som har som mål å utvikle og raffinere eksisterende kunnskap. Jacobsen (2005) sier at empiriske undersøkelser derfor ikke bør underkastes et krav om at resultatet skal være banebrytende, en vitenskapelig revolusjon, for det ville på den ene siden føre til at vi aldri fikk helt ny kunnskap og på den andre siden føre til at ingen ville våge å starte en undersøkelse.

2.1 *Utvikling av problemstilling for undersøkelsen*

Målet med min undersøkelse er at jeg hadde lyst til å finne ut mer om hvordan helsetjenesten arbeider med kontinuerlig kvalitetsutvikling med basis i meldte avvik, og hvordan de etablerer og utvikler samhandling både internt i den enkelte virksomhet og i forhold til eksterne sentrale interessenter i dette arbeidet.

Jeg startet på et vis undersøkelsen min med en oppgave og en påfølgende eksamen i metodefaget. Jeg hadde en ambisjon om at jeg i masterarbeidet mitt skulle se på hvordan kommuner og helseforetak arbeidet med kunnskapsflyt generelt, men i muntlig eksamen i metodefaget fikk jeg tilbakemelding om at jeg hadde en litt for generell og omfattende problemstilling, og at den ble oppfattet som litt vag. Jeg brukte derfor eksamen i metodefaget som en evaluering på det arbeidet jeg hadde gjort med masteren frem til da, og bearbeidet og arbeidet meg frem til en annen problemstilling i masteren. Den kan kanskje fremdeles oppfattes som vid, men den sier likevel mer om retningen for min undersøkelse, og denne arbeidsprosessen endte opp med følgende problemstilling:

Er samhandling viktig for å skape bedre kvalitet i helsetjenesten?

I denne problemstillingen skjuler det seg en ambisjon om å finne ut hvordan helsevesenet arbeider med samhandling for å forbedre tjenestene. Målet mitt i utgangspunktet var at jeg skulle undersøke avvik som ble meldt på samhandlingen mellom to ulike nivå i helsetjenesten, kommune og helseforetak, og se hvordan de arbeidet for å forbedre tjenestene med grunnlag i meldte avvik på samhandling når brukere/pasienter beveget seg mellom de to ulike behandlingsnivåene, det som av mange benevnes pasientforløp. Det viste seg at antall avvik som ble meldt mellom nivå på pasientforløp var såpass lavt at jeg måtte endre fokus til

å inneholde både hvordan de arbeidet med avvikshåndtering på både internt og eksternt meldte avvik.

2.2 Valg av metodisk tilnærming for innsamling av data, kvalitativ eller kvantitativ undersøkelse, nærhet eller distanse

Jacobsen (2005) beskriver at både kvantitative og kvalitative data handler om virkeligheten, men at kvantitative data handler om tall mens kvalitative data handler om ord.

Både kvantitative og kvalitative data kan samles inn og behandles ved hjelp av metoder som blant annet intervju, observasjon og dokumentanalyse. Kvantitative forskningsopplegg kan ha innslag av kvalitative elementer og omvendt kan kvantitative analyser også berøre kvalitative forhold. Trekk ved undersøkelsesopplegg basert på kvalitative data vil ha en analytisk beskrivende problemstilling. Designet vil være fleksibelt, og det vil være nærhet og sensitivitet i kildene. Tolkingsmuligheten vil være å si noe om relevansen til data i forhold til problemstillingen. Ulike metodiske valg påvirkes gjennom utforming av problemstillingen, gjennom undersøkelsens målsetting, gjennom valg av teori og gjennom kjennskap til undersøkelsens tema.

Min metodiske tilnærming i undersøkelsen er kvalitativ. Data er samlet inn gjennom kvalitative forskningsintervju både gjennom individuelle intervju og gruppeintervju. I tillegg har jeg gjort omfattende dokumentgjennomganger og -analyser både før utforming av ”intervjugal” og i etterkant av intervju. Noen data i dokumenter vil likevel fremkomme kvantitativt ved tall gjennom at jeg skal studere antall meldte avvik både på og mellom nivå og se utvikling over tid, men disse vil igjen bli brukt som grunnlag for min kvalitative tilnærming. Den kvalitative gjennomføring handler om å ”fargelegge virkeligheten” med ordene fra intervju, og dermed gir denne metoden en beskrivelse som gir en annen type innsikt som en kvantitativ metode ikke kan gi på samme måte.

Jacobsen (2000) beskriver individualisme som en retning der det enkelte individ betraktes som det sentrale element for å forklare alle sosiale fenomener, mens holisme er mer fokusert på de kontekster individet inngår i.

Ontologisk vil jeg være opptatt av å finne ut hvordan det enkelte intervjuobjekt eller fokusgruppe ser virkeligheten ut fra sitt subjektive perspektiv og forsøkt å gjengi det så godt som mulig i beskrivelsen av empirien. Det blir selvsagt da også slik at en kan bli litt grepet av disse historiene slik at en nærmest kan risikere å bli dratt med inn i deres verden. Det er derfor en utfordring dette med balansen mellom nærhet og avstand for meg som intervjuer.

I analysen i undersøkelsen min legger jeg mindre vekt på det enkelte individ og større vekt på konteksten individet er i ved at jeg studerer ledelse som en funksjon av målsettende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker i den enkelte virksomhet og de to forvaltningsnivåene. Individet inngår kun som en del av dette samspillet og det er hvordan

de ulike delene av organisasjonene fungerer i en helhet i samspillet som vil være hovedfokuset i oppgaven. Individuelle intervju gir subjektive opplevelser av den konteksten individet befinner seg i. For i større grad å sikre reliabiliteten til dataene og de påfølgende konklusjonene er det derfor viktig å intervju flere personer i organisasjonen, slik at bildet av arbeidet den enkelte organisasjon gjør i forhold til kvalitetsarbeidet blir synliggjort på en helhetlig måte.

Jacobsen (2005) beskriver ulike måter å innhente data på i forhold til det/ de vi undersøker, i forhold til om vi skal ha nærhet eller distanse. Enkelte mener at nærhet er best fordi vi da har mulighet til å sette oss inn i deres situasjon, mens de som mener at distanse er best hevder at det gir mindre mulighet for at vi påvirker det fenomenet vi skal studere.

Epistemologisk så er det jo slik at når jeg er i intervjusituasjon med de respondentene som velges ut så blir det jo til at en blir en del av deres verden og slik sett også blir en observatør til og nærmest en deltaker i deres beskrivelse av virkeligheten. Slik sett vil min interaksjon bidra til at intervjuene nødvendigvis ikke går i samme retning. Gjennom denne tilnærmingen og interaksjonen vil jeg være nødt til og avhengig av å følge opp signaler som kommer og spor som dukker opp slik at jeg kan grave frem mest mulig empiri rundt det jeg har fokus på i undersøkelsen.

2.3 Valg av design og utvalg av enheter

Jacobsen (2005) beskriver et case-studie som studie som er avgrenset i tid og rom og trekker frem organisasjon (avgrenset i rom) eller en konkret hendelse (avgrenset i tid) som eksempler på aktuelle studieobjekt.

Komparative casestudier beskriver Jacobsen (2005) som det at man ønsker å studere flere case for å belyse samme problemstilling, og der casene er valgt ut fra hva man ønsker å belyse.

Jeg har valgt komparativt casestudie som metode fordi jeg ønsker å se på likheter og forskjeller i kvalitetsarbeidet i kommune og helseforetak.

I undersøkelsen ønsker jeg dermed å gå grundig inn i undersøkelsen av den enkelte organisasjon for å få en dypere forståelse av praksisen i kvalitetsarbeidet både i sykehus og kommune. Der vil jeg ved valg av respondenter få flere enkeltstående historier om hvordan kvalitetsarbeidet i sum foregår i den enkelte organisasjon, sett både fra ansatte, fra ledelse og fra brukere.

Målet mitt er å bringe frem mer kunnskap rundt ledelse av kontinuerlig kvalitetsforbedring, og undersøkelsen må derfor betraktes som utforskende da jeg skal forsøke å gå i dybden på et felt som det ikke er gjort mye forskning på tidligere. Når jeg sier at det ikke er forsket mye på dette tidligere så er det fordi forskning på ledelse av kvalitetsforbedring mellom ulike nivå så vidt meg bekjent ikke har vært tema i mange undersøkelser/ forskningsprosjekt.

Utvalget av enheter må være formålsoverorientert i forhold til problemstillingen. Samtidig må utvalget av enheter sikre at man får tilstrekkelig informasjon til å svare på problemstillingen gjennom respondentene.

Jeg ønsker å gjøre sammenligninger av kvalitetsarbeidet i helsetjenesten i kommune og helseforetak og har valgt ut Verdal kommune og et sykehjem der samt valgt ut medisinsk klinikk på sykehuset Levanger HF og en medisinsk avdeling der.

Utvalget er gjort bevisst for medisinsk klinikk har mye samarbeid og vil ha mye samarbeid med kommunene rundt innleggelse og utskrivning av pasienter. Medisinsk avdeling A er litt spesiell fordi de behandler personer med lungelidelser, og mange eldre på sykehjem får eksempelvis lungebetennelser som gjør at de kan trenge sykehusinnleggelse. Og fremover nå, i forbindelse med tiltak i lokal strategi for samhandling mellom helseforetak og kommuner, legges det nå også opp til at pasientforløp for pasienter med kronisk obstruktive lungelidelser (KOLS) skal gjennomgås med tanke på å skape et enda bedre samarbeid rundt denne brukergruppen.

Valget av kommune er også gjort bevisst, da Verdal kommune har vært såkalt ”kvalitetskommune” siden 2008, og har gjennom denne statusen blant annet valgt å satse på innføring av elektronisk kvalitetssystem i hele organisasjonen. Dette har de arbeidet med siden 2008 og i dette arbeidet har fokuset selvsagt også vært å etablere en forbedringskultur hos ansatte i hele den kommunale virksomhet. Når valget da falt på Verdal bo- og helsetun så er det også bevisst, da dette sykehjemmet fikk status som undervisningssykehjem i 2009. Denne statusen gjør at de skal være ”spydspiss” i fylket i forhold til å være ledende og slik sett være ”premissleverandør” for hva som kan regnes som god kvalitet innenfor sykehjemsomsorgen.

Det vil være interessant å sammenligne avdeling i helseforetak med sykehjemsavdeling i kommune for å se på likheter og ulikheter i hvordan de arbeider med kontinuerlig forbedring basert på hvordan de håndterer interne og eksterne avviksmeldinger gjennom samspillet i organisasjonen og samspillet med omgivelsene. Utgangspunktet for at det er interessant er jo blant annet at de tilhører to ulike forvaltningsnivå med ulike styringslinjer og med ulike institusjonelle reguleringer som påvirker dem. Blant annet så er noe av lovverket som regulerer tjenesteytingen forskjellig, det er ulike styringsstrukturer og i hvilken grad gir disse ulike forholdene seg utslag i arbeidet med kontinuerlig kvalitetsutvikling?

Jeg vil analysere årsaksforholdene rundt likheter og ulikheter mot teori som kan forklare dette, og i og med at jeg har valgt å bruke ledelsesteori som hovedteori og institusjonell teori som utfyllende teori, så er det også der jeg vil legge hovedvekten av analysen. I tillegg vil jeg

også analysere hvordan og i hvilken grad de benytter nettverk for å utvikle kvaliteten på helsetjenestene.

Jacobsen (2005) beskriver at man kan skille mellom absolutte enheter, kollektive enheter og undergrupper av respondenter. Den absolutte enhet er et enkeltindivid i motsetning til den kollektive enhet som for meg er medisinsk klinikk ved sykehuset Levanger HF samt Verdal kommune. Undersøkelsen er også beskrivende i den forstand at jeg vil gå inn og se på hvordan praksis er på og mellom to forvaltningsnivå i forhold til hvordan ledelse fungerer for å skape ny kunnskap og forbedret praksis med basis i håndtering av avvik.

Omfanget av undersøkelsen og metoden i min undersøkelse tilsier at jeg må velge et intensivt opplegg der jeg konsentrerer meg om få enheter.

2.4 Innsamling av kvalitative data

I kvalitative studier skilles det ifølge Jacobsen (2005) mellom innsamling av primærdata og sekundærdata. Primærdata innebærer at forskeren samler inn opplysningene for første gang, dette ved å gå direkte til den primære kilden for informasjon. Primærdata skaffes ved å benytte metoder som intervju, observasjon eller spørreskjema. En kan også ifølge Jacobsen operere med andre typer informasjon som går under gruppen sekundærdata. Det dreier seg om at det ikke er forskeren som samler inn informasjonen, men at forskeren baserer seg på informasjon som er samlet inn av andre. Kvalitative sekundærdata er ofte som tekster, der vi tar for oss historier og fortellinger og prøver å tolke disse.

Han beskriver også at det vil være et ideal å bruke ulike typer data, både primær og sekundærdata, dette fordi det kan knytte seg svakheter til å benytte bare en type data. Bruk av flere datakilder kan bidra til at en kan kontrollere dataene opp mot hverandre. Dette kan medføre at ulike data kan støtte hverandre og dermed styrke resultatene vi kommer frem til, men de kan også skape kontraster ved at det fremkommer ulikheter i de ulike typene data.

Kvale og Brinkmann (2009) sier at kvalitative metoders popularitet bør ses i sammenheng med en kvalitativ orientering, og ifølge denne må prosesser og fenomener i verden beskrives før det kan utvikles teorier om dem, de må forstås før de kan forklares, og ses som konkrete kvaliteter før de behandles som abstrakte kvantiteter. De beskriver videre at den kvalitative orientering innebærer at oppmerksomheten rettes mot de kulturelle, dagligdagse og situerte aspektene ved menneskelig tenkning, læring, viten, handling og vår måte å forstå oss selv som personer på.

Primærdata i min undersøkelse samles inn gjennom kvalitative forskningsintervju enten som fokusgruppeintervju eller som individuelle intervju, mens sekundærdata samles inn gjennom dokumentstudier i begge virksomheter. Jeg vil gjennomføre dokumentanalyser i begge

organisasjoner for i forkant å skape innsikt i de forhold jeg skal undersøke, og for å finne mer empiri i etterkant av intervju.

2.4.1 Avklaring av tilgang til virksomhetene

Det er viktig å gjøre et godt grunnarbeid knyttet til å klargjøre tilgang til organisasjonene gjennom å rette en formell henvendelse til representativt ledernivå.

Dette gjorde jeg gjennom at jeg har kommunisert pr telefon og/ eller e-post med kommunalsjef helse som representant for ledelsen i Verdal kommune samt direktøren og aktuell klinikkleder ved helse Nord- Trøndelag HF og fikk avklart at jeg fikk tilgang til organisasjonene. Jeg har videre vært i flere møter og på ulike arenaer i både medisinsk klinikk ved sykehuset Levanger HF og Verdal bo- og helsetun for å forberede organisasjonene, og har i dette arbeidet også hatt dialog med helseforetakets kvalitetsutvalg og forrige leder av Innherred samkommunes interkommunale kvalitetsutvalg.

2.4.2 Det kvalitative forskningsintervju og utvalg av respondenter

Kvale og Brinkmann (2009) skriver at formålet med det kvalitative forskningsintervju er å søke å forstå verden sett fra intervjupersonens side, å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv. Målet er å få frem betydningen av folks opplevelse av erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden.

De nevner senere i boken at kvalitative forskningsintervju i varierende grad har blitt benyttet i samfunnsvitenskapen gjennom hele det 20. århundre. De fremhever likevel flere som har utviklet ny kunnskap basert på kvalitative intervju, og fremhever blant andre Freuds psykoanalytiske teori som i stor grad bygde på terapeutiske samtaler med pasienter og som resulterte i ny psykologisk kunnskap om drømmer og nevroses, personlighet og seksualitet, og dette er kunnskap som fremdeles har en fremtredende posisjon i lærebøker i psykologi.

Kvale og Brinkmann (2009) beskriver at det å intervjuer avhenger av intervjuerens ferdigheter og personlige vurderinger, og ferdighetene læres selvsagt ved å intervjuer. De sier videre at intervjuets kvalitet måles ut fra styrken og verdien i den kunnskapen som produseres.

Det skapes kunnskap som følge av at det gjennom intervjuet skjer en samtalebasert erkjennelsesprosess som er intersubjektiv og sosial. Det er intervjueren og den intervjuede som skaper kunnskap sammen.

Forskningsintervjuets struktur er lik den dagligdagse samtalen, men i og med at det skal gjennomføres profesjonelt så innebærer det også en bestemt metode og spørreteknikk.

Det betyr at intervjuet må være fokusert på bestemte temaer, men uten å være stramt strukturert.

Jeg hadde tre temaer for mitt intervju, og det var viktig for meg å få belyst de tre temaene strategiske dokumenter som vedrørte samhandling, prosesser for lukking og læring av avvik samt hvorvidt avvik fungerte som grunnlag for strategiske beslutninger.

Når jeg gjennomførte intervjuene så var det nettopp for å få menneskene i og rundt organisasjonen til å beskrive hvordan prosesser knyttet til styring, samhandling og kontinuerlig kvalitetsforbedring ble gjennomført i den enkelte virksomhet og mellom de to virksomhetene/ forvaltningsnivåene i helsetjenesten.

Det finnes ulike typer intervjuformer, men det kvalitative forskningsintervju er i følge Kvale og Brinkmann (2009) et intervju der det konstrueres kunnskap i samspill eller interaksjon mellom intervjueren og den intervjuede. Det beskrives videre som en utveksling av synspunkter mellom to personer om et tema som opptar dem begge. Det oppstår en gjensidig avhengighet mellom menneskelig interaksjon og kunnskapsproduksjon, og det beskrives som et vekselspill mellom de som vet og det som vites, eller mellom de som konstruerer kunnskap og kunnskapen som blir konstruert. Det oppstår dermed en tosidighet i intervjuet, det oppstår et samspill mellom den personlige relasjonen og kunnskapen som produseres som følge av det.

Jeg valgte gruppeintervju med en gruppe av tre ansatte i hver organisasjon. Dette er ifølge Jacobsen (2005) et fint redskap for å måle gruppesynspunkter og kan gi et inntrykk av enighet/ uenighet i en gruppe. I slike intervju vil individuelle synspunkter ha en tendens til å tones ned og en får frem ha gruppen som helhet mener. Det er også viktig at resultater som fremkommer i gruppeintervjuer kan være påvirket av gruppeprosesser.

Effekter av gruppeintervju som fremheves er at intervjuers tilstedeværelse kan skape spesielle resultater, og konteksten der intervjuet gjennomføres samt de relasjoner som oppstår i gruppen kan skape spesielle resultater.

Samspill i intervjusituasjonen trekkes altså frem som sentralt, og det vil også være noe av min utfordring inn i denne delen av datainnsamlingen. I hvilken grad greier jeg å etablere trygghet i intervjusituasjonen og dermed skape et tillitsforhold og en personlig relasjon til respondentene som gjør at det skapes et samspill og at de dermed åpner seg og forteller fra sin opplevelse av virkeligheten de har sitt daglige arbeid i?

Jeg opplevde vel også at gruppeintervjuer er vanskelige å styre i den forstand at alle får mulighet til å komme frem med sine synspunkter.

Valg av respondenter vil til en viss grad være avhengig av organisasjonsstruktur for en må finne eks. vis ledere på samme nivå i de ulike organisasjoner for å kunne gjøre sammenligninger. Det må også utgjøre et tverrsnitt i forhold til det jeg ønsker å undersøke, og det kan derfor være lurt å tenke både funksjoner og plassering i organisasjonen for å treffe

blink i forhold til mine undersøkelser. Jeg hadde diskusjoner med begge virksomhetene i forhold til valg av nivå i organisasjonen for valg av intervjuobjekt. I hver virksomhet kommune er det en rekke undergrupper, og fra de ulike gruppene må en velge respondenter som da utgjør populasjonen i undersøkelsen. De jeg valgte å intervju var representanter for ledelsen i begge virksomheter og på ulike ledernivå sammenlignbare ledernivå, ansatte i begge organisasjoner samt representanter for kvalitetsarbeidet på systemnivå i begge organisasjoner samt representanter for brukere av tjenestene.

Jeg måtte ta hensyn til at det ikke skulle være for mange intervjuobjekter som kunne skape en større utfordring å analysere svarene jeg fikk inn. Likevel, for å sikre tilstrekkelig informasjon og få belyst problemstilling og forskningsspørsmål fra ulike sider og fra ulike nivå endte jeg opp med 10 intervju, 5 knyttet til hver virksomhet. Jeg fikk dermed et sammenlignbart og bredt utvalg som dermed kan belyse samhandlingen internt i den enkelte organisasjon samt mot eksterne interessenter.

Det foreligger mange utfordringer knyttet til planlegging og gjennomføring av forskningsintervju. For å ta tak i de viktigste så kan jeg starte med design av intervjuet og utfordringer knyttet til dette området. Jeg har en del kunnskap om emnet kvalitetsforbedring fra før, men leste meg opp litt ekstra ved å studere noen flere dokumenter fra sentrale myndigheter samt at jeg leste noen forskningsrapporter på kvalitetsforbedring og samhandling.

Testing av spørsmålene på forhånd for å se om en treffer i forhold til det en ønsker å undersøke er fornuftig, og en mulighet her er å snakke med en gruppe som har innsikt i det en ønsker å undersøke. Behovet for dette var ikke like stort i og med at jeg ikke skulle bruke fast spørreskjema og kvantitativ metode. Jeg valgte likevel å bruke min veileder for å teste ut spørsmålene og få tilbakemelding. Det er også slik at gjennom intervju kan en stille mer åpne spørsmål og følge opp med mer detaljerte spørsmål og vil derfor ikke være like avhengig av at spørsmålene er testet ut på forhånd.

Jeg valgte å stille åpne spørsmål i min undersøkelse, men etablerte likevel en intervjumal som sikret at jeg fikk svar som kunne belyse min problemstilling og mine forskningsspørsmål.

En utfordring ved intervju er at en som intervjuer kan bli utsatt for opportunistisk atferd fra intervjuobjektet ved at vedkommende ikke forteller den reelle historien. I følge prinsipal-agentteori (Busch, Vanebo:2003) kan det oppstå opportunistisk atferd når det eksisterer asymmetrisk informasjon mellom intervjuer og respondent, eller det kan være usikkerhet eller ulik risikoaversjon. Denne eventuelle opportunisten kan gå i to retninger, mot arbeidsgiver og/eller mot oss som forskere. I den grad den går mot oss som forskere kan dette medføre metodiske problemer knyttet til reliabilitet. En kan redusere muligheten for at opportunistisk

atferd påvirker konklusjoner i forskningen ved å intervju flere om de samme spørsmålene. For å motvirke opportunistisk atferd hos enkeltpersoner har jeg valgt å intervju flere nivå i begge organisasjoner og jeg har valgt å intervju folk med ulike perspektiv. Det har jeg oppnådd blant annet gjennom valg av respondenter både fra ansatte, fra ledelse, fra stab og fra brukersiden. I og med at jeg har mitt daglige arbeid hos Fylkesmannen og Helsetilsynet i Nord-Trøndelag vil jeg stå overfor en utfordring i forhold til min yrkesrolle og min rolle som forsker som gjør at jeg må være ekstra ydmyk når jeg skal bevege meg inn i organisasjonene for å skape det nødvendige tillitsforhold for å kunne gjennomføre intervjuene. Det kan også være en fare for at min yrkesrolle til daglig påvirker respondentene. Jeg har likevel valgt å være åpen om min yrkesrolle i møtet med de ulike respondentene.

Kvale og Brinkmann (2009) peker i tillegg på at det kan være et asymmetrisk maktforhold mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet. Dermed fremstår ikke intervjuet som en dagligdags samtale mellom to likestilte parter. Intervjueren har vitenskapelig kompetanse. Intervjueren bestemmer tema for intervjuet og bestemmer også hvilke svar som han eller hun vil følge opp og er også den som avslutter samtalen.

Jeg forsøkte å motvirke noe av dette gjennom å avslutte hvert intervju med et spørsmål om de har noe mer de ønsker å tilføye utover de spørsmålene jeg stilte eller om det er noe de ville utdype. Jeg ser imidlertid at jeg i iveren etter å komme videre i intervjuet enkelte ganger avbrøt respondentene i deres refleksjoner, noe som kanskje gikk på bekostning av utdypende kommentarer fra respondentene.

Intervjuene ble gjennomført ute i den enkelte organisasjon, og på den måten var jeg med og la til rette for at intervjuet foregikk i kjente omgivelser. I og med at jeg var alene i intervjusituasjonen er det vanskelig å gjøre en objektiv evaluering av hvorvidt jeg maktet å oppnå dette samspillet og få frem kunnskapen i den enkelte respondent eller fokusgruppe, men det jeg kan konstatere er at det i hvert fall ble produsert mye data i det enkelte intervju, med 10 intervju og et snitt på rundt 9 sider pr intervju.

Analysen og konklusjonene og min sevaluering senere i oppgaven vil konkludere i forhold til om jeg greide å etablere ny kunnskap og hvorvidt jeg falt i de feller det er mulig å falle i, men det jeg er trygg på er at jeg har greid å etablere større innsikt på et viktig område i helsetjenesten fremover.

2.4.3 Dokumentstudier

Jacobsen (2005) skriver at dokumentanalyse er en systematisk analyse av skrevne og audiovisuelle dokumenter som ikke er produsert av forskeren selv. Dokumentanalyse er godt egnet når det ikke er mulig å skaffe primære data, når det er ønskelig å finne ut hvordan andre har fortolket en situasjon eller når en vil vite hva som faktisk er sagt og gjort.

For meg så er det de to siste formålene som var viktige å få frem i tillegg til de data jeg samlet inn ved intervju.

Jeg gjorde meg noen refleksjoner i forkant knyttet til hvilke dokumenter som er sentrale for å se blant annet om det er en rød tråd fra nasjonale styringsdokumenter til lokale fokusområder i kommune og helseforetak. Fokus for mine dokumentstudier var sentralt lov- og regelverk og retningslinjer som regulerer tjenestene med spesielt fokus på krav til samhandling og kvalitetsutvikling, samt enkelte nasjonale dokumenter som er beskrivende for å belyse temaet og som derfor var viktige å studere som del av min undersøkelse. Her kan jeg spesielt nevne stortingsmelding nr 47 (2008/2009) om samhandlingsreformen og nasjonal helseplan 2007-2010 og høring til ny nasjonal helse- og omsorgsplan 2012-2015. I tillegg er det sentralt å nevne rundskriv nr 1 for 2010 fra helsedirektoratet som beskriver forventninger til arbeidet i både kommune og helseforetak. Jeg gjorde derfor et representativt utvalg av styringsdokumenter fra sentrale myndigheter knyttet til samhandling og kvalitet.

Hva gjelder lokale styringsdokumenter så valgte jeg å spørre virksomhetene selv hvilke sentrale styringsdokumenter de kunne gi meg som vedrørte strategier i tjenesteutformingen og som spesielt berørte samhandling og kvalitetsutvikling.

I Verdal kommune endte jeg da opp med samfunnsplan for kommunen (2008-2020) og fikk også tilgang til noen kommunale årsmeldinger som kunne belyse undersøkelsen min. I tillegg fikk jeg tilgang til noen interne dokument knyttet til kvalitetskommuneprosjektet og til kvalitetsarbeidet.

I helse Nord- Trøndelag fikk jeg tilgang til strategi 2016 for helse Nord- Trøndelag, strategi 2020 for helse Midt- Norge, overordnet strategi for brukermedvirkning i helse Midt- Norge (2007), årsmeldingene fra kvalitetsutvalget og årsmeldingene til styret. I tillegg fikk jeg noen interne dokument knyttet til avviksregistrering på avvik som går mellom nivåene.

Jeg har også vært på nettsidene til begge organisasjonene for å finne dokumenter som kan fortelle meg mer om hvordan de arbeider med kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Jeg hadde en grundig gjennomgang av styringsdokumenter i virksomhetene for å skape et kunnskapsgrunnlag for meg selv ved utforming av aktuelle spørsmål slik at jeg kunne grave litt inn i det konkrete arbeidet i den enkelte virksomhet. Denne gjennomgangen var dermed også med og la rammen for de oppfølgingsspørsmålene jeg hadde i intervjuene for å få belyst de ulike forskningsspørsmålene.

De sentrale spørsmål i undersøkelsen som jeg ønsket å belyse var i hvilken grad de hadde etablert styringsdokumenter som fokuserte på samhandling med sentrale interessenter. Var det mulig å se ut av dokumentene at virksomhetene at praksis for håndtering var i samsvar med strategier avvikshåndteringen, og var det mulig å se ut av dokumentene at de hadde evne til å gjøre strategiske valg på bakgrunn av avvikshåndteringen?

Her ønsker jeg da som Jacobsen (2005) påpeker å få frem hva mennesket egentlig har gjort i en situasjon, eller hva en virksomhet har gjort. For å være konkret er jo min inngang til dokumentundersøkelsene at jeg faktisk ønsker å se om det er spor av mål i styringsdokumentene knyttet til samhandling med sentrale interessenter, og om det er spor av strategiske beslutninger knyttet til resultater av håndtering av avvik.

Videre så jeg litt på eksisterende forskning på området, og jeg hadde kontakt med Nasjonalt kunnskapscenter for kvalitet i helsetjenesten og Sintef Helse for å finne ut hva som kunne være aktuelt å bruke for å belyse feltet før jeg startet opp min undersøkelse. Her fikk jeg oversendt rapporter både fra nasjonalt kunnskapscenter og fra Sintef Helse som gjorde at jeg kunne fordype meg i feltet med basis i allerede gjennomført forskning på kvalitetsarbeid og samhandling.

2.5 *Variabler, verdier og kontekst*

I en undersøkelse er valg av variabler et viktig metodisk spørsmål. Jacobsen (2005) beskriver variabel som en generell beskrivelse av hva vi er interessert i ved de enhetene vi undersøker, mens kontekst beskrives som de rammer studien skal foregå innenfor. Verdier beskriver han som de spesifikke trekk den enkelte enhet har på en variabel. I følge Jacobsen (2005) gir også ordlyden i problemstillingen oss en avgrensning for hvilket tema vi interesserer oss for, og hvilke enheter vi ønsker å undersøke. Han sier videre at de sentrale komponentene i enhver problemstilling kan brytes ned i det som kalles variabler og enheter.

Den sentrale variabelen i min undersøkelse er samhandling i og mellom virksomhetene/enhetene i undersøkelsen, representert ved Verdal bo- og helsetun som del av Verdal kommune og medisin A ved sykehuset Levanger HF som igjen er en del av Helse Nord-Trøndelag. Verdiene som er styrende for min undersøkelse er hvordan prosessene for målsettende, problemløsende og språkskapende samspill fungerer ved gjennomføring av styring og ledelse i de to virksomhetene, og som dermed er med og bidrar til samhandling for å skape bedre helsetjenester til befolkningen.

Konteksten undersøkelsen skal foregå innenfor er helsetjenesten og som tidligere nevnt kommune og sykehus, og innenfor denne konteksten har jeg valgt ut konkrete enheter gjennom at jeg skal se på et sykehjem som del av Verdal kommune samt avdelingen medisin A som del av medisinsk klinikk ved sykehuset Levanger HF.

2.6 *Sikring av validitet og reliabilitet*

Jacobsen (2005) beskriver at en undersøkelse som skal samle inn empiri bør tilfredsstille to krav, at empirien må være gyldig og relevant (valid) og at empirien må være pålitelig og troverdig (reliabel).

Oppfattes resultatene som riktige? Dette kan innebære en test av resultater mot andre mennesker, eller at vi går kritisk gjennom kilder og informasjon fra kildene (Jacobsen 2005). I intervjuundersøkelser bør kvalitetskontroll være en naturlig del i alle stadier av kunnskapsproduksjon, og ikke bare en inspeksjon på slutten (Kvale 2009).

Med gyldighet og relevans handler det ifølge Jacobsen (2005) om at vi faktisk måler det vi skal måle og at det vi har målt oppfattes som relevant, og at det vi måler hos noen få gjelder for flere. Han skriver vider at begrepsgyldighet og relevans går på om vi faktisk måler det vi tror vi måler. Intern gyldighet går ut på hvorvidt vi har dekning i empirien i forhold til de konklusjoner vi trekker, og ekstern gyldighet og relevans går på om resultater fra et avgrenset område, en organisasjon på et gitt tidspunkt, er gyldige også i andre sammenhenger. Det betyr nærmere bestemt hvorvidt funn kan generaliseres til å gjelde også i andre sammenhenger. Jacobsen (2005) skriver at ved induktiv tilnærming går forskerne ”fra empiri til teori” og har i utgangspunktet et åpent sinn ved innsamling av all relevant informasjon som senere systematiseres og danner grunnlag for teoriene. Deduktiv tilnærming starter med noen antagelser, og deretter samler forskeren empiri for å se om antagelsene stemmer med virkeligheten eller om de må forkastes.

I min undersøkelse går jeg inn i dette med et åpent sinn og skal se på empirien i de ulike organisasjonene og se hvordan de arbeider med kontinuerlig kvalitetsforbedring og gjøre sammenligninger mellom virksomhetene på de to ulike nivå av helsetjenesten. Undersøkelsen min vil derfor preges mest av en induktiv tilnærming.

I kvalitative studier er det snakk om en teoretisk generalisering (fra empiri til teori), og det er i slike studier vanskelig å snakke om statistisk generalisering (fra utvalg til populasjon). En kan lete etter støtte for sine funn i andre undersøkelser, og dersom flere studier viser det samme kan man til en viss grad hevde en generalisering til en større populasjon av enheter. Her har jeg nok få en utfordring i forhold til at det er få andre studier å sammenligne med.

Undersøkelsen skal beskrive hvordan samhandling rundt kvalitetsforbedring i den enkelte organisasjon og mellom helseforetak og kommune fungerer. Mer konkret vil det handle om hvordan de jobber for å forbedre kvaliteten på tjenestene for pasienter som er på det enkelte behandlingsnivå og som beveger seg mellom behandlingsnivåene. Dette er svært aktuelt i en periode der samhandlingsreformen er hett tema på dagsorden. Dette gir undersøkelsen relevans. Det er vanskeligere å vurdere om den har gyldighet for helsevesenet på de to forvaltningsnivåene generelt i og med at jeg undersøker bare en enhet innenfor hvert nivå i helsetjenesten.

I tillegg er det slik at begge virksomheter har et aktivt forhold til kvalitetsarbeidet sitt, og det er derfor ikke nødvendigvis slik at de er representative for det nivået på kvalitetsarbeid som vi ellers finner i kommunesektor og sykehussektor.

For å sikre reliable data best mulig benyttet jeg opptaker under alle intervjuene. Dette gjorde at jeg slapp å notere og slik sett skape avbrudd i intervjuet. Det ga meg noe større mulighet til å kunne følge opp med utdypende spørsmål der intervjuobjektene ikke klarte å svare på mer åpne spørsmål. Det jeg kan kommentere spesielt er den store utfordringen med å gjennomføre alle intervjuene alene slik jeg har gjort. Da kan det alltid være en viss sjans for at man som relativt urutinert intervjuer kan misforstå/ feiltolke uttalelser i en intervjusituasjon. Dette kan for eksempel skyldes at man ikke har god nok kunnskap om emnet, eller at man går glipp av deler av utsagn fordi man er opptatt med neste spørsmål eller med å notere, og da heller ikke evner å følge opp med utdypende spørsmål. Intervjuene ble tatt opp med diktafon og transkribert, og alle intervjuobjekt har fått tilbud om å lese gjennom transkriberte intervju og kommentere innholdet i forkant av at jeg eventuelt benytter utsagn til å belyse ulike elementer i undersøkelsen.

Dette er sjekkpunkter som jeg har vært gjennom i forhold til det enkelte intervjuobjekt. Jeg har transkribert alle intervjuene og skrevet dem ut på papir. Jeg har også gitt respondentene tilbud om å lese gjennom intervju. Dette gjør at jeg har gitt alle respondenter tilbud om å kvalitetssikre dataene som jeg har samlet inn gjennom intervju. Dette var spesielt viktig ettersom jeg hadde et ønske om å kunne benytte sitater for å belyse ulike prosesser i den enkelte organisasjon.

