

“Spriket mellom liv og lære”

Hva hemmer og hva fremmer implementering av kvalitetsdokumenter?



Av

Cathrine Valla og Katie Wikstrøm

Avhandling avlagt ved Handelshøjskolen i København (CBS) og Institut
for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet (DPU)

for graden

Master of Knowledge Management
(Master i Kunnskapsledelse)

2015



CBS

COPENHAGEN
BUSINESS SCHOOL
HANDELSHØJSKOLEN



AARHUS
UNIVERSITET

INSTITUT FOR UDDANNELSE OG PÆDAGOGIK



HINT

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

Forfatter(e): Cathrine Valla og Katie Wikstrøm

Tittel: «Spriket mellom liv og lære».
Hva hemmer og hva fremmer implementering av kvalitetsdokumenter?

Studieprogram: Master i Kunnskapsledelse 2015

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: _____

Dato: 31.8.2015

Katie Wikstrøm

underskrift

Cathrine Valla

underskrift

Forord

Denne masteravhandlingen startet med at vi delte en undring knyttet til sykehusets visjon «Fremragende behandling». Strategien som visjonen er fundert på er en systematisering av kunnskapsbasert pasientbehandling gjennom prosedyrer og retningslinjer som skal bidra til å sikre faglig kvalitet på all behandling.

Vi har satt oss som mål i oppgaven å finne ut av hva som hemmer og hva som fremmer implementering av kvalitetsdokumenter, siden dette er en av sykehusets viktigste strategier for å sikre faglig kvalitet.

Det har vært både spennende og til tider utfordrende å være i en tilværelse bestående av jobb og studier over en lengre periode. Vi ser begge frem til å få hverdagen tilbake igjen. Men først er det mange som skal takkes.

Først og fremst vil vi takke vår arbeidsgiver St Olavs Hospital, som har gitt oss muligheten til å gjennomføre denne mastergradsutdanningen. Videre vil vi takke ledere og medarbeidere i Psykisk helsevern som stilte opp til intervju. Vi har opplevd mye støtte underveis og interesse for temaet.

Deretter vil vi takke vår veileder, Eirik Irgens. Han har gitt oss tydelige og konstruktive innspill underveis.

Vi vil også takke våre menn, barn og barnebarn for at de har vist stor tålmodighet i denne arbeidsomme perioden. Til slutt vil vi takke alle som har på ulikt vis har bistått oss i arbeidet, og til Emil spesielt som har hjulpet oss med illustrasjonen.

Trondheim, 18.august 2015

Cathrine Valla & Katie Wikstrøm

Summary

Our primary objective in this document has been to scrutinize our common organization's overarching vision «Excellent treatment» with an end goal of implementing written documents and thus making them tangible practice, based on knowledge. Can one detect a commonality between the wanted outcome of practice and the actual outcome of such visions? Alternatively, will there be a divergence between theory and practice? Thus, we wanted to observe and detect what factors may be clogging or promoting such documents.

Our method was a combination of quantitative and qualitative research. We garnered empirical evidence through a process of several interviews and a working environment analysis. A cross-section of these analyses compared with existing knowledge, such as personal experience together with other studies of relevance and the chosen theoretical framework, laid the foundations for further explaining the empirical evidence. We considered both advantages and disadvantages attached to researching our own organization consecutively throughout the process.

The posed question “what restrains and what promotes the implementation of quality-documents?” were the basis for our two scientific questions that handled the themes of leadership and the working environment's importance in the case of such implementations. In addition, we wanted to find out whether this may strengthen the intellectual capital of an organization. Since our wanted outcome was to promote new, local knowledge, we decided on case study as the overarching design of our study.

In this study, one can observe that written knowledge is an utmost important promoter in the process of implementation. However, there is a whole periphery of information out there, thus requiring that employees receive the proper education in finding and understanding relevant quality-documents. The study shows that employees largely chose to trust leaders presenting relevant quality-documents. Other factors to promote implementation of quality documents are the usage time, and to ensure access to experts, so called “champions”, within each field of knowledge. Leaders, who create a space for reflection, and clinical freedom and creativity, seems to be more successful in the process of implementation. This seems important to both understand and promote the implementation of quality documents.

Furthermore, such leadership can contribute to the establishment of trust between employees and manager because the invitation to a process and their experience become increasingly valued.

The contribution of employees seems to be a necessary motivational factor for staff concerned within the field of knowledge, and can contribute to an improved working environment, where resistance against implementation seems weakened. To improve the intellectual capital of an organization through a qualitative reassuring of structural capital is a vital promoter of implementation, but we mean that this study shows that the qualitative reassuring of human and relations capital is as important. The intellectual capital of an organization seems to be improving and developed through a working environment where practical fellowship, cooperation and relations are vital elements. These elements seem to be some of the most important factors to promote the implementation of quality-documents. Leadership, inspiration and motivation seem to be a core element to ensure the understanding of the importance of the usage of quality documents.

This study has given us some of the answers. Both process and answers received has increased our understanding of the developing and implementation of quality-documents and we feel confident that this understanding can contribute in closing the gap between theory and practice.

Sammendrag

Vi har hatt en undring knyttet til vår organisasjons visjon «Fremragende behandling» som har som mål å implementere skriftliggjorte kvalitetsdokumenter og omsette disse til kunnskapsbasert praksis. Er det samsvar mellom ønsket praksis og faktisk handling eller kan det være et «språk mellom liv og lære»? Vi ønsket derfor vi å se på hva som hemmer og hva som fremmer implementering av kvalitetsdokumenter.

En kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode ble benyttet. Empiri ble samlet inn ved bruk av intervjuer og fra en arbeidsmiljøundersøkelse. Analyser fra disse sammen med allerede eksisterende kunnskap, som egne erfaringer og andre relevante studier samt valgt teori, la

grunnlag for å forklare eller fortolke empirien. Både fordeler og ulemper knyttet til det å forske på egen organisasjon knyttet til for forståelse, nærhet og distanse ble vurdert underveis.

Problemstillingen: «hva hemmer og hva fremmer implementering av kvalitetsdokumenter?»

dannet utgangspunktet for våre to forskningsspørsmål som tok for seg ledelse og arbeidsmiljøets betydning for implementering av kvalitetsdokumenter, og hvordan styrke organisasjonens intellektuelle kapital. Siden vårt ønske var å få frem ny lokal kunnskap knyttet til vår kontekst falt valget på casestudier som studiedesign.

Fra vår studie kan vi se at kunnskap som er nedfelt skriftlig er en viktig fremmer for implementeringsarbeidet. Det kan imidlertid være vanskelig for ansatte å finne frem i «jungelen» av informasjon og dette forutsetter at ansatte får undervisning i å finne frem og forstå relevante kvalitetsdokumenter. Studien viser at ansatte i stor grad stoler på det som lederne presenterer som relevante kvalitetsdokumenter. Andre faktorer for å fremme implementering av kvalitetsdokumenter er å sette av nok tid og å sikre tilgang på noen som er mer ekspert på området, såkalte «champions».

At leder legger til rette for praksisfellesskap som gir rom for refleksjon ser ut til å være en fremmer både for å forstå og for å implementere kvalitetsdokumenter. Ledere som samtidig evner å gi rom for klinisk frihet og kreativitet, ser ut til å være en faktor for å lykkes med å få kvalitetsdokumenter implementert. På samme måte kan det bidra til at de ansatte får tillit til sin leder fordi de blir invitert til å bidra med sin kompetanse. Ansattes medvirkning ser ut til å være en nødvendig motivasjonsfaktor for kunnskapsarbeidere og kan i neste runde bidra til å hindre et arbeidsmiljø preget av motstand som er en faktor som kan være en hemmer for implementering. Å utvikle organisasjonens intellektuelle kapital ved å kvalitetssikre strukturkapitalen er en fremmer for implementering, men vi mener å kunne se av vår studie at det er vel så viktig å kvalitetssikre human- og relasjonskapitalen. Organisasjonens intellektuelle kapital ser ut til å bygges og utvikles gjennom å legge til rette for et arbeidsmiljø preget av praksisfellesskap, samspill og relasjoner. Dette ser ut til å være en av de viktigste faktorene for å fremme implementering av kvalitetsdokumenter.

Det ser også ut til å være et sentralt moment i hvor stor grad leder greier å engasjere, motivere og overbevise om viktigheten av å anvende kvalitetsdokumenter.

Oppgaven har gitt oss noen svar. Svarene og prosessen har gitt oss bedre forståelse for utvikling og implementering av kvalitetsdokumenter, noe som kan bidra til å lukke «spriket mellom liv og lære»

Innholdsfortegnelse

1. Innledning og bakgrunn	10
1.1 Pasientens helsetjenester	10
1.2 St.Olavs Hospital og Psykisk helsevern som kontekst	12
1.3 Bakgrunn for å utvikle en strategi om implementering av kvalitetsdokumenter	13
1.3.1 Samfunnets stiller krav til kvalitet i sykehusets tjeneste	13
1.3.2 Styrende dokumenter i offentlig helsetjeneste	14
1.3.3 Systematisering av ny kunnskap gjennom kvalitetsdokumenter.....	14
1.3.4 IKT - system som støtte til implementeringsarbeid.....	15
1.4 Hva innebærer kunnskapsbasert praksis	16
1.5 Problemstilling og forskningsspørsmål	16
1.6 Forskningsprosessen	17
1.7 Oppgavens struktur og oppbygning.....	18
2. Teoretiske perspektiver	19
2.1 Kort orientering om Arbeidsmiljøundersøkelsen	20
2.1.1 Tema og målsetting med AMUS	20
2.2 Hvordan kommuniseres krav og forventninger til sykehusets ansatte?	21
2.2.1 Kommunikasjonsprosessen skal sikre at relevant informasjon når fram.	21
2.2.2 Kommunikasjon til ansatte gjennom visjoner og strategier.....	23
2.2.3 -Informasjonsmengde en barriere for implementering.....	24
2.2.4 Kommunikasjon av målkrav og produktivitet	25
2.3 Hvordan forstå kunnskap	26
2.3.1 Kunnskap som begrep.....	26
2.3.2 To ulike perspektiver på kunnskap	27
2.3.3 Kunnskap i et prosessuelt perspektiv.....	29
2.3.4 Kunnskap i et strukturelt perspektiv	30
2.3.5 Taus og eksplisitt kunnskap.....	31
2.4 Ulike perspektiver og utfordringer knyttet til kunnskapsledelse.....	32
2.4.1 Intellektuell kapital	35
2.4.2 Kunnskapsledelse med et instrumentelt perspektiv	37
2.4.3 Kunnskapsledelse i et tolkningsperspektiv.....	38
2.4.4 Leders ontologiske ståstedets betydning for kunnskapsledelse.....	38

2.4.5	Betydning av ansattes medvirkning i kunnskapsledelse.....	39
2.4.6	Kunnskapsledelse, fagledelsesideal og organisering	40
2.5	Kunnskapsarbeiderens betydning for kunnskapsutvikling	41
2.5.1	Kunnskapsarbeiderens faglige autonomi	42
2.5.2	Når kunnskapsarbeideren vegrer seg mot endring	44
2.6	Presentasjon av fire modeller for kunnskaps- og organisasjonsutvikling	46
2.6.1	Omsorg som forutsetning for kunnskapsutvikling.....	46
2.6.2	Irgens Femtrinnsmodell for utvikling av kunnskap.....	48
2.6.3	Staceys modell om kunnskapsutvikling som en relasjonell prosess	49
2.6.4	SEKI en modell for kunnskapsutvikling.	50
2.6.5	Team som arena for kunnskaps- og organisasjonsutvikling.....	51
2.7	Funn fra studier som omhandler implementering av kunnskapsbaserte prosedyrer i helsevesenet.....	52
3.	Metode	55
3.1	Mål med forskningen.....	55
3.2	Studiedesign	56
3.2.1	Casestudier som studiedesign.....	57
3.3	Vitenskapsteoretisk innfallsvinkel	58
3.4	Metodisk fremgangsmåte.....	60
3.4.1	Kvantitativ metode og utvalg av respondenter	61
3.4.2	Utvalg av informanter til individuelle intervju	63
3.4.3	Kvalitativ metode og bruk av intervju	64
3.4.4	Metodetriangulering.....	67
3.5	Etikk.....	69
3.6	Validitet og reliabilitet	70
3.6.1	Validitet	70
3.6.2	Reliabilitet.....	70
4.	Empiri og analysedel	71
4.1	Fortolkning av tall, gjennom resultater fra AMUS	74
4.1.1	Standardavvik i resultatene fra AMUS	81
4.2	Fortolkning av tekst fra vår kvalitative studie	82
4.2.1	Forskningsspørsmål 1.	82

På hvilken måte har ledelse og arbeidsmiljø betydning for implementering av kvalitetsdokumenter blir implementert for å sikre sykehuset "best evidence-based practice"?	82
4.2.1.1 Hvordan fungerer sykehuset kvalitetssystemet som ledelsesverktøy for implementering?	83
4.2.1.2 Hvilken betydning har leder for implementering?	85
4.2.1.3 Hvilken betydning har arbeidsmiljøet for implementering?	86
4.2.2 Forskningsspørsmål 2.	88
Hvordan kan kunnskapsproduksjon nedfelt i kvalitetsdokumenter implementeres slik at de bidrar til å styrke organisasjonens intellektuelle kapital?	88
4.2.2.1 Modeller for kunnskapsutvikling	89
4.2.2.2 Organisatorisk læring og team arbeid	90
4.3 Narrativ analyse -en historiefortelling om ISO-sertifisering	92
5. Drøfting - hva hemmer og hva fremmer implementering av kvalitetsdokumenter	98
5.1. Forskningsspørsmål 1: På hvilken måte har ledelse og arbeidsmiljø betydning for om kvalitetsdokumenter blir implementert for å sikre sykehuset "best evidence-based practice"?	98
5.1.1 Ledelse og kommunikasjon av krav og forventninger til sykehusets ansatte	99
5.1.2 Kunnskapsledelse og kunnskapsutvikling	102
5.1.3 Arbeidsmiljø og praksisfellesskap	106
5.1.4 Kunnskapsarbeiderens faglige autonomi settes på prøve	108
5.2 Forskningsspørsmål 2: Hvordan kan kunnskapsproduksjon nedfelt i kvalitetsdokumenter implementeres slik at de bidrar til å styrke organisasjonens intellektuelle kapital?	110
5.2.1 Individuell læring gjennom ferdighetstilegnelse og ferdighetsoverføring	111
5.2.2 Fra individuell læring til organisatorisk læring	112
5.2.3 Fra individuell og taus kunnskap til organisasjonens intellektuelle kapital	115
6. Oppsummering	120
6.1. Oppsummering av våre funn	123
6.2 Veien videre	125
7. Litteraturliste	126
Liste over figurer	129
Liste over tabeller	129

Vedlegg 1: Strategidokument 2015-2018

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Informasjon og samtykke vedlegg

Vedlegg 4: St. Olavs Hospital HF. (2013) *Forbedringsprogram 2014-2016. Bedre pasientbehandling, forskning og undervisning.* Trondheim

Vedlegg 5: HMS - arbeid ved St. Olavs Hospital. *Systembeskrivelse, mål og prinsipper, ansvar og roller.*

Vedlegg 6: AMU presentasjon s.2 (28.10.14)

Vedlegg 7: Svar fra Regional Etisk Komite

Vedlegg 8: Brev til Divisjonssjef i Psykisk Helsevern

Det jeg hører, glemmer jeg

Det jeg ser, husker jeg

Det jeg gjør, forstår jeg

Confucius, 451 B.C.

1. Innledning og bakgrunn

1.1 Pasientens helsetjenester

Hva forventer du dersom du er syk og trenger sykehus tjenester? At du slipper å vente unødige lenge på hjelpen? En seng dersom det er det du trenger? At du får den beste behandling som er å oppdrive? Dyktige og kompetente behandlere som vet hva de holder på med? Respekt for deg som individ og mulighet til å påvirke den behandling du får?

«Pasientens helsetjeneste» er dagens nasjonale visjon initiert av nåværende regjering. Det settes store ressurser inn for å drive sykehusene våre. Utgangspunktet for den norske politikken har vært og er i all hovedsak, at sykehusene skal være fellesskapets eiendom. Fordi det noen ganger kan stå om liv og død er det nødvendig at befolkningen har tillit til at det sykehusene tilbyr, er av beste kvalitet. Det innebærer at ledelsen må sikre best mulig drift og best mulig styring av sykehusene, for å få mest mulig helse igjen for satsingen. Visjoner og strategier er tenkt å gi retning for kvalitet på tjenesten, holdninger til pasientene og optimal ressursutnyttelse (vedlegg1).

Vi som skriver denne oppgaven er ansatt i samme sykehus, et sykehus som har følgende visjon: «Fremragende behandling». Hva denne visjonen innebærer finner vi nødvendig å belyse nærmere i det videre arbeidet. Vi har vært nysgjerrige på sykehusets strategier som skal sikre «kvalitet i tjenesten». Strategiene omhandler både samarbeid med universitet og høyskoler om utdanning og forskning, langsiktige planer for aktivitet og bemanning og fokus på sykehuset som attraktiv arbeidsplass. Den tydeligste strategien er systematisering av kunnskapsbasert pasientbehandling gjennom prosedyrer og retningslinjer som skal bidra til å sikre faglig kvalitet på all behandling. «Standardiserte pasientforløp» skal være stammen i sykehusets strategi. Videre skal standardiserte pasientforløp være verktøy for å utvikle, implementere og måle kvaliteten i behandlingen (vedlegg 1). Vi har satt oss som mål i oppgaven å finne ut av hva som hemmer og hva som fremmer implementering av kvalitetsdokumenter siden dette er en av sykehusets viktigste strategier for å sikre faglig kvalitet. Når vi videre i oppgaven omtaler kvalitetsdokumenter, omhandler dette dokumenter som vi finner igjen i sykehusets interne kvalitetssystem. Kvalitetssystemet består av fagprosedyrer, prosedyrer, pasientforløp, retningslinjer og veiledninger, samt et eget system for melding og behandling av avvik.

Et hovedspørsmål for oss var om kvalitetsdokumenter blir tatt i bruk i den kliniske hverdagen? Er det mulig å identifisere hva som hemmer og hva som fremmer implementering av kvalitetsdokumenter slik at de omsettes til kunnskapsbasert praksis? Blir kvalitet i tjenesten ivaretatt på annen måte enn gjennom skriftliggjorte kvalitetsdokumenter? Kan det vise seg å være *“sprik mellom liv og lære”*?

I 2014 ble det gjennomført en arbeidsmiljøundersøkelse ved St.Olavs Hospital. Sykehusets Arbeidsmiljøutvalg besluttet etter innspill fra organisasjonsdirektør og HMS-sjefen ved St.Olav, å legge til; “implementering av sentrale føringer i St.Olav” og “forankring av verdier” som tilleggstema i undersøkelsen.

Det som fanget vår interesse var begrepet “implementering av sentrale føringer”. Dersom kvalitetsdokumenter i denne sammenhengen inngår i begrepet “sentrale føringer” kan det ut fra resultatene i arbeidsmiljøundersøkelsen se ut som sykehuset i stor grad har lyktes med implementering av disse. Av de 79 % som svarte på undersøkelsen har 68 % svart positivt på at sentrale føringer er implementert i sykehuset. Dette skapte en undring hos oss som vi ønsket å finne mer ut av. Hvordan har så sykehuset lyktes med dette? Hva har vært sykehusets utfordringer når det gjelder hemmere og fremmere for implementering og hvordan sikres kvalitet i tjenestene i hverdagen slik at kvalitetsdokumentene omsettes til kunnskapsbasert praksis? Vi bestemte oss for å analysere rådata fra rapporten for å se om det er mulig å finne ut og forstå hva som ligger bak besvarelsene?

For å få ytterligere svar på vår undring valgte vi å utarbeide en intervjuguide (vedlegg 2) og deretter intervjuet 6 klinikere fra to ulike avdelinger i Psykisk helsevern. Videre fant vi det hensiktsmessig å søke etter publiserte studier som omhandler implementering av kunnskapsbasert praksis. Vi var nysgjerrige på om andre har vært opptatt av de samme spørsmålene som oss og hva disse eventuelt har funnet av generelle utfordringer og strategier ved implementering av kvalitetsdokumenter. Til slutt tok vi kontakt med et annet helseforetak som er ISO-sertifisert og som på bakgrunn av det hevder at behandlingsprosessen hos disse har fått et kvalitetsstempel. Informasjon fra dette helseforetaket kommer fram gjennom en samtale med en avdelingssjef i foretaket. På bakgrunn av det ovenstående formulerte vi to forskningsspørsmål som vi mener kan bidra til å svare ut vår problemstilling om hva som hemmer og hva som fremmer implementering av kvalitetsdokumenter.

Teoriene har vi valgt ut etter følgende bestemte kriterier:

- Teori som omhandler organisatorisk læring og kunnskapsutvikling fordi kvalitetsdokumenter er basert på kunnskap som gjennom helsepersonells praksis skal komme pasientene til gode.
- Teori som omhandler ledelse fordi noen er satt til å ha et større ansvar for å implementere kvalitetsdokumenter i henhold til organisasjonens strategiske mål og visjoner.

I drøftingskapittelet ønsker vi gjennom empiri og teori å belyse hva som hemmer og fremmer implementering av kvalitetsdokumenter. Hensikten med vårt arbeid er å få relevant kunnskap om utfordringer og strategier for implementering som kan omgjøres til handling og tiltak på egen arbeidsplass.

Våre respondenter svarer i intervjusituasjonen ut fra kontekstuelle fagprosedyrer dvs. de kvalitetsdokumenter som til en hver tid er relevante for ulike faggruppers arbeidsoppgaver. Vi vil først beskrive den konteksten de arbeider innenfor. Deretter vil vi i det neste kapittelet belyse hva som ligger til grunn for idéen om å utarbeide kvalitetsdokumenter som en av sykehusets strategier.

1.2 St.Olavs Hospital og Psykisk helsevern som kontekst

Masteroppgaven har fokus på hele St Olavs som kontekst. Arbeidsmiljøundersøkelsen omfatter alle ansatte i hele St Olavs. De som ble intervjuet er ansatt i Psykisk helsevern, og vi vil kort beskrive Psykisk Helsevern som kontekst.

Divisjon Psykisk Helsevern er organisert under St.Olavs Hospital som er et helseforetak i region Helse Midt-Norge. Psykisk Helsevern i spesialisthelsetjenesten har som oppgave å gi befolkningen i opptaksområdet tilgang på psykiatrisk behandling for psykiske lidelser både for barn og voksne.

Psykisk helsevern består av avdelinger som har ansvar for heldøgns øyeblikkelig hjelp-funksjon, distriktpsikiatriske sentra, polikliniske og ambulante tjenester samt spesialavdelinger.

De klinikerne vi intervjuet har oppgaver som omhandler både øyeblikkelig hjelp på dagtid, polikliniske og ambulante tjenester.

1.3 Bakgrunn for å utvikle en strategi om implementering av kvalitetsdokumenter

En av strategiene som St.Olavs har valgt for å sikre effektiv og kvalitetsmessig god behandling er utarbeiding av kvalitetsdokumenter i form av prosedyrer, retningslinjer og pasientforløp. Både pasienter og samfunnet forøvrig har økte krav til kvalitet og effektivitet. For å svare ut kravene må sykehusledelsen kommunisere en forventning om at kvalitetsdokumentene blir omsatt til praksis. Blir kunnskapsbasert praksis nedfelt i prosedyrer tatt i bruk? Eller gjør de ansatte som de alltid har gjort? Hva innebærer implementering? Vi fant en definisjon i en artikkel i tidsskriftet “ Research-to-Results” som ga mening for oss i vårt arbeid:

Implementation is a “specified set of activities designed to put into practice an activity or program of known dimensions.” A synthesis of the research in the field describes implementation as “a mission-oriented process involving multiple decisions, actions, and correction” (Allison, Blase, og Bowie 2007: 29)

Siden vi er nysgjerrige på om den enkelte arbeidstaker faktisk tar i bruk de skriftliggjorte kvalitetsdokumentene og om de oppleves som viktige og styrende slik at de blir omsatt i praksis, kan det være hensiktsmessig å presentere hva som kan ligge til grunn for å utvikle en strategi om implementering av kvalitetsdokumenter.