Pålitelighet har med om vi kan stole på det vi har samlet inn (Jacobsen, 2005). Er resultatene pålitelige? Med pålitelighet og troverdighet menes det at undersøkelsen må være til å stole på. Det vil si at den må være gjennomført på en troverdig måte, og på en måte som vekker tillit. Undersøkelsesopplegget kan påvirke de som undersøkes, og det kan gjøre at man ikke får et riktig bilde av situasjonen. Begrepet intervju effekt innebærer at intervjuerens væremåte kan virke inn på de svar respondenten/informanten gir. Konteksteffekt innebærer om dimensjonen ved konteksten påvirker resultatet. Det er også viktig fra forskerens side å være nøyaktig i registrering og analyse av data. Dette er viktig både under transkribering og i kategorisering av data.

Jeg har brukt mye tid på å lese og analysere det omfattende intervjumaterialet, for jeg satt igjen med ca 90 sider intervju etter de 10 gjennomførte intervjuene.

Ved bruk av intervju går jeg tettere inn på organisasjonene og individene som er med og bidrar i ledelsesprosessene i den enkelte organisasjon. Dokumentanalyser gjennomføres mer i et avstandsperspektiv og er med og kompletterer de funn jeg gjør gjennom intervju. Jeg får dermed både et nærhetsperspektiv og et avstandsperspektiv i forhold til dataene i undersøkelsen av virksomhetene. Det som er viktig i analysen er jo å finne ut om det er flere funn som i sum underbygger konklusjonene. Min kombinasjon av ulike kvalitative metoder bør i sum være med og styrke reliabiliteten til dataene og konklusjonene i undersøkelsen.

2.7 *Etikk*

Dag Ingvar Jacobsen (2003) påpeker at en undersøkelse som regel innebærer en inngripen i enkeltindividers private sfære. Han skriver at det ikke finnes svar på de etiske dilemma, men at forskerne hele tiden må vurdere gevinster for undersøkelsen opp mot de problemene respondentene kan oppleve. Kvale og Brinkmann (2009) skriver også om etikk ved gjennomføring av kvalitative forskningsintervjuer, og jeg skal beskrive hvordan jeg har arbeidet meg gjennom de viktige sjekkpunktene i forhold til den enkelte informant, det enkeltintervjuobjekt.

Intervjuobjektene ble plukket ut av virksomhetene selv, og derigjennom var de inneforstått med hva de skulle være med på. Jeg hadde på forhånd vært ute i virksomhetene i ulike møter for å informere om undersøkelsen slik at intervjuobjektene var best mulig forberedt.

Informantene stilte opp frivillig. Videre brukte jeg innledningen av hvert intervju til å fortelle nærmere hva jeg skulle undersøke.

Jeg har i etterkant av transkribering av intervju kommunisert med det enkelte intervjuobjekt pr e-post for å sjekke om det er greit å referere til utsagn tatt opp i intervju. De fikk i e-posten også tilbud om å lese gjennom intervjuet før de tok stilling til om jeg kunne benytte sitater fra intervjuene i oppgaven.

Jeg har i dette selvsagt også valgt å anonymisere intervjuobjektene gjennom å kode dem.

Dette har jeg selvsagt gjort for å opprettholde en viss grad av anonymitet, selv om enkelte av intervjuobjektene ikke hadde noe imot at ting de hadde sagt ble gjengitt. Utfordringen knyttet til anonymitet vil likevel være at i og med at antallet respondenter er såpass lavt innenfor den enkelte funksjon/ rolle i organisasjonen så er det vanskelig å greie å gi full anonymitet. Jeg opplevde imidlertid at det var stor grad av åpenhet i begge virksomhetene, og de aller fleste respondentene var positive og så med forventning fram til å kunne se og høre hvilke funn jeg samlet sett ville gjøre.

Likevel er det nok slik at når en ikke har erfaring som forsker så er det en fare for at kan gjøre ”etiske overtramp”.

Som intervjuer har jeg monopol på å fortolke. En fare kan derfor være at respondentene kan føle at jeg som forsker ikke er objektiv nok i vurderingene av innsamlede data.

Jeg har fått lov til å bruke sitater, og da kan det bli vanskelig å makte å overholde full anonymitet for alle respondentene, for det kan være slik at de som leser oppgaven og som kjenner organisasjonen godt, kan greie å koble drøftinger og konklusjoner opp mot personer.

Jeg har i det ovenstående beskrevet min metodiske tilnærming til avhandlingen, og beskrevet min rolle som ”forsker” i forhold til de virksomhetene jeg gjennomførte undersøkelsen i.

3.0 TEORI

”Bøker gir ingen visdom der den ikke er fra før, men lesingen forstørrer den der den allerede finnes.”

John Harrington

3.1 *Ledelsessystemet og ledelse som funksjon*

Den klassiske oppfatning av ledelse er personfiksert og ofte knyttet til lederen som person. Erik Johnsen (1975) definerer ledelse som funksjon som et målsettende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker. Johnsen sin definisjon av ledelse er prosessorientert. Han beskriver at ledelsen en gang i blant må utøve lederatferd, noe som krever målorientering, dyktighet og samspill. Lederatferd utøves når leder sammen med de andre medlemmene i organisasjonen finner ut hvor de vil hen sammen, og sammen med de andre finner ut hvordan man kommer dit. Og han fremhever at både den enkelte spiller og laget er nødvendig for å vinne.

I denne funksjonen forstår vi at det skal utøves lederatferd av alle medlemmene i organisasjonene, det vil si både individuell lederatferd, ulike ledelsesmiljøers lederatferd og foretakets lederatferd. Det skal være en sammenheng mellom disse ledelsesmiljøene, og Johnsen sitt første bud er at

”du kan bare utøve lederatferd sammen med dem som vil være med å vinne, både for seg selv og foretaket.”

Ledelsesprosessen må fungere både på individnivå, på gruppenivå og på foretaksnivå. På hvert enkelt nivå dannes det koalisjoner som har mål og krav til problemløsning og måloppfyllende atferd.

Ledelse er samspill med andre, og samspillet mellom de ulike ledelsesmiljøene i foretaket skal bidra i forhold til å sette mål for organisasjonen, det skal bidra til å løse problemer og det skal bidra til å skape et felles språk både i forhold til atferd, beslutninger og system.

I tillegg til interne interessenter skal jo foretaket også ha et samspill med interessenter i omgivelsene, og de eksterne interessentene har jo også forventinger til foretaket.

Jeg har valgt denne teorien som hovedteori for analysen i undersøkelsen. Jeg ønsker å ha et hovedfokus på samhandling og samspill for å se hvordan de to virksomhetene presterer som virksomhet for å forbedre kvaliteten på helsetjenestene, og i hvilken grad individ, gruppe og foretak henger sammen i et helhetlig ledelsessystem. Fokuset for bruken av teori i analysen vil derfor være hvordan ledelse som funksjon i de to virksomhetene Verdal kommune og sykehuset Levanger bidrar til å ivareta samhandling med sentrale interessenter. Sentrale interessenter begrenses i oppgaven til å gjelde brukere av tjenestene i helsevesenet, i tillegg til

at kommunen er sentral interessent overfor helseforetaket på samme måte som helseforetaket er det overfor kommunen.

I det påfølgende skal jeg vise hvordan jeg tenker at valg av hovedteori og valg av tilleggsteori vil bidra til å skape et godt bilde av hvordan ledelse som funksjon ivaretas i de to virksomhetene, og hvilke institusjonelle krefter som er med og påvirker ledelse og samspill både i og mellom virksomhetene og ut mot de som mottar tjenestene.

I ledelse ligger et dynamisk perspektiv. Ledelse er i følge Johnsen (1975) en prosess som finner sted hele tiden i alle nivå i organisasjonen.

Fra definisjonen kan vi trekke frem tre grunnleggende prosesser; målsettingsprosessen, problemløsningsprosessen og språkskappingsprosessen.

Målsettingsprosessen

Erik Johnsen (1975) sin teori om ledelse som målformulerende samspill mellom mennesker er at ledelsen må søke å nå de mål som kan henføres til interessentenes behov for belønninger.

Han skiller mellom driftsmål, tilpasningsmål og utviklingsmål. Mål kan knyttes til både interne og eksterne endringskrefter som organisasjonen utsettes for fra ulike interessenter.

Det å samhandle handler om å forstå at å lytte er viktigere enn å snakke, og samtidig være seg bevisst at det viktigste ikke er at en konkret person sier det, men at det blir sagt. I tillegg er det viktig å være i stand til å se egen kompetanse og egen begrensning samt vite hva de andre kan og hva som er de andres rolle og funksjon i samspillet/ samhandlingen. For å vite det er det også viktig å se sin egen funksjon i dette samspillet, og ha evnen til å ta imot kontinuerlig tilbakemelding på hvordan den enkelte virker i samspillet med andre.

Forskningsspørsmål en vedrører hvorvidt styringsdokumenter i de to virksomhetene preges av at de i sine målsettinger har konkretisert om samhandling med sentrale interessenter er viktig for å forbedre tjenestene. Her vil jeg analysere hvorvidt det er etablert styringsdokumenter som omtaler dette og hvorvidt dette er kommunisert ut i organisasjonen.

I Johnsen (1975) sin definisjon av ledelse er mål et av de sentrale elementer. Det er en ledelsesoppgave å ta ansvar for klargjøring av målene for virksomheten. Mål kan deles inn i tre grupper:

Driftsmål.

Disse målene er knyttet til at ledelsen hele tiden må søke å oppfylle kontraktene/forpliktelsene virksomheten har inngått. Dette kan være ovenfor brukerne gjennom lovverk, serviceerklæringer, etiske retningslinjer o.a. men det er også i forhold til andre interessenter som politikere, rådmannen eller avdelingsleder, andre virksomheter, egne ansatte osv.

Jeg vil vurdere hvordan virksomhetene med basis i avviksmeldinger har etablert driftsmål knyttet til å ivareta avtaler og forpliktelser i forhold til sine sentrale interessenter. Her vil

basisavtale for samhandling mellom helseforetak og kommune være sentral å vurdere de strategiske målene opp mot, og det vil også være sentralt å finne ut hvordan virksomhetene arbeider med brukervedvirkning i det daglige og hvordan de på den måten både oppfyller krav i lovverket eller evt. sine egne interne retningslinjer for samspillprosesser rundt det å ivareta driftsmål.

Tilpasningsmål.

Når det skjer endringer i omgivelsene, må ledelsen forsøke å finne en ny likevektsløsning. Tiltakene kan både rettes mot virksomheten og omgivelsene. Resultatet kan bli endrede kontrakter/forpliktelse, nye bidragsstrømmer, nye interessenter og/eller produksjon av nye belønninger. Eksempler på slike endringer i omgivelsene kan være nedskjæringer i virksomhetens budsjett, økning i antall brukere o.a.

Jeg vil her vurdere hvilke mål som er etablert og som særpreger det å ivareta tilpasning til endrede krav fra sentrale interessenter. Samhandlingsreformen er jo en reform som vil påvirke både kommuner og helseforetak, og nytt lovverk er på trappene i forbindelse med realisering av samhandlingsreformen fra 2012. I tillegg er et tema på dagsorden endring av basisavtale mellom helseforetak og kommuner. Her er det nok en ekstra dimensjon knyttet til at helseforetaket allerede driver og skjærer ned på antall senger. Det som kunne vært diskutert men som jeg velger å ikke gå nærmere inn på i oppgaven er at det har kommet til flere yngre brukere av helse- og omsorgstjenester, noe som påvirker ressursbruken ved at ressurser flyttes fra eldre og over til yngre brukere.

Utviklingsmål.

For å sikre organisasjonens eksistens må det hele tiden arbeides med å utvikle koalisjonen slik at den representerer en optimal sammensetning av bidrag i forhold til de belønninger som skal produseres. Videre må det arbeides med å forbedre produksjonen av belønninger. Dette sikrer at organisasjonen får en sterk stilling i forhold til sine omgivelser og sine konkurrenter.

Hvilke mål har de etablerer som viser at de har en ambisjon om å utvikle seg i en retning som sikrer dette formålet. I dette ligger også området innovasjon. I hvilken grad greier de å jobbe på en lurere måte, og har de evnen til å ta i bruk ny teknologi eller nye arbeidsprosesser?

Og videre, i hvilken grad greier de å finne nye løsninger på tvers av forvaltningsnivå i helsetjenesten for samlet sett å skape bedre samhandling og dermed bedre helsetjenester. Jeg vil utfordre begge nivå på hvordan de jobber for å utvikle kvaliteten på tvers, og vil forsøke å finne ut om de har like mye fokus på eksterne avvik som på interne avvik. Her vil det også være sentralt å se hvordan de samhandler med brukerne for å tilpasse virksomheten slik at det produseres belønninger til innbyggerne.

Både i forhold til tilpasningsmål og utviklingsmål vil det være behov for problemløsende og språkskapende samspill.

For at ledelsen i en organisasjon skal fungere godt må alle disse målene ivaretas.

Problemløsningsprosessen

Den andre sentrale dimensjonen i den definisjonen av ledelse jeg har valgt å bruke er problemløsning. Problemløsning dreier seg om hvordan virksomheten skal nå sine mål. Behov for ledelse oppstår hver gang en virksomhet møter et problem som må løses. Prinsipielt kan et problem ifølge Busch et al (2007) løses på tre forskjellige måter.

1. Problemer kan løses ved at den person som har ansvaret, analyserer problemet og finner frem til et tilfredsstillende alternativ. Forutsetter at målene er entydige, man er kvalifisert til å løse problemet alene og andre ansatte i liten grad vil bli berørt av løsningen.
2. Problemet løses gjennom samhandling med andre. Passer godt der problemets karakter berører mange personer eller hvor det kreves tverrfaglige løsninger.
3. Problemet løses ved at man prøver seg frem. Nødvendig der hvor det ikke er mulig å analysere eller drøfte seg frem til en løsning. Kunnskapene er utilstrekkelige.

For at ledelsen skal fungere godt bør den disponere et bredt spekter av problemløsningsmetoder og greie å finne riktig metode til gitt situasjon.

Når jeg skal analysere organisasjonenes og hvordan de arbeider for å løse problemer som oppstår gjennom deres avvikshåndtering så vil denne teorien være anvendbar. Hva er det som særpreger deres måte å løse disse problemene på, løses de av enkeltindivider, løses de gjennom problemløsende samspill, hvem involveres i dette samspillet eller løses problemene ved at de prøver seg frem.

Her har jeg også ambisjon om å se på hvilken endringsevne de har sammen ved å analysere hvilke ”problemområder” som løftes inn på ulike samhandlingsarenaer og som finner sin løsning gjennom felles målsettende, problemløsende og språkskapende samspill i virksomhetene.

Språkskapingsprosessen

For å kunne lykkes med å skape samspill vil det ifølge Johnsen (1995) være helt nødvendig å arbeide bevisst på å utvikle språkskapingen for å fremme kommunikasjonen og dermed skape bedre forståelse mellom mennesker.

Jeg har tidligere beskrevet at ledelse dreier seg om samspill og har videre beskrevet at samspill er viktig for målformulering og problemløsning. Samspill dreier seg om kommunikasjon med andre. God kommunikasjon forutsetter et felles begrepsapparat eller språk. Den tredje viktige dimensjonen i ledelse er derfor språkskaping. Dette betyr ikke at alle

skal ha samme språk eller være enige, men i en virksomhet er det viktig at uenighet ikke oppstår fordi man ikke forstår hverandre. Når det gjelder språk kan man skille mellom:

1. **Beslutningsspråk** som tar sikte på å beskrive og behandle en situasjon der målet er å treffe den beste eller mest tilfredsstillende beslutning når det skal velges mellom flere alternativer.
2. **Atferdsspråk** som tar sikte på å regulere atferd enten individuelt, gruppemessig, politisk eller annet.
3. **Systemspråk** som tar sikte på å harmonisere et system (oppnå likevekt) og regulere dets samspill med omgivelsene.

Busch m.fl. (2007) trekker frem betydningen av en leders kommunikative funksjon i samspillet med ansatte som et viktig element for å motivere ansatte gjennom å formulere mål i tett interaksjon med medarbeiderne.

For å skape en felles plattform for samarbeid/ samspill er det altså viktig å utvikle et felles språk. Jeg ønsker å finne ut om de har en felles holdning til hva de oppfatter som sentrale styringsdokumenter i forhold til samhandling, og derigjennom se om de enkelte informanter har utviklet en felles forståelse/ et felles språk for hva de oppfatter som sentrale styringsdokumenter. Dette vil gi et inntrykk av hvorvidt de kjenner til innholdet i styringsdokumentene og dermed vil kunne gi et inntrykk av om de enkelte aktører kjenner til i hvilken retning virksomheten ønsker å utvikle seg, hvilke mål de har for samhandling samt hvilke normer og verdier som skal prege samhandlingen.

I spørsmål to blir det sentralt å forsøke avdekke om de har et felles språk knyttet til å definere avvik, og om de er i stand til å skape arenaer for språkskapende og målsettende samspill når de også skal evaluere resultater og etablere nye strategier.

Dette vil være nyttig å bruke sammen med teori rundt mål og resultatstyring som blir beskrevet senere i teorikapittelet.

Oppsummert vil jeg som tidligere nevnt bruke disse teoriene for å se på hvilken evne den enkelte organisasjon har i forhold til å tilpasse seg endringer i omgivelsene. Hvordan utnytter og utvikler de kunnskap med basis i avvik eller uønskede hendelser på og mellom de ulike forvaltningsnivå i helsetjenesten i denne endringsprosessen. Hvordan greier de å utvikle målsettende, problemløsende og språkskapende samspill for å få frem de gode løsningene både internt og mellom organisasjonen og sentrale interessenter for dermed å skape bedre kvalitet i helsetjenestene?

3.2 *Et utvalg av statlige styringssignaler gjennom noen aktuelle bestemmelser i lov og regelverk og knyttet til samhandling og kvalitetsutvikling*

Både helseforetakene og kommunene har lovkrav knyttet til samhandling både med interne og eksterne interessenter. Begge virksomheter har plikt til å levere forsvarlige tjenester, og de har plikt til å drive opplæring av personellet sitt og la ansatte medvirke. I forhold til pasienten så har de en plikt til å informere og de har en plikt til å la brukere medvirke. Videre har de en plikt til å utarbeide individuell plan for brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester og som ønsker slik plan, og helsepersonell skal samhandle om denne planen dersom brukeren har behov for oppfølging fra begge forvaltningsnivå.

Det som særpreger helseforetaket er at de har plikt til å opprette kvalitetsutvalg og de har en egen meldeplikt til helsetilsynet derom det skjer alvorlig skade på pasient eller at det har vært situasjoner med fare for alvorlig skade. Denne plikten ligger på systemnivå, det vil at det er institusjonen som har plikt til å melde fra. I tillegg har helseforetaket en egen veiledningsplikt overfor kommunene. Lov om statlig tilsyn av 1984 pålegger alle virksomheter i helsetjenesten å opprette internkontrollsystem som bidrar til at virksomhetene følger opp sine forpliktelser i forhold til og at systemet er ”levende”. Denne loven følges av en egen forskrift som sier mer spesifikt om innholdet i internkontrollen og den vil benyttes i analysen. Formålet med forskrift om internkontroll beskrives til å skulle bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. Den har krav til at virksomheten har systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

Internkontrollens krav til etablering av mål og arbeidsfordeling

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,

Internkontrollens krav til samhandling med helsepersonell om kvalitetsforbedring

- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,

Internkontrollens krav til samhandling med brukere om kvalitetsforbedring

- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,

Internkontrollens krav til resultatstyring og forbedring av virksomheten

- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,

Alt dette er jo da krav som påhviler virksomheten. I tillegg beskriver lovkravene at virksomheten skal organisere virksomheten slik at helsepersonell er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Kravene til det enkelte helsepersonell er også tydelige, noe som fremkommer av krav i helsepersonelloven. Lovkravene beskriver at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Videre beskrives det at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Det er videre krav om at helsepersonell varsler tilsynsmyndighetene om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet. Her er det imidlertid også en forventning om at det er dialog i styringslinjen internt i virksomheten først, dette for at virksomhetens ledelse skal kunne bruke det i planlegging, styring og kvalitetssikring av tjenestene. Helsepersonell kan også gi taushetsbelagte opplysninger til samarbeidende personell hvis pasienten ikke motsetter seg det, og når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.

Her har jeg vist frem noen lover og regler som pålegger virksomhetene og helsepersonell plikter i forhold til samhandling både på individnivå og systemnivå. Pasientrettighetsloven er sentral i forhold til samhandling på individnivå men nevnes ikke spesielt her. Lovkravene beskriver på en fin måte hvordan myndighetene har etablert reguleringer som skal fremme målsettende, problemløsende og språkskapende samspill med sentrale interessenter og vil slik sett være med og underbygge hovedteorien for analysen. Samtidig vil en se at myndighetskravene har i seg både normative og regulative krav knyttet både til virksomhet og til helsepersonell.

3.3 *Institusjonell teori*

Jeg vil benytte institusjonell teori inn mot Erik Johnsens (1975) teori om ledelse som funksjon for å se hvordan dette kan bidra til å styrke eller svekke samhandlingen for å skape bedre kvalitet.

De tre institusjonelle pilarene

I følge Scott (1995) består institusjoner av regulative, normative og kognitive strukturer og handlinger som skaper stabilitet og gir mening til sosial atferd.

Den regulative pilar

Den regulative pilar er karakterisert ved at den legger vekt på eksplisitt regulerende prosesser, regelutforming, styring og sanksjonering. De regulative kravene kommer primært fra politiske myndigheter og har en legal basis. De regulative mekanismene bygger på en instrumentell rasjonalitet dvs at de oppfattes som fornuftige instrumenter for å bidra til at både samfunn og næringsliv fungerer på en hensiktsmessig måte.

Denne vil jeg bruke i analysen for å se hvordan og i hvilken grad virksomhetene implementerer og integrerer regulative forordninger fra sentrale myndigheter, slik som nasjonale styringsdokumenter og lover og regler som berører samhandling med sentrale interessenter. Hva forteller intervju og dokumentanalyse i forhold til virksomhetenes fokus på regulative forordninger som fremhever samhandling med sentrale interessenter, endringsevne og etablering av mål.

Den normative pilar

Den normative pilar vektlegger normative regler, det vil si verdier og normer. Verdier uttrykker det prioriterte og ønskelige samt setter standarder som atferd kan bli målt opp mot og bedømt ut fra. Normene spesifiserer hvordan ting bør gjøres samt gjør bestemte måter å nå målene på mer legitime enn andre. Aktørene innordrer seg på grunn av at det er forventet av dem og at de føler seg forpliktet. Når organisasjonen tilpasser seg de normative mekanismer vil det utvikles en normativ rasjonalitet. Den normative rasjonaliteten fører til at visse atferdsmønstre etter hvert stivner i organisasjonen. Selv om normer og verdier endrer seg i samfunnet kan, disse atferdsmønstrene bestå av noe som kan medføre at organisasjonen kommer i utakt med sine omgivelser og får redusert legitimitet. Selve grunnlaget for en organisasjonskultur er de verdier og normer organisasjonen ønsker å bli målt opp imot. Verdier er aspekter ved virksomheten som beskriver hva som verdsettes høyt og er med og skaper standarder som virksomheten ønsker å bli identifisert med. Verdier skaper i tillegg motivasjon og en retning for hva organisasjonen ønsker å stå for. Jeg ønsker gjennom denne pilaren å finne ut hva som er viktig for virksomhetene i forhold til samhandling, hvilke

visjoner og verdier har de som peker mot samhandling. Normer er handlingsregler og forventinger i forhold til atferd hos medlemmene i organisasjonen.

Organisasjonskulturen i virksomheter fremkommer ved ulike kulturelle uttrykk, det kan være atferdsuttrykk som viser kulturen gjennom følelser og handlinger, det kan være verbale uttrykk gjennom historier og myter eller språk og humor. Det kan videre være materielle uttrykk gjennom ting eller fysiske omgivelser og det kan være strukturelle uttrykk som ritualer/ seremonier og systemer/ prosedyrer.

Kulturens interne funksjon utvikles som et svar på organisasjonens behov for intern integrasjon og skal være identitetsskapende, den skal skape lojalitet, den skal definere organisasjonens grenser. I tillegg skal den skape fellesskap og slik sett virke stabiliserende.

Kulturens eksterne funksjon utvikles for å ivareta organisasjonens behov for ekstern tilpasning og skal bidra til en felles forståelse av organisasjonens misjon og mål, hvilke aksepterte midler som kan benyttes for å nå mål, hvordan resultater skal evalueres og hvordan strategier for forbedring skal gjennomføres.

Handlingsregler kan også betraktes som institusjoner, vil være med regulere atferd. Jeg ønsker å finne ut hvilke verdier og normer virksomhetene har signalisert i sine styringsdokumenter og hvordan det gir seg uttrykk i praksis når de skal samhandle med sentrale interessenter både ved endringsprosesser og etablering av mål. Empiri innsamlet gjennom intervju og dokumentstudier vil bli analysert og analysen vil derfor forsøke å avdekke hvordan verdier og normer kommer til uttrykk i de to virksomhetene i samhandlingen med sentrale interessenter. Analysen av forskningsspørsmålene vil derfor søke å avdekke hvorvidt de lykkes i å skape innhold i sin visjon, sine normer og sine kjerneverdier? Jeg skal analysere hvordan kulturen synliggjøres gjennom strategier og avtaler, gjennom målsettende, problemløsende og språkskapende samspill med sentrale interessenter for å forbedre tjenestene og hvorvidt kulturen er med og bidrar til at håndtering av avviksmeldinger får konsekvenser for strategiske valg. Og hvordan måler de sin egen fremgang i forhold til normer og verdier?

Den kognitive pilar:

Ny-institusjonalismen har ifølge Scott (1995) betydd et spesielt fokus på de kognitive sider ved institusjoner. Med dette menes at de institusjonelle arrangementer reproduseres på grunn av at individer ofte ikke kan forestille seg alternativer. De kognitive pilarer representeres av de mentale modellene som vi har dannet oss om hvordan en organisasjon skal se ut eller oppføre seg. Den bygger på hva vi "tar for gitt". Handlinger eller andre organisasjonsuttrykk forkastes uten refleksjoner dersom de ikke er i samsvar med det som tas for gitt.

Analysen vil her dreie seg om å se på i hvilken grad organisasjonene gjør ting på samme måte som de alltid har gjort eller om de er innovative og finner andre måter å jobbe på. I hvilken

grad bidrar ledelse til at man endrer normer og standarder for hvordan ting skal gjøres og hva er det som påvirker endring av strategier?

I hvilken grad er virksomhetene i stand til å hente erfaring fra praksis gjennom samhandling både internt og eksternt. Og i hvilken grad driver de med benchmarking/ sammenligner seg med andre og lærer av andre?

3.4 *Forskning på ledelse, kultur, kvalitetsutvikling og samhandling*

En artikkel av Paul Plsek (2002) er oversatt av Hanne Mai Svaboe fra Norsk sykepleierforbund (NSF) og senere bearbeidet og tilpasset med forfatterens tillatelse av Trulte Kongsmo og Michael de Vibe ved GRUK. Der beskrives det at senter for ledelse i den britiske helsetjenesten (National Health Service; NHS) og The Modernisation Agency har laget et toårig utviklingsprogram for de 58 øverste lederne i NHS. Programmet satser på å utvikle kompetansen hos personer som utmerker seg i krysningfeltet mellom tre store kunnskapsområdene: ledelse, forbedring og helsetjeneste.

Plsek (2002) har kommet frem til følgende kjennetegn for ledere som har kunnskap om ledelse:

- De kommuniserer visjonen klart til medarbeidere og pasienter
- De forplikter seg fullt ut på verdier og visjon
- De engasjerer andre for å påvirke strategisk
- De bygger relasjoner med enkeltpersoner, grupper og på tvers av skillelinjer
- De utfordrer tankegang og oppmuntrer til fleksibilitet og innovasjon
- De utvikler andre, gir dem muligheter og oppmuntring
- De er pådrivere for forbedring av resultater
- De praktiserer sosial og politisk kløkt
- De viser selvinnsikt
- De har god administrativ kompetanse

Jeg vil bruke noen av de kjennetegn de fremhever som god ledelse som støtte i analysen i kombinasjon med teorien til Erik Johnsen (1975) om ledelse som en funksjon av målsettende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker. Plsek sin teori er dermed med og skaper enda mer innhold i Johnsen sin teori om ledelse. I tillegg så ser en at kjennetegn ved ledelse slik Plsek fremhever har også fokus på hvordan ledelse bidrar til å skape endringsevne og hvordan ledelse kan bidra til bygging av nettverk og kontinuerlig forbedring.

En samlerapport fra kunnskapssenter for helsetjenesten (Bakke, 2010) oppsummerer at det stadig skjer uheldige hendelser i helse- og sosialtjenesten, noe som også dokumenteres regelmessig i Statens Helsetilsyns rapporter. Spørsmål som stilles er: ”Hvis både kunnskap og motivasjon er til stede, hvorfor oppstår det feil igjen og igjen? Kan det være fordi elementene som må være på plass for å lykkes ikke er tilstede?” Bakke skriver videre i sin oppsummering

at både erfaring og forskning omkring kvalitet og kontinuerlig kvalitetsforbedring peker på følgende sentrale element som må være på plass:

- Ledelsesforankring,
- At pasienter/brukere gis innflytelse,
- Deltakelse fra alle involverte parter,
- Tverrfaglighet,
- En kultur som fremmer kvalitetsforbedring,
- Prosess- og systemperspektiv,
- Måling av resultat for å finne ut om endringer virkelig er ønskede forbedringer.

Høy kompetanse i forhold til helse- og sosialtjenesten er en nødvendig faktor, men ikke den eneste faktoren for å lykkes med kontinuerlig forbedringsarbeid. For å skape forbedringer, kreves forbedringskunnskap. Det vil si kunnskap om prosess og system, variasjon og måling, arbeids- og endringspsykologi og erfaringskunnskap.

I en annen rapport fra kunnskapsenteret av Nyen (2009) om forbedringsarbeid og statistisk prosesskontroll beskrives det at når man skal velge ut prosesser for forbedring bør man prioritere områder som er vanlige og viktige og som har erkjente mangler.

Vanlig Området omfatter mange pasienter

Viktig Området har betydning for pasientenes helse og livskvalitet

Vanskelig Området har erkjente mangler, kan være vanskjøttet

Virkelighetsnært Det skal være realistisk å få til endring

Jeg vil i analyse se nærmere på hvilke områder virksomhetene har fokus på i sitt forbedringsarbeid og hva er det som særpreger disse områdene.

En av konklusjonene i et FOU-prosjekt ”Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2.linjetjenesten” var at samarbeidet mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten er tjent med å være basert på et helhetlig avtalesystem hvor det inngås avtaler på alle nivå (Agenda 2007). Sintef- rapporten ”Strategisk samarbeid – på papir og i praksis?” (A 8640, 2008) beskriver at samarbeid må fungere både på systemnivå, tjenestenivå og individnivå og derfor bør dette også dekket i avtaleverket som beskriver samhandlingen. Flertallet av helseforetaksområdene ser ut til å ha utviklet egne avtaler om strategisk samarbeid på systemnivå, i tillegg til avtaler som beskriver rutiner og ansvarsfordeling i det praktiske samarbeidet.

Hvordan dekker dagens basisavtale disse ”kravene” og hvilke ambisjoner har helsetjenesten fremover for å skape avtaler som ivaretar et strategisk samarbeid?

Jeg vil vurdere hvordan dagens avtale mellom kommune og helseforetak i Nord- Trøndelag ivaretar samhandling i forhold til avviksmeldinger og avvikshåndtering. Jeg skal prøve å finne ut i hvilken grad avvikene benyttes for å utvikle både samhandlingen og kvaliteten i forhold

til brukere av tjenester som beveger seg mellom nivå. Dette er da for å vurdere hvordan ledelse som funksjon i de to virksomhetene ivaretar at avviksmeldinger håndteres i forhold til de rutiner og den ansvarsdeling som er fastsatt i avtalen og hvorvidt avvikhåndteringen får konsekvenser for strategiske valg for samhandling og forbedring av kvalitet.

I en rapport fra kunnskapssenter (Skudal et al, 2010) om Commonwealth Fund- undersøkelse for helsetjenesten, har de oppsummert resultater fra en komparativ befolkningsundersøkelse i 11 land og funnet at Norge relativt sett har dårligere resultater enn andre land når det gjelder pasientopplevd pasientsikkerhet. Omtrent 8 % av det norske utvalget oppgir å ha fått feil medisin eller dose de siste to årene, og 11 % oppgir at de har blitt utsatt for en feil i medisinsk behandling eller pleie. Tilsvarende tall for snittet for alle landene er 5 % og 7 %. I Norge er det omtrent 16 % som rapporterer at de har opplevd én eller begge typene feil, mot 10 % for snittet av de andre landene.

”kombinasjonen av god datakvalitet i det norske materialet og dårlige resultater relativt sett indikerer at pasientopplevd pasientsikkerhet er et forbedringsområde i Norge. På medisinområdet er det andre enkeltspørsmål som kan ses i relasjon til pasientopplevde feil.”

Dette viser hvor viktig det er å etablere et godt samspill om pasientopplevd pasientsikkerhet, og at medikamentområdet er et område som skiller seg ut. Det blir derfor interessant å se hvordan virksomhetene arbeider med pasientopplevd sikkerhet og pasientopplevd kvalitet som utgangspunkt for å forbedre tjenestene?

3.5 Mål og resultatstyring

Åge Johnsen (2007) beskriver resultatstyring i offentlig sektor som å dreie seg om å fremskaffe relevante data for både effektivitets- og produktivitetsvurderinger samt å sette disse inn i en organisatorisk og politisk sammenheng som danner grunnlag for bedre og mer rasjonelle beslutninger i offentlige organer. Han beskriver at mål og resultatstyring omfatter tre sentrale prosesser

- Resultatmålinger ved å fremskaffe resultatindikatorer eller styringsparametre fra virksomhetens verdikjede
- Sammenligninger av resultatindikatorer i forhold til mål, tidligere resultater eller andre enheters resultater
- Rapporteringer, ved at informasjon om produktivitet og effektivitet skal settes inn i egnede og legitime administrative og politiske prosesser hvor informasjonen blir analysert og diskutert for å gi tilbakeføring av informasjon for læring og handling i politikktutforming, strategi, målformulering, budsjettering og iverksetting.

Åge Johnsen (2007) skriver videre om koplingen mellom mål og strategier som basis for endringer og utviklingen av resultatindikatorer som kan vise graden av måloppnåelse i forhold til målene. I denne forbindelse bruker han et begrep som han kaller for politikktproblemet og som han beskriver som politikernes manglende evne og vilje til å formulere klare målsettinger

og administrasjonens (les byråkratiets) innblanding i politikken ved å ville eller måtte formulere målsettinger selv eller måle resultater uten kopling til målsettinger. Dette hevder han skaper problemer for resultatstyringen vurdert opp mot idealmodellen for iverksetting og bruk av resultatstyring. I forbindelse med dette opererer han med en teori om løst koplet iverksettingsform som beskriver sammenhengen mellom iverksettingsform og iverksettingssuksess. Det er diskusjoner om hvorvidt slike løse koplinger kan fungere eller om de er oppfattet som mislykket iverksetting.

Alternativet beskriver Johnsen (2007) som en tett kopling mellom målsettinger og resultatindikatorer, og som eksempler på slike modeller beskriver han målstyring, virksomhetsplanlegging, mål- og resultatstyring og balansert målstyring.

Oppsummerte resultater kan fremstilles som resultatindikatorer, og når en skal måle endringsevne så må en studere utviklingen i resultatindikatorer over tid med gjentatte målinger. Oppsummerte avvik innenfor konkrete områder er indikatorer som sier noe om kvalitet og hvorvidt virksomhetene har endringsevne.

Jeg vil analysere hvilke resultatindikatorer som kan knyttes til samhandling i dagens situasjon, hvordan bruker de disse i dag til forbedring i virksomhetene og har de tenkt noe nytt i forhold til dette fremover? Avvik på samhandling på brukere som beveger seg mellom nivå påvirker effektivitet og produktivitet for begge virksomheter avhengig av hvor i tiltakskjeden avviket oppstår. Åge Johnsen bruker begrepet verdikjede, jeg velger å bruke helhetlige og sammenhengende tiltakskjede som begrep. Dette dreier seg jo om en verdikjede som involverer to virksomheter, og der den enes innsats i tiltakskjeden påvirker ressursbruken og dermed effektiviteten i den andre. Eksempelvis vil korridorpasienter og ferdigbehandlede pasienter på sykehus påvirke både produktivitet og effektivitet for sykehuset. På den annen side vil manglende dokumentasjon eller manglende medikamenter ved utskriving til kommunen vil påvirke effektiviteten i kommunen.

I Johnsen si bok om resultatstyring i offentlig sektor (2007) så nevner han nederlenderen Hans de Bruijn (2002) som har beskrevet tre prinsipper for hvordan resultatstyring kan utformes i offentlig sektor. Resultatstyringsmodellene må passe overens med behovene til profesjonsutøverne i deres fagstyring, økonomipersonalet i deres økonomistyring og lederne i deres strategiske styring.

3.6 Forskning på utvikling av mål og resultatindikatorer

I en rapport av Nyen (2009) fra nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten innleder med at det skjer stadige endringer av prosesser i helse- og sosialtjenesten. De fleste planlagte endringene skjer for å bedre kvaliteten på tjenestene. Ofte vil det være ønskelig å måle hva slags effekt endring av prosessene skaper. Helsearbeiderne må vite om anstrengelsene i forbedringsarbeidet gir effekt. De må også måle for å dekke kravet til dokumentasjon av

kvalitet; et krav som i økende grad kommer både fra brukere, myndigheter og medier. Han peker likevel på at det kan være problemer med målinger og at uriktig bruk av tall kan føre til feil konklusjoner og være villedende.

Det som er viktig er at det settes mål og at det gjøres målinger. I forhold til det å sette mål viser han til Legeforeningens gjennombruddsprosjekt (2005) som konkretiserer kravene til målformuleringer slik:

- de må være spesifikke, dvs at de må være klar, konkret og ha en entydig angivelse av forventet resultat gjennom tallfesting
- det skal være målbart fordi man må vite når målet er nådd
- det skal være ansprende ved at det skal være utfordrende samt gi mulighet for egenutvikling samt inspirere til nytenkning
- det skal være realistisk ved at det er oppnåelig i forhold til andre oppgaver og ressurser
- det skal være tidsbestemt ved at det skal angis når resultatet skal være nådd
- det skal være enighet om målet ved at det er forankret i gruppen og hos problemeier

Nyen (2009) skriver at viktige kvalitetsegenskaper må bli beskrevet i målbare begreper.

Definisjonen av indikatorene må være klar og utvetydig. Et eksempel er indikatoren for epikrisetid definert av Sosial- og Helsedirektoratet (2003): ”Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager etter utskrivningsdato”.

- Indikatorer kan inndeles på ulike måter (fra Ada Schreiner, 2004):
- Det skilles ofte mellom indikatorer i forhold til struktur, prosess og resultat (Donabedian).
- Man kan også bruke styringsmodellen til Kaplan og Norton og dele inn i indikatorer med brukerperspektiv, indikatorer med økonomisk perspektiv, indikatorer med fagperspektiv og indikatorer med læringsperspektiv.
- Noen inndeler også kvalitetsindikatorer i forhold til ”total kvalitetsledelse” med indikatorer som angår faglig kvalitet, indikatorer som angår pasientopplevd kvalitet og indikatorer som angår ledelses kvalitet (økonomi, beleggprosent etc).

Før en starter forbedringsprosesser peker Nyen (2009) i rapporten på viktigheten av en har utgangsdata (en baseline) som er representative slik at en får identifisert kvalitetsproblemer og for senere å kunne dokumentere forbedringer.

Han nevner tidsserieanalyser som et redskap som har hatt stor plass innen industri og økonomi og som nå vurderes til å være funksjonell også for helsevesenet. Jeg vil kort nevne at tidsserieanalyser handler om å følge tallutvikling over tid på et konkret område innenfor forbedringsarbeidet.

Det jeg ønsker å analysere i oppgaven er hvorvidt de to ulike virksomhetene styrer og utvikler samhandlingen etter resultatindikatorer og å se nærmere på hvordan er koplingen mellom mål, resultater og strategiske valg. Er det mulig å se utviklingen i resultatindikatorer over tid for å se om de er greier å benytte resultatindikatorer til nye strategiske valg for å forbedre tjenestene?

Hvordan er så resultatstyringen lagt opp i de to virksomhetene? Her vil jeg analysere hva som er fokus i den overordnede styringen, hvem sine behov er det som får størst plass i resultatstyringen? Er det profesjonsutøverne, økonomipersonalet eller lederne.

Videre vil også analysen forsøke å frembringe hva som er praksis i forhold til selve prosessen med håndtering av avvik.

Jeg vil også gjøre en analyse av hva sentrale myndigheter gjennom tilgjengelige dokumenter tenker rundt å utvikle flere indikatorer for samhandling enn de vi har i dag.

Jeg vil også forsøke å analysere hvilke resultatindikatorer som er de mest fremtredende i samhandlingen med sentrale interessenter, og hvorvidt det her tenkes innovativt knyttet til å bruke resultatindikatorer som basis for å utvikle samhandlingen mellom forvaltningsnivå og med brukerne, pasientene. Jeg vil forsøke å analysere hvem det er som involveres og hvordan styringslinjene og samhandlingen fungerer i forhold til strategiske valg i de to virksomhetene for å forbedre tjenestene basert på resultatindikatorer, er det en helhetlig styringslinje i den enkelte virksomhet som bidrar til kontinuerlig forbedring? Hva er det som påvirker strategiske valg, hvordan involveres sentrale interessenter og hvem er det som tar beslutningene rundt strategiske valg?

3.7 Nettverksteori

Rhodes (1997) definerer governance som et «nettverk av løst sammenkoblede enheter som holdes sammen av gjensidig avhengighet og tillit, og hvor beslutningene tas på basis av forhandlinger heller enn gjennom ordrer eller bytte.» (Rhodes 1997:53)

Denne definisjonen framhever gjensidig avhengighet og tillit mellom flere enheter, og beslutninger som tas på basis av forhandlinger.

Helseforetak og kommuner er to ulike beslutningssystemer som skal fungere i pasientforløpet, og det fører til at de må samhandle med basis i gjensidig avhengighet og tillit. Det samme perspektivet kan benyttes i forhold til å vurdere samhandlingen med brukerne. Her har sykehuset selvsagt et sterkere avhengighetsforhold fordi de er avhengige av kunder som kjøper tjenester i en type marked med fritt sykehusvalg. Kommunene ønsker også en samhandling basert på tillit.

Kickert, Klijn og Koppenjan (1997) definerer nettverk gjennom det institusjonelle perspektivet til å være den gode styring som gjennom eksistensen av robuste institusjonelle spilleregler og normer kan sikre demokratisk sett legitime prosedyrer for problemløsning og en robusthet i interaksjonen, så den ikke bryter sammen ved umiddelbare konflikter mellom aktørene. De sier videre at den gode styring er den som finner sted etter aksepterte standarder, der spesielt pålitelighet, anstendighet, demokratisk legitimitet og transparens fremheves.

Det er viktig å danne nettverk med sentrale interessenter, og her tenker jeg først og fremst på å se på hvorvidt det er etablert velfungerende nettverk mot brukerne av tjenestene og hvorvidt

det er etablert nettverk på tvers av forvaltningsnivå. Spillereglene i nettverket mellom kommune og helseforetak er jo basisavtale for samhandling, og spillereglene i nettverk mot brukerne er jo at de må betraktes som en aktør som ”kjøper” et produkt, og at det slik sett er en slags kunderelasjon der brukerne har forventinger til innholdet i og kvaliteten på tjenestene. Helseforetaket er jo mer sårbare i forhold til dette i og med at de lever i et slags ”marked” der brukerne har fritt sykehusvalg. Det vil si at de har mulighet til å velge det beste sykehuset uavhengig av hvor de bor. Kommunesektoren og sykehjem i Norge har jo en situasjon som er mer preget av at de nærmest er eneleverandør av sykehjemstjeneste og slik sett ikke har reell konkurranse. I hvilken grad kan jeg greie å finne trekk som belyser dette faktum?

Institusjonelle spilleregler vil her være blant annet det lovverket helsetjenesten yter tjenester i forhold til og det brukerne av tjenester kan stille krav i forhold til. Og legitime prosedyrer og normer vil blant annet dreie seg om hvilke prosedyrer de har for hvordan brukere blir involvert i forbedringsarbeidet.

Videre ønsker jeg å se på hvorvidt det er en interaksjon/ et samspill mellom tjenestesteder og mellom helsepersonell og brukere, pasienter som skjer når uønskede hendelser oppstår i samhandlingen, samt hva som særpreger denne interaksjonen. Er det kultur for å gjøre hverandre bedre?

Kickert, Klijn og Koppenjan (1997) har gjennom det instrumentelle perspektiv sett hvordan en sentral styringsaktør kan forbedre sine styringsbetingelser i en kompleks situasjon. Nettverkene ses her som styringsobjekter som er gjenstand for og som samtidig muliggjør en indirekte men samtidig ytterst effektiv form for hierarkisk styring. De beskriver videre at faren ved den type nettverksstyring som utøves ut fra et instrumentelt perspektiv er at deltakerne i nettverkene kan komme til å føle seg brukt av styringsaktøren fordi deres egne interesser og problemdefinisjoner blir satt i annen rekke eller kun ses som interessante dersom de oppfyller tidligere definerte kriterier.

Det er ingen tvil om at det er en kompleks situasjon for styring når det er to ulike virksomheter som representerer to ulike forvaltningsnivå som skal samhandle. De er begge selvstyrte og autonome og den ene kan ikke styre den andre via konkrete definerte styringslinjer. De er selvstendige rettssubjekter som har hver sine ressursrammer. Analysen her vil ha fokus på hvorvidt det er reell samhandling med sentrale interessenter eller om det er ambisjoner som står på et papir men som ikke gjennomføres i praksis. Her vil det være naturlig å gjøre en vurdering av hva som kjennetegner hvordan samarbeidet mellom kommuner og helseforetak fungerer samt hvordan samhandlingen med brukere, pasienter fungerer. Fordelingen av makt og oppbyggingen av maktrelasjoner vil her også spille en betydning.

Kickert, Klijn og Koppenjan (1997) beskriver nettverk i det interaktive perspektivet der de ser nettverkene gjennom de deltakende aktørers briller. Fokuset her er rettet mot å forbedre engasjementet blant og samspillet mellom nettverksdeltakerne og bidra til å forløse deres kollektive problemløsningskapasitet.

Dette perspektivet henger sammen med Erik Johnsens definisjon av ledelse som en funksjon av målsettende, problemløsende og språkskapende samspill og vil trekkes inn og vurderes sammen med en vurdering av ledelse og endringsevne i de to virksomhetene.

3.8 *Forskning og nettverk*

Curtis A. Olson et al (2010) har skrevet en forskningsartikkel om “knowledge networks” eller kunnskapsnettverk, og skriver blant annet

“The more or less formalized, relatively stable pattern of communication and interaction among social actors who share a common concern [such as improving clinical practice] ... Such patterns emerge as a result of relation-building efforts among actors” (Engel 1997, p. 37). These networks may be found within organizations or extend across organizations and institutions; they “may be spontaneous and totally informal, or designed to serve a specific purpose” (Engel 1997, p. 37). Knowledge networks can be described only in relation to some purpose. Innovation is the desired outcome of a knowledge network, but in practice they are defined in relation to more specific goals.”

Jeg vil her se på hvordan nettverk brukes for å styrke endringsevnen i det bildet at ledelse er en funksjon av språkskapende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker.

Endringsevne koples også mot nettverksstyring, der jeg blant annet vil se på hvilke arenaer de har etablert for å skape nødvendige endringer i samhandlingen mellom sykehus og kommune og mellom brukere og helsetjeneste samt hvilken funksjon disse har for å skape forbedring i helsetjenesten.

Olson et al (2010) skriver videre om læring i team

“However this dimension of team learning has not been explored, leaving unanswered some key questions: How do teams of healthcare professionals acquire and use knowledge and information to improve their practice? What roles do various forms of knowledge play?”

Denne forskningen er med og styrker analysen av hvordan de oppfatter betydningen av nettverksarbeid. Kommer det frem av intervju eller dokumentanalyser hvordan de arbeider for å bli bedre, tilegne seg ny kunnskap og nye måter å gjøre ting på, og i hvilken grad etablerer de kunnskapsnettverk i arbeidet med kontinuerlig forbedring?

Her vil jeg blant annet se blant annet på hvorvidt de bruker nettverk til å lære av sine egne avvik ved å endre strategier, og analysere hvordan de lærer av andre, eksempelvis ved hjelp av ”benchmarking”, det å lære av de beste.

4.0 EMPIRI OG ANALYSE

”Når du ser målet klart, er du på vei mot målet, og målet er på vei mot deg. Å miste målet av syne, er det samme som å miste kraften du trenger for å skape det du vil.”
Randi B. Noyes (1999)

Gjennom intervju og dokumentanalyser har jeg fått tilgang til et svært empirisk materiale. I tillegg har jeg lest mange offentlige dokumenter og forskningsrapporter for å ”tune” meg inn i forhold til området for undersøkelsen. I og med at materialet er stort har det vært nødvendig å foreta en siling som en kan se for seg som en trakt, og der jeg har sittet igjen med en kjerne av materialet som jeg har valgt å benytte for å belyse undersøkelsen.



Figur 1, Kvalitetsstjerna i Nasjonal strategi for kvalitet i sosial- og helsetjenesten (2005)

Jeg skal se nærmere på hvordan tre av disse områdene i ”kvalitetsstjerna” håndteres i de to virksomhetene, og vil bli beskrevet underveis i dette kapittelet.

4.1 I hvilken grad preges dagens styringsdokumenter i helsetjenesten av at samhandling med sentrale interessenter er viktig for å utvikle og forbedre tjenestene?

Jeg vil bruke nasjonal strategi for kvalitet og områdene ”samordnet og preget av kontinuitet” og ”involverer brukerne og gir dem innflytelse” for å belyse denne delen av undersøkelsen, og

jeg vil derfor se spesielt etter hvordan de fyller dette i styringsdokumentene og hvordan dette er integrert i de ulike ledelsesmiljøene i virksomhetene. Nasjonal kvalitetsstrategi er en oppfølging av lovkrav knyttet til kvalitet og samhandling. Min ambisjon er å finne ut hvilke styringsdokumenter som finnes i virksomhetene som beskriver hvilke mål de har for samhandling med sentrale interessenter for utvikling og forbedring av tjenestene og om dette henger sammen med nasjonale styringssignaler. De sentrale interessentene begrenser jeg i dette spørsmålet til å være brukere og pårørende, samt kommunen for helseforetaket og helseforetaket for kommunen. Hva definerer jeg i samhandling for utvikling og forbedring av tjenestene? I dette mener jeg at virksomhetene er aktive, bevisste og konkrete i sine ambisjoner for å involvere hverandre i utvikling og forbedring, samt viser hvordan de vil samarbeide med pasienter og pårørende for å oppnå utvikling og forbedring.

Jeg vil da gå gjennom styringsdokumentene i den enkelte virksomhet for å forsøke å finne spor av hvordan virksomhetene i sine styringsdokumenter beskriver dette slik at det gir muligheter for måling.

Samtidig er enhver virksomhet avhengig av at målene og strategiene er integrert i virksomhetene, derfor er det også interessant for meg å undersøke hvor bevisste aktørene er på at disse finnes og at de benyttes aktivt for å øke samhandlingen og forbedre tjenestene. Derfor har jeg gjennomført intervju for å sjekke forankring hos ledelse og ansatte i den enkelte virksomhet.

4.1.1 Dokumentstudier i helseforetaket

Jeg har beskrevet i innledningskapitlet hvilke nasjonale styringsdokumenter som omtaler dette med samhandling og kvalitetsutvikling. Jeg forsøker nå å se Helse Nord-Trøndelag HF (HNT), medisinsk klinikk og medisin A i forhold til om det er en rød tråd fra det som er nasjonale mål til lokale mål i helseforetaket. Helse Nord-Trøndelag er også en del av Helse Midt-Norge RHF (HMN) som er en av fem regionale helseforetak i Norge og derfor ser jeg det som naturlig også å se på dokumentene i det regionale helseforetaket i denne sammenhengen.

HMN får sine styringsdokumenter presentert som forventninger hvert år gjennom et årlig foretaksmøte der statsråden formidler resultatkrav og styret i HMN tar disse til etterretning. Overordnet krav for 2011 var at *"fokuset skal være rettet mot gode behandlingsresultater, god pasientsikkerhet og god kvalitet i behandlingen. Arbeidet med å få ned ventetidene skal prioriteres og det skal ikke forekomme fristbrudd."*

Vedtaket fra foretaksmøtet blir da slik: *"Foretaksmøtet tar redegjørelsen om eiers overordnede styringsbudskap til etterretning."* (protokoll fra foretaksmøte 25.1.2011)

I vedtektene til HMN så står det under hovedoppgaver at de skal oppfylle de sektorpolitiske målsettingene slik de fremkommer i nasjonale helsepolitiske, forskningspolitiske og utdanningspolitiske vedtak og planer. Virksomheten skal drives innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, beslutninger truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.

HMN vedtok sin strategi 2020 etter en bred høringsrunde blant mange sentrale interessenter, der blant andre alle kommuner og alle brukerorganisasjoner fikk uttale seg til strategidokumentet før det ble vedtatt som styrende dokument. HMN har beskrevet utfordringsbildet i sitt strategidokument strategi 2020 til å dreie seg om fire sentrale utfordringer for helsetjenesten de neste 10 år:

- Befolkningens sammensetning og behov endres
- Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Av disse fire er utfordringen ”tydeligere krav til dokumentert kvalitet” mest interessant for undersøkelsen, og HMN definerer utfordringsbildet på dette området til at

”helsevesenet vil i økende grad stå overfor pasienter som vet mer, kan mer og forventer mer, og som har svært lav toleranse for at det gjøres feil i behandlingsprosesser. Pasientene vil kreve at kvalitet synliggjøres på en måte som er forståelig og lettfattelig også for folk uten medisinsk kompetanse. Pasientene vil i større grad velge sykehus som kan dokumentere behandlingsmetoder og resultater.”
(Strategi 2020:11)

De har i sitt vedtak på strategi 2010 også sagt at styret for Helse Midt-Norge RHF forutsetter at foretakene i regionen bidrar aktivt til å gjennomføre samhandlingsreformen i tett dialog og parallellitet med kommunene.

HMN sin strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Midt-Norge frem mot 2020 ble vedtatt i styremøte i Helse Midt-Norge RHF 25. juni 2010. De har følgende visjon i strategien: *”på lag med deg for din helse”*. (Strategi 2020:3)

Dette er et klart og tydelig budskap om at de ønsker et tett samarbeid med den enkelte som har behov for tjenester, og de beskriver selv at visjonen også er ment å gi et tydelig signal om at den enkelte har et selvstendig ansvar for å ivareta egen helse.

HMN har følgende verdier *”trygghet, respekt og kvalitet”* (Strategi 2020:3) som skal ligge i bunnen for den totale virksomheten. Disse tre verdiene ble lansert som en del av den nasjonale helsereformen i 2002 når sykehusene ble overtatt av staten, og de er tenkt å danne et triangel der ingen av verdiene kan stå for seg selv uten de øvrige to.

De beskriver selv hva som ligger i verdiene i strategidokumentet.

Trygghet står for at befolkningen skal ha trygghet for at de får den helsehjelpen de trenger når de trenger den. De sier blant annet videre at pasientene skal være trygge på at avgjørelser som blir tatt er riktige, uansett ytre rammer.

Respekt går ut på at befolkningen skal oppleve at tjenestene er til for dem, og det skal eksistere en grunnleggende respekt for at pasienten kjenner seg selv og sitt liv best. Det beskrives også at respekt skal prege forholdet til samarbeidspartnere og overordnede myndigheter.

Under *kvalitet* beskrives det i strategien at befolkningen forventer at våre tjenester er av god kvalitet, og de viser også til at intervjuer av store befolkningsgrupper viser det samme. De sier også at dette samsvarer med det helsepersonell, eiere og myndighetsorganer peker på som sentrale mål for helsetjenesten.

HMN viser i strategi 2020 til Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsstrategi når de definerer kvalitet ved at de bruker de samme kjennetegn ved at tjenestene skal:

- Være virkningsfulle og føre til helsegevinst
- Være trygge og sikre, unngå utilsiktede hendelser
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

HMN har en egen strategi for brukermedvirkning som utdyper hvordan de ønsker å involvere brukerne. De innleder i strategien med at brukermedvirkning er et helsepolitisk satsningsområde, og trekker blant annet frem at pasientene skal ha kunnskap om tjenestene, og de skal medvirke og påvirke ved valg av behandlingsform. Det legges vekt på at pasienter og pårørendes rettigheter skal ivaretas jfr. signalene i nasjonale styringsdokumenter, og de påpeker også i strategien at brukermedvirkning er lovpålagt og ikke noe som tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke, og skal være sporbart i forhold til hvordan brukerens rettigheter og tjenesteutøverens plikter ivaretas.

Sentralt lovverk som HMN fremhever i forhold til brukermedvirkning er lov om pasientrettigheter, helseforetakslovens § 35 om brukermedvirkning og HMN sine vedtekter § 14 som omtaler medvirkning fra pasienter og pårørende, der styrets rolle fremheves blant annet med følgende utsagn:

”styret skal påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og driften av virksomhetene.”
(overordnet strategi for brukermedvirkning, 2007:3)

HMN fremhever også forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten som beskriver at den ansvarlige for virksomheten skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring av virksomheten.

Oppdragsdokumentet for 2007 fra helse og omsorgsdepartementet har ligget i bunnen for strategien til HMN vedrørende brukermedvirkning, og der det legges en forventning til HMN i forhold til hvordan de skal involvere brukerne og gi dem innflytelse:

”informasjon og innflytelse fra pasienter er viktig for kvaliteten i behandlingen, og har en egenverdi for pasienter og pårørende. Videre er det viktig at tjenestene har et

formalisert samarbeid med brukerne. Nødvendig pasientinformasjon må derfor være tilgjengelig for pasienter og pårørende...

(Overordnet strategi for brukermedvirkning, 2007:4)

Selve visjonen er som tidligere nevnt et klart signal om at brukermedvirkning er en egen verdi for HMN. De fremhever brukernes medvirkning ved å uttale at

”brukernes erfaring og kompetanse skal benyttes i planlegging og tilrettelegging av behandlingstilbud for å oppnå bedre kvalitet i tjenestene”

(Overordnet strategi for brukermedvirkning, 2007:2)

Strategidokumentet til HNT, strategi 2016, ble vedtatt av styret i HNT 18. mars 2010. Den innledes med å skissere hvilke lovverk som er sentrale for virksomheten. De skriver innledningsvis at strategivalg er et spørsmål om å gjøre de beste veivalgene, og før man definerer tiltak og virkemiddel må man bli enig om hvor man er og hvor man skal.

HNT har samme visjon og de samme verdiene som grunnlag for virksomheten som HMN.

HNT sin strategi for målområde kvalitet, fagutvikling og forskning har integrert verdiene ved at de fremsetter en ambisjon om å ha fokus på kvalitet i alle ledd, og har sagt at

”gjennom respekt for den enkelte pasient og høye krav til kvalitet på tjenestene, bidrar HNT til trygghet for liv og helse for befolkningen i Nord-Trøndelag.” (strategi 2016:8)

HNT har beskrevet om kvalitet at fremtidig utvikling og omstilling handler først og fremst om å styrke tjenestenes kvalitet og at kvalitet skal være et overbyggende prinsipp for hele strategiutviklingen i HNT. De har definert at tjenester av god kvalitet

- *”Er trygge, forutsigbare og sikre*
- *Opplevs som trygge, forutsigbare og sikre*
- *Er virkningsfulle*
- *Involverer brukere og åpner for medvirkning*
- *Er samordnet og preget av kontinuitet*
- *Utnytter ressursene på en god måte*
- *Er fremtidsrettet*
- *Er tilgjengelig og rettferdig fordelt*
- *Er i tråd med samfunnets prioriteringer og tildelte rammer”*

(strategi 2016:8)

Visjon og verdier er godt beskrevet i strategidokumentene til HNT, og de har utviklet og definert innholdet i kvalitetsbegrepet noe mer enn HMN, blant annet at det skal være en ambisjon om at tjenestene ikke bare skal være trygge og sikre, men at de også skal oppleves som trygge og sikre.

I forhold til brukermedvirkning så kommer dette frem i strategi 2016 ved at de på individnivå har følgende strategi:

”pasienter, pårørende skal tilbys informasjon, veiledning og opplæring slik at de kan delta i valg av behandlingstilbud og ivareta sine interesser og mestre sin livssituasjon.”

(strategi 2016 HNT:10)

Som mulige styringsindikatorer på dette målområdet nevner de blant andre avviksmeldinger og klager, brukerundersøkelser og andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan.

Hvilke ambisjoner signaliserer HNT i sine styringsdokumenter knyttet til samhandling med kommunene? Strategi 2016 inneholder et eget målområde knyttet til samhandling. Overordnet målsetting for samhandling er at befolkningen opplever en god og sammenhengende helsetjeneste.

De beskriver tre strategier som sentrale i forhold til min undersøkelse, da de skal

”utvikle felles samhandlingsstrategi med kommunene innen 1. juni 2010 gjennom samarbeidsutvalget”,

”være koordinert internt og i samhandlingen opp mot andre i helsetjenesten” og

”ta en aktiv rolle i videre utvikling av samhandling med kommunene, rehabiliteringsinstitusjonene og andre aktører i helsetjenesten.”

(strategi 2016: 18)

Av tiltak fremheves i forhold til første strategi det at de skal ta initiativ til å lage en strategiprosess sammen med kommunene som munner ut i vedtak innen 1. juni 2010, i forhold til andre strategi at de skal igangsette forbedringsprosjekt for å bedre intern samhandling og pasientflyt og i forhold til tredje strategi at enhet for samhandling skal søke forbedringer på tvers av forvaltningsnivå.

Av indikatorer som skal måle samhandling trekkes blant andre frem epikriser, innleggelsesrate, utskrivningsklare pasienter, reinnleggelser, og andel utskrevne pasienter før klokka 13.

4.1.2 Intervju med ansatte i helseforetaket og medisin A

Jeg spurte ulike personer i helseforetaket, både innenfor medisin A og innenfor lederroller i klinikken i hvilken grad dagens styringsdokumenter i helseforetaket preges av at samhandling med sentrale interessenter er viktig for å utvikle og forbedre tjenestene. Jeg ønsket gjennom spørsmålet å finne ut i hvilken grad slike styringsdokumenter er kjent og dermed integrert i helseforetaket. Intervju gir varierende svar når jeg spør om de har kjennskap til slike styringsdokumenter.

Ansatte nevner basisavtale for samhandling som det dokumentet som de tenker på og som beskriver samhandling med kommunene. De har også en oppfatning av at denne avtalen er uklar på noen punkter, og mener det er rom for synsing, blant annet i forhold til tidspunktet for når en pasient skal utskrives til kommunale tilbud. Når jeg spør konkret om de har kjennskap til strategien for HNT eller felles strategi for samhandling så får jeg til svar

”jeg kjenner at når du begynner å spørre etter styringsdokumenter så har jeg et stort hull” (H 3)

Personer i lederposisjoner i avdeling og klinikk nevner i tillegg til basisavtalen også andre styringsdokumenter, slik som stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, felles strategi

for samhandling med kommunene ”helhetlige tjenester, felles ansvar”, strategi for HMN og strategi for HNT, og har klart for seg hva som er visjon og verdier for helseforetaket. Det nye lovverket som er på gang blir også nevnt. På spørsmål fra meg på om verdiene ofte er på dagsorden for diskusjon så uttales det følgende:

”Jeg tror ikke det er det at vi diskuterer dem så ofte, men det er mer det at det preger det daglige arbeidet vårt. Det synes jeg. Men man har jo med seg sin yrkesetikk med å ha respekt for pasienten og det at arbeidet skal preges av kvalitet.” (H 2)

Det kommer også frem av intervju at strategi for samhandling mellom kommuner og helseforetak har vært orientert om og drøftet på møter mellom avdelingssykepleiere og klinikkledelse, og at nye ansatte gjennom en introduksjonsdag blir introdusert for HNT sine verdier og strategier.

Representanter for brukerutvalget har ikke tenkt over hva styringsdokumentene sier om samhandling, men er opptatt av å fortelle at helseforetaket er veldig opptatt av å ha med seg brukerne i arbeidet med å kvalitetssikre samhandlingen på systemnivå.

Når jeg spør hva de mener er viktig i samhandling med brukere og pasienter på individnivå så sier en av dem at

”det viktigste er at man blir sett og hørt og at man føler seg trygg. Og at en får informasjon som angår en selv på en så forståelig måte at du veit hva du har hørt og sett.” (H 8)

Den andre informanten fra brukerne uttaler

”det er ikke uten grunn at man går bort fra pasientuttrykket og over til brukeruttrykket. Å være bruker for meg er at det skal være en gjensidig dialog mellom behandler og den som tar imot behandling. Skal vi lykkes med den store mengden pasienter som kommer så krever det en samhandling mellom behandler og mottaker.” (H 7)

Når jeg spør hva de mener er viktig i forhold til brukermedvirkning på systemnivå så sier en av dem at

”det å komme inn i brukerrådet er jo en ting for man kan få støtte, men man må jo bli kjent og det å bli kastet inn i en sammenheng som det helseforetaket er, det er ganske stort og man må ha vært med en stund og være aktiv, hvis man skal føle at det er en vits at man sitter der.” (H 8)

4.1.3 Dokumentstudier i Verdal kommune/ Verdal bo- og helsetun

Her ser jeg se på Verdal kommune i det samme bildet i forhold til om det er en rød tråd fra det som er nasjonale mål til lokale mål i kommunen og sykehjemmet. Verdal kommune er en av 24 kommuner i fylket og slik sett representativ selv om sykehjemmet har denne ”fremskutte” posisjonen som utviklingssenter for omsorgstjenesten.

Alle kommuner får tilsendt nasjonale styringssignaler gjennom et eget rundskriv nr 1 fra Helsedirektoratet hvert år. Dette rundskrivet sendes også til helseforetak m.fl. Rundskrivet skal viderefremme Regjeringens hovedprioriteringer og nasjonale myndigheters føringer på helse- og omsorgsområdet. Her gjengis også blant annet nasjonal kvalitetsstrategi.

Styringsdokumentene i Verdal kommune på helseområdet består av kommuneplanens samfunnsdel 2008-2020 som ble vedtatt 15. desember 2008. Det finnes ikke lokale delplaner som er utledet av kommuneplanens samfunnsdel som berører helse- og omsorgstjenesten og nærmere bestemt heller ikke sykehjemsomsorgen i kommunen. I tillegg finnes nasjonal strategi for undervisningssykehjem, endret til utviklingscenter for sykehjemstjenesten fra og med 2011. Satsingsområder for undervisningssykehjem er

- Utvikle tjenestene og kompetansen til de ansatte
- Ta initiativ til, delta i og dokumentere fagutviklingsprosjekt
- *Utvide og etablere samarbeid* i fag og praksisnær forskning med andre kompetansemiljø

Strategien inneholder ikke noen mål i forhold til samhandling med brukere og andre i helsetjenesten.

Som undervisningssykehjem skal de samhandle med de andre 23 kommunene i Nord-Trøndelag for å få spre erfaringer og kunnskap om fagutvikling og forskning til disse. Målsettingen er å heve og sikre kvaliteten på omsorgs- og velferdstjenestene i hele kommunen og de har selv beskrevet som mål

”at tjenestemottakere i alle aldersgrupper skal få ivaretatt sine behov for omsorg, pleie, behandling og aktivitet på en god måte.”

Hovedfokuset er rettet mot eldreomsorgen i sykehjem.

Ambisjonene for kommuneplanens samfunnsdel er at nasjonale føringer skal ligge i bunnen sammen med regionalt planverk. De har en visjon ”livskvalitet og vekst” og med et verdigrunnlag der de ønsker å bygge *tillit og troverdighet gjennom respekt, omsorg, likeverd, lojalitet, ærlighet, romslighet og etikk.*

Samhandling nevnes innledningsvis i kommuneplanens samfunnsdel der de skriver:

”utviklingen avhenger av kommunens samhandling med omgivelsene lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Innbyggerne er naturlige deltakere i utforming og videreutvikling av tjenester og tilbud som kommunene gir. Offentlige aktører og private bedrifter er viktige samarbeidspartnere for kommunene i arbeidet med å legge til rette for utviklingen planen beskriver. Jevnlig kontakt med nøkkelaktører er nødvendig.”

Omdømme er også trukket frem som et område i innledningen i planen, noe de definerer som

”summen av oppfatninger og forventninger ulike grupper har til virksomheten”.

De beskriver videre i sin kommuneplan at omdømme skapes over tid blant annet i den ansattes møte med innbyggeren, i politikernes behandling av saker og gjennom presseoppslag. De skriver videre at omdømmet er en viktig faktor i samarbeidet med innbyggerne, og at innbyggerne har et medansvar for omdømmebyggingen. De skriver videre at omgivelsenes vurdering av kommunens kvalitet bygger på hvilke forventninger de har, og det er derfor nødvendig å gi omgivelsene riktig informasjon om hvilken kvalitet kommunene kan tilby. I kommuneplanens satsingsområde samfunn og tjenester, herunder delområde 3.3

”omsorg for alle” opereres det med mål om at tjenestetilbudet er *trygt og forutsigbart* samtidig som det er strukturert i forhold til befolkningens sammensetning og behov.

På veivalg på dette området som berører samhandling så trekkes frem at kommunene skal

- Ha et *forpliktende samarbeid med helseforetak* og utdanningsinstitusjoner,
- Ha effektive og samordnete basistjenester,
- Legge til rette for *innbyggermedvirkning*.

Videre står det at innbyggerne er naturlig deltakere i utforming og videreutvikling av tjenester og tilbud som kommunene Verdal og Levanger gir.

På hjemmesiden til kommunen står det i målsettingen for sykehjemmene at *”alle tjenester skal baseres på individuelle behov, tilpasset den enkelte beboers situasjon”*.

I tillegg beskrives at sykehjemmet arbeider ut fra *”lov om helsetjenesten i kommunene”*.

Interkommunalt kvalitetsutvalg ble etablert fra 1. mars 2009, og oppgavene til kvalitetsutvalget er beskrevet gjennom et mandat. Det er virksomhetslederne som har utarbeidet mandatet for kvalitetsutvalget.

Mandatet beskrives med at kvalitetsutvalget skal gi gevinster i form av læring og løsninger på tvers av kommunene, mer enhetlige prosedyrer og retningslinjer, samt større grunnlag for å identifisere trender innen avvikshendelser, og håndtering av tilbakemeldinger fra bruker. Det beskrives videre at brukerrepresentasjon skal ivaretas gjennom høringer inn mot brukerorganisasjoner, systematisk oppfølging av brukerundersøkelser og at tilbakemelding fra brukere jevnlig er tema på utvalgets møter.

Kommunen viser gjennom mandatet at de har en intensjon om å ha dialog med de formelle brukerorganisasjonene. Det betyr møter med det kommunale eldrerådet og det kommunale rådet for personer med nedsatt funksjonsevne. (notat om kvalitetsutvalg 02.03.09).

Dette er lovpålagte organ som kommunen skal samhandle med, og der lovkravene for eldreråd blant annet beskriver at det skal være eldreråd i hver kommune og som velges av kommunestyret for valgperioden. Eldrerådet skal være et rådgivende organ for kommunen og skal ha til behandling alle saker som gjelder eldre.

Det skriftlig nedfelte mandatet må betraktes som et styringsdokument. Dokumentet sier noe om samhandling mellom kommunene Levanger og Verdal og samhandlingen med brukerorganisasjonene. Men det ser ikke ut til at dette mandatet er behandlet politisk.

På satsingsområde organisasjon skriver kommunen at for å oppnå en mest mulig strømlinjeformet tjenesteytelse til beste for innbyggerne er det nødvendig å tenke samhandling. De sier videre at dette må skje på alle nivå i organisasjonen, mellom ulike nivå, mellom kommunene, mellom kommuner og innbyggere og i forhold til eksterne medspillere. De har et mål om at kommunale tjenester er koordinert og at samhandlingen med eksterne samarbeidspartnere er god.