1.3.1 Samfunnets stiller krav til kvalitet i sykehusets tjeneste

Helsetjenesten blir stilt overfor stadig større krav til kvalitet og forskning, pasientene har tilgang på mer kunnskap og forventer høy kvalitet på helsetjenesten. Samfunnets krav til et effektivt og kvalitativt godt helsevesen ligger som en forventning til sykehusets drift. Det regionale helseforetaket, Helse Midt-Norge som styrende organ for St.Olavs Hospital, har lagt en strategi som er tilpasset øvrige norske helsemyndigheters krav og forventninger på vegne av alle sykehusets interessenter. Denne dokumentasjonen er å finne i styringsdokumenter, oppdragsdokumenter, kvalitetsdokumenter som f.eks. prosedyrer, retningslinjer og pasientforløp.

1.3.2 Styrende dokumenter i offentlig helsetjeneste

Som et svar på disse kravene har St. Olavs Hospital HF etablert " Forbedringsprogram 2014-2016". St. Olavs Hospital som har som hovedmålsetting å skape bedre pasientflyt og økt effektivitet (vedlegg 4). Forbedringsprogrammet beskriver St.Olavs satsningsområder for den aktuelle perioden, i tillegg har St.Olavs utarbeidet en egen strategi som er tenkt å sikre framtidig suksess og bidra til å realisere sykehusets ambisjoner. Strategien innehar visjonen «Fremragende behandling» og bygger på verdiene: respekt, kvalitet og trygghet. Helhet, likeverd og medbestemmelse skal kjennetegne sykehusets kultur (vedlegg 1).

Kvalitetsdokumenter som prosedyrer, retningslinjer og pasientforløp inngår altså i det norske helsevesenets strategiske beslutninger. St.Olavs strategi må som følge av dette inneholde helhetlige og integrerte beslutninger som også angir prosessen og operasjonaliserbare handlingsplaner. Ved siden av overordnet visjon og virksomhetsplaner er forutsigbare og sømløse pasientforløp å betrakte som del av sykehusets strategier. Målet for sykehusets strategi og forbedringsprogrammet med skriftlige dokumenter skal bidra til å øke forståelsen av organisasjonens underliggende politikk, kultur og gjenspeile de verdiene som ledelsen fremholder som ønskelige. Videre er intensjonen naturlig nok at fagutøvere skal benytte kunnskapsbasert praksis.

1.3.3 Systematisering av ny kunnskap gjennom kvalitetsdokumenter

St.Olavs Hospital behandlet i år 2000 rundt 317 000 pasienter og i 2010 rundt 517 000 pasienter (vedlegg 4). Økt pasientmengde, raske endringer og ny forskning ligger til grunn for at sykehuset nå vurderer at man må bli flinkere til å vurdere hensiktsmessigheten av de behandlingsvalg som gjøres. De raske endringene i spesialisthelsetjenesten stiller også krav til økt kunnskap blant de ansatte. Det medfører behov for å styrke grunnutdanninger og bedre etter- og videreutdanninger. I "Forbedringsprogrammet" hevdes det at til tross for nye metoder innen diagnostikk, behandling og oppfølging, er det altfor ofte slik at ny kunnskap ikke blir implementert på en hensiktsmessig og god måte. I Forbedringsprogrammet heter det:

"En systematisk og forutsigbar implementering av ny kunnskap i sykehuset er derfor en viktig målsetting. Samtidig må innføring av nye tiltak kombineres med en nøyaktig beskrivelse av hvordan tiltakene skal kvalitetssikres, slik at pasientsikkerheten økes og at uheldige hendelser kan forebygges (vedlegg 4).

St.Olavs "Forbedringsprogram" er organisert rundt det som kalles standardiserte pasientforløp. Pasientforløpene står helt sentralt i sykehusets strategi og er tenkt å utgjøre "navet" i programmet. Pasientforløp forstås først og fremst som en rettesnor for hvordan behandle ulike diagnoser. Men pasientforløp handler også om pasientens vei gjennom sykehuset og hvilke krav som stilles til aktørene i det totale helsevesenet for å få så sømløse pasientforløp som mulig. Intensjonen med pasientforløpene er å skape forutsigbarhet både for pasientene og for de ansatte. Det legges vekt på presisjon, tempo, klarhet, regularitet og effektivitet. Det er beskrevet hva som skal gjøres, hvilke behandlingsmodeller som skal anvendes og hvem som skal gjøre det. Rutinene er beskrevet og det forventes at pasientforløpet er både effektivt, pålitelig og forutsigbart. Sykehusledelsen har sterk tro på at systematikk kan bidra til å sikre kvalitet i pasientarbeidet gjennom anvendelse av evidensbaserte behandlingsmetoder som er basert på nyeste forskning.

De skriftliggjorte dokumentene, prosedyrene og pasientforløpene legges ut på sykehusets webbaserte kvalitetssystem; EQS. De ansatte blir orientert om hva som ligger der gjennom mailkorrespondanse etterhvert som prosedyrer ferdigstilles og godkjennes og legges ut elektronisk.

1.3.4 IKT - system som støtte til implementeringsarbeid

EQS er det ledelsesverktøyet som St.Olavs har valgt for kvalitetsstyring der alle styrende dokumenter avvikssystem og risikostyring forvaltes. EQS har som mål å redusere kvalitetskostnader, forbedre arbeidsprosesser og øke resultatgrad. EQS er altså et webbasert ledelsesverktøy som leveres av leverandøren "Extend Quality System" EQS. I sykehuset er EQS i all hovedsak forstått som sykehusets Elektroniske Kvalitetssystem.

I EQS systemet legges alle sykehusets dokumenter som omhandler målstyring, arbeidsprosesser, styrende dokumenter, hendelser og tiltak og risikostyring. Systemet er tilgjengelig for alle ansatte som har tilgang på en PC. Det som utarbeides av kvalitetssystemer er altså å finne her og nødvendiggjør derfor kunnskap om EQS som kvalitetssystem, hvordan bruke systemet og kunnskap om hva som er å finne der. Alle kvalitetsdokumentene har en forfatter som også er ansvarlig for å revidere dokumentene. Dokumentene blir godkjent av dokumentadministratorer, som er ledere med linjeansvar og som har fått tildelt godkjenningsansvar for dokumentene. Ansvar for implementering av prosedyrer som finnes i det elektroniske kvalitetssystemet, og som er relevant for klinisk og kunnskapsbasert praksis,

ligger hos leder. Når det gjelder implementering av pasientforløp blir ansvaret delegert til overlege med klinisk kompetanse på det særlige medisinske området.

1.4 Hva innebærer kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis innebærer at fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder i praksis. Forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og fokus på pasientens kunnskap og behov vil kunne bidra til å bedre kvaliteten på tjenestene våre. Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.

Vi henter kunnskapsbasert praksis KBP fra ulike kilder for eksempel fra kollegaer, eksperter, forskning, retningslinjer, kurs osv. Disse kildene har styrker og svakheter. De som arbeider i klinisk praksis må være bevisst på disse styrkene og svakhetene. Formålet med kunnskapsbasert praksis er å styrke beslutningsgrunnlaget særlig for de som jobber i helsevesenet og bevisstgjøre hvor kunnskapen er hentet fra. Prosedyrer som ikke er basert på oppdatert kunnskap kan i verste fall føre til feil behandling av pasienter. Derfor anses det som viktig at helsepersonell lærer seg metoder for hvordan søke seg fram til den best tilgjengelige kunnskapen og kritisk vurdere denne. Å utarbeide kvalitetsdokumenter basert på forskning er et ledd i sikre lett tilgang på best og mest oppdatert kunnskap (Kunnskapsbasertpraksis.no).

1.5 Problemstilling og forskningsspørsmål

Vi har valgt å basere vår forskning på egen arbeidsplass, et sykehus, som har høye krav på seg når det gjelder en effektiv drift av fellesskapets goder og samtidig sikre alle pasienter den beste og mest evidensbaserte behandlingsmetodikken som er å oppdrive. Å utøve slik kunnskapsbasert praksis er som sagt å ta faglige avgjørelser basert på forskning og klinikernes erfaring, samt ta hensyn til pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon. Sykehuset må derfor legge til rette for implementering av ny kunnskap. Men hva betyr det i praksis? Hvilke barrierer kan vi identifisere for å kunne lykkes med implementering og hvilke strategier er hensiktsmessige for å omgjøre kvalitetsdokumenter til kunnskapsbasert praksis. For å ivareta tilstrekkelig kompetanseoverføring har nesten alle faggrupper som skal jobbe i sykehuset krav til praksis i sine utdanninger. Skriftliggjorte dokumenter skal bidra til å sikre kompetanseoverføring. Hvordan leder legger til rette for et arbeidsmiljø som bidrar til å styrke organisatorisk læring blir derfor en viktig rettesnor for oss i arbeidet med å identifisere fremmere og hemmere for

implementering av skriftliggjort kunnskap til kunnskapsbasert praksis. Vi innehar begge stillinger i sykehuset hvor utarbeiding og implementering av kvalitetsdokumenter står sentralt. I vår masteravhandling har vi satt oss som mål å se nærmere på hva som fremmer eventuelt hemmer at faglige retningslinjer omsettes til praksis. Er det sprik mellom liv og lære? Blir kvalitetsdokumentene implementert. Med dette som bakgrunn har vi valgt vår forskning med utgangspunkt i følgende problemstilling:

Problemstilling

Hva hemmer og hva fremmer implementering av kvalitetsdokumenter?

Problemstillingen er delt inn i to forskningsspørsmål:

- 1. På hvilken måte har ledelse og arbeidsmiljø betydning for at kvalitetsdokumenter blir implementert for å sikre sykehusets “best evidence-based practice”?**
- 2. Hvordan kan kunnskapsproduksjon nedfelt i kvalitetsdokumenter implementeres slik at de bidrar til å styrke organisasjonens intellektuelle kapital?**

1.6 Forskningsprosessen

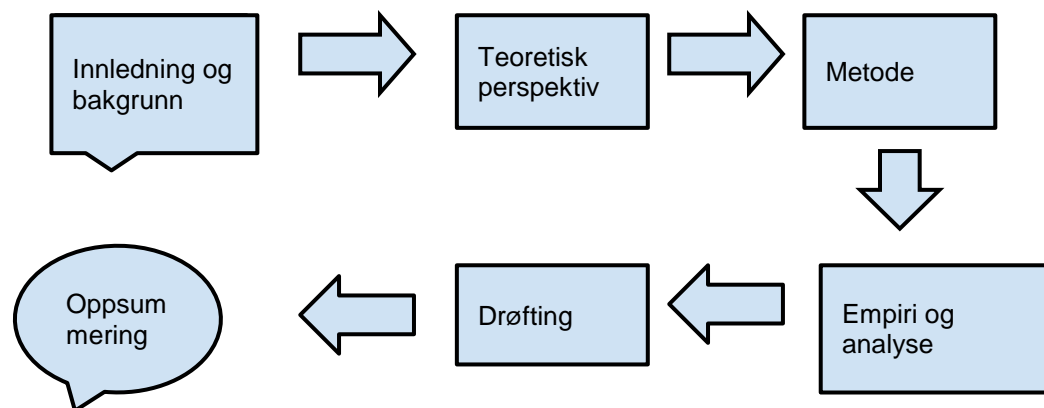
I vår forskning har vi valgt å gjøre bruk av både kvalitativ og kvantitativ metode. I oppgaven ønsker vi å forske på strategien om det å sikre faglig kvalitet gjennom implementering av kvalitetsdokumenter.