Veivalg for å nå målet på samhandling er beskrevet til å være

- felles samordnet kommuneplanlegging,
- utvikling av felles kvalitetssystem og forbedringskultur,
- en målrettet leder- og medarbeiderutvikling,
- en effektiv og avklart rollefordeling og ansvars plassering,
- videreutvikle kommunesamarbeidet og videreutvikle samarbeidet med eksterne aktører

Årsmelding 2009 beskriver at det er utarbeidet felles etiske retningslinjer for Innherred samkommune (Levanger og Verdal). Disse retningslinjene ble for Verdal kommunes del vedtatt av administrasjonsutvalget i februar 2008. De beskriver at *etisk kvalitet på tjenesteyting og myndighetsutøvelse er en forutsetning for at innbyggerne skal ha tillit til kommunen*. Målet med de etiske retningslinjene er at alle kommuneansatte skal være seg dette bevisst. Retningslinjene er ment å være generelle rettesnorer som igjen krever refleksjon av den enkelte ansatte.

Verdal kommune har vært med i kvalitetskommuneprogrammet siden 2008, og har blant flere aktiviteter fokus på medarbeiderskap og innføring av kvalitetssystem.

Kvalitetskommuneprosjektet er et trepartssamarbeid mellom ansatte, innbyggere og politikere for å forbedre kvaliteten på både arbeidsmiljø og tjenester.

4.1.4 Intervju ved sykehjemmet

Intervju viser at ansatte fremhever basisavtale for samhandling mellom sykehus og kommune som det viktigste dokumentet for samhandling. En av ansatte fremhever i tillegg en stortingsmelding om rehabilitering og en annen ansatt ulike lovverk på helseområdet som kommunehelsetjenestelov, pasientrettighetslov og helsepersonellov som sentrale dokumenter som omtaler samhandling.

Representanter for ledelsen nevner basisavtale for samhandling som et dokument som beskriver samhandling på individnivå, og uttaler

”vi har jo i mange år hatt basisavtale for samhandling men det blir jo mye på individnivå. Hvordan det skal meldes når en pasient er utskrivingsklar blant annet. Spesielt hjemmetjenesten kjenner godt til basisavtalen for der er det ganske mye utveksling. Og der er det jo et avviksskjema som brukes aktivt, i hvert fall for vår del.”
(K 2)

Felles strategi for samhandling mellom helseforetak og kommuner som ble vedtatt i 2010 nevnes også av ledelsen som et dokument som beskriver samhandling på systemnivå.

”Kommunene og HF’et har laget et styringsdokument kalt strategi for samhandling, det hjelper oss godt i gang med å forberede oss på 1.1. 2012 tenker jeg. For det er mange avklaringer som skal til mellom oss og helseforetaket.”
(K 2)

Lokalt viser ledelsen til at det er utarbeidet standarder for samhandling med pasienter og pårørende, blant annet om hva som skal være innholdet i det første møtet og tidspunkt for når senere planlagte samarbeidsmøter skal avvikles.

Brukerrepresentantene kjenner ikke til lokale styringsdokumenter men når jeg spør brukerrepresentantene hva de mener er viktig i samhandlingen med brukere og pårørende svarer den ene informanten

”at personalet lytter til min stemme som pårørende når han/ hun ikke kan uttale seg selv, slik at jeg kan fortelle hvordan han/ hun vil ha det.” (K 8)

Når jeg spør hvordan de ønsker å bli involvert så svarer den andre informanten

”at vi får informasjon når det skjer endringer hos beboerne. Og at vi blir tatt inn og informert” (K 7)

I mandatet til det interkommunale står det beskrevet at de skal se på trender innen avvikshåndteringen og vurdere hvilken læring som ligger der og som kan overføres samt hvordan de skal involvere brukerorganisasjonene gjennom årlige faste møter. De ansatte kjenner ikke til at det finnes et interkommunalt kvalitetsutvalg.

Felles styringsdokumenter mellom virksomhetene: Selv om fokuset er komparativt studie mellom to virksomheter på to ulike forvaltningsnivå, er det viktig å nevne at kommuner og helseforetak har etablert en egen felles strategi for samhandling, ”helhetlige helsetjenester – felles ansvar”. Denne vil være styrende for det som skjer i samhandlingsfeltet fremover i Nord- Trøndelag. I tillegg er det en basisavtale for samhandling som har fungert over mange år, og som regulerer samhandlingen i praksis. Det vil bli belyst senere i undersøkelsen.

4.1.5 Analyse av empirisk materiale knyttet til fokuset på styring av samhandling og kvalitet

Jeg skal se etter i hvilken grad styringsdokumentene i de to virksomhetene tar opp i seg nasjonale styringssignaler for samhandling for å involvere brukerne og sørge for at tjenestene er samordnet og preget av kontinuitet. Det er videre en forventning fra nasjonale helsemyndigheter om at lover og regelverk og andre styringssignaler i form av nasjonale retningslinjer og strategier blir implementert i den enkelte virksomhet i helsetjenesten slik at det skapes kvalitet innenfor disse to områdene.

Dokumentanalysen viser at **HNT** har utviklet styringsdokumenter som angir både visjon og verdier, mål og strategier/ konkrete tiltak for å nå mål med tidsangivelse. Strategi 2016 er vedtatt av styret i helseforetaket, og gjelder for hele virksomheten. De har klare mål for hvordan de skal samhandle med kommunene og hvordan de skal samhandle med brukerne, pasientene. De har klare ambisjoner og tiltak innenfor hvert målområde og de har i tillegg utviklet styringsindikatorer som gjør at de kan måle egen fremgang.

Det er en klar rød tråd fra de forventninger nasjonale myndigheter har til det en finner i styringsdokumentene til helse Midt- Norge RHF og det en finner igjen i de lokale styringsdokumentene i HNT hva gjelder samhandling. Det er tydelige linjer både fra lovverk og fra nasjonal kvalitetsstrategi til det en finner igjen i de lokale styringsdokumentene.

Verdal kommune har utviklet en samfunnsdel av kommuneplan som er vedtatt av kommunestyret og som har varighet frem til 2020. De skriver at kommuneplanen bygger på blant annet nasjonale føringer uten at de er nærmere spesifisert i planen. Den inneholder visjon og verdier, og de har ambisjoner om å samarbeide med både helseforetak og innbyggere/ brukere av tjenestene. Den inneholder noen veivalg, men er ikke konkretisert med tiltak. Kommunen er opptatt av omdømmet og skriver at det avhenger av hvor godt kommunen greier å samhandle.

Det har vært bred involvering fra samfunnet og fra representanter i organisasjonen i prosessen med utformingen av planen, og det var blant annet satt ned mange arbeidsgrupper.

I og med at det ikke foreligger noen kommunedelplan for helse og omsorg, så finnes det heller ikke noe dokument som beskriver nærmere tiltakene som er nødvendige å gjennomføre for å nå målene for samhandling for kommunen og sykehjemmet.

Det er vanskelig å se den røde tråden mellom nasjonale styringsdokumenter og lokale styringsdokumenter, og med manglende delplan følges ikke kommunens veivalg opp med konkrete tiltak og tidsangivelse. Det er heller ikke etablert noe redskap for hvordan de skal måle at de har fremgang da det ikke er utviklet noen resultatindikatorer.

Intervju med informanter i HNT/ medisin A viser at det er svært ulikt kjennskap til styringsdokumentene på ulike nivå i organisasjonen.

Lederrepresentantene jeg intervjuet kjente ganske godt til styringsdokumentene i helseforetaket. Både felles strategi for samhandling og strategi for helse Midt- Norge ble nevnt. Det kom imidlertid ikke frem av intervju med ansatte at de har kjennskap til HNT's strategi. Det er kun basisavtalen for samhandling med kommunene som nevnes av styringsdokument i forhold til samhandling og at kjennskapen til andre styringsdokumenter beskrives ”som et stort hull”.

Lovverk nevnes i liten grad som styringsdokument i helseforetaket og det er bare en av lederrepresentantene i virksomheten som nevner dette.

Brukerrepresentantene i HNT kjenner heller ikke til styringsdokumenter som vedrøre samhandling.

Ingen av intervjuobjektene i kommunen/ sykehjemmet nevner kommuneplan som noe sentralt styringsdokument, og det er bare an av ansatte som nevner lovverket som styringsdokument for samhandling.

Ledernivået kjenner til at det finnes en felles samhandlingsstrategi med helseforetaket og har tro på at den vil være med og legge et godt utgangspunkt for samhandlingen fremover.

Basisavtalen for samhandling med helseforetaket er det styringsdokumentet som er kjent blant ansatte, og i tillegg nevner ansatte ulike sentrale lovverk.

Brukerne i sykehjemmet kjenner ikke til at det finnes lokale styringsdokumenter.

Det som særpreger funnene som jeg vil ta med meg inni den teoretiske analysen er den store forskjellene i utviklingen av i styringsdokumenter i virksomhetene og integreringen av nasjonale styringsdokument. I tillegg er det et tydelig funn i empirien at lovverk i så liten grad oppfattes som styrende dokument for samhandlingen. Jeg vil også analysere nærmere hvilke konsekvenser det kan ha at styringsdokumenter er så lite kjent i de ulike ledelsesmiljø i virksomhetene og heller ikke er kommunisert ut til brukerne.

4.1.6 Teoretisk analyse av empirisk materiale knyttet til styring og samhandling

Hovedtilnærmingen

Ledelse beskrives i hovedteorien som en funksjon målsettende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker. Dette er en beskrivelse av ledelse som er prosessorientert. Ledelsen må en gang i blant utøve lederatferd, noe som krever målorientering, dyktighet og samspill. Målsettende samspill legger til grunn at det skal være et samspill knyttet til å etablere mål for organisasjonen. Lederatferd utøves når leder sammen med de andre medlemmene i organisasjonen finner ut hvor de vil hen sammen, og sammen med de andre finner ut hvordan man kommer dit. Og han fremhever at både den enkelte spiller og laget er nødvendig for å vinne.

Her er det kjørt en prosess i begge virksomheter knyttet til å etablere mål. Forankringen av styringsdokumentene i organisasjonen er forskjellig, men jeg vil hevde ut fra de data jeg har samlet inn at ingen av virksomhetene har lyktes i å forankre styringsdokumentene hos ansatte på det nivå jeg intervjuet. Det gjør at det skapes et dårlig grunnlag for virksomhetene for ledelsesprosessen i forhold til samhandling med sentrale interessenter. Det at alle ikke har kjennskap til styringssignalene gjør nok at det er verre å skape energi som drar virksomheten i samme retning. Spørsmålet som melder seg er også om de ansatte har vært nok involvert i målsetningsprosessen i begge virksomheter. Ansatte er en del av ledelsesmiljøet og skal bidra til at målene for virksomheten nås, og det vil derfor være viktig med involvering i målsetningsprosessen.

Ledelsesprosessen må fungere både på individnivå, på gruppenivå og på foretaksnivå. På hvert enkelt nivå dannes det koalisjoner som har mål og krav til problemløsning og måloppfyllende atferd. Ledelse er samspill med andre, og samspillet mellom de ulike ledelsesmiljøene i foretaket skal bidra i forhold til å sette mål for organisasjonen, det skal bidra til å løse problemer og det skal bidra til å skape et felles språk både i forhold til atferd, beslutninger og system.

I tillegg til interne interessenter skal jo foretaket også ha et samspill med interessenter i omgivelsene, og de eksterne interessentene har jo også forventinger til foretaket.

Språksskapende samspill dreier seg om kommunikasjon med andre, og i dette er det avgjørende at alle ledelsesmiljøene i virksomhetene er kjent med strategiene.

Når mål ikke er forankret i alle ledelsesmiljø kan det tyde på at de ikke er kommunisert ut i tilstrekkelig grad og at det ikke har vært språksskapende samspill for å forankre styringsdokumentene i de ulike miljøene. Når det ikke er kjent hvilke forpliktelser virksomheten har lagt for aktivitetene i forhold til å skape tjenester som er samordnet og preget av kontinuitet samt hvordan brukere skal involveres og gis innflytelse så vil det skape utfordringer knyttet til å innfri disse uttalte forpliktelsene.

At ansatte ikke kjenner godt nok til styringsdokumentene for samhandling med sentrale interessenter vil også være med å påvirke hvordan de løser problemer og hvordan de utvikler seg, for når ikke alle medlemmene kjenner til i hvilken retning virksomheten skal så makter de ikke å ha riktig fokus for å nå målene for virksomheten i forhold til daglig drift, tilpasning og utvikling. Dette vil derfor også påvirke i hvilken grad organisasjonen har evne til å tilpasse og utvikle seg.

Institusjonelle forhold

De regulative mekanismene bygger på en instrumentell rasjonalitet dvs at de oppfattes som fornuftige instrumenter for å bidra til at både samfunn og næringsliv fungerer på en hensiktsmessig måte.

Et eksempel er lov og regelverk som setter krav til virksomhetene. Blant annet så skal det beskrives hvilke hovedmål og hvilke hovedoppgaver virksomheten har.

En kan se av dokumenter at begge virksomheter nevner nasjonale føringer som basis for sine strategidokumenter. Det tyder på at de har ambisjon om å forholde seg aktivt til at nasjonale myndigheter har noen regulative krav til virksomhetene. Det er et likevel et klarere preg hos helseforetaket av at de følger opp nasjonale styringssignaler, blant annet ved at de har integrert nasjonal kvalitetsstrategi i strategidokumentet. Det er sterkere regulative mekanismer som styrer helseforetakene ved at det er mer direkte styring, noe som kan eksemplifiseres gjennom at det regionale helseforetaket får sine årlige styringskrav gjennom et foretaksmøte med eier, dvs helse og omsorgsdepartementet ved statsråden, mens kommunene får styringssignaler via et årlig rundskriv. Begge organisasjonene må selvsagt forholde seg til et bredt lovverk som regulerer tjenestene, noe spesielt dokumentanalysen i helseforetaket fremviser.

Intervju viser imidlertid at det ikke er gjennomgående at lovverket trekkes frem som styringsdokument som er med og styrker samhandling.

Forskning beskriver at samarbeid må fungere både på systemnivå, tjenestenivå og individnivå og derfor bør dette også dekkes i avtaleverket som beskriver samhandlingen. Dagens basisavtale er del av den regulative mekanismen mellom virksomhetene. Denne har fungert en

del år og skal revideres innen utløpet av året. Det er nok også behov for å revidere denne for å kunne dekke slike forventninger som forskningen beskriver.

Verdier er aspekter ved virksomheten som beskriver hva som verdsettes høyt og er med og skaper standarder som virksomheten ønsker å bli identifisert med. Verdier skaper i tillegg motivasjon og en retning for hva organisasjonen ønsker å stå for.

Begge organisasjoner har fastsatt verdier og normer for atferd ved at de har vedtatt et verdigrunnlag. Verdier skal beskrive hva som verdsettes høyt i virksomheten og skal virke atferdsregulerende på aktørene i organisasjonen. Forskning fremhever at kultur for kvalitetsforbedring må være på plass hvis virksomhetene skal lykkes i å skape kvalitet og at ledere som har kunnskap om ledelse kommuniserer visjonen klart til medarbeidere og pasienter og de forplikter seg fullt ut på verdier og visjon.

Helseforetaket har konkretisert hva de legger som innhold i visjon og verdier og har sagt hva som skal kjennetegne helseforetaket og de som deltar i ledelsesprosessene. Helseforetaket har arbeidet med verdiene og dermed gitt dem innhold, noe som vil virke enda mer atferdsregulerende ved at de vil gi mer klare forventninger til atferd hos aktørene. Med det så sender de ut sterke signaler om hva de står for og hva som er viktig for dem i samhandling med sentrale interessenter. Kommunen har ikke ut fra den dokumentasjonen jeg har analysert sagt hvordan verdier og normer skal komme til uttrykk gjennom forventninger til atferd hos organisasjonsmedlemmene.

Det er imidlertid en utfordring for virksomhetene at de ikke har kommunisert ut til brukerne av tjenestene hva de står for og hva som skal kjennetegne dem.

Mål og resultatstyring

Sentralt i mål og resultatstyring er koplingen mellom mål og strategier som basis for endringer og utviklingen av resultatindikatorer som kan vise graden av måloppnåelse. I selve strategien så har både helseforetaket og kommunen fokus på samhandling med både hverandre og med brukerne av tjenestene gjennom at de begge har gjort noen veivalg som de selv beskriver. Det går litt mer tydelig frem hvordan helseforetaket ønsker å utforme dette samspillet gjennom at de er mer konkrete på tiltakssiden og de er også mer konkrete på hvordan de kan måle sin egen fremgang ved at de har etablert indikatorer som skal måle samhandling både med brukere og med kommunene. Kommunen har gjort første del av jobben med å fastsette mål og strategier, men er uklare på virkemidler og er uklare på hvordan de skal måle fremgang ut fra de dokumenter jeg har lest og de intervju jeg har gjennomført. Nyen (2009) skriver at det ofte vil være ønskelig å måle hva slags effekt endring av prosessene skaper. Helsearbeiderne må vite om anstrengelsene i forbedringsarbeidet gir effekt. De må også måle for å dekke kravet til dokumentasjon av kvalitet; et krav som i økende grad kommer både fra

brukere, myndigheter og medier. En kan likevel se av dokumenter at indikatorer for samhandling er mangelfullt utviklet i strategidokumentene både i forhold til brukere og overfor hverandre som virksomheter. De skal tross alt samhandle om et helhetlig og samordnet tilbud til brukerne av helsetjenestene som er preget av kontinuitet.

Det en ser er at det vil være vanskelig å måle fremgang når en mangler klare mål og indikatorer for samhandling med sentrale interessenter og kontinuerlig forbedring av samhandling.

Det er mulig at Verdal havner inn i det såkalte ”politikkproblemet” som Åge Johnsen (2007) benevner som politikernes manglende evne og vilje til å formulere klare målsettinger og administrasjonens innblanding i politikken ved å ville eller måtte formulere målsettinger selv eller måle resultater uten kopling til målsettinger. Hvorvidt dette er bevisst fra rådmannens side for å skaffe seg større frihet rundt ressursbruken vites ikke, men det kan være en mulig analyse.

Det som også er en fare er at det ved manglende politiske mål kan det være en risiko for at målsetningsprosessen blir løsrevet fra demokratiske prosesser i det politiske miljø.

4.1.7 Konklusjon forskningsspørsmål 1

Min undersøkelse viser at begge virksomhetene gjennom sine overordnede styringsdokumenter formidler at de har ambisjoner for samhandling for å skape bedre kvalitet i helsetjenesten og de kommuniserer begge klart i sine veivalg at de ønsker tett samhandling både med hverandre og med brukerne, innbyggerne. Begge virksomheter har en uttalt visjon og uttalte kjerneverdier, men helseforetaket har greid å skape mer innhold i visjon og verdier enn kommunen. De har konkretisert forventninger til hva som skal kjennetegne atferden til organisasjonsmedlemmene med basis i verdiene på en bedre måte enn kommunen, eksempelvis gjennom å konkretisere hva de legger i begrepene trygghet, respekt og kvalitet. Det er store forskjeller i kvaliteten mellom virksomhetene i forhold til hvordan styringsdokumentene er utformet når det gjelder operasjonalisering av målene. Helseforetaket har et bedre utgangspunkt for å skape både samhandling og kvalitet fordi de har etablert en konkret tiltaksliste hvordan de skal gjør det, kommunen har i liten grad sagt hvordan de skal gjøre det. Det er en klar link mellom nasjonale styringsdokumenter og lokale styringsdokumenter i helseforetaket, i kommunen ser en knapt spor av nasjonale styringssignaler med unntak av at de henviser til lovverket som grunnlag for sin virksomhet.

Fokuset på samhandling med sentrale interessenter for å gjøre tjenestene bedre eksisterer hos begge virksomheter, men her er også helseforetaket mer konkret når det gjelder både gjennomføring og måling. Helseforetaket har etablert konkrete tiltak og de har foreslått indikatorer som kan måle både kvalitet og samhandling.

Begge virksomheter har utfordringer knyttet til å etablere en felles plattform for ledelse av samhandling for bedre kvalitet så lenge styringsdokumentene er så lite kjent blant ansatte.

Når en sammenligner virksomhetene er at helseforetaket har greid å etablere en mer klar retning for hvor de vil i samhandlingen med sentrale interessenter for å forbedre tjenestene, her brukere og kommune enn det kommunen har greid i forhold til brukerne og helseforetaket.

Konklusjonen på denne delen av undersøkelsen er at styringsdokumenter som viser retning for samhandling og kvalitet er med og bidrar til økt fokus på kvalitet. Det er videre tydelig at den direkte linjen fra statsråden til helseforetakene i større grad er med og påvirker ulike deler av kvaliteten gjennom konkrete styringssignaler og forventninger. For å få bedre forutsetninger for å lykkes med kvalitetsarbeidet i helsetjenesten er det i tillegg avgjørende viktig at styringsdokumentene er forankret gjennom at de er kommunisert til de ulike ledelsesmiljøene og til omgivelsene.

4.2 Er det samsvar mellom styringsdokumenter og praksis i kvalitetsarbeidet og i hvilken grad benyttes samhandling for å skape forbedring?

”Bare når virkeligheten belærer oss
kan vi forandre virkeligheten”
Bertolt Brecht

Jeg ønsker å dette spørsmålet å finne ut hvordan kulturen for forbedringsarbeidet er i virksomhetene og vil se på målene de har for kvalitet opp mot praksis for hvordan de samhandler ved forbedring av kvalitet i det daglige. Jeg vil ha fokus både på interne melderutiner ved svikt, rutiner i forhold til meldinger på svikt i samhandling i overgangene mellom forvaltningsnivå og svikt i samhandlingen med brukerne til å vurdere dette området. Jeg benytter her også nasjonal kvalitetsstrategi i forhold til å undersøke hvordan de på basis av sine mål og sin håndtering av meldinger arbeider for å skape ”trygge og sikre tjenester”, hvordan de arbeider for å skape ”tjenester som er mer samordnet og preget av kontinuitet” og til sist hvordan de arbeider for å ”involvere brukerne og ta de med på råd”. Og i tillegg ønsker jeg å finne ut hvordan de lærer av andre i virksomheten eller i samme type virksomhet gjennom å sammenligne praksis.

4.2.1 Dokumentstudier i helseforetaket knyttet til ”trygge og sikre tjenester”

Med visjonen ”sammen med deg for din helse” samt kjerneverdiene trygghet, respekt og kvalitet definerer helseforetaket hva som skal kjennetegne kvalitetsarbeidet. Med disse verdiene skaper de forventninger og legger allerede noe av standarden for kvalitetsarbeidet.

Som definisjon av kvalitetsbegrepet benytter HMN nasjonal kvalitetsstrategi sine forventninger til tjenester med kvalitet i sin strategi 2020 og dette dokumentet er som tidligere nevnt også styrende for kvalitetsarbeidet i HNT. Hvordan greier de så å integrere arbeidet med kvalitetsstrategien på de tre konkrete områdene jeg undersøker?

Her tar jeg utgangspunkt i strategi 2016 for Helse Nord- Trøndelag HF som har et målområde som omhandler pasientbehandling og der de beskriver at tjenestene de yter skal være tilgjengelige, punktlige og preges av kvalitet, trygghet og respekt.

I strategien beskriver de at pasientbehandlingen skal være basert på kunnskapsbasert praksis, det vil si forskning, klinisk erfaring og brukerkunnskap, og på tiltakssiden beskriver de blant annet at de skal benytte kjent faglige retningslinjer, de skal ha planer for kompetanseheving på sine ansatte og det skal forskes og evalueres på behandling.

På målområde knyttet til kvalitet, fagutvikling og forskning så har de et mål om kvalitet i alle ledd og beskriver blant annet at HNT skal levere tjenester til pasienter og andre samarbeidspartnere som oppleves som *trygge, virkningsfulle, er vitenskapelig baserte og tilfredsstillende lovverket*.

I strategiene for dette målområdet så beskriver de at har en ambisjon om styrking av kvalitetskulturen og gjennomføringsevnen på kvalitetshevende tiltak. De beskriver videre en del tiltak som skal bidra til at de når målet samt noen styringsindikatorer som skal fortelle om de er på riktig vei.

Helseforetaket har beskrevet hvordan prosessen skal gjennomføres fra avvik oppdages til det meldes. Helsepersonell med autorisasjon eller lisens er pliktig til å melde etter § 3-3 og leveres til leder ved den enhet/ avdeling som er ansvarlig for hendelsen. Ansvarlig leder skal så gjennomgå, vurdere og kartlegge hendelsesforløp, årsak til hendelsen, skadeomfang eller skadepotensiale ved hendelsen, behov for tiltak (for pasienten, for involvert personell, evt forebyggende tiltak), at pasient og pårørende er tilstrekkelig informert om hendelsen og sine rettigheter og at hendelsen er tilstrekkelig dokumentert.

Kvalitetsutvalgets sekretariat vurderer og analyserer alle meldinger fra avdelingene, klinikkene. Alle meldinger blir saksbehandlet og noen blir håndtert av sekretariatet. Flyten tilbake fra sekretariatet på internt håndterte meldinger kommer som en melding til avdelingsledelsen for hvordan avviket bør lukkes. Meldinger som oppfattes som spesielt alvorlige går til behandling i kvalitetsutvalget meldes til Helsetilsynet i fylket. Avdelingen, klinikken blir også orientert med kopi av meldinger som går til Helsetilsynet.

4.2.2 Intervju i helseforetakets/ medisins A knyttet til ”trygge og sikre tjenester”

For å finne ut om de la den samme forståelsen til grunn for hva en forstår med selve begrepet avvik stilte jeg først spørsmål om hva de selv legger i begrepet og i tillegg ba dem fortelle om de mente at det var viktig å melde avvik og hvorfor.

Det ansatte legger i begrepet avvik beskrives med følgende

”et avvik er når det er noe som kunne ha ført til noe men som kunne ha ført til noe. Sånn at det må nødvendigvis ikke ha ført til noe, vi skriver jo avvik om vi ser at det faktisk kunne ført til noe.” (H 4)

En representant for ledelsen sier om definisjonen av avvik at

”det tenker man mye på, for det er ikke enkelt å definere. vi har hatt flere runder på dette på medisin..... I mitt hode, så er alt som skjer som ikke er planlagt et avvik. Enkelt og greit. Det er selvsagt forskjellige grader i dette, og hvor skal du legge lista?” (H 3)

En annen representant for ledelsen beskriver avvik som

”når noe ikke går som det bør og skal i forhold til prosedyrer eller en norm, som ikke nødvendigvis er nedskrevet men som vi oppfatter som en norm, det som er vanlig.” (H 2)

Representant for kvalitetsorganisasjonen opererer med avvik som begrep, litt ut fra at det er ISO- standard, men også fordi tilsynsmyndighetene snakker om avvik i forhold til tilsyn.

Dette skiller seg fra begrepet forbedringsområder som internrevisjonen benytter.

Det kommer videre frem av intervju at ansatte kan være usikre på når de skal melde avvik, og det beskrives at nivået for når det skal meldes avvik blir litt flytende. Da ender det opp med en diskusjon basert på fornuft og vurdering og så blir de enige om det skal meldes avvik eller ikke. For å teste ut meldekulturen utfordret jeg dem i intervju på hvor viktig de mener det er å melde avvik og evt. hvorfor.

Ansatte sier at det er viktig å melde avvik fordi

”det er bestandig et forbedringspotensial i det å melde avvik. Og vi har ganske stort fokus på det.” (H 4)

Representant for ledelsen uttaler at

”det er jo kjempeviktig. Det er en stor kilde til forbedring, og vi vil jo gjerne forbedre oss. De samme avvikene skjer igjen og igjen, og hva kan vi gjøre for å unngå at de skjer igjen? Det er en økonomisk konsekvens av det også. Samtidig som det går utover kvaliteten på pasientarbeidet.” (H 3)

Men det påpekes at det har skjedd en endring i holdninger over tid, noe som kommer til uttrykk ved følgende utsagn

”... for man vil jo gjerne bli bedre på det man holder på med, og ikke ta det som en kritikk men ta det som en konstruktiv tilbakemelding.” (H 3)

Når jeg konkret spør om det er en felles forståelse av innholdet i begrepet avvik så får jeg til svar at

”hver enkelt har en egen oppfatning av når en skal ta initiativ til å melde avvik, og normalt sett skulle en tro at avvik dukker opp i snitt på samme nivå på den enkelte sykepleier pr år. Men noen er flinkere til å melde, og hvorfor er det slik når alle har gått gjennom den samme opplæringa, alle er del av den samme kulturen, men likevel er det forskjell på meldte avvik fra den enkelte sykepleier.” (H 3)

For å teste ut praksis spør jeg om hvordan prosess for håndtering av avvik fungerer i flyten fra det meldes avvik til at det kommer svar på hvordan avviket er håndtert på systemnivå samt hvordan svaret brukes til læring.

Det beskrives ved intervju at ansatte melder et avvik på et skjema og at de legger avviksskjemaene i hylla til avdelingssykepleier og så bringer hun det videre til kvalitetsutvalget. Og det kommer i retur ganske raskt med kvalitetssjefen sin uttalelse.

”og så har vi brukt å få se kopien for da får du lest det selv i forhold til avvikene vi har fått, i forhold til om det var systemfeil eller brukerfeil. Og at vi da får en følelse av at det er viktig det vi gjør da, at det ikke blir lagt i en skuff og dysset ned.” (H 5)

Det fortelles at ved akutte hendelser så settes det inn umiddelbare tiltak, men det sendes likevel meldeskjema.

Avdelingssykepleier uttaler

”vi har ikke prosedyrer for hvilke avviksmeldinger som kan stoppe på mitt nivå, som vi kan diskutere internt. Vi sender derfor alle meldingene til kvalitetsutvalget, det vil si alle unntatt de som handler om fall uten alvorlig skade. Så der er det et hull hos oss, vi har ingen retningslinjer for hvilke avvik som kan lukkes på vår egen klinikk.”

En av lederne uttaler videre at når det kommer tilbakemelding fra kvalitetsutvalget så går hun gjennom svaret med den som har meldt. Og sier videre

”men så kan det være også at avvik som dukker opp ikke blir diskutert med alle, men med de som er involvert Og så er det klart at fagutvikleren blir involvert i dette, for det er vedkommende som skriver prosedyrer og endrer prosedyrer så vedkommende blir veldig tett på dette. Den har også ansvaret for å spre den nye prosedyren, blant annet gjennom undervisning.” (H 3)

Videre er det en jevnlig sak på postmøter gjennom året på medisin A at avviksmeldinger blir tatt opp og orientert om, og sier videre

”Og så kan det være på morgenen når vi kommer og alle møter til dagvakt, da kan vi ta noen minutter og diskutere hvis det har vært noe spesielt, slik at folk får vite om det og kan dra erfaringer fra det. Så vi har det på dagsorden, uten at en kan si at vi har satt av konkrete tidspunkt der vi konkret skal diskutere avviksmeldinger, det foregår kontinuerlig. Men så har vi avdelingsmøtene og klinikk møtene i tillegg som arenaer der avvik står som faste punkt på agendaen. Så jeg føler at det er innbakt i det daglige.” (H 3)

Ansatte uttaler

”vi får jo tilbakemelding. Når vi har avdelingsmøter så får vi en snutt med tilbakemeldinger på avviksmeldinger. Og der har det også blitt tatt opp når det kommer avviksmeldinger fra kommunene ja.” (H 4)

”og så diskuterer vi etterpå hva vi kunne gjort annerledes.” (H 5)

Representant for ledelsen uttaler at

”på de avdelingssykepleier møtene som vi har med klinikkleder på onsdager så blir det informert om avvik som har kommet, slik at da får vi høre litt om hva som har skjedd på andre deler av klinikken, men i forhold til resten av ”huset” så kan jeg ikke si at man har noen arena for det. Det har vel litt med koordinering å gjøre.” , og *”vi har en strategidag en gang i året der vi tar opp avvik som tema og også innimellom ellers slik jeg tidligere har nevnt. Slik som i dag, da har vi hatt*

avdelingssykepleiermøte der vi har gått gjennom avvikene for klinikken og der vi ser at avvikene har økt.” (H 3)

Representant for kvalitetsorganisasjonen beskriver prosessen samsvarer med det som de andre informantene gir i intervju. I tillegg så viser han til en nylig endring i praksis for retur av behandlede meldinger, da han forteller at

”frem til nå har vi sendt melding tilbake til melder og klinikk og så har kanskje klinikkleder blitt ”bypasset”, men nå sier vi at det alltid skal gå kopi av denne tilbakemeldingen til klinikkleder.” (H 1)

Han viser også til at det er noen klinikker som behandler avvik lokalt, og det er nærmere spesifisert laboratoriet som er akkreditert, samt psykiatrien som er ISO- sertifisert.

Han forteller videre hvordan flyten av erfaringer fra kvalitetsutvalget og tilbake til klinikken fungerer:

”Vi har satt sammen kvalitetsutvalget slik at det er mange klinikklederne som sitter der, og det vi da behandler er tanken skal tilbakeføres til klinikkene. Dette for at det som behandles der og at det som kan ha betydning for flere klinikker kan tas med tilbake til egen klinikk. Det tror jeg ikke fungerer så veldig godt.” (H 1)

Han forteller også at de har informert og gjennom det prøvd å bevisstgjøre klinikkene om at staben kan bidra til å sammenstille oversikt over avvikene på klinikken, både hyppighet og type, over et år.

Han ser imidlertid en utfordring i at avvikene blir tatt i bruk på den måten, og også det med overføring til andre klinikker. Derfor så er de nå i ferd med å etablere kvalitetsrådgivere på alle klinikkene, der de ser for seg at de i etterkant av møtene i kvalitetsutvalgene kan samles på tvers av klinikker og gå gjennom dette sammen med dem.

For å teste ut meldekulturen så spurte jeg informantene hva de mente var de største hindringer for å melde avvik og håndtere avvik. Ansatte sier i intervju at

”jeg tror det har sammenheng med grunnkulturen. At man ser på det som positivt å melde avvik.” (H 5)

En annen fremhever at

”noen kan oppfatte at en melding kan oppfattes som personangrep og at de derfor lar være å melde.” (H 4)

Representant for ledelsen sier at de skulle hatt enda klarere rutiner for hvordan de skal håndtere meldingene, og da ikke i forhold til å melde men mer i forhold til hva som skjer i etterkant. Hvis den ansatte får tydeligere meldinger om hva som skjer i etterkant så kanskje man melder mer, når man ser at det har en hensikt og at læringsutbyttet blir tydeligere for den enkelte. Dette med mangel på tid til å melde trekkes også frem som et mulig hinder.

”en setter seg nok ikke ned på overtid for å skrive avvik.” (H 3)

Representant for kvalitetsorganisasjonen uttaler at

”Jeg tror en større bevisstgjøring rundt hva som skal meldes, det å se nytten av å melde.vi hadde en periode der vi spurte oss hvorfor vi skulle henges ut fordi vi hadde så mange avvik.” (H 1)

For å teste ut kulturen rundt trygge og sikre tjenester internt spurte jeg om hvilke områder i pasientarbeidet de selv mener er sårbare områder i avdelingen. Ansatte fremhever medikamentområdet og fall. Andre jeg intervjuet fremhever området informasjonssikkerhet. Ansatte fremhever

”det at de ikke får informasjon om sine rettigheter som pasient.” (H 4)

Det fremkommer videre av intervju med ansatte at det ikke meldes avvik på korridorpasienter i avdelingen, men det kan meldes avvik i forhold til konsekvenser av overbelegget, ved at ansatte må jobbe hardere og dermed kan glemme ulike gjøremål i forhold til pasientene. Det viser seg gjennom intervju at de ikke har noen grense for hvor mange pasienter de kan ta imot, men at de melder avvik på ulike elementer i oppfølgingen og behandlingen av den enkelte pasient.

Brukerrepresentantene peker på den utstrakte bruken av turnuskandidater i mottak og i planlagte konsultasjoner som et sårbart område som berører kvaliteten direkte. At det er den med minst kompetanse som skal ta imot pasienter, være førstekontakten. De mener at dette kan føre til feilvurderinger.