Vi tok utgangspunkt i Arbeidsmiljøundersøkelsen som ble gjennomført ved St.Olavs i 2014. Arbeidsmiljøundersøkelsen er en kvantitativ spørreundersøkelse som omhandler 18 temaer og vi avgrenset vår forskning og vår kvantitative tilnærming til de fire temaene som omhandlet kvalitet, medvirkning, opplevd lederatferd og implementering av sentrale føringer ved St.Olavs, siden svarene på disse temaene skapte mest undring hos oss. For å få mer nyanserte svar på vår forskning utarbeidet vi en intervjuguide (vedlegg 2) og for deretter intervjuet 6 klinikere. De

seks klinikerne representerte ulike faggrupper og tilhørte to ulike avdelinger i Psykisk helsevern. Intervjuene var individuelle og ble gjort fortløpende på klinikernes arbeidsplass. Videre fant vi det hensiktsmessig å søke etter publiserte studier som omhandler implementering av kunnskapsbasert praksis. Vi var nysgjerrige på om andre kunne vise til funn som kunne gi oss kunnskap om generelle utfordringer og strategier ved implementering av kvalitetsdokumenter. Det kom også frem svært interessant og relevant informasjon i møtet med avdelingssjef fra et annet helseforetak som hadde blitt ISO 9001-sertifisert. ISO 9001-sertifisering viser at kvalitetsstyringssystemet er sertifisert etter standard for god kvalitetsstyring. Sertifiseringen utføres av en uavhengig tredjepart, og dette viser kundene/pasientene at de kan stole på at der er innført nødvendige interne rutiner for å kunne møte foretakets forpliktelser. I neste avsnitt tar vi for oss oppgavens struktur og oppbygning.

1.7 Oppgavens struktur og oppbygning

Vi har valgt å lage en skjematisk oversikt over strukturen på masteravhandlingen vår.



Figur 1: Oppbygging av masteravhandlingen

Masteravhandlingen er delt inn i 6 hoveddeler:

1) Innledning og bakgrunn skisserer de strategiene som skal bidra til å sikre faglig kvalitet gjennom implementering av kvalitetsdokumenter, deretter følger problemstilling, forskningsspørsmål, forskningsprosessen og oppbyggingen av oppgaven.

2) Teoretiske perspektiv tar for seg relevant teori som omhandler kommunikasjon, organisatorisk læring og kunnskapsutvikling. Samt teori som omhandler ledelse. I kapittelet vil vi også vise til

andre studier som har tatt for seg tilsvarende tema.

3) Metodekapittelet framstiller forskningsprosessen og metodevalg. Kapittelet tar også for seg utfordringer knyttet til det å forske på egen organisasjon samt noen etiske aspekter.

4) Empiri og analyse-delen beskriver analysen av funnene i både den kvantitative og den kvalitative delen av forskningsprosessen. Her vil vi også presentere historien som fremkom i kontakten med det andre helseforetaket.

5) Drøftings kapittelet inneholder våre refleksjoner og hovedtrekk i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål.

6) Oppsummeringen er våre betraktninger om hvilke faktorer som hemmer og hvilke faktorer som fremmer implementering av kvalitetsdokumenter.

2. Teoretiske perspektiver

For å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene presenterer vi i dette kapittelet teori som vi anvender i analyse og drøfting av data fra Arbeidsmiljøundersøkelse gjort ved sykehuset i 2014 og fra intervjuene. Vi vil omtale teori om organisatorisk læring og kunnskapsutvikling som grunnlag for drøfting av implementering av kvalitetsdokumenter i et teoretisk perspektiv. Her vil vi trekke inn både Irgens sin 5-trinnsmodell (Irgens 2010) som vi finner anvendbar for å illustrere utfordringer knyttet til det å overføre kunnskap fra en situasjon til en annen. Vi omtaler individuell læring i henhold til Dreyfus og Dreyfus's (1999) mestersvenn perspektiv siden individuell læring må anses å være en forutsetning for organisatorisk læring. Vi anvender SEKI- modellen til Nonaka og Takeuchi (Irgens 2010) for å se nærmere på kunnskapsutvikling og fant det også relevant å vise til Stacey's (2008) modell om kunnskapsutvikling som en relasjonell prosess. Vi vil også presentere teori som omhandler kommunikasjon siden skriftliggjorte prosedyrer er en måte å kommunisere faglighet på. I denne sammenhengen ser vi også behovet for å trekke inn teori knyttet til taus og eksplisitt kunnskap. Dernest vil vi se på kunnskapsteori, kunnskapsledelse og kunnskapsarbeideren.

Siden vi allerede har og underveis kommer til å vise til Arbeidsmiljøundersøkelsen (AMUS) ser vi det som nødvendig å gi en kort orientering om Arbeidsmiljøundersøkelsen.

2.1 Kort orientering om Arbeidsmiljøundersøkelsen

St. Olavs Hospital gjennomfører hvert annet år arbeidsmiljøundersøkelse i samarbeid med Helse Midt - Norge. Styret ved St. Olav Hospital har vedtatt følgende overordnede mål for HMS - arbeidet:

"Gjennom et dokumentert HMS - system skal alle ledere ha mulighet til å holde "orden i eget hus" gjennom planlegging, opplæring og kontroll. HMS - systemet skal nyttes som et styringsverktøy for kontinuerlig forbedring" (vedlegg 5).

Arbeidsmiljøundersøkelsen er en integrert del av dette styringsverktøyet, i den betydning at resultatene fra arbeidsmiljøundersøkelsen skal føre til at det i hele St. Olavs arbeides kontinuerlig med forbedring.

Ansatte ved sykehuset inviteres til å delta i besvarelsen av arbeidsmiljøundersøkelsen som er kjent under betegnelsen AMUS. Ved St Olavs ble alle ansatte med minst 30 % stilling pr 1. juni 2014, invitert til å delta i besvarelsen av undersøkelsen. Alle ledere deltok også i undersøkelsen med unntak av administrerende direktør.

AMUS er en kvantitativ spørreundersøkelse der spørsmålene er hentet fra QPS Nordic. QPS Nordic er et meget omfattende spørreskjema som er utarbeidet på nordisk basis med støtte fra Nordisk Ministerråd. Spørreskjemaet er utprøvd i Danmark, Finland, Norge og Sverige. Det er foretatt omfattende validitetstester med avanserte statistiske metoder og det finnes referansedata for enkeltspørsmålene med middelværdier og standardavvik (NEL elektronisk håndbok). Spørreskjemaene er prekodete, med det menes at spørreskjemaene på forhånd oppgir de aktuelle svaralternativer. Faste spørsmål og svaralternativer medfører en standardisering som gjør det mulig å se likheter og variasjoner hos respondentene. Standardiseringen gjør det mulig å generalisere resultatene fra utvalget til populasjon, man kan samle inn data fra mange individer på kort tid, og ved hjelp av statistiske analyser kan man undersøke sammenhenger som man finner er relevante (Johannesen, Tufte og Christoffersen 2011).

2.1.1 Tema og målsetting med AMUS

Selve AMUS undersøkelsen er oppdelt i 18 hovedtema, med totalt 73 underliggende spørsmål. Undersøkelsen kartla ulike forhold som virker inn på trivsel, motivasjon og helse. I vår oppgave

valgte vi å behandle rådata knyttet til temaene kvalitet, medvirkning, opplevd lederatferd og implementering av sentrale føringer ved St Olavs Hospital, da dette er tema som gir oss relevante data i arbeidet med å svare ut vår problemstilling og forskningsspørsmålene.

St. Olavs målsetting med å gjennomføre arbeidsmiljøundersøkelsen hvert andre år er formulert i samsvar med Styret ved St. Olavs- og helseforetakets- mål og består av følgende fire kulepunkter:

- Utvikling av medarbeidere, arbeidsmiljø og ledelse i sykehuset
- Virksomhetsutvikling basert på en felles standard for kartlegging og oppfølgingsarbeid
- Å skape en felles forståelse for sterke og svake sider ved arbeidsmiljøet
- Få frem forhold som påvirker motivasjon, trivsel og helse

(vedlegg 6)

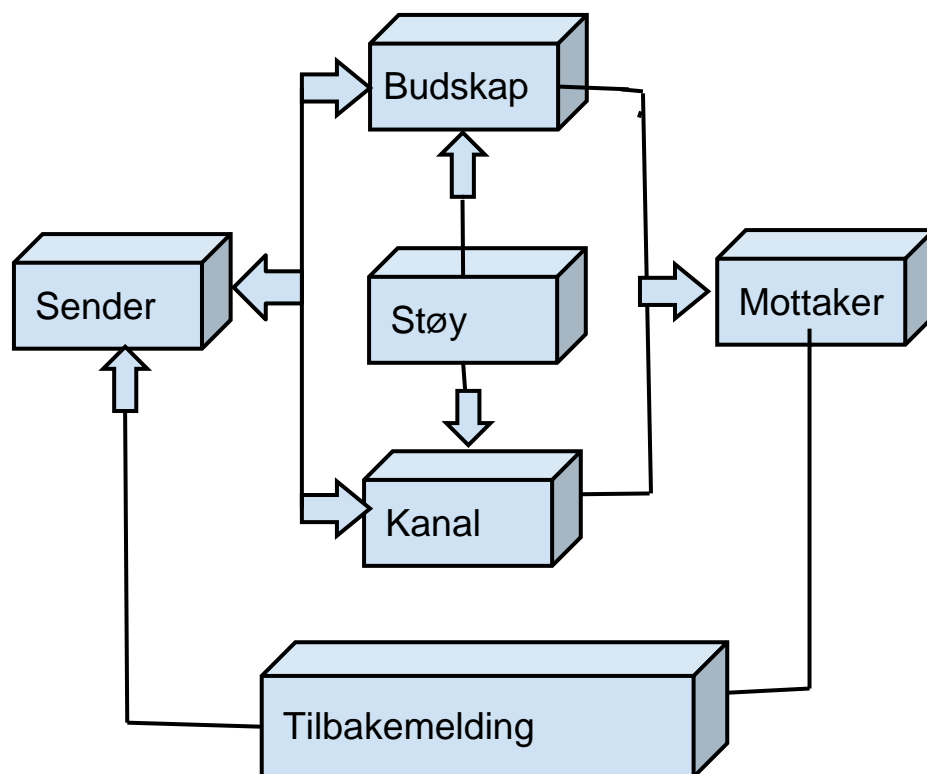
AMUS skal bidra til å sikre at sykehusets ledelse *får* informasjon fra sine ansatte. En annen måte å si det på er at AMUS er en måte å kommunisere til de ansatte at dette er en kanal for ansattes innflytelse på egen arbeidssituasjon.

2.2 Hvordan kommuniseres krav og forventninger til sykehusets ansatte?

I dette kapittelet vil vi ta for oss eksempler på hva som kommuniseres til ansatte og på hvilken måte dette bidrar til å sikre at relevant informasjon når frem. Vi vil også komme inn på hva som kan være til hinder for dette.

2.2.1 Kommunikasjonsprosessen skal sikre at relevant informasjon når fram.

En av sykehusets strategier innebærer å kommunisere mål og visjoner gjennom skriftlige dokumenter. Samme strategi benyttes for å kommunisere forventninger til kvalitet og fagutøvelse gjennom pasientforløp og fagprosedyrer, Busch, Dehlin, og Vanebo (2010), presenterer en kommunikasjonsmodell tenkt som hjelp til å forstå elementer i en kommunikasjonsprosess. Hensikten er å synliggjøre at det kan oppstå kommunikasjonsproblem dersom informasjonen, som sendes ut, av ulike grunner ikke kommer fram til mottakeren.



Figur 2: Kommunikasjonsprosessen (Busch et.al 2010)

Modellen ser ut til å være utformet først og fremst med tanke på utfordringer i verbal kommunikasjon mellom ledere og ansatte. Organisasjoner kan benytte seg av flere kanaler, eksempelvis gjennom skriftlige dokumenter for å sikre seg at nødvendig informasjon kommer fram. Slik vi ser det er modellen også relevant når kommunikasjonen skjer ved skriftlighet.

Den aktive initierende part i prosessen er uansett *senderen*. I denne sammenheng er senderen sykehusledelsen som gjennom skriftlige fagprosedyrer formidler hva de forventer av sine ansatte. En utfordring i kommunikasjon kan være at sender feilvurderer mottakers behov samt å vite hva som er riktig mengde informasjon på det gitte tidspunktet (Busch et al. 2010).

Mottaker kan oppfattes som passiv part i kommunikasjonen. Men samtidig er det mottaker som bestemmer hva hun vil høre. *"Informasjonen blir alltid bevisst eller ubevisst silt – mesteparten går kanskje rett forbi"* (Busch et.al. 2010:390).