”Det berører jo kvaliteten direkte, og det er jo også tatt opp i styret og man begynner å jobbe med det for det er et økende problem. Og blant ansatte i mottak er det også en frustrasjon over at det er slik. At det er den minst kompetente som skal ta imot.” (H 8)

I tillegg så mener de at det fremdeles er slik at de ulike gruppene i helseforetaket ikke drar godt nok sammen, og sier

”kampen mellom arbeidsgruppene, mellom kirurgene og medisinene, er med og forringer verdiene og tilbudene. Fordi at, det er greit at de ikke skal kunne det samme, men de må kunne snakke så godt sammen at pasienten får den behandlingen han skal ha uansett om han ligger den ene plassen eller den andre.” (H 8)

For å teste læringskulturen i forhold til avvik ønsket jeg å utfordre dem på hvordan de lærer av andre internt og eksternt og hvordan de selv måler hvorvidt de har blitt bedre.

Ansatte vet ikke om det finnes arenaer på tvers i helseforetaket for å lære av hverandre og på spørsmål om hvordan de måler at de har blitt flinkere så uttales det

”det blir vel mye synsing. Hvis det foreligger en avviksmelding så får du veldig fokus på det der og da, men jeg tror nok at hvis du hadde målt etter et år så er det kanskje ikke så veldig mange som hadde husket den aktuelle saken. Vi har vel ikke noen måte vi måler det på.” (H 4)

Representant for ledelsen sier at

”det å kunne drive kvalitetsarbeid på fall er et eksempel på noe som er gjennomgripende for hele helseforetaket og da kjenner i hvert fall jeg på at dette er noe ikke bare min avdeling skal jobbe med men da bør hele helseforetaket ta tak i det. Dette er en klar kvalitetsindikator som jeg ikke føler at det blir tatt tak i og hvem er det egentlig som skal gjøre det og hvem skal bestemme hvem som skal gjøre det? Her blir det til at vi som får avvikene på fall jobber litt med det hver for oss, eller så blir det til

at vi ikke jobber med det fordi det blir såpass stort. Fallforebygging eller det å redusere fall er mer komplekst enn det jeg kan gjøre noe med på min avdeling eller noe vi kan gjøre med på medisinsk klinikk. Det som gjelder avvik som dekker flere klinikker burde det nok vært jobbet med på mer overordnet nivå.” (H 3)

På spørsmål om hvordan de måler at de har blitt bedre så sier vedkommende

”hvis vi sammenligner oss så vet vi jo det at vi er veldig flinke til å melde avvik, men jeg tror ikke at vi har spesielt fokus på å sammenligne oss med andre. Vi er mest opptatt av at vi skal ha en god meldekultur og at det skal komme noe konstruktivt ut av det.” (H 3)

Representant for kvalitetsorganisasjonen mener at evnen til å lære på tvers

”er altfor dårlig. I mottakelse er det etablert et forum som møtes 4 ganger pr år og tar opp dette med samhandling mellom mottakelse, medisin og kirurgisk. Utover det har vi ikke fått det til, selv om det var planen til kvalitetsutvalget. Vi håper nå å få til dette med det fremtidige forumet for kvalitetsrådgivere.” (H 1)

4.2.3 Dokumentstudier i helseforetakets knyttet til tjenester som er ”samordnet og preget av kontinuitet”

HMN sin strategi har en ambisjon om at pasientene skal oppleve at de tilbys tjenester i forutsigbare forløp, og at helsetjenesten skal henge sammen på en måte som sikrer høy grad av sikkerhet, god pasientopplevelse, god pasientmedvirkning og effektiv ressursutnyttelse. Videre skal pasientforløpene bygges opp slik at behandlingen skjer på beste effektive omsorgsnivå. Begrepet pasientforløp beskrives til å omfatte helsefaglige og logistiske prosesser knyttet til diagnostikk, behandling og oppfølging. Her trekkes også primærhelsetjenesten inn, og det beskrives videre i dokumentet at en stor del av pasientforløpene skjer i regi av primærhelsetjenesten. Aktørene i pasientforløpene beskrives til å være pasienten selv, pårørende, prehospitaltjenester, ulike ressurser i primærhelsetjenesten og ulike ressurser i spesialisthelsetjenesten.

HNT beskriver i sin strategi 2016 dette blant annet med at pasienten skal sikres god flyt og punktlighet i utrednings- og behandlingsprosessen, og et tiltak er å utarbeide standardiserte pasientforløp i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Basisavtalen for samhandling mellom helseforetak og kommune (2007) er et felles dokument som beskriver at samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er et viktig forbedringsområde, og det beskrives at dette også omfatter samhandlingen med andre tjenesteytere, for eksempel ambulansetjenesten. Avtalen beskriver at det derfor er nødvendig å fange opp hendelser hvor pasienter, pårørende og personell opplever avvik, slik at holdninger kan påvirkes og samarbeidet kvalitetssikres. Det står i avtalen at samarbeidspartene skal registrere og rapportere avvik. Det skal anvendes et eget skjema for slik rapportering og oppfølging. Både helseforetak og kommune har ansvar for å utarbeide prosedyrer og oppnevne ansvarlig instans for behandling av avvik.

I tillegg beskrives det at kvalitetsutvalget organiserer saksbehandlingsrutinene knyttet til eksterne avviksmeldinger som er forankret i basisavtale for samhandling med kommunene. Rutinen foregår slik at ved brudd på basisavtalen så skal den som oppdager avviket fylle ut en konkret avviksmelding/ skjema, som er en felles mal som er utarbeidet av partene. Meldte avvik fra kommunene på helseforetakets brudd på basisavtalen mottas av en konkret saksbehandler i helseforetaket som da retter en henvendelse til den klinikken/ avdelingen der avviket har oppstått og ber om en tilbakemelding innen en konkret frist på 14 dager. Når svar kommer fra klinikken så forbereder saksbehandler et svar til kommunen og sender ut. I denne prosessen kan det være dialog med representant for kvalitetsutvalgets sekretariat, men slike avviksmeldinger er aldri til behandling i kvalitetsutvalget i helseforetaket. Avviksmeldinger på samhandling mellom sykehus og kommune oppsummeres i tertialvise rapporter som ligger ute på helseforetakets hjemmeside og blir også oppsummert i kvalitetsutvalgets årsrapport.

4.2.4 Intervju ved helseforetaket/ medisin A knyttet til ”tjenester som er samordnet og preget av kontinuitet”

Både representanter for ansatte og ledelse er av den oppfatningen at basisavtalen ikke er konsis på alle områder, slik at det innimellom kan oppstå ”skjær” i samhandlingen med kommunene.

Jeg spurte også om kulturen for håndtering av avvik mellom nivå, og her uttaler ansatte at Ansatte uttaler at

”min sånn umiddelbare refleksjon rundt det er at jeg tror vi er mindre aktive. Det er kanskje det at vi ikke er like flinke til å observere det, det blir mer diffust da.” (H 4)

Det som videre kommer frem er at det er telefonen som benyttes dersom en skal diskutere utfordringer i samhandlingen eller at det mangler opplysninger/ dokumentasjon og at dette ofte ikke følges opp med noe avviksskjema i ettertid.

Representant for ledelsen uttaler at

”Jeg føler ikke at det er en kjempestrøm av avvik mellom kommune og sykehus og motsatt, jeg tror det er mye som fungerer greit men det kunne nok vært flere avvik, det er sikkert også noen mørketall. I forhold til avviksmeldinger så er det nok ikke avvikene fra kommunene vi jobber mest med.”

”Det er litt forskjell fra sykepleier til sykepleier dette med meldekultur, og kanskje melder de ikke så mye fordi dette er noe som går utenfor oss. De oppfatter det derfor mer relevant å melde avvik internt.” (H 2)

Jeg spør også hvordan de forsøker å gjøre kommunene gode gjennom å melde avvik i forhold til basisavtalen til kommunene, og hvordan de tror meldekulturen er på tvers av nivå.

Representant for ledelsen uttaler

”jeg vet ikke hvor store mørketall det er på dette. Vi prøver å være flinke på å melde når det er noe. Det er litt forskjellig fra sykepleier til sykepleier dette med meldekultur,

og kanskje melder de ikke så mye fordi dette er noe som går utenfor oss. De oppfatter det derfor mer relevant å melde avvik internt.” (H 3)

På spørsmål om hvorfor antallet synes å være så lavt i forhold til overganger mellom kommune og sykehus og andre veien så uttales det at

”jeg tror det har noe med kulturen å gjøre for med den mengden pasienter vi skriver ut så er det rart det ikke er mer avvik. Det kan nok også være en fare for at vi kan gå rundt og tro at vi er flinke fordi det er såpass få avvik som meldes fra kommunene. Det er sikkert mye mer som man kunne hatt bedre kvalitet på ved overføring mellom nivåene, det vet vi jo.” (H 2)

En annen uttaler

”det som gjør oss litt usikker på dataene og bredden i dette, at vi ser ikke at det er noen sammenheng med kommunenes bruk av helsetjenester og antall meldinger. Og det lurar vi litt på, for de store talls lov skulle tilsi at de som bruker oss mest også skulle ha de største utfordringene.” (H 1)

For å teste ut kulturen på samhandling med kommunene spør jeg dem om hvilke områder de oppfatter som sårbare i overgangene mellom forvaltningsnivåene kommune og helseforetak, og som krever bedre samhandling mellom kommune og helseforetak. Ansatte sier at

”medisinering er et område som peker seg ut. Der kan hjemmesykepleien ha en medikamentliste, fastlegen kan ha en liste og så kan det stå en liste på medikamentdosetten, hva er hva?” (H 5)

Og en annen sier

”det går mye på informasjonsflyten. Det er mange personer som er ute og går. Og at det er nødvendig med informasjon ved innleggelse. Dette gjelder spesielt de som ikke er i stand til å gjøre rede for seg selv.” (H 4)

Ledelsen fremhever

”Det som oftest ikke fungerer sett fra vår side er at kommunene ikke greier å holde tidsfristene i forhold til tilbud om institusjonsplass, at det går over en uke, og så er det i forhold til at det mangler dokumentasjon når folk blir innlagt.” (H 3)

Annen representant for ledelsen uttaler at

”jeg tror forresten vi kunne meldt mye mer, men det er at det er dårlig dokumentasjon når folk legges inn, når pasienter ikke kan gjøre rede for seg selv og det ikke er med noe skriftlig. Da kan det jo også bli feil i forhold til medisinering og sanne ting. Og de klager på det samme fra oss, at vi ikke har sendt med papirene og riktige papirer eller nok opplysninger når de reiser ut igjen.” (H 2)

Jeg spør videre om det er samme praksis for håndtering av meldinger fra kommunene som for de interne avviksmeldingene.

Kort oppsummert så fremkommer det ikke klart av intervju hvordan dette foregår. Det er litt usikkerhet hos alle informantene i helseforetaket hvorvidt og evt hvordan kvalitetsutvalget er involvert, og heller ikke representant for kvalitetsorganisasjonen kan klargjøre dette.

Han uttaler at

”det er mer sporadisk at det nevnes problemstillinger men ikke konkret hver enkelt sak nei.” (H 1)

På grunn av usikre funn blir jeg nødt til å kommunisere med saksbehandler i helseforetaket knyttet til dette området og vedkommende bekrefter at praksis er slik at kvalitetsutvalget ikke blir involvert i meldingene som kommer fra kommunene.

PasOpp- undersøkelsen fra 2009 fastslår at det er også et forbedringspotensial knyttet til sykehusets samhandling med hjemmetjenester der en av fire var misfornøyd og samhandlingen med fastlege der en av fem var misfornøyd med samhandling med hjemmetjenesten.

4.2.5 Dokumentstudier i helseforetaket knyttet til ”involvering av brukere og gi dem innflytelse”

HMN har en egen overordnet strategi for brukermedvirkning som ble vedtatt i styret 3. mai 2007. Strategien er utarbeidet i et samarbeid mellom helseforetak, brukerutvalg og brukerorganisasjoner.

I strategien skiller de mellom brukermedvirkning på individnivå, som beskrives til å være den enkeltes mulighet til å ha innflytelse og påvirke sitt eget hjelpe- eller behandlingstilbud, og brukermedvirkning på systemnivå, som beskrives til å innebære at brukere av offentlige tjenester, hjelpeapparat eller helsetjenesten ikke påvirker bare egen sak men også utformingen av tilbudene generelt. (strategi for brukermedvirkning i helse Midt-Norge, 2007:3)

I hovedmål for pasientbehandling og opplæring har de fremhevet dette ved å uttale at

”brukernes erfaring og kompetanse skal benyttes i planlegging og tilrettelegging av behandlingstilbud for å oppnå bedre kvalitet på tjenestene.”

(strategi for brukermedvirkning i helse Midt-Norge, 2007:2)

De har en ambisjon om at brukere skal medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den enkelte konsultasjon/samtale. Brukerne opplever hvordan tjenesten fungerer i praksis og kan derfor ofte komme med de beste forslagene til forbedringer av systemet. Forbedringer som skal komme brukeren til gode, tar derfor utgangspunkt i nettopp brukerens erfaringer og synspunkter. Systematisk innhenting av brukererfaring er et viktig verktøy i så måte.

I HNT sin strategi 2016 og målområde kvalitet, fagutvikling og forskning så nevnes om tiltak at det skal etableres forbedringsprogram i foretaket med bakgrunn i resultater fra nasjonale brukerundersøkelser. Videre beskrives det at alle enheter minst annethvert år skal utføre dokumenterte brukerundersøkelser i tillegg til undersøkelser knyttet til pasientopplevd kvalitet (PasOpp), og hvor rapporten skal følges opp av en skriftlig evaluering av effektene av eventuelle gjennomførte tiltak. Videre beskrives det i tiltakene at brukerundersøkelser og pasientklager systematisk skal benyttes til forbedring av tjenestetilbudet. Brukerundersøkelser

med handlingsplaner for oppfølging av resultat oppgis som indikator i forhold til samhandling med brukerne.

4.2.6 Intervju i helseforetaket/ medisin A knyttet til involvering av brukerne og gi dem innflytelse

For å teste kvalitetskulturen på ”involvering av brukerne og gi dem innflytelse” så spurte jeg dem om strategier og praksis rundt involvering av brukerne i kvalitetsarbeidet. Avdelingen har et eget skjema som pasientene skal krysse av på for å si noe om hvordan de har opplevd servicen og oppholdet ved avdelingen. Det fremkommer av intervju at det har sviktet i rutinene både i forhold til å legge ut skjema og å innhente svarskjema fra pasientene. Ansatte er heller ikke helt bevisste på når klager og beklagelser fra pasienter er et avvik som bør meldes.

Ledelsen har samme oppfatning og sier

”jeg greier liksom ikke å sette det inn i den sammenhengen at når en pasient klager på noe så er det et avvik.” (H 2)

Jeg spør videre hvordan avdelingen blir involvert i forhold til å se på resultater av nasjonalt initierte pasienttilfredshetsundersøkelser (PasOpp). Noen har en erindring om at de har blitt orientert om resultater fra PasOpp men det er ingen som husker at de har blitt involvert i noe forbedringsarbeid knyttet til oppfølging av slik undersøkelse og de vet heller ikke hva som er gjort av endringer i helseforetaket og avdelingen på basis av resultatet fra slike undersøkelser.

Dokumenter i HNT viser at brukerne har fått posisjoner både ved at det er opprettet et eget brukerutvalg, de deltar i kvalitetsutvalget, de deltar i styremøtene og de har fått en plass i samarbeidsutvalget mellom kommuner og HNT. En av dem uttaler

”det skal sies, at i kvalitetsutvalget, der blir brukerrepresentantene veldig godt tatt med, men det er mye godt på grunn av ledelsen, fordi at de virkelig tar det på alvor, at vi ikke kan alle faguttrykk, at vi ikke skjønner alt som står men at vi hele tiden får det forklart og dermed kan være med og uttale oss.” (H 8)

I tillegg deltar de i ulike arbeidsgrupper som driver med ulike utviklingsprosjekter i helseforetaket.

Brukerne mener at det fremdeles er en del å hente på å øke samhandlingen på individnivå. En av dem uttaler følgende:

”det viktigste er at man blir sett og hørt og at man føler seg trygg.” (H 7)

De fremhever også at

”vi har flere eksempler på at eldre blir kasteballer, for som du sier, de skal være aktive, men de er ikke aktive og blir heller ikke det enda fordi de tror at legen har rett uansett. Og de setter ikke spørsmålsteget..., når vi kommer så blir vi mer aktive og

forlanger å få, men sånn som det er nå så - nei vi er jo på sykehuset så da må vi vel bli tatt vare på” (H 7)

De nevner i tillegg at på individnivå så viser også pasient- og brukerombudet til at de fleste klager går på informasjonssvikt, og har følgende utsagn:

”Det er jo ikke uten grunn at man prøver å gå bort fra pasientuttrykket og over til brukeruttrykket. Å være bruker for meg er at det skal være en gjensidig dialog mellom behandler og den som tar imot behandling. Skal vi lykkes med å få den store mengden pasienter som kommer så krever det en samhandling mellom behandler og mottaker.” (H 8)

Sykehuset Levanger har deltatt i to nasjonale PasOpp-undersøkelser. Levanger scorer nest høyest av alle helseforetak i regionen på ivaretagelse av pårørende i undersøkelsen i 2006, Namsos ligger litt foran. Undersøkelsen fra kunnskapssenteret beskriver at pasientene i Nord-Trøndelag er mest tilfredse i region Midt- Norge både på standard, ivaretagelse av pårørende og inntrykk av organisering. Forbedringspotensialet lå i å bli bedre på informasjon knyttet både til oppholdet og hjemreise samt også organisering. Medisinsk klinikk kom dårligst ut på informasjon i HNT.

PasOpp-undersøkelse gjennomført blant kreftpasienter i 2009 konkluderer også med at HNT har et forbedringspotensiale på organisering og informasjon men da scorer Levanger bedre enn Namsos.

4.2.7 Dokumentstudier i kommunen/ sykehjemmet i forhold til ”trygge og sikre tjenester”

Kommuneplanens samfunnsdel fremhever at tjenestetilbudet skal være trygt og forutsigbart. Det beskrives på veivalg at det skal brukes forsknings- og erfaringsbasert kunnskap som grunnlag for tjenestetilbudet.

I kommunens målsetting for sykehjemstjenesten uttaler de at de skal bidra til et godt og trygt opphold for alle som midlertidig eller permanent har institusjon som bosted. I målsettingen for Verdal bo- og helsetun skriver de at målet er at tjenestemottakere i alle aldersgrupper skal få ivare tatt sine behov for omsorg, pleie, behandling og aktivitet på en god måte.

Sykehjemmet er som tidligere nevnt utviklingssenter for omsorgstjenesten i fylket, og i strategien står det at de skal være pådriver i det lokale arbeidet med kunnskap og kvalitet i eget fylke.

Kommunalsjef helse har utarbeidet en veileder for hvordan det skal etableres en kultur for å melde avvik. Her pekes det på at det overordnet er et lederansvar å bygge opp en avvikskultur i avdelingen, mens den enkelte medarbeider har et ansvar for å melde fra når ting ikke er forsvarlig ut fra faglige vurderinger. Målet er at avvik og avvikshåndtering skal være tema på ledermøter og avdelingsmøter minst 1 gang hver måned.

Det beskrives også i veilederen hva avvik er, og avvik beskrives som hendelse/ aktivitet som går på tvers av lover, forskrifter og standarder. Videre at det er en uønsket hendelse som har ført til skade eller som kunne ha ført til skade.

Det er videre beskrevet hvorfor det skal meldes avvik, og det knyttes til faglig forsvarlighet og internkontroll i tjenestene. Avvik skal meldes for å varsle om at her skjer det ting som ikke er godt nok, og det er for å forbedre praksis ved å lære av det som gikk galt. Det er videre en forventning om å reflektere over praksis med hensikt å videreutvikle kvaliteten på tjenestene, og det er forventning fra ledelsen om at avvik skal være fast tema på avdelingsmøter, det skal snakkes avvik i avdelingen for å ufarliggjøre temaet, og at det heller bør meldes en gang for mye enn en gang for lite. Det vektlegges også fra kommunalsjef helse at en skal vise ansatte flytskjema for å se gangen i meldinga. Kvalitetsutvalget i Innherred samkommune har i mandatet sitt fra 2009 at de skal vurdere trender i forhold til klager og avvik, og eventuelt anmode om igangsetting av felles tiltak.

Kommunen skriver videre om hva som er målene ved å innføre et helhetlig, digitalt kvalitetssystem fra og med 2011, ved at det blant annet skal bidra til:

- å sikre gode nok tjenester gjennom god dokumentasjon og aktiv avviksbehandling
- økt trygghet for ansatte og brukere ved at tjenesteutøvelsen samsvarer med myndighetskrav, vedtak, standarder og prosedyrer
- at avvik faktisk blir meldt og behandles på riktig måte

Relevante tiltak som kommunen skal gjennomføre i forbindelse med innføring av digitalt avvikssystem er kulturbygging for å motivere og stimulere til at avvik blir meldt og behandlet på riktig måte, og at det skal gjennomføres målinger for å sjekke kjennskap til og bruk av avvikssystemet i 2008, 2009 og 2010. Nå er det slik at det digitale avvikssystemet ikke ble innført før fra årsskiftet 2010/ 2011, så det er derfor ikke del av min undersøkelse.

De skriver i sin presentasjon av kvalitetskommuneprosjektet rundt medarbeiderskap at det skal bidra til

- økt bevisstgjøring omkring egen rolle i utviklingen av både arbeidsmiljø og tjenester
- enda flere myndiggjorte medarbeidere som i større grad får og tar eget ansvar, og ledere som tør å slippe fra seg myndighet og se og bruke medarbeidernes helhetlige kompetanse
- forbedringsarbeid av både arbeidsmiljø og tjenester gjennom helt konkrete ”små-prosjekter” ute på arbeidsplassene

Medarbeiderskap regnes som et instrument som er med og bygger kvalitetskulturen i organisasjonen.

4.2.8 Intervju i kommunen/ sykehjemmet knyttet til ”trygge og sikre tjenester”

Jeg ønsket i intervju å finne ut hva de la i begrepet avvik for å se om de hadde en felles forståelse av innholdet i begrepet. Oppsummert gjennom intervju kom det frem at avvik kan være brudd på regler og prosedyrer, det kan være en uønsket hendelse, og det kommer også frem at det skilles mellom eksterne avvik meldt av helseforetaket og internt meldte avvik. Det var bare små forskjeller mellom det ansatte og ledelse la som innhold i begrepet. Men ansatte hevder likevel at det kan være forskjell på hva den enkelte ansatte opplever med og legger som betydning i begrepet avvik.

Når jeg spør hvorfor de mener det er viktig å melde avvik er ansatte klare på at de ser avvik som en mulighet til å forbedre seg og bruker følgende utsagn for å beskrive det

”Jeg synes det er kjempeviktig å melde avvik jeg for det tror jeg er eneste måten vi synliggjør at vi har et forbedringspotensial. For hvis vi ikke melde fra om at ting ikke er som de skal være eller bør være, så har vi ingenting å forbedre oss på.” (K 4)

Et annet utsagn som kommer frem i intervju er:

”vi veldig glade for å få tilbakemelding slik at vi kan forbedre oss og ikke gjøre samme feilen en gang til”. (K 5)

Prosessen med håndtering av interne avvik beskrives i intervju til å være slik at alle avvik som meldes i avdelingen går til avdelingssykepleier, som så finner ut hvordan de ulike avvikene skal håndteres, og hvorvidt noen skal sendes videre til virksomhetsleder. Interne avvik som er alvorlige eller som er gjentakende går til virksomhetsleder. Representant for kvalitetsutvalget i samkommunen beskriver utvalgets rolle på følgende måte:

”For det første har kvalitetsutvalget en rolle i forhold til å godkjenne felles prosedyrer. Og ha et avklart forhold til hva slags prosedyrer er det greit eller nødvendig at vi har ulikhet mellom kommuner og mellom avdelinger og sånn. Og så er det tanken og målet på sikt at vi skal ta opp avviksmeldinger mer på systemnivå i kvalitetsutvalget og se det i lys av å se system. Systemfeil og risikovurderinger og den biten der slik at vi kan lære av hverandre. Dit har vi ikke kommet enda.” (K 1)

Ansatte kan bli informert om hvilke avvik som er meldt, men det er ikke noen diskusjon rundt avvik på avdelingsmøter.

”jeg har vært med på at det har blitt tatt opp på avdelingsmøter men det har jo vært som informasjon, det har ikke vært noen diskusjon.” (K 5)

Avvik vil være tema på sykepleiermøter, og enkelte ganger også på avdelingsmøter hvis avvik som har oppstått har relevans for alle ansatte. Avvik diskuteres når de oppstår, og kan diskuteres i smågrupper som har ansvaret for den enkelte beboer, men informasjonen blir ikke spredt.

Intervju bekrefter at de har et forbedringspotensial i forhold til å arbeide med avvik, men mener de har utviklet seg positivt.

”Det at vi har status som undervisningssykehjem har også medført at det har skjedd noe med oss alle. Det har skjedd mye de tre, fire siste årene. Mange har utviklet seg mye på den tiden.” (K 3)

Det beskrives at avvik summeres opp og er tema på tvers av ulike avdelinger i helse og omsorg for å sikre læring.

.. ”vi forsøker å oppsummere samme type hendelse som skjer ofte, på enkeltavdelinger eller på ulike avdelinger slik at en kan ta læring. Man er ikke nødt til å gjøre samme feil med beboere andre plasser selv om det er gjort en plass.” (K 2)

Tillitsvalgte har også vært involvert i drøfting av avvik.

”I tillegg så brukte vi avvikene som oppsummering og tok det inn i møter med tillitsvalgte og verneombud i forhold til det å ha en dialog på dette på systemnivå. Ikke ha fokus på det enkelte avvik, men ha fokus på hvor de oppstår og nærmest ha en sårbarhetsanalyse i forhold til det.” (K 1)

Jeg ønsket å teste ut kulturen for håndtering av avvik gjennom å spørre dem om hvilke områder de selv oppfattet som sårbare internt.

Av sårbare områder internt nevnes legemiddelområdet av flere og i tillegg fall, og i tillegg er det et sårbart område internt som trekkes frem i sykehjemmet og det er dokumentasjon. Her meldes det ikke mange avvik selv om det er en økning fra 2008 til 2009, men flere av intervjuobjektene mener at dette er et område som det underrapporteres på.

Det kommer frem av intervju at de ikke jobber godt nok med å forebygge fall, og at et mulig virkemiddel som tas frem som viktig for å kunne gjøre mer er bedre pleieplaner for den enkelte beboer, gjennom at det blir gjort en enda bedre kartlegging av tilstand ved innkomst. Dette er imidlertid ikke gjennomført ved intervjutidspunktet.

Når jeg spør dem hva de mener kan være de største hindringene i forhold til å melde er det et område som trekkes frem av ansatte og ledelse som vanskelig å skrive avvik på men som likevel er sårbart er hvis en ansatt har feil atferd/ feil tilnæringsmåte til en beboer og en kollega observerer dette. Noen ansatte tar det heller opp muntlig med den det gjelder, for det oppleves vanskelig å skrive avvik på det. En sier at det er

”når vi begynner å nærme oss det mellommenneskelige, nære relasjonene mellom tjenesteyter og beboer... i forhold til hvordan ulike ansatte behandler beboerne, det tror jeg er vanskelig område å melde avvik på for som ser det utenfra. For den som er i situasjonen ser det som oftest ikke selv. Ja det er nok på etikkområdet det er vanskeligst og der det syndes mest. Og som det aldri kommer melding på.” (K 2)

”Men dersom det er feil i forhold til medikament som er lagt opp så blir det mer konkret og da skrives det avvik.” (K 4)

En annen hindring som fremheves av representant for ledelsen:

”er kunnskapen om hva vi kan melde avvik på, hva er egentlig et avvik? Det har vi begynt å reflektere en del på. Mange er blant annet ikke bevisste nok i forhold til det

lovverket vi jobber under, de er ikke bevisste nok. Det går rett og slett på kunnskap.”
(K 3)

En annen sier

”jeg tror helt sikkert at vi kan bli flinkere, og det går ikke på meldemåte, papir eller elektronisk, men det er det som går på meldekultur. Og det at man holder fokus, hvis en ikke har det så er det et hinder.” (K 2)

Jeg ønsket å finne ut hvilke endringer de selv kunne huske som var gjennomført, hvordan de lærer av andre og hvordan de selv måler hvorvidt de har blitt bedre.

I forhold til hvordan de måler hvorvidt de har blitt bedre så svares blant annet

”vi har vel egentlig ikke noe godt måleverktøy på det” (K 5)

En annen sier

”det bør jo vises på avviksmeldingene, for hvis vi har endret praksis så bør jo antallet avvik på det området gå ned. Det bør jo kunne være et måleinstrument.

Det samme ved at vi gjennomfører pårørendeundersøkelser annethvert år, så bør jo det føre til at vi scorer bedre på de områder der vi har satt inn tiltak, det bør jo være et godt instrument.” (K 4)

Andre igjen sier at det går mye på opplevelse, og at det å ha oppmerksomhet på konkrete ting gjør at man blir bedre. Når det gjelder undersøkelsen blant pårørende i 2008 ble det tatt tak i en del ting, og tanken var da at en skulle se om neste undersøkelse i 2010 viste forbedring.

Når jeg utfordrer dem i forhold til evnen til læring internt eller fra andre så sier de at de drar ut til andre sykehjem, samt at de er blitt mer bevisste på å lære av andre i kommunen.

En ansatt uttaler

”vi har også blitt flinkere til å lære av hverandre i kommunen. Vi er mer åpne for å se hva vi har rundt oss av kompetanse. Før var det slik at dersom vi ikke hadde kompetansen selv så var det sykehuset neste, men nå ser vi først etter om vi har kompetansen på andre avdelinger eller det andre sykehjemmet.

Vi har blitt flinkere til å se ut av ”vår egen boble”. (K 4)

Virksomhetsleder har også blant annet halvårlige gjennomganger av avviksmeldinger i sine faste møter med alle avdelingsledere i distriktet som hun leder.

Men det finnes også hindringer i forhold til her. En sier

”folk vil ofte ha kunnskap men kan likevel konkludere med at ”dette går ikke hos oss” Og det før vi har prøvd det. Det betyr at det er behov for at vi endrer oss i det grunnleggende for hvordan vi gjør ting, men dette tar tid. Jeg synes likevel at vi er på gang, men det går ikke fort. Det er vel noe som sitter i veggene.” (K 4)

Intervju med pårørende trekker også frem fall som et sårbart område det kan gjøres mer på for å hindre at det skjer

4.2.9 Dokumentstudier i kommunen knyttet til ”tjenestene skal være samordnet og preget av kontinuitet”

I kommuneplanens samfunnsdel, område organisasjon har kommunen satt et mål om at kommunale tjenester er koordinert og samhandlingen med eksterne samarbeidspartnere er god. De beskriver at for å oppnå en mest mulig strømlinjeformet tjenesteytelse til beste for innbyggerne, er det nødvendig å tenke samhandling. Det beskrives videre på veivalg at kommunesamarbeidet og samarbeidet med eksterne aktører skal videreutvikles.

Basisavtalen for samhandling mellom kommuner og helseforetak gjelder på samme måte for kommunen som for helseforetaket, de mottar avvik på samhandling og de sender avvik på samhandling.

Verdal kommune får de fleste avvikene fra helseforetaket over de siste årene knyttet til manglende etablering av tilbud ved utskrivning. Dette knytter seg oftest til mangel på heldøgns omsorgstilbud når pasienter er ferdigbehandlet på sykehuset. Og det er noen avvik knyttet til manglende eller ufullstendig dokumentasjon ved innleggelse.

Det kan synes som om Verdal spesielt sliter med å ha nok kapasitet i sine tjenester til å kunne ta imot ferdigbehandlede pasienter etter endt behandling i sykehus.

Mandatet til kvalitetsutvalget beskriver ikke noen rolle i forhold til håndtering av meldte avvik fra helseforetaket.

4.2.10 Intervju i sykehjemmet knyttet til ”tjenestene skal være samordnet og preget av kontinuitet”

Intervju forteller at avvik som meldes fra helseforetaket på ting som ikke har fungert i overgangene alltid behandles av avdelingssykepleier.

Avdelingssykepleier drøfter så det konkrete avviket med vedkommende pleier som har hatt ansvaret for pasienten/ brukeren når dette skjedd, avklarer hva som har skjedd og melder tilbake til helseforetaket.

Det informeres i intervju om at det nå er opprettet en felles adresse i kommunen for melding av avvik fra helseforetaket ved at alle meldinger først går til virksomhetsleder for Øra omsorgs- og velferdsdistrikt. Virksomhetsleder sender så meldingen ut til avdelingssykepleier i den delen av virksomheten der avviket har oppstått.

Det kommer ikke frem av dokumenter eller intervju hvorvidt og i hvilken grad det sikres en overføring til andre med basis i meldte avvik fra helseforetaket.

Når jeg spør om hva de mener er sårbare områder i overgangene mellom sykehus og kommune trekkes medikamentområdet frem i tillegg til manglende informasjon.

Dette er i samsvar med de tall kvalitetsutvalget i HNT har presentert i sine rapporter.

Jeg utfordrer dem til slutt på hvordan de mener meldekulturen er på tvers av forvaltningsnivå, dette for å få et inntrykk av hvorvidt de er opptatt av at sykehuset skal lære, og en sier

”inntrykket er at kommunen er mye mer aktiv når det gjelder å bruke basisavtalen. Vi får nesten aldri avvik fra sykehuset. Og jeg tror ikke at det betyr at alt er perfekt når vi sender pasienter dit. Jeg føler at avtalen er kjent på ledernivå i kommunen.” (K 2)

4.2.11 Dokumentstudier i kommunen i forhold til ”involvering av brukerne og gi dem innflytelse”

Kommuneplanen beskriver at innbyggerne er naturlige deltakere i utforming og videreutvikling av de tjenester og tilbud som kommunen gir.

I kommunens målsetting for sykehjemstjenesten uttales det at alle tjenester skal baseres på individuelle behov, tilpasset den enkelte beboers situasjon.

Det interkommunale kvalitetsutvalget har en rolle i sitt mandat i forhold til å ha dialog med de formelle brukerorganisasjonene. I mandatet fra 2009 står det at

”Kvalitetsutvalget inviterer seg inn til Eldrerådet i begge kommuner og Rådet for likestilling av funksjonshemmede. Dette minst 1 gang pr. år (settes opp i møteplanen). Dette for å informere om status for kvalitetsarbeidet og sikre dialog slik at Kvalitetsutvalget blir aktivt benyttet av brukersiden.”

4.2.12 Intervju ved sykehjemmet knyttet til ”involvering av brukerne og gi dem innflytelse”

Det beskrives i intervju at brukerundersøkelsen ble gjennomgått for personalet i avdelingen og at det i etterkant av dette ble satt ned en prosjektgruppe som skulle arbeide med endring på basis av tilbakemeldingene på mangler i brukermedvirkning og informasjon.

I intervju med representanter for pårørende mener de at pårørendeforeningen ikke har vært direkte involvert i forbedringsarbeidet etter at brukerundersøkelsen i 2008 ble gjennomført. Som representanter for sine foreldre føler de likevel at de blir hørt når de tar opp ting som de ønsker å ha endret for sine.

En av de ansatte uttaler

”det jeg føler at vi har forbedret oss på mest de siste årene er at beboerne har fått mer medbestemmelsesrett over sin egen hverdag. Vi er ikke så rigide som vi var før. Vi tenker mer på hva de selv vil, og tenker mer på hva som er godt nok for hvem.” (K 4)

Intervju viser at det sjelden kommer formelle klager fra beboere eller pårørende, men ledelsen ønsker å være tydelige på at de gjerne vil ha tilbakemeldinger og forsøker også å kommunisere det til beboere og pårørende. Men de tror likevel at det er en terskel for at pårørende tar opp ting, og at pårørende derfor ikke tør å si fra. Klager fra beboer og pårørende er ikke en indikator som de måler.

Pårørende på sin side ser følgende sårbare områder i samhandlingen. De ønsker å være bedre informert når det skjer forverring i helsetilstand og hvis det skjer endringer i forhold til

medikamenter. De mener derfor at det fremdeles er et forbedringspotensial på området informasjon.

Klager håndteres ikke som avvik, men ansatte sier at de kan få muntlige tilbakemeldinger både fra beboere og pårørende og det håndteres også muntlig, men dokumenteres i journal. Men de uttaler også at det kan føre til at de kaller inn til møte med aktuelle deltakere, evt. komplettert med leger eller andre samarbeidspartnere.