I enhver organisasjon er det viktig å bruke flere kanaler for å gi informasjon, fordi det ofte er nødvendig å gjenta informasjon flere ganger. Skriftlighet er derfor viktig som informasjonskanal. *Støy* beskrives slik i Busch et al. (2010): *"Med støy mener vi forskjellige årsaker til at informasjon ikke når frem og det oppstår kommunikasjonsproblemer"* (Busch et.al 2010:393).

For at mottakeren skal klare å fange opp informasjonen, må han være interessert og motivert. Informasjonen må bety noe for mottaker (Busch et.al 2010).

Her trekker forfatterne fram persepsjonspsykologien som er opptatt av hvordan vi som mennesker oppfatter verden rundt oss og den informasjon som sendes og hvordan denne mottas. Her ligger også risikoen for at informasjonen ikke når fram eller at det kan oppstå misforståelser.

- *Utvelgende persepsjon*: det betyr at vi enten bevisst eller ubevisst fanger opp informasjon vi er interessert i, resten "går oss hus forbi". Dette er ikke lett for sender å styre. Det eneste vi vet er at ikke alt blir oppfattet.
- *Utfyllende persepsjon*: som mottakere tolker vi informasjonen vi mottar. Vi forsøker å lage en helhet ut fra egne tanker, kunnskap og forestilling
(Busch et.al. 2010)

Busch et. al.(2010) oppsummerer hvordan de forstår ulike årsaker til at informasjon ikke når fram eller at det oppstår kommunikasjonsproblemer bl.a. på følgende måte:

- *Dårlig motivasjon* -mottaker er ikke motivert til å ta imot informasjonen.
- *Informasjonen oppfattes feil* -vesentlige deler faller ut ved siling eller ved feiltolkning.
- *Språkproblemer* - mottaker forstår ikke budskapet på grunn av språket som benyttes, fagspråk eller begrep som mottaker ikke forstår.
- *Manglende tillit* - mottaker har ikke tillit til sender.
- *Forvrenging gjennom flere ledd* - det kan lett oppstå forvrengning hvis informasjonen skal gjennom flere ledd.

2.2.2 Kommunikasjon til ansatte gjennom visjoner og strategier

Sykehuset har visjonen "Fremragende behandling". Visjoner baserer seg mest effektivt på påstander som ikke lar seg motbevise (Pettersen 2005). "Fremragende behandling" kan assosieres med fremragende sammenlignet med andre både når det gjelder drift, behandling og kompetente behandlere. Visjoner kan fungere som assosiative ledestjerner i en kompleks organisasjon og videre kan det visjonære kommuniseres strategisk slik at mange forskjellige interessenter kan legge sine egne fantasier og forventninger i visjonen. (Busch et. al. 2005:378). Busch et. al. sier videre at uten mål og strategier vil det kunne oppstå tvil om hva som skal utøves i organisasjonen. Utgangspunktet for å utarbeide mål er organisasjonens

normer og verdier. Om disse skal bli meningsfulle for de ansatte handler ikke alene om innholdet, men også om troverdighet og hvilken tillit de ansatte har til den som kommuniserer budskapet.

2.2.3 -Informasjonsmengde en barriere for implementering

“Ny teknologi i kombinasjon med stadig større krav til dokumentasjon, rapportering og formelle systemer gjør at vi overdynges av vanvittige mengder informasjon som vi får stadig større problemer med å behandle og utnytte” (Irgens 1998). Informasjon er bra, men dersom medarbeiderne utsettes for “for mye” informasjon kan det oppstå informasjonsoverflod som Irgens (2011) velger å kalle det. Informasjonsmengden kan være større enn hva de ansatte er i stand til å ta imot (Irgens 2011). For å holde styr på informasjonen utarbeides det stadig fagprosedyrer, retningslinjer og pasientforløp. Kvalitetssystemet skal være styrende for arbeidet som utføres. St.Olavs ”Forbedringsprogram 2014-2016” og sterke føringer om utarbeidelse av pasientforløp er preget av dette.

I Adresseavisen 06.05.15 omhandles en studie gjort av stipendiat Bjarne Austad ved NTNU. Presentasjon av studien finner vi relevant for vår studie og interessant å ta med selv om vi ikke har gått inn i materialet i studien. Austad gjorde en studie blant 25 allmennleger i Sør-Trøndelag. I følge Adresseavisen er hans funn blant annet at unge leger føler et økende og ubehagelig press om å følge krav fra myndigheter og sykehusspesialister om å ta i bruk faglige retningslinjer. Det framkommer, slik Adresseavisen forstår det, at krav til legene i noen sammenhenger kan gå på tvers av legens skjønn og passer dårlig inn i legens vurdering av pasientbehandling. I tilsynssaker etter uønskede hendelser sier legene at det kan blir gjort til et tema dersom de faglige retningslinjene ikke er fulgt. Studiene viser også at legene har en opplevelse av “ å drukne i papirer” En lege som lar seg intervjuet av avisen understreker at retningslinjer er nødvendige, men at mengden oppleves å være uoverkommelig. Han sier videre at seg i mellom kaller allmennlegene dette for “retningslinjeindustrien” og at det oppleves som å «lide av en ny diagnose; retningslinje utmattelsessyndrom»(Meland, Adresseavisen 6.5.2015: 6)

Sykehuset vi arbeider i har utarbeidet en mengde informasjon. Etter siste opptelling i april 2015 har St.Olavs til nå har utarbeidet over 9900 kvalitetsdokumenter som forventes å være styrende for organisasjonen. Teknologi er anvendt for å samle og distribuere disse kvalitetsdokumentene

gjennom det elektroniske kvalitetssystemet EQS (se eget avsnitt). Både ledere og ansatte blir utsatt for mye informasjon som det kan være vanskelig å ha kontroll og oversikt over. En slik informasjonsmengde kan medføre usikkerhet og beslutningsvegring siden du vet at det finnes informasjon, men at du vet ikke hvor informasjonen du trenger befinner seg. (Irgens 1998).

Spørsmål som både leder og ansatte stiller seg kan være

- Hvor befinner informasjonen seg?
- Hvordan bruker jeg det elektroniske verktøyet?
- Hva er relevant informasjon?
- Hva kan jeg velge bort av informasjon?
- Trenger jeg egentlig denne informasjonen?
- Får det noen konsekvenser om jeg ikke anvender informasjonen?

(Irgens 1998)

Fra et lederssynspunkt kan det være en utfordring å sikre at adekvat informasjon flyter effektivt i organisasjonen (Irgens 2011). Risikoen med informasjonsoverflod er at medarbeiderne ikke makter å bearbeide den informasjonen de utsettes for og det kan oppstå forvirring og frustrasjon når man drukner i opplysninger om vesentlige og uvesentlige forhold. Det kan i neste omgang medføre at det er nærmest umulig å strukturere og skille ut den informasjonen man ønsker og som man har bruk for (Irgens 2011). Ledelsesutfordringen når det gjelder informasjon er å ikke tilføre informasjon i en så stor grad at medarbeidernes prosesskapasitet overstiges.

2.2.4 Kommunikasjon av målkrav og produktivitet

Lange ventelister har i flere år vært en utfordring for sykehuset, men lovendringer og fristfastsettelse for behandling har vært insentiver for å tilnærme seg utfordringene. *Effektivitet* har vært et sentralt begrep som kan omhandle både ekstern og intern effektivitet, og effektiviteten kan være både høy og lav. Den eksterne effektiviteten er høy når sykehuset utreder/behandler pasienter med størst behov. Den interne effektiviteten er høy når de enkelte oppgavene i sykehuset løses med minst mulig ressurser. Raske og gode behandlingsformer, og standardiserte pasientforløp, kan være eksempel på det. Det er mange definisjoner på

produktivitet, men i samfunnsøkonomisk teori er *produktivitet* forholdet mellom produksjon og ressursbruk (Mikalsen 1998). I sykehussammenheng innebærer det at politikerne vil ha mer ut av hver helsekrone. Målkrav og produktivitetskrav innebærer blant annet at hver behandler må møte flere pasienter hver dag. Forholdet mellom kvantitative og kvalitative mål er et stadig tilbakevendende tema i klinisk arbeid sett i sammenheng med helseforetakets og myndighetenes fokus på effektivitets- og produktivitetsøkning. Sykefravær og økonomi er også både regionale og nasjonale måltall. På sykehusnivå måles sykehusets aktivitet etter; fristfastsettelse, pasientforløp og behandlingsplanlegging. Sykehuset har mulighet til å vurdere implementering av standardiserte pasientforløp gjennom IT-system som har som måleparametere antall dager fra henvisning til time for utredning (fristfastsettelse), time for behandling og om det er utarbeidet behandlingsplaner. Slik er det mulig å ha kontroll på om det "standardiserte pasientforløpet" er det redskapet det er tenkt å være. Innenfor ethvert standardisert pasientforløp gjelder også diverse fagprosedyrer om metoder for utredning og behandling. Det er foreløpig ingen tilsvarende måleparametere for å måle om kunnskapsbaserte fagprosedyrer faktisk tas i bruk.

2.3 Hvordan forstå kunnskap

Systematisering av kunnskap formidles og kommuniseres bl.a. gjennom skriftliggjorte fagprosedyrer. I dette kapittelet vil vi både se på kunnskap som begrep og kunnskap sett fra ulike perspektiver.

2.3.1 Kunnskap som begrep

Kunnskap som begrep oppfattes vanligvis som noe meningsfullt, positivt og lovende, samtidig som det er vanskelig å gi en kort og grei definisjon av begrepet. Kunnskapen er overalt og alle har et forhold til kunnskapen, men likevel er den vanskelig å konkretisere (Von Krogh, Ichijo & Nonaka 2011). Til tross for det er intensjonen at kunnskapen som finnes i kvalitetsdokumenter skal være så konkret som mulig.

I løpet av de siste 30-40 årene har kunnskapsbegrepet blitt utviklet videre. Kunnskapsbegrepet er etterhvert blitt utvidet til også å omhandle andre områder enn bare de teknisk-naturvitenskapelige. Man har fått mer fokus på ulike former for kunnskap og organisatorisk læring. Det at kunnskap kan knyttes opp mot organisatorisk læring, gir mulighet for å forstå at kunnskap og læring er mer enn individuelle og kognitive fenomener. Kunnskap og læring kan

også forstås som sosiale fenomener (Westeren 2013). Når kunnskap forstås som et relasjonelt fenomen blir kunnskap meningsløs uten en kontekst. Kunnskapen slik vi ser det må derfor sees i en situasjonsbestemt kontekst, for oss er det pasientbehandling og man må ha et prosessuelt, dynamisk og praksisbasert fokus (Irgens 2007 og Von Krogh et.al 2011).

Videre kan kunnskap beskrives som en fornybar ressurs som kan brukes gjentatte ganger.

Kunnskap er derfor noe mer enn konkrete data, informasjon og visdom. Kunnskap kan altså beskrives på ulike måter, alt etter hvilke forståelsesrammer som legges til grunn. For å klargjøre kunnskapsbegrepet, vil vi i det følgende beskrive noen ulike forståelsesrammer.

2.3.2 To ulike perspektiver på kunnskap

Som beskrevet innledningsvis finnes det ulike oppfatninger av kunnskap. Irgens (2007) refererer til Frank Blackler som presenterer to hovedperspektiver på kunnskapen, et strukturelt eller prosessuelt perspektiv. Irgens har illustrert dette i en modell, basert på Newell et al. samt Hislop (Irgens 2007). Modellen avspeiler de to dominerende oppfatningene av hva kunnskap er. I et strukturelt perspektiv beskrives kunnskap som noe konkret, målbart og lett å identifisere. Man kan tenke seg det er et substantiv, noe som "eies" av de ansatte eller organisasjonen. I det prosessuelle perspektivet er kunnskap noe som utvikles i samspill og relasjoner, knyttet til handling og praksis. Kunnskapen "eies" ikke og er vanskelig å måle og avgrense (Irgens 2007).

To perspektiver på kunnskap

Strukturelt perspektiv (statisk, objektivistisk)	Prosessuelt perspektiv (dynamisk, praksisbasert)
<ul style="list-style-type: none"> ● Kunnskap er resultatet av en intellektuell prosess, frukten av tenkning ● Kunnskap er en avgrenset enhet som kan atskilles fra mennesker ● Kunnskap er noe mennesker og organisasjoner har ● Kunnskap er objektive fakta ● Kunnskap finnes på individ og organisasjonsnivå ● Kunnskap kan måles og gis en verdi ● Eksplisitt kunnskap er viktigere enn taus kunnskap ● Kunnskap kan oppdeles i ulike avgrensede kategorier 	<ul style="list-style-type: none"> ● Kunnskap er rotfestet i praksis, handling og sosiale relasjoner ● Kunnskap er kroppsliggjort i mennesker ● Kunnskap er sosialt konstruert, skapt i samhandling mellom mennesker ● Kunnskap er dynamisk- kunnskapingsprosessen er like viktig som kunnskap ● Kunnskap er subjektiv, knyttet til maktforhold og konstant utfordret ● Kunnskap er innbakt i kulturen ● Taus og eksplisitt kunnskap henger sammen ● Kunnskap er multidimensjonal og i praksis vanskelig å atskille i kategorier

Tabell 1. Sammenligning av det strukturelle og det prosessuelle synet på kunnskap. (Irgens 2007:59)

Kunnskap i lys av den strukturelle forståelsesrammen kan altså defineres som noe konkret, målbart og lett identifiserbart, som kan behandles og spres til andre. Perspektivet er fundert på en kognitiv tilnærming og beskriver kunnskapen som noe individet har og tilegner seg. Den eksplisitte kunnskapen blir i dette perspektivet viktigere enn den tause kunnskapen. I det prosessuelle perspektivet er ikke kunnskap og kunnskapsutvikling noe som utelukkende kan forstås som mentale prosesser hos enkeltindivider. I dette perspektivet er selve kunnskapprosessen det som vektlegges. Prosessene i organisasjonen blir viktige, hva skjer i handling og i praksis. I dette perspektivet sees eksplisitt og taus kunnskap i en sammenheng

(Irgens 2007). Vi vil i det videre utdype hvordan vi forstår kunnskap i et strukturelt og prosessuelt perspektiv.

2.3.3 Kunnskap i et prosessuelt perspektiv

Med et prosessuelt perspektiv vil kunnskap forstås som en virksomhet som tar høyde for at faglig atferd kommer til syne i utøvelsen av faglige handlinger og legge til rette for formidling av historier i et praksisfellesskap (Stacey 2008). En organisasjon med et prosessuelt perspektiv vil forstå at læring handler om å legge til rette for at ansatte samhandler og lærer av hverandre (Irgens 2007). I et prosessuelt perspektiv vil organisasjonen benytte seg av modeller som omhandler hvordan omsette den individuelle kunnskapen, inklusive den tause kunnskapen til organisasjonens kunnskap. Det finnes ulike modeller for hvordan skape prosessuelle og lærende organisasjoner. Det kan stilles spørsmål om modellene tar inn over seg det komplekse med å omgjøre taus kunnskap til eksplisitt (Siggaard Jensen, Mønstad, Fejfer Olsen 2004) fordi som Polyani sier: «*Vi vet mer enn vi kan fortelle*» (Westeren 2013:62). Vi vil i et senere kapittel belyse hva vi forstår med taus og eksplisitt kunnskap.

Kunnskap kan med et prosessuelt perspektiv også kalles et praksisperspektiv som kan være vanskelig å avgrense og måle (Irgens 2007). Kunnskap ut fra en slik forståelse er at kunnskap både har et teoretisk og et praktisk element, og at begge disse elementene må spille sammen for at en kan si at en medarbeider innehar kunnskap (Hislop 2009). Ansatte i sykehuset har tilegnet seg den teoretiske kunnskapen gjennom utdanninger og det praktiske elementet ivaretas gjennom krav til praksis i utdanningene. Det prosessuelle perspektivet bygger på et hermeneutisk vitenskapssyn og blir beskrevet som forståelselære. Den søker etter helheten i menneskers liv for å forstå deres situasjon og bygger ikke på "lovmessige" sannheter i samfunnet. I et prosessuelt perspektiv blir samspill og relasjoner viktig for kunnskapsutvikling og læring i organisasjonen (Irgens 2007).

Med et prosessuelt perspektiv på kunnskap vil kunnskap kjennetegnes ved å være dynamisk, subjektivt og være sosialt konstruert skapt i samhandling mellom mennesker (Irgens 2007).

Stacey's oppfattelse av kunnskap innebærer at kunnskap er et fenomen som ikke lar seg måle, dele eller lede. Han hevder at kunnskap skapes å gjenskapes, og at kunnskapsarbeid og organisasjonens kunnskapsressurser ligger i relasjonsmønstrene mellom organisasjonens medlemmer (Stacey 2008).

En kunnskapsvirksomhet med et prosessuelt perspektiv vil ha fokus på at slik kunnskap ikke kan reduseres til regler og prosedyrer. Med et prosessuelt perspektiv på kunnskap vil kunnskapsvirksomheten legge til rette for arenaer hvor ansatte i fellesskap deler sine historier og sin kunnskap. Både for i større grad å få ta del i den andres tause kunnskap og i fellesskap skape ny kunnskap (Stacey 2008).

I et prosessuelt perspektiv på kunnskap vil det eksperten besitter av kunnskap være kunnskap som ikke kan uttrykkes, men som påvirker atferden. Det som eksperten forteller og har nedfelt skriftlig, vil i beste fall være det han eller hun er i stand til å uttrykke (Dreyfus & Dreyfus 1999).

2.3.4 Kunnskap i et strukturelt perspektiv

Irgens (2007) viser til Newell et.al. som hevder at kunnskap i lys av det strukturelle perspektivet kan beskrives som substantiv, og noe som individer og organisasjoner har som en beholdning. I og med at dette perspektivet er fundert på en kognitiv tilnærming til kunnskapsutvikling, og at all kunnskap er noe som individer tilegner seg og har, vektlegges den eksplisitte kunnskapen mer enn taus kunnskap.

Kunnskap i et strukturelt perspektiv bygger på et positivistisk vitenskapssyn som innebærer en forståelse av at kunnskap er noe som er statisk og objektivt, noe som er forholdsvis konkret, målbart og lett å identifisere (Irgens og Wennes 2011). I et positivistisk perspektiv er kunnskap i følge Irgens (2007) et substantiv, noe som eies av den ansatte eller av organisasjonen og kjennetegnes ved noe som mennesker og organisasjoner har. I dette perspektivet kan kunnskap måles og gis en verdi, kunnskapen kan avgrenses og atskilles fra mennesker og kunnskap forstås som frukten av tenkning (Irgens og Wennes 2011). Siden kunnskapen tas for objektiv og gitt, gis det også mulighet for å identifisere kunnskapen slik at den kan nedfelles i rutiner (Stacey 2008). Med et strukturelt perspektiv på kunnskap kan kunnskapen kodifiseres i form av prosedyrer og regler, og det vil anses å være tilstrekkelig å utarbeide systemer, plandokumenter, prosedyrer og retningslinjer. Kunnskap som er nedfelt gjennom rutiner og prosedyrer vil i et strukturelt perspektiv vurderes som lett overførbart kunnskap uavhengig av hvilken profesjon som utøver oppgaven.

En kunnskapsvirksomhet med et strukturelt perspektiv vil rette fokus mot strategier som omhandler rutiner, regler og prosedyrer. Kunnskap som kan uttrykkes defineres som eksplisitt. I

et strukturelt perspektiv vil den eksplisitte kunnskapen vurderes som tilstrekkelig for å få mest rasjonell og effektiv utnyttelse av kunnskapsarbeideren. Den tause kunnskapen kan det imidlertid være verre å få tak på via retningslinjer og prosedyrer (Irgens 2007).

2.3.5 Taus og eksplisitt kunnskap

I følge Styhre (2004) er ikke kunnskap et isolert og avgrenset objekt som en person eier alene. Kunnskap er kun nyttig i en sosial og helhetlig kontekst. Styhre hevder at den tause kunnskapen er en fellesbetegnelse for de evner og ferdigheter den enkelte besitter, men som det er vanskelig eller umulig å sette ord på og kodifisere. Den tause kunnskapen er “de hvite flekkene på kartet” mellom de velkjente områdene for eksplisitt kunnskap (Styhre 2004).

Eksplisitt kunnskap har tradisjonelt blitt sett på som objektiv; altså en type “sann” kunnskap, mens den tause kunnskapen i større grad anses som uformell, mindre rigid og i høyeste grad subjektiv. Den tause kunnskapen er preget av kulturelle normer og verdier og individets antakelser (Hislop 2009). Vestlige forskere med et positivistisk verdensbilde, har ofte framhevet eksplisitt kunnskap som den eneste formen for kunnskap nettopp fordi den har blitt ansett som “sann”. Forskning på den tause kunnskapen har derfor blitt nedprioritert, og det er først i de siste tiårene denne formen for kunnskap har blitt løftet fram som interessant i vitenskapen (Molander 1996).

Taus kunnskap kan sees i et praksisbasert perspektiv. I følge Hislop (2009) innebærer dette perspektivet at kunnskap ikke er et kodifiserbart objekt, men at den er dypt forankret i - og uløselig knyttet til - aktivitet og praksis. I følge Gehrardi (Hislop 2009: 33) knytter praksis kunnskapen til aktivitet i hverdagslivet. Dette støttes av Orlikowski (Hislop 2009: 34) som sier at kunnskap ikke kan oppfattes som noe enestående som kan kodifiseres og isoleres fra individet. Han sier videre at kunnskap heller ikke kan isoleres fra menneskelig aktivitet.

Polanyi i følge Westeren (2013) viser til to former for oppmerksomhet når man skal analysere kunnskapsbygging. Han mener at vi vanskelig kan identifisere et redskap som noe brukbart om vi ikke vet hva vi kan bruke det til. Polanyi viser til eksemplet der vi bruker en hammer for å slå i en spiker. Han snakker om “focal awareness” hvor vi retter oppmerksomheten mot å slå hammeren mot spikeren. Videre snakker han om “subsidiary awareness” i den forstand at vi føler med hender og fingre hva som foregår mens vi holder på. Et viktig prinsipp for Polanyi er at en må vektlegge begge prinsippene og at både kroppen og sansene våre er redskaper for å få kunnskap om verden utenfor oss. Videre er Polanyi opptatt av i hvor stor grad erfaring omgjøres

til kunnskap og hvordan denne tause kunnskapen blir en del av personligheten. Polanyi kaller det for "indwelling" når kunnskap som er tatt opp fra erfaring gjøres om til vår egen. Hvordan prosessen med indwelling foregår, er avhengig av de erfaringer vi gjør oss og den tillit vi har til det kunnskapsfeltet det dreier seg om. I sykehuset ser vi at strategien er skriftliggjorte kvalitetsdokumenter. «Focal awareness» kan forstås i denne sammenhengen at oppmerksomheten rettes mot å følge regler som er nedfelt skriftlig. Når sanseapparatet i eksempelvis sykehussammenheng slår inn med lukt og syn og rutinene ikke lenger strekker til kan vi forstå det som «Subsidiary awareness». For å få tilstrekkelig kunnskap om den kunnskapsoverføring som skjer gjennom praksis må begge prinsipper vektlegges slik at den tause kunnskapen blir en del av personligheten. Kunnskapen kroppsliggjøres gjennom erfaring og bruk av sanser mens arbeidet utføres. Mange helsearbeidere utvikler det en kan kalle taus kunnskap eller klinisk blikk, hvor kunnskap eller ferdighet er så innarbeidet at de agerer uten å tenke først. Kunnskapen ligger i ryggmargen, og kan ikke alltid settes ord på (Irgens 2011).

Noen utpekes til å ha et større ansvar enn andre for å sikre at kunnskap anvendes, utvikles og forstås. Det vil vi ta for oss i neste kapittel.