Representant for det interkommunale kvalitetsutvalget forteller i intervju at de enda ikke har kommet i gang med faste møter med de ulike rådene for brukerne men at de har en klar ambisjon om det.

4.2.13 Empirisk analyse av funn i de to virksomhetene

Oppsummerte funn i helseforetaket/ medisin A

En ser allerede gjennom helseforetakets visjon at det signaliseres en ambisjon om å samhandle med den enkelte innbygger som trenger helsetjenester gjennom at de ønsker å spille på lag med den enkelte bruker. Styringsdokumenter viser også hvordan de tenker å realisere ambisjonene gjennom at de har listet opp konkrete tiltak. Kvalitetsutvalg og brukerutvalg er lovpålagt i helseforetaket og begge har stor aktivitet. HNT har klare strategier for involvering av pasienter/ brukere og involverer også brukerne godt på systemnivå. De har et verdigrunnlag i verdiene kvalitet, trygghet og respekt og dette kommer også til uttrykk i strategiene.

Helseforetaket signaliserer en klar ambisjon overfor omgivelsene og en forventning til organisasjonen og medlemmene om samhandling med både pasienter/ brukere, ansatte og eksterne samarbeidspartnere i kvalitetsarbeidet.

De har klare kommuniserte ambisjoner for etablering av en aktiv meldekultur i styringsdokumentene sine, der de blant annet ansvarliggjør de ulike rollene i helseforetaket. Kvalitetsorganisasjonen mener likevel at helseforetaket enda har mye å hente på å utvikle meldekulturen. Funn i intervju viser også at de ikke får det til god nok i praksis.

Det bekreftes gjennom intervju fra flere informanter, blant annet så er det forskjellig forståelse av hva et avvik egentlig er. Dette gir reduserte muligheter for å få frem data fra avvik som kan benyttes til forbedring av praksis.

De ser konkrete hindringer i utviklingen av en aktiv meldekultur, og oppsummert trekker de frem tidspress, ikke aktive nok holdninger til å melde, faren for reaksjoner fra involvert personell hvis det meldes på andre og lav interesse av å bruke tallene fra kvalitetsutvalget i klinikkene.

Dokumenter og intervju viser at de har sitt fokus først og fremst på melding av avvik knyttet til de såkalte § 3-3 meldingene som er situasjoner som kan defineres som fare for alvorlig skade eller oppstått alvorlig skade. Det kommer blant annet frem i intervju at selv om

korridorpasienter er en indikator som ifølge dokumenter skal måles, så meldes det ikke avvik på dette i avdelingen.

Alle avvik går rett fra avdelingssykepleier til kvalitetsutvalget, og dette forklares med at en ikke ønsket ulik praksis i helseforetaket for vurdering av § 3-3 meldinger. Det er derfor ikke godt nok avklart hvilke avvik som kan behandles lokalt, og det er forskjellig praksis fra klinikk til klinikk for hvilke avvik som behandles lokalt. Det hevdes at ulik kultur kan ha sammenheng med at noen avdelinger/ klinikker er sertifisert eller akkreditert.

Kvalitetsutvalget er ikke involvert i forhold til å behandle meldingene som kommer fra kommunene. Det er en saksbehandler som tar dialogen med den enheten der avviket har oppstått og svarer på vegne av helseforetaket. Kan det være en mulighet for at læringspotensialet i meldinger fra kommunene blir undervurdert i forhold til det å skape kvalitet i overgangene mellom forvaltningsnivå?

Dokumentstudier og intervju med brukerne bekrefter at helseforetaket bør prioritere å øke samhandlingen med den enkelte bruker, og informasjonfeltet er det området de fremhever. Dette er noe PasOpp-undersøkelsene også nevner som et forbedringsområde.

Det hevdes også i intervju at manglende samhandlingskultur mellom ulike miljø internt kan gå utover trygghet, sikkerhet og kvalitet i pasientoppfølgingen.

Intervju bekrefter at de skaper god samhandling med brukerne på systemnivå, men at det oppfattes spesielt av brukerne å være noen klare utviklingsområder på individnivå.

De deltar pr i dag i landsdekkende PasOpp- undersøkelser som gir dem bra tilbakemelding men dette er imidlertid undersøkelser som er gjennomført på et relativt smalt utvalg. Intervju viser at beklagelser fra pasient ikke regnes som avvik blant informanter jeg intervjuet i avdelingen og det har over tid vært litt dårlig praksis til å innhente pasientopplevd kvalitet gjennom konkrete skjema som skal legges ut i avdelingen. De markedsfører resultatene sine fra de nasjonale PasOpp-undersøkelsene aktivt ut mot omverdenen. HNT greier ikke å skape nok innhold i hele verdigrunnet sitt så lenge det ikke gjennomføres brukerundersøkelser. HNT følger ikke godt nok opp sin egen strategi for å involvere brukerne på individnivå. Det å undersøke brukeropplevd kvalitet er en aktivitet som kunne skapt innhold i verdien respekt ved at HNT hadde fått målt en baseline som de kunne benytte som grunnlag for å utvikle tjenestene.

På avdelingen lærer de av avvik gjennom at de har en aktiv dialog rundt oppståtte og behandlede avvik. Det er jevnlig diskusjoner på avdelingsmøtene. Det er også lagt til rette for en egen strategidag en gang i året for alle ansatte, som benyttes blant annet som en læringsarena i forhold til helse, miljø og sikkerhet. Det finnes videre etablerte arenaer i

klirikken på ledernivå som kan utvikles til enda mer aktive læringsarenaer. Informasjon deles der i dag ved at det informeres om avvik og de diskuterer med kvalitetssjefen.

En læringsarena er etablert på tvers av noen klinikker i helseforetaket for å lære av hverandres avvik. Det bekreftes gjennom intervju at evnen til å lære på tvers av avdelinger og klinikker samlet sett ikke er tilstrekkelig tilstede ved HNT.

Oppsummerte funn i kommunen/ sykehjemmet

De har kommuneplanen som styringsdokument i tillegg til noen mål som er etablert i sykehjemmet. De har etablert mål knyttet til samhandling både med brukere og eksterne interessenter, men målene er ikke konkretisert med tiltak og de ansatte har derfor ingen klare styringssignaler i kvalitetsarbeidet. På mange måter kan en si at det de får til det får de til på tross av systemet og ikke som en følge av systemet.

De har utviklet gode normer for avvikshåndtering gjennom sin veileder for håndtering av avvik og mandatet til kvalitetsutvalget og de har lagt terskelen lavt når det gjelder å melde avvik. Det viser at de har intensjoner om å få avviksmeldinger fra alle områder som berører kvalitet. De opererer også med en mer utvidet definisjon av avvik enn det helseforetaket gjør i og med at de opererer med begrepet avvik fra standard, noe som kan bidra til å få avvik i større bredde.

Flyten på avvikene er slik at alle avvik går til avdelingssykepleier og det er avdelingssykepleier som vurderer hvordan avvikene som gjelder avdelingen og omsorgen skal lukkes. Og funn fra intervju viser også at det ikke er bred involvering av ansatte når det meldes avvik fra sykehuset. Der er det også avdelingssykepleier som involveres og hun diskuterer mulig løsning med involvert personell og melder tilbake til helseforetaket. Lav involvering av ansatte i avvikshåndteringen vil ikke stimulere meldekulturen i sykehjemmet.

De største hindringene som fremheves i intervju i sykehjemmet i forhold til å melde avvik knyttes til forståelsen av hva et avvik egentlig er samt det å greie å holde et fokus på en aktiv meldekultur over tid. De synes også det er vanskelig å melde avvik på kollega, spesielt knyttet til etiske utfordringer i samhandlingen mellom helsepersonell og bruker, så der finnes det ikke avvik på tross av at det fremkommer som et sårbart område i flere intervju.

Alle beskriver likevel viktigheten av å melde for å sikre en læringseffekt i organisasjonen og hos den enkelte arbeidstaker for å unngå at tilsvarende skjer på nytt.

Det er imidlertid lite eller ingen diskusjon rundt avvik på avdelingsmøter, avvik diskuteres sammen med den som har meldt og der de har oppstått, og det kan også være i smågrupper av ansatte. Det kan se ut som de mister noe av læringspotensialet fordi de ikke bruker avdelingsmøtet mer aktivt som arena.

Kommunalsjefen har i dokument definert at de også skal melde avvik også i forhold til standarder, noe som fremkom også i intervju, og i tillegg har de etablert etiske refleksjonsgrupper. Det er også en forventning knyttet til refleksjon i veilederen for avvikshåndtering og meldekultur. Kommunen har satset på ”medarbeiderskap” og er utviklingssenter for sykehjemsomsorgen i fylket. Dette mener de selv har gjort at de har hevet seg kvalitetsmessig, noe som også kommer frem i intervju.

Kommunen har dermed lagt et godt grunnlag for arbeidet i det daglige.

I intervju fremkommer det at det interkommunale kvalitetsutvalget ikke håndterer avviksmeldinger i dag selv om det har vært intensjonen. Kvalitetsutvalget har heller ikke etablert samarbeid med brukerorganisasjonene selv om det var beskrevet i mandatet fra 2009. Det som likevel er positivt er at de har likevel har opprettet kvalitets utvalg uten at dette er lovpålagt for kommunene, men kommunen har et potensial på å bruke kvalitetsutvalget mer aktivt.

De involverer brukerne i liten grad på systemnivå knyttet til kvalitetsarbeidet, men er ganske gode til å samhandle på individnivå, noe som også går frem av brukerundersøkelser som de gjennomfører fast 2. hvert år. Eldreråd og Rådet for likestilling av mennesker med nedsatt funksjonsevne er lovpålagt, men kommunen bruker dem ikke aktivt i kvalitetsarbeidet enda selv om det er en ambisjon i kvalitetsutvalgets mandat fra 2009. De scorer dermed godt på involvering av brukerne på individnivå, men har liten dialog med brukerne på systemnivå.

Kommunen offentliggjør ikke resultatene av kvalitetsarbeidet på samhandling med brukerne aktivt ut til omverdenen på tross av at de er opptatt av å bygge omdømme. Det kunne de gjerne gjort for å styrke omdømmet fordi de gjør det ganske bra på en del områder. Resultatene er selvsagt tilgjengelig på www.bedrekommune.no, men det er ikke lett tilgjengelig for innbyggerne generelt sett.

Likheter, felles funn

Begge har etablert klare retningslinjer for hvordan avvik skal meldes, men begge har størst fokus på å melde avvik internt i egen organisasjon, og mener det er mørketall i forhold til å melde avvik på samhandling. Det er også slik at begge har noe å hente på utvikling av meldekulturen internt og dokumenter og intervju viser også at det er stort potensial for å utvikle meldekulturen mellom nivåene.

I basisavtalen står det at det er nødvendig å fange opp hendelser hvor pasienter, pårørende og personell opplever avvik, slik at holdninger kan påvirkes og samarbeidet kvalitetssikres. Dokumenter og intervju viser at potensialet til læring av avvik er mangelfullt utviklet ved at basisavtalen ikke benyttes aktivt nok for å melde avvik. Begge går glipp av læring fordi det er

mer aktiv praksis for å ta en telefon og ordne opp der og da enn å melde skriftlig. Hva gjelder melding av avvik i overgangene så kommer det frem av intervju at de har en mindre aktiv meldekultur der enn for interne meldinger. Dette gjør at både helseforetak og kommune mister læringspotensialet som ligger i slike meldinger i forhold til å forbedre praksis. Er det grunn til å tro at basisavtalen er for dårlig forankret hos ansatte?

Det er samsvar mellom det som fremkommer av dokumenter og det som kommer frem i intervju hva gjelder sårbare områder i overgangene mellom nivå. Informantene i begge virksomheter har derfor god oversikt over sårbare områder på dette området.

En kan konkludere med at arenaer på tvers der det diskuteres kvalitet på samhandling med basis i meldte avvik er mangelfullt utviklet, selv om det orienteres i samarbeidsutvalget og at pasientforløpsstudier vil bidra til et økt fokus på hvordan kommune og helseforetak kan skape bedre kvalitet i samhandlingen når brukere beveger seg mellom nivå.

Det fremkommer gjennom intervju at det gjennomføres aktiviteter for læring på tvers av avdelinger gjennom ledermøter i begge virksomheter, men det er utviklet altfor få arenaer på tvers av avdelinger og/ eller klinikker for andre.

Det fremkommer av intervju at det er ingen av virksomhetene som har fokus på å sammenligne seg for å lære av andre virksomheter i samme bransje.

Det jeg vil ta med meg inn i den teoretiske analysen er utfordringene knyttet til at det ikke er samsvar mellom styringsdokumenter og praksis på håndtering av ulike deler av kvalitetsarbeidet. Den empiriske analysen viser at det er utfordringer knyttet til problemløsning, til kultur og til prosess. Virksomhetene har også utfordringer knyttet til språk/ forståelsesramme, og det er ikke samsvar mellom strategier, avtaler og praksis på en del områder. Men virksomhetene har ulike utfordringer og løser dem på ulike måter i dag.

4.2.14 Analyse av empiri mot teori:

Hovedtilnærmingen

Ledelsesprosessen i en organisasjon må fungere både på individnivå, på gruppenivå og på foretaksnivå. På hvert enkelt nivå dannes det koalisjoner som har mål og krav til problemløsning og mål oppfylgende atferd. Det skal være en forbindelse mellom de ulike nivå som bidrar i å etablere der felles fokuset som en virksomhet er avhengig av for å oppnå fremgang. Ansatte som gruppe et av ledelsesmiljøene i en virksomhet, og det er en forutsetning at de skal delta i problemløsningsprosessen, noe også lovverket legger opp til. Virksomhetene har litt forskjellig tilnærming til hvordan de arbeider med avvik. Medisin A har en mer aktiv deltakelse i dialogen rundt avvik etter at de er behandlet, blant annet ved at

de tar flere diskusjoner rundt avvik på avdelingsmøter. Det er imidlertid ingen avvik som blir løst på avdelingsnivå i helseforetaket. På den måten får ansatte ikke trent seg opp i forhold til problemløsning. Ved at avvikene sendes ut av avdelingen og over til kvalitetsutvalget uten at det er noen vurdering av hvorvidt avviket kunne vært lukket lokalt, greier de heller ikke å utvikle noe beslutningsspråk knyttet til hvordan de kan lukke avvikshendelser lokalt.

Det samme gjelder i kommunen, hvor avvikene i stor grad blir lukket av avdelingssykepleier og blir samlet på avdelingssykepleiers kontor, og hun oppsummerer avvikene hvert kvartal og sender dette til virksomhetsleder.

Samspill dreier seg om kommunikasjon med andre. God kommunikasjon forutsetter et felles begrepsapparat eller språk. Språkskaping er derfor viktig på en arbeidsplass. Dette betyr ikke at alle skal ha samme språk eller være enige, men i en virksomhet er det viktig at uenighet ikke oppstår fordi man ikke forstår hverandre.

I og med at helseforetaket har etablert en klar retning for og forventinger til kvalitetsarbeidet i det daglige har de i utgangspunktet et ”språk” for hva de ønsker å oppnå, noe som gir bedre grunnlag for problemløsning lokalt på den enkelte avdeling. De har kommunisert veivalg, strategier, og fulgt opp med tiltak og fastsetting av indikatorer for å måle resultat. Kommunen har mangelfullt utviklede tiltak for å nå målene de har satt i kommuneplanen og de har heller ikke etablert noen indikatorer for sitt eget kvalitetsarbeid. Det skaper en utfordring for dem i det daglige arbeidet.

Skal de lykkes med samspillet rundt avvikshåndteringen bør begge virksomhetene jobbe mer med språkskapingprosessen rundt forståelsen av avvik som begrep, noe som i neste rekke kan fungere mer atferdsregulerende i det daglige arbeidet og stimulere meldekulturen.

Selve begrepet avvik slik det er definert i virksomhetene skaper forskjeller i fokus i virksomhetene. Helseforetaket har en smal definisjon knyttet til lovkravene i spesialisthelsetjenesteloven, mens kommunen har en litt videre definisjon i og med at de har tatt med avvik på standarder i sin definisjon av hva det kan meldes på.

Dette kan gi ulike forventninger til atferd hos organisasjonsmedlemmene og omgivelsene ved at det styrer hva som er viktig i virksomhetene knyttet til hva som skal kjennetegne meldekulturen. På grunn av usikkerhet rundt felles språk i forhold til begrepet avvik så viser det seg at praksis for å melde avvik også blir forskjellig fra ansatt til ansatt. På den måten går virksomhetene ”glipp av” avviksmeldinger. Dette er en felles utfordring for dem. Det betyr at de ikke har et godt nok verktøy for å kunne få ut læringspotensialet i avvikene som oppstår i praksisfeltet, og det betyr også at de ikke er godt nok i stand til å definere hva som kan defineres som avvik innenfor de ulike kvalitetsområdene.

Dette vil igjen skape utfordringer i forhold til meldinger på tvers av forvaltningsnivå.

Kommunen har etablert etiske refleksjonsgrupper som er med og bidrar til språkskapende og problemløsende samspill på etikkområdet. Dette vil bidra til at de skaper et større fokus på de myke og sårbare områdene i den mellommenneskelige kontakten, og de er med det også med og bidrar til å løfte fokuset på dette med omsorgsfull hjelp slik det er nevnt i helsepersonelloven.

Hvordan fungerer så det interne samspillet rundt forbedringsarbeidet? I hvilken grad lykkes så den enkelte organisasjon med problemløsende samspill med ansatte på interne avvik? Begge virksomheter har etablert klare normer for hvordan den enkelte helsearbeider og leder skal opptre i forhold til oppståtte avvik. Det virker likevel som at meldekulturen ikke er godt nok utviklet, og det kan tyde på at kvalitetsarbeidet ikke har blitt godt nok integrert i den enkelte helsearbeider. Spørsmålet er om måten problemløsning rundt avvik fungerer på virker hemmende for å utvikle et beslutningsspråk hos de ulike ledelsesmiljø, og her spesielt i ansattegruppen.

Det som særpreger virksomhetene, er at i helseforetaket løses problemene med avvik i kvalitetsutvalget, og problemløsningsprosessen blir løsrevet fra der det oppstår. Det foregår selvsagt en involvering når avvik oppdages og når avdelingssykepleier skal redegjøre overfor kvalitetsutvalget, men det blir ikke en prosess som involverer ledelsesmiljøet på avdelingsnivå i tilstrekkelig grad til at de får trent seg på problemløsning. Det kan også medføre at de blir mindre i stand til å utvikle et beslutningsspråk knyttet til hendelsen. Det samme er tilfelle i sykehjemmet, der avdelingssykepleier løser de fleste problemer på egen hånd. Begge virksomheter har derfor et potensial i forhold til å utvikle bredere involvering. Begge virksomheter hadde tjent på å etablere prosesser der problemløsning skjedde nærmere praksisfeltet, noe som hadde sikret at ansattes erfaringer også fikk komme til uttrykk på en sterkere måte.

Helsetjenesten skal gjøre bruk av erfaringer fra brukerne for å forbedre tjenestene.

Helseforetaket har ikke nådd ambisjonene sine for å hente inn brede data for brukeropplevd kvalitet. Kommunen har nådd sine ambisjoner om å involvere innbyggerne i forbedring av tjenestene gjennom at de gjennomfører faste brukerundersøkelser.

Hvilke kvalitetsområder har de enkelte virksomhetene fokus på å utvikle?

Helseforetaket har mest fokus på hvordan de skal skape trygge og sikre tjenester internt.

På den måten så skaper de innhold i kjerneverdien trygghet.

Ved at helseforetaket i liten grad måler brukeropplevd kvalitet betyr det at de går glipp av en del avvik i forhold til sine verdier og normer som ikke blir målt. Hvordan vet de pr i dag hvorvidt de lykkes i å fylle verdien respekt med konkret innhold?

Helseforetaket har et potensial knyttet til å utvikle resultatindikatorer knyttet til sine normer og verdier ut mot brukerne når det gjelder involvering.

Verdal bo- og helsetun er gode til å involvere brukerne med brukerundersøkelser, da de gjennomfører faste brukerundersøkelser, men ivaretar ikke systemmedvirkningen.

Det er gjort lite forskning på læringsnettverk i helsevesenet, og det er derfor ikke kjent hvordan helsepersonell benytter informasjon og kunnskap til å forbedre praksis, og det er heller ikke kjent hvilken type kunnskap som er anerkjent. Både helseforetaket og kommunen har underutviklede arenaer knyttet til ulike ledelsesmiljø for problemløsning og læring i det daglige arbeidet. Kan det være slik at kvalitetsutvalgs rolle i helseforetaket har virket hemmende på problemløsningsprosesser ute i klinikkene? Ingen av virksomhetene har tilstrekkelig fokus på om de kan lære av andre virksomheter.

Forskning rundt samhandling viser til at samarbeid må fungere både på systemnivå, tjenestenivå og individnivå og derfor bør dette også dekkes i avtaleverket som beskriver samhandlingen. Det kan også synes som at basisavtalens innhold og bredde knyttet til avvik ikke blir fullt ut utnyttet. Intervju viser at det kan være mørketall knyttet til å bruke potensialet i læring på tvers ved at det meldes lite avvik og at meldekulturen er mindre utviklet. Funn fra intervju tyder imidlertid på at kommunen melder oftere til helseforetaket enn andre veien. Kan det være at definisjonen av avvik i helseforetaket virker forstyrrende i forhold til språkskapingen og dermed meldekulturen når det gjelder å melde avvik mellom nivå? Hver enkelt kommune skal ha og har en samarbeidsavtale med helseforetaket, og det bør resultere i at det blir etablert arenaer for problemløsende samspill mellom helseforetak og den enkelte kommune. Basisavtalen beskriver også forventninger eller normer i forhold til hva den andre skal stille opp med i konkrete situasjoner, og avvik som oppstår i samhandlingen må løftes opp på formelle beslutningsarenaer på en bedre måte enn i dag. Kan det fremdeles være slik at basisavtalen som begrep er godt kjent, men at innholdet er mindre kjent og at potensialet for å utvikle samhandlingen ved hjelp av en aktiv meldekultur dermed blir redusert?

4.2.15 Konklusjon forskningsspørsmål 2

Min undersøkelse viser at det hersker en usikkerhet knyttet til forståelsen av innholdet i begrep og språk som benyttes i kvalitetsarbeidet i virksomhetene, og det betyr at begge virksomhetene har behov for å finne ut hva de egentlig legger som forståelse i begrepet avvik og hva de legger i begrepet kvalitet for å stimulere meldekulturen og dermed skape bedre grunnlag for å heve kvaliteten.

Begge virksomheter har potensial for å bli bedre på å melde og håndtere avvik som oppstår i overgangene mellom virksomhetene. Både dokumenter og intervju viser at det er ulik praksis og ulik kultur mellom interne og eksterne avvik i begge virksomheter. Spørsmålet er jo da om de tar samhandling på nok på alvor i det daglige arbeidet for å forbedre tjenestene i overgangene?

Ledelsessystemene henger ikke godt nok sammen i virksomhetene fordi ansatte involveres for lite i problemløsningen rundt avvik. Begge virksomhetene mangler arenaer der de sammen og ved involvering av ansattegruppen kan diskutere avvik når de oppstår for eventuelt å kunne lukke disse lokalt. Avdelingen i helseforetaket fordi alle avvik sendes ut av avdelingen og til kvalitetsutvalget, kommunen og sykehjemmet fordi alle avvik stort sett håndteres av avdelingssykepleier alene.

Helseforetaket og medisin A er bedre på å hente erfaringer og læring fra avvikshåndteringen gjennom at de har det mer som fast tema på sine avdelingsmøter etter kvalitetsutvalgets behandling, der de har dialog rundt avvik som har oppstått og hvordan de kan lære av avvik/svikt i kvalitet i den enheten det har oppstått.

Kommunen og sykehjemmet har ikke den samme praksisen for å ha diskusjoner i avdelingsmøtene i forhold til de avvik som har oppstått, men det kan diskuteres i smågrupper. Kommunen har imidlertid best praksis knyttet til å diskutere trender i avvik på tvers av enheter i virksomheten, for det virker som det i liten grad skjer i helseforetaket.

Begge virksomheter kan utvikle samhandlingen med brukerne bedre. Helseforetaket er god til å samhandle med brukerne på systemnivå, men kan øke sin prestasjon ved å sørge for bedre rutiner for innsamling av brukeropplevd kvalitet ved det enkelte opphold og også arbeide mer aktivt med oppfølging av resultatene av nasjonale PasOpp-undersøkelser. Blir det å være ”best i klassen” i Midt- Norge på enkeltområder en hvilepute som reduserer innsatsen på andre områder som har forbedringspotensial?

Kommunen er god på å gjennomføre brukerundersøkelser og samhandler godt på individnivå, men kan øke sin prestasjon ved å etablere en tettere dialog med brukerorganisasjonene og pårørendeforeningen ved sykehjemmet. Kommunen har best praksis med å hente inn brukererfaringer gjennom at de har gjennomført to lokale brukerundersøkelser.

Konklusjonen på denne delen av undersøkelsen er at det er viktig at virksomhetene etablerer en felles plattform i språket slik at alle ledelsesmiljø i virksomhetene har den samme forståelsesrammen rundt begrepene som benyttes for å beskrive innholdet i kvalitet og samhandling. Hvis ikke så vil det påvirke mulighetene for å skape kvalitet i helsetjenesten både i den enkelte virksomhet, mellom virksomhetene og ut mot brukerne av tjenestene. Det er også viktig å samhandle med brukerne for å få definert og målt brukeropplevd kvalitet. I

tillegg ser en viktigheten av at det etableres arenaer hvor kvalitet settes på dagsorden både innen de enkelte ledelsesmiljø og mellom de enkelte ledelsesmiljø.

4.3 I hvilken grad får avvik konsekvenser for strategiske valg i virksomhetene og hvordan fungerer samhandlingen ved strategiske valg?

”Det er lett å tenke, men vanskelig å handle, og å omsette sine tanker i handling er det vanskeligste i verden.”
(Johann Wolfgang von Goethe)

I dette spørsmålet skal jeg analysere om virksomhetene gjennomfører strategiske valg med basis i meldte avvik. Er det slik at virksomhetene er i stand til å endre retning på aktivitetene på bakgrunn av det de observerer i avvikene, hvordan foregår denne prosessen i styringslinjen i den enkelte virksomhet og hvordan foregår det målsettende samspillet?

4.3.1 Strategiske valg og samhandling ved strategiske valg i helseforetaket på basis av avviksmeldinger

Her er det naturlig å starte med å beskrive styringslinjen i helseforetaket knyttet til avviksmeldinger. Flytdiagrammet viser at avvik går fra den enkelte ansatte, via avdelingssykepleier og til kvalitetsutvalget. Kvalitetsutvalget behandler avviksmeldingene og sender svar tilbake til klinikkleder og avdelingsleder/sjef etter gjeldende flytdiagram, med en forventning om at det skal skje en læring i den enkelte avdeling og klinikk. I tillegg oppsummeres avviksmeldingene i tertialvise rapporter og i en årlig rapport fra kvalitetsutvalget og som går til behandling i ledelsen gjennom en ledelsens gjennomgang. Rapporten behandles i styret og offentliggjøres både på hjemmeside og ved mangfoldiggjøring og utsending til mange sentrale aktører i og rundt helsetjenesten.

4.3.2 Dokumentstudier i helseforetaket i forhold til områdene ”trygge og sikre” tjenester, tjenester preget av samordning og kontinuitet” og tjenester preget av ”involvering av brukerne og gi dem innflytelse”

HNT utgir hvert år en *rapport fra kvalitetsutvalget*. I denne rapporten fremgår det hva kvalitetsutvalget har arbeidet med, hvilke saker de har behandlet, et kapittel om meldekulturen på foretaksnivå, avvikshendelser både internt i helseforetaket og med utgangspunkt i basisavtalen for samarbeid mellom helseforetak og kommuner, tilsynssaker, erstatningssaker gjennom norsk pasientskadeerstatning og resultater av eksterne tilsyn. Det avviksmeldinger etter den nevnte § 3-3 og eksterne avviksmeldinger som får mest oppmerksomhet i rapporten fra kvalitetsutvalget.

I rapporten for 2008 spør de innledningsvis om *”hvordan kan vi lære av våre feil hvis vi ikke erkjenner dem?”* (kvalitetsutvalget i helse Nord-Trøndelag, årsrapport 2008:3). De beskriver videre i innledningen at det er nødvendig å styrke innsatsen for å oppfylle pasientrettighetene og heve kvaliteten i alle ledd, og de mener at hovedoppgaven i den forbindelse må være å utvide medarbeidernes forståelse av hensikten med meldeordningen og forbedre oppfølgingen av uønskede hendelser. De mener at det er av avgjørende betydning at medarbeidere får god kunnskap om rutine og ansvarsfordelingen mellom den enkelte helsearbeider, avdelingsleder og kvalitetsutvalg, og de trekker der frem avdelingslederne til å inneha en nøkkelrolle i dette arbeidet.

Kvalitetsutvalget konkluderer i sin årsrapport for 2008 med at det viktigste er at læringen får nødvendig oppfølging blant ledere på alle nivå, og de peker på at det er flere oppgaver som må ivaretas, det å bidra til at brukere generelt får bedre kunnskap om sine rettigheter, å vedlikeholde kunnskapen om pasientrettigheter og helselovgivning for øvrig blant alle medarbeidere, å opprettholde en tett dialog med eksterne samarbeidsinstanser for å ivareta ønsket om en sammenhengende helsetjeneste og å registrere, analysere og dokumentere uønskede hendelser og bruke dem aktivt til læring.

I styrets årsberetning for 2008 står det innledningsvis at de gjennom samhandling med primærhelsetjenesten og befolkningen skal opparbeide kunnskap som kan forebygge helsesvikt og de ønsker som en del av helse Midt- Norge å tilby enkelte funksjoner på regionalt nivå som gjør dem attraktive for pasienter fra hele landet. Videre trekker de frem sitt verdigrunnlag som er basert på kvalitetsstyrt ledelse som de beskriver til å innebære fokus på pasienten og de som ”bestiller” tjenestene. De sier videre at kvalitetssikring og brukermedvirkning står sentralt i deres bevissthet.

Det konkrete en kan finne i styrets årsberetning for 2008 vedrørende avvik er at de har skrevet at fokus i årene fremover innenfor kvalitetsforbedring i tjenestene med basis i avvik er at *”kvalitetskostnader skal reduseres, avvik håndteres bedre og forbedringsarbeid gjennomføres i hele organisasjonen”* (styrets årsberetning 2008:18). De beskriver videre at det skal vurderes ISO-sertifisering av helseforetaket.

I årsmeldingen fra *kvalitetsutvalget for 2009* skriver de at det ikke er avvikene i seg selv men ofte svakheter ved håndtering av avvikene som bidrar til å svekke tilliten mellom brukerne og tjenesteyterne. De mener at grundig årsaksutredning, åpen informasjon, rask saksbehandling og vilje til læring er de beste forutsetningene for å opprettholde tillit når uønskede hendelser inntreffer.

Kvalitetsutvalget er også opptatt av virksomhetens omdømme, og vet at den oppfølgingen de kan gi pasienten og de pårørende i den umiddelbare fase etter at uønskede hendelser har oppstått er avgjørende. De skriver i årsmelding for 2009 at

”dersom vår håndtering skaper et inntrykk av motvilje mot å erkjenne feil- eller ønske om å holde tilbake ubehagelige fakta, kan dette ha svært negative følger for tillitsforholdet og virksomhetens omdømme.”

(kvalitetsutvalget i Nord- helse Trøndelag, årsrapport 2009:2)

De beskriver at ordningen med kvalitetsutvalg ble innført fra 1993/94 og de mener det har bidratt til å utvikle meldekulturen og synliggjøre forbedringspotensialet i de fleste sykehus. Men likevel mener de at de ikke har grunn til å være fornøyde, dette fordi de hevder at det fremdeles er slik at noen ”uheldige historier” blir feid under teppet i beste kollegiale ånd. Det trekkes også frem at det er ulik oppfatning i helsevesenet av hva som er uønsket og alvorlig, og at praksisen for hva som meldes derfor varierer på alle nivå i helsetjenesten. De skriver videre at

”dersom vi for alvor mener at det er viktig å utveksle erfaringer for på den å lære av våre feil og sammenligne oss på kvalitet i den hensikt å oppnå en bedre helsetjeneste, kan vi ikke fortsette å agere etter egne oppfatninger av hva som skal meldes, hva som er alvorlig, og hvordan avvik skal kategoriseres.”

(kvalitetsutvalget i Nord- helse Trøndelag, årsrapport 2009:4)

Årsrapporten fra kvalitetsutvalget for 2009 beskriver et område kalt pasientopplevd kvalitet. Det fremkommer at HNT ikke har gjennomført registreringer av pasientopplevd kvalitet i egen regi, men har deltatt i noen nasjonale kartlegginger (PasOpp). De uttaler til sist at

”dersom vi mener at pasienter og pårørendes erfaringer skal være grunnlag for læring og forbedring, bør gjennomføring av brukerundersøkelser settes inn i en fastlagt plan for forbedringsarbeidet.” (Rapport 2009:30)

Dette har de tatt opp i årsmelding både for 2007 og 2008 og de skriver videre at det er tilfredsstillende å se at dette nå kommer på plass i helseforetakets kvalitetsstrategi for 2010-16.

I årsrapporten for kvalitetsutvalget for 2009 skrives det at det er behov for å styrke samarbeidet med kommunene og det er behov for dedikerte personellressurser for å opprettholde fremdrift i dette arbeidet. Samarbeidsutvalget må i sammenheng med samhandlingsreformen og en endret oppgavefordeling i forhold til kommunene få et tydelig mandat. De setter også spørsmål ved om de ivaretar pliktene til helseforetaket i forhold til råd og veiledning overfor kommunene. De skriver også at med planlagte kostnadsreduksjoner som innebærer færre disponible senger ved de store somatiske avdelingene gir det seg selv at sykehusene må arbeide aktivt for å oppnå bedre styring med inntaket av pasienter.

I kvalitetsutvalgets årsrapport for 2009 trekker de frem følgende områder det bør arbeides med i 2010, og blant andre følgende områder beskrives:

- Pasientopplevd kvalitet
- Kvalitetsveiledere
- Standardisering av pasientforløp
- Styrking av samarbeid med kommunene

De fremhever videre at dersom pasienten ikke kjenner sine rettigheter må vi bidra til at de får dette, samarbeidet må omfatte alle deler av helsetjenesten, forbedring forutsetter at vi har evne og vilje til læring og samarbeid. I forhold til området samhandling drar kvalitetsutvalget opp en del spørsmål til ettertanke

- Kan vi forsvare at vi plasserer de minst erfarne legene i de mest fremskutte posisjonene?
- Ivaretar vi våre plikter i forhold til rådgivning og veiledning overfor kommunene?
- Oppfyller vi vårt ansvar for å bidra til at brukerne får oppfylt sine rettigheter, eksempelvis i forhold til de mange som har behov for langvarige og sammensatte tjenester?
- Med de planlagte kostnadsreduksjoner som innebærer færre disponible senger ved de store somatiske avdelingene gir det seg selv at sykehusene må arbeide aktivt for å oppnå bedre styring med inntaket av pasienter. Hvordan får vi dette til?

Svaret på dette beskriver de til å styrke samarbeidet med kommunene. Dette foreslår de bør skje blant annet ved at det etableres ulike møtearenaer for ulike personellgrupper.

- Nettverk for leger mellom sykehus og kommuner for å bedre kommunikasjonen
- Systematisering av samhandling mellom leger og sykepleiere på nivå og mellom nivå i helsetjenesten
- Vurdere å sette mer erfarne leger i den mest fremskutte posisjon/ mottakelsen
- Målrette samarbeidet mot kommunene om pasienter med høy sykdomsrisiko og risiko for tilbakefall
- Utvikle en gjensidig forankret oppfatning om oppgavefordelingen mellom sykehus og kommune i en fremtidig helsetjeneste

De nevner samtidig at det er økende etterspørsel etter risiko og sårbarhetsvurderinger fra organisasjonen. De erkjenner at metode for risikostyring gjør at en kommer i forkant av utfordringene. De skriver videre at økt åpenhet og innsyn fører til at det blir et behov for å etterprøve kvaliteten på en mest mulig sammenlignbar og objektiv måte.

Derfor ser de betydningen av å etablere og videreutvikle gode styringssystemer for å fylle kravene til faglig forsvarlighet, informasjonssikkerhet, arbeidsmiljø, leveringsevne og beredskap. Til sist beskriver de i grunnlaget til styret utviklingstrender og rammebetingelser som utgangspunkt for utarbeiding av en strategi, og strategien har målområder innenfor pasientbehandling, kvalitet, medarbeiderutvikling, samhandling og økonomi og ressursstyring. Strategiene følges opp av tiltak og utvikling av indikatorer.

I styrets årsrapport 2009 for Helse Nord-Trøndelag så vises det til ”ledelsens gjennomgang” som ble holdt av direktøren i mars og med et oppfølgingsseminar i november 2009.

De fokuserer på rapportering for å innfri styringskrav innenfor 4 områder, og disse er drift, kvalitet, medarbeider og samhandling. De viser til hvilke kvalitetsindikatorer styret har hatt fokus på i 2009, og de trekker frem konkrete fokusområder, blant annet området samhandling med kommunene, pasientforløp, opplæring av pasienter og pårørende og brukarmedvirkning.

Som eksempler på lokalt fastsatte styringsindikatorer for *kvalitet* nevner de gjennomsnittlig ventetid, brudd på behandlingsfrist, brudd på timeavtaler, korridorpasienter, brukerundersøkelser, avviksmeldinger og klager, prevalens av sykehusinfeksjoner og andel som har fått utarbeidet individuell plan.

Som eksempler på indikatorer for *samhandling* fremhever de eprikriser sendt ut innen 7 dager, poliklinikknotat sendt ut innen 7 dager, liggedøgn utskrivingsklare pasienter, andel utskrevne pasienter før klokka 13.

I forhold til dette fremheves strategiene innenfor kvalitet spesielt ved følgende punkter:

- Styrking av kvalitetskultur og gjennomføringsevne på kvalitetshevende tiltak
- ISO 9001- sertifisere hele helseforetaket med underliggende enheter innen 21. mars 2016
- Utvikling og implementering av standardisering av pasientforløp
- Dokumentasjon og informasjonsdeling av det løpende forbedringsarbeidet i helseforetaket
- Implementering og opplæring i IKT- verktøy som støtter samhandling og som bidrar til effektiv drift og bedre kvalitet

Bruke HMS-arbeidet aktivt for å øke arbeidsgleden og sikre HNT's leveringsevne

De avslutter årsmeldingen med at de er bekymret for at pasienttilbudet kan bli påvirket av tilpasninger i økonomien med et innsparingskrav på 50 millioner for 2010, og sier at det er en risiko for at det kan gå utover kvantitet og kvalitet i pasienttilbudet. De anmoder derfor foretaksledelsen om å kartlegge risiko og sette i verk adekvate risikoreducerende tiltak for å unngå negative hendelser.

De beskriver også at det er en overordnet risiko for tre uønskede effekter av omstillingene, lavere aktivitet kan føre til økt ventetid, lavere kvalitet på grunn av økte krav til produktivitet og dårligere pasienter skrives ut til kommunene som følge av kortere liggetid.

Tiltak som kan motvirke dette beskrives blant annet med kvalitetsforbedrende tiltak og bedre samhandling med andre aktører i helsetjenesten.

Til sist beskrives det i styrets årsmelding for 2009 at i den videre utviklingen av sykehusene i Nord- Trøndelag vil styret få seg forelagt balansert styringsinformasjon i tråd med de målområder som er valgt i strategi 2016. Dette for å overvåke kvalitet og arbeidsmiljø, sammenligne Helse Nord- Trøndelag med andre foretak og sykehus og for å få enda bedre grunnlag for beslutninger.

Innspillene til styret i årsmeldingen for 2009 leder frem til strategi 2016 for HNT som blir vedtatt i mars 2010.

Under HNT sin strategi 2016 har de etablert et mål knyttet til samhandling om at *"befolkningen opplever en god og sammenhengende helsetjeneste"* (strategi HNT 2016:18)

Som eksempler på samhandlingstiltak i HNT sin strategi 2016 kan nevnes målområde for pasientbehandling der de beskriver at avdelingene i HNT i perioden 2010-2016 skal utarbeide

standardiserte pasientforløp for utvalgte pasientgrupper i samarbeid med kommunehelsetjenesten og evt andre institusjoner. Videre beskrives det at bedre IKT-systemer og dokumentasjonsrutiner skal sikre rask og riktig informasjon til samarbeidspartnere som har felles ansvar for pasientbehandlingen, med satsing 2010-2016. Det beskrives også at helseforetaket skal være koordinert internt og i samhandlingen opp mot andre i helsetjenesten. De har også en ambisjon om å ta en aktiv rolle i videre utvikling av samhandling med kommunene, rehabiliteringsinstitusjonene og andre aktører i helsetjenesten samt arbeide for systematisk, gjensidig kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, og til slutt ha en aktiv rolle i helsefremmende arbeid i samarbeid med kommunene i foretakets nedslagsfelt.

Aktuelle tiltak som beskrives på området samhandling er at det gjennomføres en strategiprosess i samarbeidsutvalget for å utvikle en felles samhandlingsstrategi med kommunene innen 1. juni 2010.

Dokumenter viser at helseforetaket som en konsekvens av en gjennomgang av kvalitetsarbeidet vurderer å legge mer av det daglige kvalitetsarbeidet til linjeledelsen for å knytte det mer til lederfunksjonen og at kvalitetsutvalget får en ny rolle.

Dokumentet og prosessen med ”ledelsens gjennomgang” fokuserte i 2010 på blant annet pasientrelatert kvalitet og avviksmeldinger, og det ble foreslått konkrete tiltak overfor ledelsen og ansatte:

- Kriterier for melding av avvik må gås gjennom med de ansatte, fortløpende
- Avvikshendelser siden forrige møte bør være fast tema på avdelingsmøter, 3. kvartal 2010
- Etablere rutiner for elektronisk avviksbehandling innen 31. des 2010.

Det går ikke frem av verken ledelsens gjennomgang eller styrets årsberetning at avviksmeldinger på samhandling er tema på dagsorden i disse foraene.

Resultatmålinger fra kvalitetsutvalgets årsrapporter

Sammendrag fra styrets årsrapport for 2009 viser til at det rapporteres på 6 indikatorer innenfor kvalitet, disse gjengis ikke i kvalitetsutvalgets årsrapport men er del av ledelsens gjennomgang i helseforetaket.

Interne avviksmeldinger er delt inn i kategorier, og i tabellen nedenfor setter jeg opp avvik totalt og tar ut tall for konkrete områder som trekkes frem som sårbare. For områdene medisiner og informasjonssikkerhet og et annet område kategori 4 som er en samlepost knyttet til hendelser med komplikasjoner av behandling, fall eller egenskade har utviklingen de siste årene vært slik ved sykehuset Levanger.

Tabell 1, meldte avvik internt i HNT

Meldte avvik internt, sårbare områder HNT	2008	2009	2010
Avvik totalt	273	362	358
Medisinering	61	72	81
Komplikasjon, bivirkning, fall, egenskade	33	97	97
Informasjonssikkerhet	75	86	84

Tabellen viser at antall avvik totalt økte fra 2008 til 2009 og flatet ut i 2010. Videre har det vært en stor økning i dette med komplikasjon, bivirkning og fall, dette i samme periode som at antall meldte avvik økte. De sier videre at hensikten med å bruke erfaringer ved uønskede hendelser til forbedring bør være innlysende, men at det ofte skorter på den praktiske gjennomføringen, både innad i eget helseforetak og mellom helseforetakene i Midt-Norge.

Lokale styringsindikatorer for samordnete og koordinerte tjenester i overgangene mellom helseforetak og kommune finner en i samarbeidsavtalen og rapport finnes i årsmeldingen fra kvalitetsutvalget fra 2008 og 2009. Ut fra meldte avvik fra kommune til sykehus peker den på flere sårbare områder for sykehuset Levanger for 2008 og 2009, og tabellen viser de områdene med flest avvik på basisavtalen.

Tabell 2, avvik meldt til HNT på basisavtalen

Avviksmeldinger samhandling meldt til sykehuset Levanger	2008	2009
Manglende epikrise, svikt i planlegging, kommunikasjon	27	10
Uklar, mangelfull inform, også ved medisinbruk	8	4
Resept, nødv. medisiner manglet v/hjemkomst	9	1

Tabellen forteller oss at det har vært en nedgang i meldte avvik på basisavtalen på dette med manglende epikrise ved utskriving/ svikt i planlegging og kommunikasjon. Det har også vært en nedgang i antall avvik på manglende resept eller manglende medikamenter ved hjemkomst.

4.3.3 Intervju i helseforetaket/ medisin A i forhold til områdene ”trygge og sikre” tjenester, tjenester preget av samordning og kontinuitet” og tjenester preget av ”involvering av brukerne og gi dem innflytelse”

Hva sier intervjuobjektene i helseforetaket om sammenhengen mellom avvikshåndtering og strategiske valg? Ansatte er litt usikre på hva som ligger i spørsmålet, men som eksempler fremhever de situasjoner som er nærmest praksisfeltet for dem, og nevner da en episode med en ”oksygenkonsentrator” som ikke fungerte og som ble tatt ut av drift samt endring av rutiner

knyttet til utsending av medikamentskjema til kommunen på basis av at kommunen ikke fikk overlevert opplysninger som var medsendt bruker.

Ledelsen nevner at de i enkelte tilfeller kan gjøres strategiske valg og endre praksis i etterkant av kvalitetssjefens gjennomgang på møter med avdelingssykepleiere og klinikkssjef i medisinsk klinikk.

”hvis det er enkle ting så kan det holde med at det går ut beskjeder. Det kan også bety at vi endrer rutiner/ prosedyrer.” (H 3)

Det nevnes videre et konkret prosjekt som er satt i gang i helseforetaket knyttet til medikamenthåndtering. På grunn av feil ved manuell overføring av medikamentdata fra et skjema til et annet ble det gjort feil. Etter dette ble rutinene endret til at en ansatt sjekker det en annen ansatt har overført av data i medikamentskjemaet for å ha en kvalitetssikring.

Og så har de utarbeidet en kompetanseplan i 2010, og som er bygd opp i forhold til hva vi skal gjøre og hva slags kompetanse vi trenger, også i forhold til dette med avvik.

”Jeg synes slik sett at avviksmeldingene er med og påvirker retningen i forhold til hva vi gjør. Så er jo selvsagt spørsmålet, er det de avvikene som kommer som representerer den virkelige verden der ute?” (H 3)

Annen representant for ledelsen forteller at de har kikket litt på å utvikle sykepleiesensitive indikatorer. Indikatorene går på fall, ernæring, dokumentasjon, smerte, der en ser på felles indikatorer i hele Norden. Det har vært et ønske om å innføre flere sykepleiesensitive indikatorer.

”For epikrisetid sier fryktelig lite om kvaliteten på det vi gjør, på samme måte som DRG-inntjening. Her kan vi gå inn og si noe om kvalitet på de tjenester vi utfører. Vi har blant annet snakket om et prosjekt knyttet til fall, for vi har jo noen alvorlige fall som påfører folk skade og som gjør at de får lengre liggetid, men vi har også noen som ikke skader seg. Hvorfor faller de, hva kan vi gjøre for å unngå det, så der holder vi på å snuse på et prosjekt i den forbindelse.” (H 2)

Representant for kvalitetsorganisasjonen bekrefter styringslinjene i tråd med det som er beskrevet i dokumentene, og forteller at de i 2010 har gjennomført prosessen i tråd med det de hadde som ambisjon med ledelsens gjennomgang.

Som eksempler på strategiske valg trekker han frem at

”Nå står vi i en diskusjon, spørsmålet om kvalitetsutvalgets rolle fremover. For i dag har vi den situasjon med at kvalitetsutvalget behandler alle avvik som defineres som eksternt meldepliktig. Men så har vi kvalitetsutvalgets arbeidsutvalg som behandler en god del avvik som ikke går videre men som er internt. Og da er det spørsmål om arbeidsutvalget bør returnere til klinikkene de meldingene som ikke er eksternt meldepliktig. Jeg tror nok at det blir fremtiden.” (H 1)

Videre så nevner han

”Hvis vi tar ledelsens gjennomgang for 2010 så hadde vi da et område som er HMS, et som er pasientrelatert kvalitet, informasjonssikkerhet og avviksbehandling. Og hvis vi da tar første punktet om pasientrelatert kvalitet, så har vi mye på dette med legemiddelhåndtering. Tiltak som ble prioritert

1. Internkontrollsystemet for legemiddelhåndtering - prioriteres i 4. kvartal 2010. Dette viser at der erkjenner vi at vi har utfordringer. 2. Forbedre registrering og oppfølging av behandlingskomplikasjoner- oppnevne kvalitetsveiledere. 3. Bruke registreringene aktivt i kvalitetsforbedring. Det er et av områdene jeg synes at vi har stor forbedring på, og som vi nå har sett fungerer veldig godt i mottakelsen. Det er masse registreringer som tidligere ikke har vært brukt - systematisk journalanalyse og bruke triage aktivt for prioritering av pasienter i mottakelsen.” (H 1)

Brukerne forteller at de satte frem krav og har nå fått gjennomslag for å ha møter i brukerutvalget like før styremøtene, slik at den som er brukerrepresentant i styret får mulighet til å forberede seg før møtene i styret og ha dialog med resten av brukerutvalget for å forberede innspill til saker som kommer til behandling. Det opplever de som en klar kvalitetsforbedring.

4.3.4 Strategiske valg og samhandling ved strategiske valg i kommunen på basis av avviksmeldinger

Styringslinjen i kommunen knyttet til håndtering av avviksmeldinger beskrives slik: Flytdiagrammet viser at avvik går fra den enkelte ansatte, via avdelingssykepleier og noen kan lukkes der. Andre avvik som gjelder mer overordnede ting eller områder med gjentagende avvik går til virksomhetsleder. Alle avviksmeldingene oppsummeres i halvårslige rapporter av avdelingssykepleier og sendes til virksomhetsleder. Virksomhetsleder vurderer hvordan avvikene skal håndteres på systemnivå, men tar med seg rapportene til en ledelsens gjennomgang i sin ledergruppe i distriktet.

4.3.5 Dokumentstudier i kommunen i forhold til områdene ”trygge og sikre” tjenester, tjenester preget av samordning og kontinuitet” og tjenester preget av ”involvering av brukerne og gi dem innflytelse”

I kommunens årsmelding for 2008 skriver rådmannen at ”fokus har også i 2008 vært kvalitet innenfor tilgjengelige ressurser”.

Videre skrives det i årsmeldingen dette året at et målrettet samarbeid med HINT, omsorgsforskningssenteret og spesialisthelsetjenesten skal bidra til at tjenestene som ytes, holder god nok kvalitet i forhold til den enkeltes behov. Etablering av etterbehandlingssenger er i planleggingsfasen. Det arbeides kontinuerlig internt for å sikre et forsvarlig tjenestenivå, som er likt uansett hvor man bor i kommunen. Helsestasjon for eldre skal utredes med intensjon å kunne være forebyggende med tanke på at innbyggerne kan få bo hjemme, med nødvendig hjelp, så lenge som dette er forsvarlig. Det fremkommer ikke av tilgjengelig dokumentasjon om arbeidet med etablering av helsestasjon for eldre er realisert.

I årsmelding 2008 beskriver rådmannen at presset på institusjonsplasser har vært stort.

Jfr. basisavtale med Helseforetaket burde det i 2008 ha vært tatt tilbake 29 overføringsklare pasienter tidligere som har generert 306 liggedøgn på sykehuset. Flere ressurskrevende brukere ble utskrevet til hjemmet.

Videre i årsmeldingen for samme år beskrives det at 11 institusjonsplasser var stengt i perioden mars og ut oktober. Resultatet var store utfordringer med yting av lovpålagte hjemmetjenester. Det har vært nødvendig å øke hjemmetjenesteressursene i løpet av året, og det har kommet til nye brukere innen brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Fra november åpnet 4 plasser. I oktober 2010 i egen sak vedtok kommunestyret å ta i bruk tre institusjonssenger som rulleringsplasser. Saksfremlegget viser at dette hadde sitt grunnlag i mangelen på institusjonsplasser og det presset på tilbudene som lå der.

I årsmelding samme år beskrives også at kommunen deltar som modellkommune i et nasjonalt prosjekt. "Elin K" er et prosjekt som gjennom elektronisk kommunikasjon mellom hjemmetjeneste og legekantor skal gi effektiv samhandling og sikker informasjonsflyt.

Kommunen er plukket ut som en av 11 kommuner i Helsedirektoratets meldingsløft og som skal prøve ut elektronisk informasjonsutveksling som et bidrag til å sikre til bedre informasjonsflyt mellom de ulike samarbeidsaktørene i pasientforløpet.

I kommunens årsmelding for 2009 skriver rådmannen at i en situasjon hvor kommunen skal redusere aktivitetsnivået, er det avgjørende å ha rett kompetanse på rett sted. Han peker videre på at samtidig med at det er en vekst i antall eldre, blir det stadig færre hender til å utføre oppgavene i arbeidslivet. Han mener derfor at kommunen framover vil møte en tøffere konkurranse fra omverdenen når det gjelder rekruttering, og rekrutteringsstrategier er et viktig område å jobbe med framover. Han kommenterer også om den kompetansemessige situasjonen på kommunedelplanområdet helse, omsorg og velferd er vanskelig og peker spesielt på utfordringene med å rekruttere sykepleiere og vernepleiere til tjenesten. Han beskriver at det ikke finnes spisskompetanse på alle avdelinger og at dette krever samhandling på tvers slik at optimalt tilbud kan gis uansett hvor tjenestemottakerne bor. Derfor mener han at det må sikres at de viktigste av oppgavene som skal løses, får oppfølging innenfor alle fagfelt som skal bidra, til rett tid. Årsmelding for undervisningssykehjemmet for 2009 beskriver at det arbeides mye med systematisk kvalitetsutvikling, men det går ikke frem hvorvidt dette har basis i avviksmeldinger eller indikatorer.

Hovedområder for utviklings- og kvalitetsforbedringsarbeid i 2009 var demensomsorg og lindrende behandling.

Det interkommunale kvalitetsutvalget utarbeider ikke rapport over arbeidet sitt. Det er heller ikke beskrevet i mandatet til kvalitetsutvalget. (notat om kvalitetsutvalg 02.03.09) Det fremkommer av intervju at det pr i dag ikke er link mellom kvalitetsutvalgets arbeid og

ledelsens gjennomgang, noe som forklares delvis med at fokuset i kvalitetsutvalget frem til nå har vært etablering av felles prosedyrer.

Det fremkommer av intervju at ledelsens gjennomgang involverer ledergruppen i helse og omsorg. Ledelsens gjennomgang foregår to ganger i året. Der blir det sett på hva som har dukket opp av avvik og hvilke erfaringer som bør spres.

Målinger/statistikk i sykehjemmet på antall avvik fra år til år viser en nedgang i avvik på medikamentområdet. En slik ledelsens gjennomgang i ledergruppa i helse og omsorg, som består av virksomhetsleder og avdelingsledere i virksomheten, besluttet at de skulle definere på nytt hva opplæringen i legemiddelhåndtering skulle bestå i på basis av meldte avvik på medikamentområdet. Dette var for å sikre at den enkelte som deltar i legemiddelhåndtering har den kompetansen vedkommende må ha.

I årsmeldingen for kommunen i 2009 skriver rådmannen at det innenfor helse, velferd, pleie og omsorg oppleves et stort trykk med stadig økning i antall tjenestemottakere. Og at kommunens økonomiske situasjon innebærer at omfanget av tjenester fortsatt må ned. Han sier videre at det er iverksatt en prosess med gjennomgang av alle vedtak med mål å redusere tjenestenivå ved endringsvedtak og at terskelen for å få tjenester vil framover bli høyere.

Målinger av tilfredshet blant pårørende/ beboere er gjennomført, og det har fremkommet områder som bør forbedres, men det foreligger ikke konkret dokumentasjon på politisk nivå som viser hvordan denne er behandlet eller hvorvidt dette har medført konkrete strategiske valg. I årsmeldingen for 2009 beskriver rådmannen at det i 2010 skal jobbes med kommunedelplan for helse, velferd og omsorg og flere avdelinger. Målet ble i årsmeldingen satt til at førsteutgaven av denne skulle ferdigstilles i 2010. Han skriver videre at det i kommunedelplanen skal defineres effektmål i forlengelsen av verdimålene i kommuneplanens samfunnsdel. Effektmålene skal bidra til å tydeliggjøre hva kommunen ønsker å oppnå med sin ressursdisponering. De vil være utgangspunkt for tertial- og årsrapporteringen, og slik bidra til å gjøre rapporteringen bedre.

Dette arbeidet er ikke videreført, slik at det foreligger pr i dag ikke noen kommunedelplan eller noen effektmål for helse og velferdstjenesten basert på kommunale vedtak.

Senere i årsmelding samme år beskrives det at i kommunenes kompetanseutviklingstiltak ”medarbeiderskap” så er de etiske retningslinjene er et viktig tema.

Resultatmålinger i kommunen

Brukerundersøkelsen er ikke omtalt i årsmeldingen fra sykehjemmet for 2008 og heller ikke i kommunens årsmelding for 2008 på annen måte enn at rådmannen skriver at brukermedvirkning skjer gjennom etablerte råd og utvalg og at det er gjennomført brukerundersøkelser. Rådmannen skriver videre at det har vært få skriftlige klager på

tjenestetilbudet og at brukerne i stor grad er fornøyd med tjenestetilbudet. Han skriver videre at tjenesten jobber under betydelig press både fra brukere og pårørende. Brukerfokuset har blitt styrket – og brukerdialog/brukerutvalg er videreført.

Og senere skriver han at i tillegg til de brukerundersøkelsene som gjennomføres annethvert år har kommunen satset på å vitalisere brukerutvalgene eldrerådet og rådet for likestilling av funksjonshemmede.

Verdal gjennomfører brukerundersøkelser hvert annet år, og på området brukermedvirkning er det tre spørsmål som pårørende skal svare på for å vurdere den omsorgen deres far eller mor får. De skal gi en score fra 1 til 4 der 4 er best på i hvor stor grad beboerne får være med og bestemme.

Tabell 3, et område for brukeropplevd kvalitet, sykehjemmet

	2008	2010
1. Hva beboeren skal ha hjelp til	2,9	3,4
2. Når beboeren skal legge seg eller stå opp	3,3	3,7
3. Når beboeren skal spise	2,9	3,2

Resultater fra brukerundersøkelser 2008 til 2010 viser også at de har forbedret praksis i forhold til brukermedvirkning. Antallet respondenter var 10 i 2008 og 13 i 2010. Resultater av brukerundersøkelser offentliggjøres på nettsiden ”bedre.kommune.no” og der kan kommuner sammenligne seg/ benchmarke mot andre som gjennomfører brukerundersøkelser og innbyggere kan ha mulighet til å gå inn og se.

To store områder som synes å være sårbare internt i sykehjemmet er avvik i forhold til legemidler samt fall, og et område dokumentasjon som de selv oppfatter som sårbart men der det ikke meldes mange avvik. Utviklingen for avdelingen jeg intervjuet har vært slik over første halvår de tre siste årene:

Tabell 4, interne avvik på kvalitet, 2. et. Verdal bo- og helsetun

Sårbare områder 2. etasje VBH	1. halvår 2008	1. halvår 2009	1. halvår 2010
Legemidler	16	8	2
Fall	11	19	18
Dokumentasjon	2	5	2

Tabellen viser en nedadgående trend når det gjelder avvik på medikamenter, men viser delvis en økning de første to år og så en utflating i forhold til fall.

Andre indikatorer de melder på er brudd på tjenestestandard, utagerende atferd og utstyr m.m.

4.3.6 Intervju i kommunen/ sykehjemmet i forhold til områdene ”trygge og sikre” tjenester, ”tjenester preget av samordning og kontinuitet” og tjenester preget av ”involvering av brukerne og gi dem innflytelse”

Men intervju med ansatte og ledelse i sykehjemmet viser at de tok tak i resultatene fra spørreundersøkelsen blant pårørende for å forbedre samhandlingen, noe som resulterte i endret praksis for inntakssamtale ved nye brukere og jevne samtaler underveis i oppholdet. Når jeg spør hvorvidt politisk nivå bør involveres får jeg ulike svar. Ansatte mener at avvik som går på ressurser bør gå til politisk nivå, ellers vil de ikke få tilført ressurser, og sier *”ressurser og tjenestetilbud henger jo veldig tett sammen, og det samme med kompetanse. Har vi ikke nok ressurser og kompetanse så greier vi jo ikke å gjøre det vi skal.”* Det går frem at det ikke er noen link mellom det arbeidet som foregår i det interkommunale kvalitetsutvalget og politisk nivå, og det fremkommer at opprettelse av kvalitetsutvalg heller ikke er vedtatt politisk. Intervju viser at de er usikre på hvorvidt politikerne er interesserte i kvalitet.

”jeg tror de er mer opptatt av pengene ja, dessverre tror jeg det er slik.” (K 3)
Representant for ledelsen peker på konkrete strategiske valg på basis av avvik, og de strategiske valgene blir gjennomført ved en ledelsens gjennomgang i kommunen. Som eksempler på strategiske valg nevnes gjennomgang av en internrevisjonsrapport etter farmasøytisk tilsyn der det var funn på legemiddelområdet, og de besluttet flere tiltak for å forbedre legemiddelområdet etter en slik gjennomgang. Ledergruppen i distriktet beskrives som et beslutningsforum, og det beskrives å være en ledelsens gjennomgang det de har når ledergruppen samles, enten at det går på prosess eller at det går på å se hva vi har fått av avvik så langt i år av meldinger. Der ser de på hva som har dukket opp, og om det er erfaringer som bør spres. I forhold til involvering av politikere i kvalitetsarbeidet, så kommenteres det at de er ikke der i dag.

”Det er ikke det at veien til det politiske nivå er så lang, men vi har ikke greid å lage oss en slik struktur. Og temaene har heller ikke vært slik at vi har tenkt i forhold til de politiske nivå heller. Jeg føler likevel ikke at veien er stengt for å komme opp til det politiske nivå. Det er bare det at vi må finne oss en arbeidsform slik at det også kan bli en læringsarena.” (K 2)

Representant for kvalitetsutvalget har en ambisjon om at resultat fra brukerundersøkelser, som er sentralt for opplevd kvalitet, blir drøftet med brukerorganisasjonene.

”For å både formidle og få tilbakemeldinger og synspunkt, dialog i forhold til hvordan er det og hva gjør vi. Hvor ønsker vi oss hen. Og det var jo da at da bør vi heller være på annen arena, på deres arena, eller lage en arena, et møte hvor vi tar opp det.”
(K 1)

4.3.7 Analyse av empiri

Fokuset for den empiriske analysen er å se etter funn i materialet for hvorvidt avvik fører til strategiske valg og hvorvidt det er samhandling med sentrale interessenter ved strategiske valg.

Funn i helseforetaket

Helseforetaket synliggjør at de har fokus på oppfølging av meldekultur gjennom sine styringsdokumenter, både gjennom en årlig melding fra kvalitetsutvalget, en bred ledelsens gjennomgang og en årsrapport til styret. De signaliserer veldig sterkt både i rapporten fra kvalitetsutvalget og i årsrapporten til styret at de ønsker bedre kvalitet både på samhandling med pasienten og med kommunene, og de fremhever kvalitetsarbeidet som svært viktig for omdømmet.

Avvikshåndteringen gjennom flyten av meldingen fra et avvik oppstår til det kommer som styringsinformasjon viser at det er involvering på tvers av alle nivå i helseforetaket.

Rapporten fra kvalitetsutvalget oppsummerer avvik innenfor ulike kategorier som gjør at de får fokus på sårbare områder på bakgrunn av meldte avvik. Rapporten blir behandlet i styringslinjen. Gjennomgang av styrings- og resultatindikatorer med foretaksledelsen og med styret legger opp til at disse skal brukes som underlag for strategiske valg.

I kvalitetsutvalgets årsrapport for 2009 fremhever de konkrete områder som bør ha fokus, nærmere bestemt pasientopplevd kvalitet, kvalitetsveiledere inn i klinikkene, standardisering av pasientforløp i samarbeid med brukerne og kommunene, en generell styrking av samarbeid med kommunene. Disse områdene er overført til konkrete strategiske valg i strategi 2016 i HNT. Det er videre en klar linje mellom funn i kvalitetsutvalgets årsrapport og tema som kommer opp gjennom ”ledelsens gjennomgang”, og det blir på denne konkrete arenaen også gjennomført strategiske valg som munner ut i konkrete tiltak med tidsfrister.

Kvalitetsutvalget er også en arena for strategiske valg, og helseforetaket har valgt å trekke inn representanter for brukerne i utvalget, noe som fremheves som positivt sett både fra brukerne og fra helseforetakets side. En ser også gjennom dokumenter og intervju at det blir gjort strategiske valg på andre nivå i organisasjonen, slik at det er ikke alt som er oppe til behandling i styret eller foretaksledelsen.

Dokumenter viser at helseforetaket har balansert målstyring med fokus på flere sider av kvalitet, men de mangler brede systematiske brukerundersøkelser som kunnskapsgrunnlag, selv om de har deltatt i nasjonale PasOpp- undersøkelser. Kvalitetsutvalget har signalisert et ønske om å få gjennomført en slik lokal PasOpp-undersøkelse, men de har ikke fått gjennomslag for det så langt. Dette har heller ikke vært tema under ”ledelsens gjennomgang”

selv om det etterspørres av brukerne. Pasientopplevd kvalitet er likevel satt inn i strategi 2016 som et viktig tiltak som skal gjennomføres.

Helseforetaket offentliggjør sine avviksrapporter og distribuerer dem bredt ut til omgivelsene, blant annet på internett og gjennom egne skriftlige rapporter fra kvalitetsutvalget.

Strategi 2016 viser at helseforetaket kan omdanne avvik til strategiske valg, og mange av de valgene involverer kommunene. Dette bidro til at fokuset i 2010 også ble dreid til å etablere en felles strategi for helseforetak og kommuner og som er godkjent i samarbeidsutvalget.

Funn i ulike dokument viser at strategiene fra helseforetaket er flyttet fra strategi 2016 og over til felles strategi for helsetjenesten i fylket. Kommunene har vært representert i arbeidsgruppen og har bidratt aktivt ved utformingen av den felles strategien.

Helseforetaket har stort fokus på å etablere ulike samarbeidsarenaer med kommunene for ulike yrkesgrupper. Eksempler på nettverk er legenettverk i begge ender av fylket. I tillegg gjennomføres det nå konkrete gjennomganger av pasientforløp i samarbeid mellom helseforetaket, kommunene og brukerne. Og til slutt, det er etablert et prosjekt som ser på felles resultatindikatorer som skal brukes til å utvikle samhandlingen mellom kommuner og helseforetak.

Oppsummerte funn i kommunen

Strategiske valg blir gjennomgående tatt på lavere nivå i kommunen. Kommunens administrative og politiske ledelse drøfter i svært liten grad kvalitet i sitt styringssystem, og i intervju fremkommer det en kommentar på at kommunen oppleves å ha et litt for ensidig fokus på økonomiske ressurser.

Linjen fra et avvik oppstår til det lukkes og rapporteres foregår internt i virksomheten/sykehjemmet i Verdal og i ledergruppen i distriktet.

Det gjennomføres en "ledelsens gjennomgang" også i kommunen men den involverer ikke andre enn virksomhetsleder og avdelingssykepleierne i distriktet. Dette er imidlertid en "smal" gjennomgang som konsentrerer seg om å se på trender av avvik på pasientsikkerhet på tvers av avdelinger for å forebygge nye hendelser av samme type.

Kommunen har lav involvering av brukere knyttet til avvik og strategiske valg, i og med at kvalitetsutvalget ikke har etablert dette samarbeidet enda, men pårørendeforeningen ble involvert etter forrige brukerundersøkelse, i en arbeidsgruppe der de skulle komme frem til nye prosedyrer for informasjon og kommunikasjon. Kommunen har imidlertid gode data om brukeropplevd kvalitet som kunnskapsgrunnlag for strategiske beslutninger ved at de gjennomfører faste brukerundersøkelser, og i og med at de har gjennomført to så kan de også se trender.

Det er imidlertid funnet et konkret strategisk valg i forhold til sykehjemmet i kommunens styringsdokumenter. Det synes som om presset på institusjonsplasser har vært stort i perioder og det beskrives i årsmeldingen fra rådmannen i 2008. Dette førte til at både pasienter som var

ferdigbehandlet på sykehus og brukere i hjemmetjenesten har måttet vente ualminnelig lenge på plass. Kommunestyret hadde da en periode stengt institusjonsplasser på grunn av en vanskelig ressursituasjon, men fattet etter hvert vedtak om åpning av noen plasser både i 2009 og 2010, noe som førte til at kapasiteten på sykehjemmet ble økt.

Verdal kommune har allerede innført elektronisk avvikshåndtering. Dette er et valg som ble gjort allerede i 2008 men som ikke ble gjennomført før fra årsskiftet 2010/2011. Det ble derfor ikke med i min undersøkelse, men det kan gi kommunen bedre mulighet for å kunne få frem avvikene på en bedre måte og få dem presentert i styringslinjene.

Likheter mellom virksomhetene

Begge virksomheter har etablert styrings- og resultatindikatorer for å kunne følge utvikling/trender over tid, det har kommunen gjort ”på tross” av systemet da det er utviklet få nasjonale indikatorer på kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Helseforetaket har delvis gjort det som følge av systemet da de har et større utvalg av nasjonalt utviklede indikatorer. I forbindelse med felles strategi for samhandling er det etablert et prosjekt som ser på felles styrings- og resultatindikatorer som skal brukes til å utvikle grunnlaget for strategiske beslutninger på begge nivå i samhandlingen. Samarbeidsutvalget mellom kommuner og helseforetak fungerer godt i forhold til samarbeid og gjensidig informasjon. Likevel kan en vanskelig se for seg at dette blir arena for strategiske valg, da det er få representanter for kommunene der og at de heller ikke har med seg noe mandat for å kunne ta beslutninger på vegne av flere kommuner.

Det fremkommer av intervju og at avvik som meldes i overgangene ikke er inne til behandling i kvalitetsutvalget og er heller ikke til bred behandling i kommunen. Foreløpig finnes det få spor i styringsdokumenter både i helseforetaket og i kommunen av at oppsummerte avvik på samhandling fører til strategiske valg. Det er ikke tema i ”ledelsens gjennomgang”, og det er heller ikke tema i årsrapporten verken i kommunen eller i helseforetaket. Er det slik at dette i liten grad er gjenstand for strategiske valg i dag?

Det er vanskelig å tolke av oppsummerte avvikstrender over år hvorvidt strategiske valg har medført reduksjon i avvik. Tallgrunnlaget er lavt og kan ha sammenheng med de funn jeg har gjort tidligere knyttet til manglende utviklet meldekultur. Noen kategorier viser nedgang, noen er stabile og noen øker uten at en kan konkludere med at det jobbes godt eller dårlig. Begge har imidlertid konkrete eksempler på strategiske valg på basis av avvikstrender, eks. vis i forhold til medikamentområdet.

Begge virksomheter har avvik i forhold til press på økonomiske ressurser og må kutte i tjenestene og tilbudene, det blir tatt strategiske valg om kutt i begge virksomheter uavhengig av dialog rundt dette. Begge uttrykker at kutt vil påvirke kvaliteten på tilbudene.

Det fremkommer i intervju og dokumenter at begge gjør strategiske valg knyttet til å satse på IKT med fokus på å bedre rapporteringen på kvalitet samt bedre samhandlingen rundt informasjonsflyt med samarbeidende personell, og det fremkommer i intervju at begge har gjort strategiske valg knyttet til å øke kompetansen hos ansatte med basis i avvikshåndteringen.

De har begge også gjort strategiske valg i forhold til den konkrete avvikshåndteringen, og skal eller har innført elektronisk avvikshåndtering.

Det jeg tar med meg inn i den teoretiske analysen er å se på den ledelsesmessige forankringen, tilgangen på styringsinformasjon gjennom resultatindikatorer, samhandlingen både internt og eksternt, og IKT som det forløsende redskapet.