2.4 Ulike perspektiver og utfordringer knyttet til kunnskapsledelse

Von Krogh et. al. (2011) sier at knowledge management eller kunnskapsledelse kan forstås som en satsing av informasjons- og kommunikasjonsteknologi og ledelse gjennom systemer og prosedyrer. Von Krogh et.al. (2011) advarer mot at kunnskapsutvikling blir redusert til å gjelde bare eksplisitt kunnskap og noe som kan styres og kontrolleres. De hevder at å skape kunnskap handler om å legge til rette for relasjonsbygging og dialog, og å utvikle en felles kunnskapsbasis på tvers av geografiske og kulturelle grenser. Dialog handler om inkludering og deltakelse. Hege Eggen Børve (Børve 2011: 90) sier at kunnskapsledere er inkluderende og deltakende i sine beslutninger. De er uformelle og viser motvilje mot å fremheve egen makt. Konsekvensen av slike ledere er at arbeidstakerne gis innflytelse og medvirkning i beslutningsprosesser (Børve 2011:91).

Kunnskapsledelse dreier seg om å lede medarbeidere i virksomheter som utfører arbeid basert på egen kunnskap. Børve viser til Røvik og hevder at enkelte argumenterer for at pendelen er i ferd med å bevege seg fra ledelse til mer vektlegging på styring. Hun sier at ledelse omfatter desentralisert, direkte og dialogbasert påvirkning primært utøvd i relasjonen mellom den enkelte leder og den ansatte. Styring omhandler sentralisert, direktivlignende påvirkning utøvd indirekte gjennom f.eks. formelle strukturer og formaliserte prosedyrer og rutiner (Børve 2011: 91). Børve

sier videre at fellestrekket mellom styring og ledelse er at de begge dreier seg om virkemidler for å kanalisere ansattes atferd og andre organisatoriske ressurser for å oppnå best mulige resultater. Gjennom å fokusere på formelle strukturer og formaliserte prosedyrer og pasientforløp styrer sykehuset indirekte den virksomheten som kunnskapsarbeiderne skal utøve. Kunnskapsledelse handler om å skape kunnskap og omfatter både bevisste og overlagte handlinger – de som kan planlegges og styres av ledelsen – og de som vokser fram, de ikke-intenderte konsekvensene av overlagte handlinger, eller det man oppdager etter at en spesiell aktivitet har bidratt til å fremme kunnskapsutvikling (Von Krogh et.al 2001). Irgens og Wennes (2011) sier at kunnskapsledelse er å ha et ledesperspektiv hvor ledelsesfokus ligger på kunnskapsproduksjon og kunnskapsprosesser med sikte på å styrke organisasjonens intellektuelle kapital. Intellektuell kapital vil vi omtale senere i kapittelet. Å lede en kunnskapsorganisasjon handler om bl.a. å satse på informasjons- og kommunikasjonsteknologi gjennom målbare systemer og prosedyrer (Irgens og Wennes 2011).

Men å lede en kunnskapsorganisasjon handler også om insentiver for å bygge kultur i organisasjonen. Kultur er de rammene individene i organisasjonen arbeider innenfor (Gottschalk 2003). Organisasjonskulturen er direkte bestemmende for det enkelte individs vilje og holdning til å dele kunnskap med sine kolleger og medarbeidere. Mange forfattere har utpekt organisasjonskultur som en kritisk faktor for kunnskapsforvaltning sier Gottschalk (2003). Troen på at informasjonsdeling er en normal, riktig og sosial forventet atferd på arbeidsplassen, kan bidra til å øke kunnskapsdeling i organisasjonen. Denne oppfattelsen av hva som forventes kan komme fra, eller forsterkes gjennom, organisatoriske normer. Videre sier Gottschalk (2003) at jo sterkere den organisatoriske kulturen vektlegger at man skal hjelpe kolleger og ha en høflig oppførsel, jo større er sannsynligheten for at kunnskap deles og mottas. Det er allment kjent at organisasjonskultur påvirker effektene man får fra informasjonsteknologi sier Gottschalk (2003). Kulturelle barrierer mot kunnskapsforvaltning kan ikke alene bli redusert eller eliminert gjennom elektroniske verktøy. Å ha fokus på ansattes holdninger og atferd kan ha større effekt når det gjelder å lykkes med kunnskapsdeling hevder Gottschalk (2003).

Kunnskapsorganisasjoner som er preget av høy autonomi blant medarbeiderne medfører også at disse må ta et selvstendig ansvar for både utføring og utvikling av egne arbeidsoppgaver, såkalt selvedelse (Irgens & Wennes 2011). Hvordan ledere motiverer, skaper resultater og bygger kultur kan være vanskelig å få grep om. Ledelse kan forstås som en kompleks sosial prosess som skapes i samspill med andre mennesker (Wennes 2006). Kunnskapsledelse kan

altså forstås ut fra ulike perspektiv, noe som framkommer av følgende tabell hentet fra Irgens (2011).

To perspektiver på kunnskapsledelse

Instrumentelt perspektiv	Tolkningsperspektiv
Strukturelt perspektiv på kunnskap	Refleksivt perspektiv på kunnskap
<p>Statisk objektivistisk</p> <p>Kunnskap og kunnskapsledelse dreier seg om systemer som implementeres i eller på tvers av virksomheten og som fører til rasjonelle løsninger av problemer og dermed til forbedringer</p> <p>I en rendyrket form av teknologisk håndtering av kunnskap</p> <p>Kunnskap oppleves som en beholdning som et substantiv</p>	<p>Prosessuelt, relasjonelt, praksisbasert</p> <p>Kunnskap og kunnskapsledelse dreier seg om å analysere og forstå hva kunnskap i organisasjoner er, og hvordan kunnskap kan forandre premissene for virksomhetens ledelse, organisering og strategi.</p> <p>Det fokuseres både på løsning av problemer og på analyse av årsaker</p> <p>Kunnskap oppleves prosessuelt, som verbet kunnskaping.</p>
Fører til kodifiseringsstrategier i kunnskapsledelse	Fører til personifiseringsstrategier i kunnskapsledelse

Tabell 2: To perspektiver på kunnskapsledelse (Irgens 2011: 142)

Vi vil i det videre først si noe om forståelsen av individers kunnskap som en del av organisasjonens intellektuelle kapital og hvordan lede denne. Deretter vil vi presentere de to ovennevnte perspektivene på kunnskapsledelse hver for seg.

2.4.1 Intellektuell kapital

Mens organisasjoner, også sykehus, er nødt til å trekke til seg de dyktigste medarbeiderne og gi dem nødvendige verktøy, trenger disse menneskene også organisasjonens infrastruktur og relasjoner. Slik beskriver Roos og Roos (1998) hva de mener med en organisasjons intellektuelle kapital. De holder frem at en organisasjon må legge til rette for at de ansatte får tilgang til det som eksisterer av relasjoner i organisasjonen. Det være seg fra de helt enkle og uformelle konversasjoner med andre mennesker til mer strukturelle samarbeidsarenaer. De anser dette å være nødvendig for at de ansatte skal bli i stand til å bruke sin kunnskap og sine ferdigheter effektivt. Dette må komme i tillegg til den enkelte ansattes kunnskap og ferdigheter slik at disse kan utnyttes til organisasjonens beste (Roos og Roos 1998).

Gottschalk (2003) beskriver forskjellen mellom intellektuell kapital (intellectual capital), kunnskapsledelse (knowledge management) og organisasjonslæring (organizational learning) på følgende måte:

- *Intellektuell kapital* er verdien av organisasjonens kompetanse- og relasjonsbeholdninger.
- *Kunnskapsledelse* er flyt av kunnskap mellom kompetanse- og relasjonsbeholdninger.
- *Organisasjonslæring* er både beholdning og flyt, det er handling for å omdanne individuell og kollektiv kompetanse til atferdsendringer.

Intellektuell kapital er de verdier som vektles gjennom kunnskapsledelse. Det krever en kunnskapsledelse hvor hensikten er å belyse de verdiene som ikke kan bokføres som en markedsverdi (Gottschalk 2003). Gottschalk (2003) sier videre at de som bruker begrepet *kunnskapsledelse* ofte ser for seg et hierarki fra data via informasjon til kunnskap og visdom. Her defineres kunnskap som informasjon kombinert med kontekst og refleksjon. Med en slik definisjon mener Gottschalk at kunnskap bare kan befinne seg i menneskers hode. Bruk av informasjonsteknologi står sentralt i kunnskapsledelse, fordi informasjon lagret i rutiner og prosedyrer er råstoffet for kunnskapsarbeid (Gottschalk 2003).

Det finnes et utall av definisjoner innen både kunnskapsledelse og intellektuell kapital. Trenden er at kunnskapsledelse smelter sammen med intellektuell kapital og Gottschalk (2003) velger å bruke begrepet kunnskapskapital synonymt med begrepet intellektuell kapital. Han definerer kunnskapskapital på følgende måte:

Kunnskapskapital er verdien av organisasjonens humankapital (individens kunnskap), strukturkapital (systemers kunnskap, intern struktur) og relasjonskapital (felles kunnskap, ekstern struktur) (Gottschalk 2003:9).

Vi fant det nødvendig, med utgangspunkt i Gottschalk (2003) å vise hvordan vi forstår både humankapital, strukturkapital og relasjonskapital.

Humankapital er individuell kompetanse. Kapitalens verdi bestemmes av hver enkelt medarbeiders evne til å skape nytte for andre gjennom sine kunnskaper, evner og ferdigheter. Humankapital er knyttet til de ansattes kunnskap, erfaring, dyktighet, evner og engasjement. Mye av den kan være basert på mange års erfaring i bransjen, samt enkeltmedarbeideres evne til å etablere et tillitsfullt forhold til sine kollegaer. Men humankapitalen er variabel. Den minsker når medarbeidere jobber lite effektivt, og noe av den forsvinner når medarbeidere slutter. Jo mer datamaskiner dominerer landskapet, desto viktigere blir menneskelige egenskaper som dømmekraft, analyse, bearbeidelse og nyskaping, fordi disse egenskapene kompletterer datamaskinenes informasjonsbehandling. (Gottschalk 2003). Leders oppgave blir å passe på disse kunnskapsarbeiderne, ettersom de kontrollerer verdiskapingen. Mennesker er i seg selv ingen ressurs for organisasjonen. Det er menneskenes kompetanse, hvor relevant kunnskap er den viktigste bestanddelen, som er organisasjonens viktigste ressurs. Humankapitalen representerer verdien av all kompetanse som besittes av den enkelte medarbeider - inklusive ledelse, styret, eiere og andre som aktivt bidrar til for eksempel sykehusets best evidence practice. Som Gottschalk sier det: *«Kort sagt er humankapitalen den delen av organisasjonen som går hjem om kvelden, som tar ferie, som blir syk og som kan ta med seg sin kompetanse og gå. Dette er ofte den viktigste ressursen, men også den mest sårbare»* (Gottschalk 2003:17). I det moderne kunnskapssamfunnet er det derfor viktig å ta vare på de ansattes følelse av tilhørighet, arbeidsglede og livskvalitet.

Relasjonskapitalen (eller samarbeidskapitalen) representerer smurningen i systemet, det vil si kontakten mellom medarbeiderne - og mellom organisasjonen og eksterne brukere, samarbeidspartnere, kunder eller pasienter (Gottschalk 2003). Herunder ligger verdien av gode relasjoner til samarbeidspartnere og ikke minst verdien av gode relasjoner mellom medarbeidere internt i virksomheten.

Strukturell kapital representerer verdien av alle kunnskapsstrukturer som kvalitetsdokumenter, informasjonssystemer, databaser, opplæringsprogrammer, pasientforløp og fagprosedyrer. Det er den strukturelle kapitalen som gir medarbeiderne (humankapitalen) kraft og rekkevidde, og det er strukturene som representerer organisasjonens hukommelse ved at erfaringer bygges inn over tid. Jo bedre strukturer jo lettere er det for nyansatte å overta funksjoner i bedriften (Gottschalk 2003).

Ledelse av humankapital. Det enkelte individ eier selv sin kompetanse og kan ta den med hvor man vil, når man vil. Å ta vare på og utvikle de menneskelige ressurser virksomheten rår over, blir derfor svært viktig fremover. Ledelse av humankapital handler om nettopp dette. Det handler om å forhindre en situasjon hvor virksomhetens mål er umulig å nå. Dette kan skyldes at humankapitalen ikke er tilstrekkelig verken når det gjelder kvantitet eller kvalitet.