4.3.8 Analyse av empiri mot teori:

Ledelse forutsettes utøvd på alle nivå i en virksomhet, fra enkeltindividet til styret. Som øverste organ har styret både i helseforetaket og i kommunen større ansvar for å gjennomføre strategiske beslutninger. Styrets evne til å prege ledelsesprosessen i virksomheten avhenger av å få tilgang til relevant beslutningsinformasjon.

Lov om statlig tilsyn i helsetjenesten pålegger alle virksomheter i helsetjenesten å opprette internkontrollsystem som bidrar til at virksomhetene følger opp sine forpliktelser i forhold til og at systemet er ”levende”. Når det gjelder lovkravene i forhold til risikovurdering og kontinuerlig forbedring ved å skaffe seg oversikt over områder hvor det svikter eller hvor det er fare for svikt, så er nok helseforetaket et hestehode foran ved at de har utviklet flere indikatorer som får frem områder som kan være utfordrende for pasientsikkerheten, og de har sterkere forankring inn mot toppledelsen når det gjelder strategiske valg knyttet til pasientsikkerhet. Det som særpreger valg som blir gjort med avvik på andre nivå ut fra det jeg får frem av intervju og dokumenter i helseforetaket er at det foregår lite målsettende samspill ved å involvere andre ledelsesmiljø i avvikshåndteringen, noe som kanskje henger sammen med at alle avvikene går til kvalitetsutvalget. Det kan likevel se ut som at rutiner og prosedyrer endres som følge av tilbakemelding på avvik, og det er prosesser som foregår i avdelingen, noe som også må regne som et strategisk valg. Helseforetaket har et tydelig målsettende samspill rundt avvikshåndteringen med sterk forankring inn mot styrende organer, noe som kommer til uttrykk gjennom strategiske valg både ved ledelsens gjennomgang og ved behandlinger i styret. I dette samspillet er også brukerne representert ved at de sitter både i kvalitetsutvalget og i styret.

Det skal være en sammenheng mellom ledelsesmiljøene i en virksomhet. Det er usikkert hvorvidt målsettende samspill i helseforetaket involverer ledelsesmiljøet på avdelingene i

særlig stor grad, da det kan synes som om prosessene med målsettende samspill foregår mest på høyere nivå i virksomheten. Dette kan medføre at de går glipp av grunnlag for gode strategiske valg, og kan samtidig føre til at eierforholdet til strategiske valg blir lavere hos ansatte.

Det synes å være en tett kopling mellom mål og resultater i helseforetaket og de gjennomfører langt på vei det som ligger i balansert målstyring gjennom sin tilnærming ved ledelsens gjennomgang. De evner å gjøre strategiske valg med basis i avvikene, som da benevnes som kvalitetsindikatorer eller resultatindikatorer. De har utviklet et sett med indikatorer som ivaretar bredden, og de har etablert prosesser som vurderer resultatene og gjør strategiske valg. Resultatstyringen i helseforetaket ser derfor ut til å passe bra sammen med behovene til profesjonsutøverne i deres fagstyring, økonomipersonalet i deres økonomistyring og lederne i deres strategiske styring.

Kommunen gjennomfører også målsettende samspill knyttet til strategiske valg på basis av avvik, men det skjer på lavere nivå i organisasjonen og involverer i liten grad kommunestyret, og det involverer i liten grad brukerne. Det kan synes som om kommunen har størst utfordringer knyttet til å få etablert større grad av målsettende samspill mot styrende organer for å få tatt strategiske valg. Det kan også synes som at kommunen først og fremst har utfordringer knyttet til ledelsens og politikernes involvering i forhold til kvalitet generelt. I kommunen kan det ut fra dokumenter og intervju synes som om det er lagt mest vekt på økonomistyringen, og at fagstyringen og den strategiske styringen på basis av avvik i forhold til kvalitet ikke blir ivaretatt i tilstrekkelig grad på overordnet administrativt og politisk nivå. Ved at kommunen ikke har etablert konkrete tiltak i kvalitetsarbeidet og heller ikke uttalt hva de ønsker å måle så vil de ha for dårlig grunnlag for å ta strategiske valg på basis av avvik. Hva kan årsaken være til at avvik ikke bringes inn til politisk nivå i kommunen? Er det mulig å se for seg at dette er bevisst praksis for at rådmannen ønsker å bringe frem slik type informasjon, og/ eller er det bevisst fra politisk nivå at en ikke ønsker å ha hverdagen i tjenestene så nært innpå seg?

Kommunen synliggjør bedre både gjennom dokument og intervju at de er aktive i det å ”gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten”, dette gjennom at de gjennomfører brukerundersøkelser og får frem resultater på brukeropplevd kvalitet, og de viser også at de har evnet å gjøre strategiske valg i virksomheten basert på resultatene. Dit har ikke helseforetaket kommet enda, men de har kommet lengst i forhold til brukermedvirkning på systemnivå ved at de har eget brukertilvalg, de har brukere med i kvalitetsutvalget og de har brukere med i styret. Dette gjør at brukerne kan delta mer aktivt i det målsettende samspillet i helseforetaket.

Når det skjer endringer i omgivelsene, må ledelsen forsøke å finne en ny likevektsløsning. Tiltakene kan både rettes mot virksomheten og omgivelsene. Begge virksomheter kutter ensidig i ressurser og det foregår ikke noen dialog mellom virksomhetene i forkant. De gjør dermed tilpasninger hver for seg som påfører innbyggerne i kommunen et ”dobbel press.” Sykehus tilbudet reduseres og kommunetilbudet reduseres. Begge er åpne på at dette gir reduksjon i kvalitet og også i kvantitet, og dette påvirker jo innbyggerne direkte. Begge virksomheter har imidlertid lavt fokus på avvik som meldes i overgangene og det er vanskelig å gjenfinne strategiske valg på basis av avvik meldt i overgangene, og det kan derfor se ut som det er et manglende målsettende samspill i begge virksomhetene knyttet til avvik i overgangene.

Her oppstår utfordringer knyttet til at virksomhetene er egne selvstendige rettssubjekt med hver sine styringslinjer som ikke gir rom for språkskapende og problemløsende samspill for å finne gode fellesløsninger for strategiske valg.

Ledelsens gjennomgang gjennomføres i begge virksomheter. Og så bør en etter hvert spørre seg, burde det vært etablert en ledelsens gjennomgang på tvers av nivå og hvordan skal det evt. foregå? Samarbeidsutvalget er en felles arena, men kan ikke fungere som beslutningsorgan på vegne av kommunene, fordi det sitter såpass få representanter der. For helseforetaket sin del så kunne det vel fungert som et beslutningsorgan for de kunne enkelt fått med seg alle klinikklederne, og i tillegg deltar direktøren fast på møtene.

For å sikre organisasjonens eksistens må det hele tiden arbeides med å utvikle samarbeidet med sentrale interessenter ved å produsere tilbud som etterspørres. Gjennom ensidige kutt fra den enkelte virksomhet vil det gå utover både kvalitet og kvantitet i tjenestetilbudet. Innbyggerne bor i kommunene og det vil derfor være kommunene og innbyggerne som må ta belastningen av kutt i sengeplasser i helseforetaket. Spørsmålet er jo om helseforetaket ”ser” kommunene som tjenesteproducent i forhold til hvordan ensidige kutt påvirker tjenesteproduksjonen i kommunen. Og på samme måte, en kan stille også spørsmålet om kommunen ser helseforetaket og deres tjenesteproduksjon godt nok når det gjennomføres kutt i plasser i sykehjemmet, noe som gir helseforetaket driftsproblemer ved at innbyggere fra kommunen blir liggende å vente på et kommunalt tilbud etter at de er ferdigbehandlet. Det foregår dermed målsettingsprosesser i de to ulike virksomhetene uavhengig av hverandre, noe som vil skape et dårligere tilbud til innbyggerne totalt sett. Dette bekymrer de seg også for hver for seg. Spørsmålet blir jo da om de egentlig greier å etablere driftsmål som sørger for å oppfylle forpliktelsene til innbyggerne som har rett på nødvendig helsehjelp både fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten. Eller om de blir så avhengig av å etablere tilpasningsmål at det går på bekostning av driftsmålene, og spørsmålet i en gitt situasjon blir

jo om de totalt sett makter å opprettholde en forsvarlig drift sette i forhold til befolkningens behov for tjenester.

Det etableres nye arenaer for samhandling mellom forvaltningsnivåene, og et godt eksempel på fagnettverk er legenettverkene i de to ulike delene av fylket knyttet til det enkelte sykehus. Dette kan betraktes som et kunnskapsnettverk. Det som imidlertid utfordrer styringslinjene ytterligere i kommunene, er at fastlegene også er ”løsrevet” fra kommunal styring. Det kan derfor være en fare sett fra kommunene at et faglig samarbeid mellom legene kan påvirke styring av prioriteringer i de kommunale helsetjenester til den enkelte innbygger, og dermed ressursbruken totalt sett i helsetjenesten. Dersom fastleger og helseforetak blir enige om prioriteringer i forhold til hvilke pasientgrupper som skal legges inn til sykehusbehandling, det vil si hva som skal styre innleggelsespraksis, så kan de være beslutninger som påvirker kommunal ressursbruk uten at politisk nivå blir involvert. Derfor kan en faktisk se for seg legenettverket som et nettverk der en styringsaktør, her helseforetaket, bruker legenettverket til å oppnå bedre styring av innleggelsene fra kommunene. Da kan en spørre seg hva som var intensjonene ved oppretting av legenettverkene, er det fordi strømmen av pasienter til sykehuset skal reduseres på grunn av lavere sengetall eller er det fordi kunnskap skal deles og kvalitet og økt sikkerhet i overgangene skal utvikles? Eller er det en kombinasjon?

4.3.9 Konklusjon forskningsspørsmål 3

Helseforetaket har helt klart den beste praksisen for håndtering av avvik i styringslinjen, da de involverer både toppledelsen ved ”ledelsens gjennomgang” og involverer styret ved overordnede strategiske valg. Helseforetaket har også flest indikatorer som gir et bredt bilde av kvalitet, og kan derfor fatte beslutninger på et bedre kunnskapsgrunnlag. De har også involvert brukerne i arenaer der det blir tatt strategiske valg. En kan derfor konkludere med at samspillet fungerer mest helhetlig og best i helseforetaket når det gjelder *brukersikkerhet*. Helsetjenesten i sykehjem har ikke fått samme oppmerksomhet når det gjelder utvikling av kvalitetsindikatorer, men kommunen har gjort et arbeid med dette selv noe de fortjener honnør for.

Kommunen har vist et de er best til å måle *brukeropplevd kvalitet* og de har også endret praksis gjennom strategiske valg knyttet til dette, der de også samhandlet med pårørendeforeningen i dette arbeidet. Politisk nivå blir ikke involvert i kvalitetsarbeidet i kommunen, verken når det gjelder brukersikkerhet eller brukeropplevd kvalitet.

Begge virksomheter vil imidlertid nyte godt av felles strategi for samhandling mellom kommuner og helseforetaket som ble godkjent i samarbeidsutvalget i 2010.

Det utgjør en felles plattform for samhandling i arbeidet både med å ha en felles retning for samhandling mellom virksomhetene og i arbeidet med å utvikle indikatorer. Det er som jeg viste til i innledningen satt ned en arbeidsgruppe som ser på mulige styringsindikatorer for å

måle samhandling, finne utfordrende områder og se på trender i tjenesteytingen på begge nivå. I dette arbeidet deltar både kommunene, helseforetaket og fylkesmannen. Dette viser at arbeidet som skjer i samarbeidsutvalget mellom kommuner og helseforetaket er viktig for samhandlingen i Nord- Trøndelag.

Men det som utfordrer er at begge virksomhetene opptrer uavhengig av hverandre i uavhengige beslutningssystem, noe som gjør at de tar beslutninger som påvirker den andre virksomheten negativt. Hvilke muligheter har de til å kunne ta felles strategiske valg knyttet til avvik når de tilhører ulike beslutningssystemer med ulike styringslinjer? De få medlemmene fra kommunene i samarbeidsutvalget har ikke mandat og vil ikke få mandat til å ivareta beslutningskraft på vegne av alle kommuner så lenge den enkelte kommune og det enkelte helseforetak er selvstendige rettssubjekter med hver sine styringslinjer.

Konklusjonen i denne delen av undersøkelsen er at det er viktig å ha samhandling mellom de ulike ledelsesmiljø og ut mot brukerne av tjenestene for å få frem kunnskapsgrunnlag som kan benyttes til mer kunnskapsbaserte strategiske valg for å heve kvaliteten i helsetjenesten.

Det en også ser er at involvering av toppledelsen i strategiske valg er viktig for å skape forankring og bidra til å skape større trykk ved gjennomføringen av tiltakene.

Gode relasjoner i samhandlingen mellom virksomheter blir ekstra viktig når virksomhetene tilhører ulike beslutningssystem.

5.0 SAMMENHENGER OG KONKLUSJONER

Hvordan tilnærmer en seg og undersøker en slik problemstilling? Jeg valgte å løse hovedspørsmålet i denne undersøkelsen gjennom en tretrinns tilnærming. Jeg ville først se på styringsdokumentene i virksomhetene for å se hvilke ambisjoner de hadde for samhandling med sentrale interessenter for å skape kvalitet i tjenestene sine og se i hvilken grad disse styringsdokumentene var forankret i de ulike ledelsesmiljøene i virksomhetene. Det var også interessant for meg å sjekke med brukerne om de kjente til virksomhetenes ambisjoner rundt samhandling.

Så ville jeg i neste trinn se om virksomhetene fikk ambisjonene fra styringsdokumentene ut i praksis i den enkelte virksomhet ved å sjekke hvordan kulturen fungerte i forhold til å melde og håndtere avvik for å skape forbedret praksis i samhandling med de sentrale interessentene i det daglige.

Til slutt ville jeg se på hvorvidt det de fant gjennom avvikshåndteringen på oppsummert nivå ble ivaretatt opp mot styringslinjene i den enkelte virksomhet for å se om det var involvering av de ulike ledelsesmiljøene i virksomheten knyttet til å foreta strategiske valg med bakgrunn i de trendene i utvikling av kvaliteten som de så i forhold til ulike resultatmålinger. I det følgende skal jeg oppsummere hva jeg fant ut.

Svaret på det store spørsmålet - Er samhandling viktig for å skape bedre kvalitet i helsetjenesten?

Det var mitt store spørsmål når jeg startet arbeidet med oppgaven. De fleste vil si umiddelbart ja til et slikt spørsmål, mens noen kanskje vil bli overrasket over at spørsmålet i det hele tatt stilles. Jeg mener selvsagt også at samhandling er viktig for å skape bedre kvalitet i helsetjenesten. Målet mitt med undersøkelsen var å komme litt bak det selvfølgelige svaret på spørsmålet og se nærmere på hvordan to virksomheter i helsetjenesten makter å få til dette i praksis.

5.1 Funn i forhold til mål og retning for samhandling og kvalitet i tjenestene

Min undersøkelse viser at begge virksomhetene gjennom sine overordnede styringsdokumenter formidler at de har ambisjoner for samhandling for å skape bedre kvalitet i helsetjenesten og de kommuniserer begge klart i sine veivalg at de ønsker tett samhandling både med hverandre og med brukerne, innbyggerne. Begge virksomheter har en uttalt visjon og uttalte kjerneverdier, men helseforetaket har greid å skape mer innhold i visjon og verdier enn kommunen. De har konkretisert forventninger til hva som skal kjennetegne atferden til organisasjonsmedlemmene med basis i verdiene på en bedre måte enn kommunen, eksempelvis gjennom å konkretisere hva de legger i begrepene trygghet, respekt og kvalitet. Det er store forskjeller i kvaliteten mellom virksomhetene i forhold til hvordan styringsdokumentene er utformet når det gjelder operasjonalisering av målene. Helseforetaket har et bedre utgangspunkt for å skape både samhandling og kvalitet fordi de har etablert en konkret tiltaksliste hvordan de skal gjør det, kommunen har i liten grad sagt hvordan de skal gjøre det. Det er en klar link mellom nasjonale styringsdokumenter og lokale styringsdokumenter i helseforetaket, i kommunen ser en knapt spor av nasjonale styringssignaler med unntak av at de henviser til lovverket som grunnlag for sin virksomhet.

Fokuset på samhandling med sentrale interessenter for å gjøre tjenestene bedre eksisterer hos begge virksomheter, men her er også helseforetaket mer konkret når det gjelder både gjennomføring og måling. Helseforetaket har etablert konkrete tiltak og de har foreslått indikatorer som kan måle både kvalitet og samhandling.

Begge virksomheter har utfordringer knyttet til å etablere en felles plattform for ledelse av samhandling for bedre kvalitet så lenge styringsdokumentene er så lite kjent blant ansatte.

Når en sammenligner virksomhetene er at helseforetaket har greid å etablere en mer klar retning for hvor de vil i samhandlingen med sentrale interessenter for å forbedre tjenestene, her brukere og kommune enn det kommunen har greid i forhold til brukerne og helseforetaket.

Konklusjonen på denne delen av undersøkelsen er at styringsdokumenter som viser retning for samhandling og kvalitet er med og bidrar til økt fokus på kvalitet. Det er videre tydelig at den direkte linjen fra statsråden til helseforetakene i større grad er med og påvirker ulike deler av kvaliteten gjennom konkrete styringssignaler og forventninger. For å få bedre forutsetninger for å lykkes med kvalitetsarbeidet i helsetjenesten er det i tillegg avgjørende viktig at styringsdokumentene er forankret gjennom at de er kommunisert til de ulike ledelsesmiljøene og til omgivelsene.

5.2 Funn for hva som særpreger samhandlingen i kvalitetsarbeidet i praksis

Min undersøkelse viser at det hersker en usikkerhet knyttet til forståelsen av innholdet i begrep og språk som benyttes i kvalitetsarbeidet i virksomhetene, og det betyr at begge virksomhetene har behov for å finne ut hva de egentlig legger som forståelse i begrepet avvik og hva de legger i begrepet kvalitet for å stimulere meldekulturen og dermed skape bedre grunnlag for å heve kvaliteten.

Begge virksomheter har potensial for å bli bedre på å melde og håndtere avvik som oppstår i overgangene mellom virksomhetene. Både dokumenter og intervju viser at det er ulik praksis og ulik kultur mellom interne og eksterne avvik i begge virksomheter. Spørsmålet er jo da om de tar samhandling på nok på alvor i det daglige arbeidet for å forbedre tjenestene i overgangene?

Ledelsessystemene henger ikke godt nok sammen i virksomhetene fordi ansatte involveres for lite i problemløsningen rundt avvik. Begge virksomhetene mangler arenaer der de sammen og ved involvering av ansattegruppen kan diskutere avvik når de oppstår for eventuelt å kunne lukke disse lokalt. Avdelingen i helseforetaket fordi alle avvik sendes ut av avdelingen og til kvalitetsutvalget, kommunen og sykehjemmet fordi alle avvik stort sett håndteres av avdelingssykepleier alene.

Helseforetaket og medisin A er bedre på å hente erfaringer og læring fra avvikshåndteringen gjennom at de har det mer som fast tema på sine avdelingsmøter etter kvalitetsutvalgets behandling, der de har dialog rundt avvik som har oppstått og hvordan de kan lære av avvik/svikt i kvalitet i den enheten det har oppstått.

Kommunen og sykehjemmet har ikke den samme praksisen for å ha diskusjoner i avdelingsmøtene i forhold til de avvik som har oppstått, men det kan diskuteres i smågrupper. Kommunen har imidlertid best praksis knyttet til å diskutere trender i avvik på tvers av enheter i virksomheten, for det virker som det i liten grad skjer i helseforetaket.

Begge virksomheter kan utvikle samhandlingen med brukerne bedre. Helseforetaket er god til å samhandle med brukerne på systemnivå, men kan øke sin prestasjon ved å sørge for bedre rutiner for innsamling av brukeropplevd kvalitet ved det enkelte opphold og også arbeide mer

aktivt med oppfølging av resultatene av nasjonale PasOpp-undersøkelser. Blir det å være ”best i klassen” i Midt- Norge på enkeltområder en hvilepute som reduserer innsatsen på andre områder som har forbedringspotensial?

Kommunen er god på å gjennomføre brukerundersøkelser og samhandler godt på individnivå, men kan øke sin prestasjon ved å etablere en tettere dialog med brukerorganisasjonene og pårørende foreningen ved sykehjemmet. Kommunen har best praksis med å hente inn brukererfaringer gjennom at de har gjennomført to lokale brukerundersøkelser.

Konklusjonen på denne delen av undersøkelsen er at det er viktig at virksomhetene etablerer en felles plattform i språket slik at alle ledelsesmiljø i virksomhetene har den samme forståelsesrammen rundt begrepene som benyttes for å beskrive innholdet i kvalitet og samhandling. Hvis ikke så vil det påvirke mulighetene for å skape kvalitet i helsetjenesten både i den enkelte virksomhet, mellom virksomhetene og ut mot brukerne av tjenestene. Det er også viktig å samhandle med brukerne for å få definert og målt brukeropplevd kvalitet. I tillegg ser en viktigheten av at det etableres arenaer hvor kvalitet settes på dagsorden både innen de enkelte ledelsesmiljø og mellom de enkelte ledelsesmiljø.

5.3 Funn i forhold til koplingen mellom mål, resultatstyring og strategiske valg for å skape bedre kvalitet

Helseforetaket har helt klart den beste praksisen for håndtering av avvik i styringslinjen, da de involverer både toppledelsen ved ” ledelsens gjennomgang” og involverer styret ved overordnede strategiske valg. Helseforetaket har også flest indikatorer som gir et bredt bilde av kvalitet, og kan derfor fatte beslutninger på et bedre kunnskapsgrunnlag. De har også involvert brukerne i arenaer der det blir tatt strategiske valg. En kan derfor konkludere med at samspillet fungerer mest helhetlig og best i helseforetaket når det gjelder *brukersikkerhet*. Helsetjenesten i sykehjem har ikke fått samme oppmerksomhet når det gjelder utvikling av kvalitetsindikatorer, men kommunen har gjort et arbeid med dette selv noe de fortjener honnør for.

Kommunen har vist et de er best til å måle *brukeropplevd kvalitet* og de har også endret praksis gjennom strategiske valg knyttet til dette, der de også samhandlet med pårørende foreningen i dette arbeidet. Politisk nivå blir ikke involvert i kvalitetsarbeidet i kommunen, verken når det gjelder brukersikkerhet eller brukeropplevd kvalitet.

Begge virksomheter vil imidlertid nyte godt av felles strategi for samhandling mellom kommuner og helseforetaket som ble godkjent i samarbeidsutvalget i 2010.

Det utgjør en felles plattform for samhandling i arbeidet både med å ha en felles retning for samhandling mellom virksomhetene og i arbeidet med å utvikle indikatorer. Det er som jeg viste til i innledningen satt ned en arbeidsgruppe som ser på mulige styringsindikatorer for å

måle samhandling, finne utfordrende områder og se på trender i tjenesteytingen på begge nivå. I dette arbeidet deltar både kommunene, helseforetaket og fylkesmannen. Dette viser at arbeidet som skjer i samarbeidsutvalget mellom kommuner og helseforetaket er viktig for samhandlingen i Nord- Trøndelag.

Men det som utfordrer er at begge virksomhetene opptrer uavhengig av hverandre i uavhengige beslutningssystem, noe som gjør at de tar beslutninger som påvirker den andre virksomheten negativt. Hvilke muligheter har de til å kunne ta felles strategiske valg knyttet til avvik når de tilhører ulike beslutningssystemer med ulike styringslinjer? De få medlemmene fra kommunene i samarbeidsutvalget har ikke mandat og vil ikke få mandat til å ivareta beslutningskraft på vegne av alle kommuner så lenge den enkelte kommune og det enkelte helseforetak er selvstendige rettssubjekter med hver sine styringslinjer.

Konklusjonen i denne delen av undersøkelsen er at det er viktig å ha samhandling mellom de ulike ledelsesmiljø og ut mot brukerne av tjenestene for å få frem kunnskapsgrunnlag som kan benyttes til mer kunnskapsbaserte strategiske valg for å heve kvaliteten i helsetjenesten.

Det en også ser er at involvering av toppledelsen i strategiske valg er viktig for å skape forankring og bidra til å skape større trykk ved gjennomføringen av tiltakene.

Gode relasjoner i samhandlingen mellom virksomheter blir ekstra viktig når virksomhetene tilhører ulike beslutningssystem.

5.4 Hvor sterke er funnene i undersøkelsen og hva betyr funnene for virksomhetene og for resten av helsetjenesten og samfunnet?

Mange vil kanskje si at det er ingen overraskende funn i min undersøkelse. Det er selvsagt først og fremst de virksomhetene undersøkelsen ble gjennomført i som vil ha en nytteeffekt av undersøkelsen og konklusjonene. Det en ser er at helseforetaket er gode på deler av kvalitet mens kommunen er god på andre deler av kvalitet. Kanskje kan de lære av hverandre?

Konklusjonene i undersøkelsen mener jeg kan ha nytteverdi også for flere aktører i helsetjenesten. Jeg ønsker selvsagt at de ulike aktørene i helsetjenesten ser verdien av de funn jeg har gjort, og jeg mener at både nasjonale myndigheter og regionale myndigheter kan ta læring av de funn jeg har gjort og forbedre sin egen praksis med basis i funnene.

Resultatet bør danne et utgangspunkt for hvordan helsetjenesten arbeider med sitt kvalitetsarbeid, og kommuner og helseforetak bør kunne nyttiggjøre seg den kunnskapen som har kommet frem i oppgaven.

Kvalitetsindikatorer som måler samhandling har ikke vært fokusområde for nasjonale myndigheter og kvalitetsindikatorer som måler aktivitetene i sykehjem er lite utviklet.

Fokuset på utvikling av kvalitetsindikatorer har først og fremst vært noe som har dreid seg om sikkerhet rundt det som foregår i sykehus.

Det bør derfor forskes på indikatorer for samhandling slik at samhandling kan måles. Helsetjenesten i Nord-Trøndelag har et godt grunnlag for dette arbeidet gjennom at det er utviklet en felles strategi for samhandling og gjennom den mangeårige basisavtalen for samhandling, der at det meldes avvik på svikt i samhandling etter konkrete kriterier. Jeg håper også at det kan reise en diskusjon rundt eksisterende kvalitetsindikatorer for samhandling og hva som bør være standarden det måles opp imot. For å ta et eksempel, ”epikriser skal ut innen 7 dager etter utskrivning”, spørsmålet er jo om det er god nok kvalitet fra og med 2012 når en vet at kommunene skal ta større og mer krevende oppgaver. Kanskje bør det som kjennetegner god kvalitet fremover være at epikrisen følger med ved utskrivning, og hva er i så fall hindrene for det?

Jeg mener at min undersøkelse også har utsagnskraft i forhold til samhandlingsreformen som nå står for døren, og den bør i tillegg ha utsagnskraft for pasientsikkerhetskampanjen som nylig har startet opp.

Finansieringen av sykehusene er annerledes enn i kommunene, og helseforetakene lever i et fritt marked. De er derfor avhengig av å levere kvalitet. Kommunene er i de fleste kommuner eneleverandør av tjenester og brukerne må ta den kvaliteten de får. Hvordan blir så finansieringen av kommunehelsetjenesten fremover? Vil det gjennom samhandlingsreformen være mulig å etablere insitamenter som gjør at kommunene satser mer på kvalitet og sikkerhet? I Sverige har de etablert insitamentordninger knyttet til at kommunene gjennomfører risikovurderinger, og det har virket. Trengs det ”gulrøtter” for å endre praksis? Nasjonale myndigheter kan også merke seg at styringssignaler fra statlige myndigheter ikke blir fulgt opp i samme grad ute i den praktiske virkelighet i kommunen på samme måte som i helseforetaket. Statsrådets direkte rolle i helseforetakene skaper klarere styringslinjer og er med og skaper bedre fokus på kvalitet, mens kommunenes selvstyre ser ut til å skape mindre fokus på kvalitet. Undersøkelsen min setter derfor fokus på styring og ledelse av helsetjenesten i kommunene, der det ser ut som den slippes ut av syne hos rådmann og kommunestyre hva gjelder innhold og kvalitet.

Og hva gir den signaler om i forhold til styring og ledelse totalt sett, ikke bare fører situasjonen med to ulike rettssubjekter til fragmentert styring og ledelse. Blant annet gir dette en situasjon der begge forvaltningsnivå sparer uten å tenke på hvordan det påvirker den andre parten. Og hva da med innbyggerne, brukerne av helsetjenesten. Er det de som havner ut som den tapende part i dette fragmenterte tjenestetilbudet. Hva betyr slik sett mine funn for styring og ledelse av den totale helsetjenesten fremover?

Mine funn endrer spørsmålet jeg startet med til en sterk konklusjon:

Samhandling er svært viktig for å skape bedre kvalitet i helsetjenesten.

Litteraturliste

- Andersen, K.B, Rudjord, O., Kokaas, T. (2001): *Sagt, sitater om helse, miljø og sikkerhet:*
Tiden Norsk forlag AS
- Bakke, T., (2010): *Kvalitetsutvikling i helse- og sosialtjenesten i Norge i et 10- årig*
Perspektiv: Rapport fra Kunnskapsenter for helsetjenesten jan. 2010.
- Busch, T., Johnsen, E., Valstad, S. J., Vanebo, J. O. (2007): *Endringsledelse i*
et strategisk perspektiv: Universitetsforlaget AS
- FOR-2002-12-20-1731 Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- HelseDirektoratet (2010), Overordnet strategi for utviklingssenter for sykehjem og
hjemmetjenester, *Utvikling gjennom kunnskap,*
- Helse og omsorgsdepartementet, *St.prp. nr. 1 (2006–2007) kapittel 6,*
Nasjonal helseplan 2007-2010
- Helse og omsorgsdepartementet, Stortingsmelding nr 47 (2008-2009):*Samhandlingsreformen,*
rett behandling- rett tid- rett sted
- Helse- og omsorgsdepartementet, (2010): *Høringsutkast ny nasjonal helse- og omsorgsplan,*
”Fremtidens helse- og omsorgstjeneste”,
<https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/pasientforlop-og-brukermedvirkning/detalj/>
<https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/kvalitet-og-læringskultur/>
<https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/pasientsikkerhet/detalj/#situasjon>
- Helse- og sosialdirektoratet (2005): *Nasjonal kvalitetsstrategi, ” og bedre skal det bli ”* (2005)
- Helse Midt Norge (2007): *Overordnet strategi for brukermedvirkning*
- Helse Nord- Trøndelag: *Dokument ledelsens gjennomgang 2010*
- Helse Nord- Trøndelag: *Pas-Oppundersøkelse 2006,* powerpoint
- Helse Nord- Trøndelag: *Pas-Oppundersøkelse 2009,* powerpoint
- Helse Midt- Norge, *protokoll fra foretaksmøte i 25.1.2011*
- Helse Midt- Norge (2010): *Strategi 2020*
- Helse Nord-Trøndelag (2008): *Årsrapport fra kvalitetsutvalget*
- Helse Nord-Trøndelag (2009): *Årsrapport fra kvalitetsutvalget*
- Helse Nord-Trøndelag (2010): *Strategi 2016*
- Helse Nord-Trøndelag (2010): *Strategi 2016, målområde kvalitet, fagutvikling og forskning*
- Helse Nord-Trøndelag (2010): *Foreløpig årsrapport fra kvalitetsutvalget*
- Jacobsen, D. I., 2005: *Hvordan gjennomføre undersøkelser?:*Høyskoleforlaget
- Johnsen, E., 1995: *Ledelse av ledelsesprosessen:*Tano AS
- Johnsen, Å. (2007), *Resultatstyring i offentlig sektor:*Fagbokforlaget Vigmostad & Bjerke
AS

- Kalseth, B., Paulsen, B. (2008), *Strategisk samarbeid – på papir og i praksis?* :Sintef Helse, rapport A 8640
- Kickert, W.M.J, Klijn, E.H, Koppenjan, J.F.M. (1997): *Strategies for the public sector*: Sage Publications
- Krogstad, U., Saunes I. S. (2009), *Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 28 - 2009. ISBN 978-82-8121-303-6
- Kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord- Trøndelag: *Basisavtale for samhandling*. KS Nord-Trøndelag og Helse- Nord-Trøndelag HF (2010): *Helhetlige helsetjenester- felles ansvar*, Felles strategi for samhandling mellom kommuner og helseforetak i Nord-Trøndelag,
- Kvale, S., Brinkmann, S., 2009, *Det kvalitative forskningsintervju* :Gyldendal Norsk forlag AS
- LOV-1982-11-19-66 Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven)
- LOV-1984-03-30-15 Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten
- LOV-1991-11-08-76 Lov om kommunale og fylkeskommunale eldreråd (eldrerådslova)
- LOV-1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)
- LOV-1999-07-02-63 Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
- LOV-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- LOV 2001-06-15 nr 93: Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)
- LOV-2005-06-17-58 Lov om råd eller anna representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsett funksjonsevne m.m.
- Noyes, R. B. (1999), *Kunsten å lede seg selv*: J. W. Cappelens forlag AS
- Nyeng, F. (2004): *Vitenskapsteori for økonomer*: Abstrakt forlag AS
- Nyen, B. (2009): *Forbedringsarbeid og statistisk prosesskontroll (SPC)*: Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, mai 2009.
- Olson, C. A., Tooman, T.R., Alvarado, C.J. (2010), *Knowledge systems, health care teams, and clinical practice: a study of successful change*: Springerlink
- Oxman, A.D, Bjørndal A., Flottorp S., Lewin S., Lindal A.K. (2008): *Integrated healthcare for people with chronic conditions* :Kunnskapssenter for helsetjenesten 2008.
- Plsek, Paul (2002): *Program for utvikling av ledere i den britiske helsetjenesten*, artikkel, oversatt av Svabo, H.M. (NSF), bearbeidet og tilpasset med forfatterens tillatelse av Kongsmo, T. og de Vibe, M.: GRUK
- Reinar, L.M., Larun, L., Vege, A. (2010): *Notat, utvikling av et nasjonalt kvalitetssystem for Primærhelsetjenesten* : Rapport fra Kunnskapssenter for helsetjenesten okt. 2010.
- Rhodes R.A.W ”Governance and Public administration” i J.Pierre (ed) *Debating Governance: Authority, Steering, and Democracy* :Oxford University Press, 2000

- Scott, R. W. (1995): *Institutions and organizations*. London: Sage
- Skudal, K.E., Bjærtne Ø.A., Holmboe, O, Bukholm G, Røttingen J.A. (2010),
Commonwealth Fund-undersøkelsen: *Resultater fra en komparativ befolkningsundersøkelse i 11 land: Rapport fra Kunnskapssenter for helsetjenesten nr 21 – 2010.*
- Sosial- og helsedirektoratet (2007): *Hvordan kommer vi fra visjoner til handling?” og bedre skal det bli”*,Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet i sosial- og helsetjenesten
- Verdal kommune (2008): *Kommuneplan 2008-2020*
- Verdal kommune: *Kvalitetshjulet i Verdal kommune*, powerpoint
- Verdal kommune (2009): *Notat om etablering av kvalitetsutvalg*
- Verdal kommune (2009): *Prosjektrapport, samarbeid mellom ansatte og familien i omsorgen på Verdal bo- og helsetun*
- Verdal kommune (2008): *Årsrapport for kommunen*
- Verdal kommune (2009): *Årsrapport for kommunen*
- Verdal kommune (2009): *Årsrapport Verdal undervisningssykehjem*
- Verdal kommune (2010): *Meldingsløftet 2010-2011*

Tabeller

Tabell 1, meldte avvik internt i HNT	94
Tabell 2, avvik meldt til HNT på basisavtalen	95
Tabell 3, et område for brukeropplevd kvalitet, sykehjemmet.....	100
Tabell 4, interne avvik på kvalitet, 2. et. Verdal bo- og helsetun	100

Figurer

Figur 1, Kvalitetshjulet, Nasjonal strategi for kvalitet i sosial- og helsetjenesten (2005)	0
Figur 2, Kvalitetsstjerna i Nasjonal strategi for kvalitet i sosial- og helsetjenesten (2005).....	46

Vedlegg:

- Helse Nord- Trøndelag HF, Flytskjema avvikshåndtering
Verdal kommune, Flytskjema avvikshåndtering
Prosedyre og flytskjema for håndtering av avvik på basisavtale for samhandling