Organisasjonens kunnskapskapital må ledes på en annen måte enn organisasjonens finansielle kapital. Det er en annen logikk for verdiskaping (Gottschalk 2003). Men også kunnskapskapital er underlagt den grunnleggende økonomiske lov om at nytte og kostnader må balanseres slik sykehusets eiere gjennom styringsdokumenter forventer.

Gottschalk (2003) sier at god ledelse av kunnskapskapital innebærer å fokusere på kunnskapsstrategier som gir multiplikatoreffekter. Med det mener Gottschalk (2003) at organisasjoner som driver kompetanseutvikling og samtidig tilrettelegger for deling av kunnskap, har funnet frem til en sentral måte å skape den nødvendige multiplikatoreffekten på. Hvordan få multiplikatoreffekter ut av forskning og implementering av ny kunnskap og utvikling av ny kompetanse, er spørsmål som også ledere i sykehuset må ha fokus på. Ledelse bygger som vi tidligere har nevnt på ulike perspektiv, noe vi vil presentere i det videre. Når det gjelder kunnskapsstrategier som gir multiplikatoreffekter vil vi presentere noen mulige modeller for kunnskapsutvikling senere i avhandlingen.

2.4.2 Kunnskapsledelse med et instrumentelt perspektiv

Kunnskapsledelse fra et instrumentelt eller strukturelt perspektiv vil bygge på en forståelse om at kunnskap har en objektiv form hvor vi finner den personuavhengige kodifiserte kunnskapen som kan nedfelles og overføres i systemer (Irgens 2011). Kunnskap forstås som et substantiv, noe man eier. Kunnskap og kunnskapsledelse med et slikt perspektiv fører til kodifiseringsstrategier gjennom rutiner, standarder og systemer som skal føre til rasjonelle løsninger av problemer (Irgens 2011).

2.4.3 Kunnskapsledelse i et tolkningsperspektiv

Kunnskap i et tolkningsperspektiv bygger på en forståelse om at kunnskap oppleves prosessuelt som verbet kunnskaping. Fokus i et slikt perspektiv er både å analysere årsaker til problem og å løse problemene.

Dehlin skriver i boka til Irgens og Wennes (2011) om kunnskapsleder og kunnskaping (Dehlin 2011: 62). Som kunnskapsleder er det viktig å forstå sosiale stemninger og ha empati for konkrete stemninger hos kunnskapsarbeideren. Det vil i så fall redusere noe av den tvetydigheten som ligger i kunnskaping og kommunikasjon. I begrepet kunnskaping ligger det at prosessen er relasjonell, er konstruktiv, kunnskaping er meningskaping. I motsatt fall kan en si at det befinner seg konfrontasjoner der.

Leders perspektiv på kunnskapsledelse vil som vist ha betydning for hvilke strategier leder velger i utøvelsen av sin lederoppgave. Hvilket virkelighetssyn lederen har på kunnskap og kunnskapsutvikling vil også ha betydning for lederrollen.

2.4.4 Leders ontologiske ståstedets betydning for kunnskapsledelse.

Leders ontologiske ståsted vil ha betydning for hvor hvordan han eller hun griper an å transformere erfaringer til organisatorisk kunnskap. Ontologi sier noe om lederens virkelighetssyn og speiler dennes forståelse av seg selv, egen erfaring, synet på hvordan verden er sosialt konstruert og hvordan en skaffer kunnskap vedrørende dette (Coghlan & Brannick 2010). Med et ontologisk ståsted om at kunnskap ikke er lokalisert i enkeltmenneskes sinn og at den eksplisitte kunnskapen ikke kan overføres uten at sanser og relasjonelle prosesser ivaretas, må erfaringer og taus kunnskap transformeres i en dynamisk og relasjonell prosess (Coghlan & Brannick 2010). Mens et ontologisk ståsted om at eksplisitt kunnskap er tilstrekkelig for overføring mellom mennesker, vil prosedyrer og imitasjon være tilstrekkelig. Leders ontologiske ståsted har også betydning for hvilken strategi som velges for kunnskapsutvikling: kurs eller interne kunnskapsutviklingsprosesser. Det stilles et sentralt spørsmål om organisasjonen lærer noe som er nyttig eller har betydning for organisasjonen fordi det ikke alltid er slik at erfaringer som gjøres av enkeltpersoner og grupper fører til organisatorisk læring. Skriftliggjorte prosedyrer omdannet fra kurs og videreutdanninger er i all hovedsak individuell læring og vil derfor ikke alene kunne sikre organisatorisk kunnskap. Organisatorisk læring handler om å tilegne seg, skape og transformere ny kunnskap på en slik måte at det reflekteres i organisasjonens atferd (Coghlan & Brannick 2010).

Leders ontologiske ståsted har som vist betydning for kunnskapsutvikling i organisasjonen. Med en forståelse av at kunnskap vokser fram i samspill mellom mennesker, vil det også stille krav til kunnskapsarbeideren. Kunnskapsarbeideren må både åpne opp for kommunikasjon med sin leder og samtidig delta i prosesser og ta ansvar for den sosiale situasjonen på lik linje med lederen.

2.4.5 Betydning av ansattes medvirkning i kunnskapsledelse

I det nordiske arbeidslivet blir ofte den nordiske ledelsesmodellen trukket frem. Modellen har en mer demokratisk, noen vil si mer deltagende og inkluderende tilnærming i beslutnings- og endringsprosesser (Børve 2011: 93). Det er gjort studier som viser at skandinaviske ledere legger vekt på likhet og har en mer uformell lederstil. I en analyse av bedrifter i de skandinaviske landene, som er utført av Schramm-Nielsen, Lawrence og Sivesind, vises det til at lederne var egalitære, uformelle, konfliktunnskende og konsensusorienterte. Konsekvensen av dette er at arbeidstakerne gis innflytelse og påvirkningsmuligheter (Børve 2011: 93).

Irgens (2011) gir oss innsikt i flere studier som viser en klar sammenheng mellom ansattes medvirkning og jobbtilfredshet, fravær, gjennomtrekk og med stress. Samtidig viser han også til studier som ser sammenhengen mellom medvirkning og hvordan organisasjoner har lyktes i endringsprosesser, i vår oppgave er dette knyttet til implementering av kvalitetsdokumenter. Utfordringen er å sikre at de som berøres og som forventer og ønsker å gi sitt bidrag i prosessen, gis anledning til å engasjere seg (Irgens 2011).

Leders utfordring blir å finne balansen mellom ytre krav og kunnskapsarbeiderens egen motivasjon i det daglige arbeidet. Kunnskapsorganisasjoner som er preget av høy autonomi blant medarbeiderne medfører også at disse må ta et selvstendig ansvar for både utføring og utvikling av egne arbeidsoppgaver, såkalt selvledelse (Busch 2011: 145). Busch (2011) viser til at det finnes god forskningsmessig dokumentasjon på at atferdsstrategier har effekt på prestasjonsnivået. Disse er rettet mot å øke bevisstheten om hvordan egen atferd påvirker graden av måloppnåelse. Dette forutsetter at den individuelle atferden samsvarer med organisasjonens normer og verdier.

2.4.6 Kunnskapsledelse, fagledelsesideal og organisering

Myndighetene er opptatt av å få best mulig helsehjelp for hver helsekrone. Verktøy som lovverk, veiledere, rundskriv og styringsdokument legger stadig større press på faglig standard, kvalitetskrav og prosedyrer i sykehuset som forventes ivaretatt av lederne.

Spesialisthelsetjenesten er organisert som en linje- stabsorganisering. En slik organisering understøtter kontroll, orden og forutsigbarhet hvor makt og myndighet er klart definert. Det betyr bl.a. at all planlegging skjer på toppen og arbeidsoppgavene fordeles nedover som i en pyramide (Irgens 2007). Dette kan i følge Irgens medføre en risiko for at organisasjonen framstår mekanisk. Morgan (1998) beskriver i sin bok "Organisasjonsbilder", hvordan vi snakker om organisasjoner som om de var maskiner, og som en konsekvens av dette forventer vi at de skal fungere som maskiner, det vil si at de skal være rutinemessige, effektive, pålitelige og forutsigbare. *"Organisasjoner som blir konstruert og styrt som maskiner, kaller vi vanligvis byråkratier"* (Morgan 1998: 25). De fleste organisasjoner er byråkratisert i en viss grad og helsevesenet er ikke noe unntak i så måte.

Morgan (1998) beskriver åtte ulike metaforer for å forstå organisasjoner, hvorav en metafor tar for seg det politiske perspektivet. Morgan sier blant annet at organisasjoner innerst inne er politiske i betydningen av at det alltid må finnes prinsipper som skaper orden og angir retning for folk som har potensielt forskjellige og motstridende interesser. Tradisjonelt sett blir sykehusorganisasjoner betraktet som institusjoner der verdier og formål er sterkt forankret i organisasjonen. Morgan beskriver at en organisasjon kan forstås som "enhetlig" der interesser er sammenfallende, konflikter betraktes som uakseptabelt og makt er definert gjennom begreper som autoritet, lederskap og kontroll (Morgan 1998).

New public management (heretter NPM) er en av reformene som har utviklet seg i offentlig sektor inkludert i spesialisthelsetjenesten de siste årene. NPM er en samlebetegnelse for verktøy/modeller som har utgangspunkt i økonomisk og ny-intensjonell tenking og blir en rettesnor for ledelse i sykehuset. Denne styringslogikken har blitt synlig i norsk helsevesen etter omlegging til foretak. Et sentralt poeng i NPM er økonomisk effektivisering gjennom resultatstyring og resultatfinansiering koplet mot markedsmekanismer, eller implementering av bedriftsmodeller. Effektiviseringen øker presset på "produksjonsteknologien", som i sykehus er

profesjonsaktørene og metodene deres. Økonomiske rammer og fokus på produksjon forsterker fokuset på ledelse og ledelsesmessig kontroll (Similä & McCourt 2011: 168). Behovet for å dokumentere resultat er nødvendig for at markedet skal fungere, og resultatene må samtidig kunne relateres til behandlingseffektive og kostnadseffektive metoder. NPM vil derfor kunne gripe direkte inn i den kliniske autonomien (Pettersen 2005).

Busch (2011) skriver at mens ledere har fått større handlingsrom gjennom utstrakt desentralisering, har nye økonomi- og kvalitetssystemer redusert den faglige friheten blant medarbeidere som produserer offentlige velferdstjenester.

I det videre vil vi ta for oss kunnskapsarbeiderens rolle i kunnskapsprosesser og kunnskapsutvikling.

2.5 Kunnskapsarbeiderens betydning for kunnskapsutvikling

Kunnskapsarbeid er primært intellektuelt, kreativt og ikke rutinebasert av natur og involverer både utnyttelse og utvikling av kunnskap (Hislop 2009). Det innebærer i følge Hislop at det vanskelig lar seg standardisere. Kunnskap må betraktes som en vesentlig del av kunnskapsarbeid og kan forstås som kunnskap utøvd av høyt kvalifiserte kunnskapsarbeidere. Disse kjennetegnes i følge Irgens (2006) av høy utdanning, faglig tyngde og et ønske om høy grad av selvstendighet i sin yrkesutøvelse. Også innenfor sykehuset utøves kunnskap av høyt utdannede kunnskapsarbeidere og de anses derfor som høyt kvalifiserte fagutøvere. Irgens mener at improvisasjon er en profesjonell kompetanse som kan og bør utvikles, fordi situasjoner kan oppstå og det er ikke alltid at løsningene lar seg forutse under planleggingsarbeidet (Irgens 2007). Irgens beskriver det som Donald Schön kaller "professional artistry". Han mener at yrkesutøverne som kan benevnes med dette uttrykket er i stand til å benytte improvisasjon når situasjonen tilsier det. "De tar i bruk en spesiell faglig ekspertisekompetanse i situasjoner som ikke lar seg håndtere ved hjelp av et forhåndsbestemt program eller oppskrift" (Irgens 2006). Samtidig er Irgens (2006) opptatt av at improvisasjon også kan vise seg å være en trussel, dersom man ikke klarer å se hele bildet i en sammenheng, og kan i verste fall kan føre til uheldige konsekvenser.

Stacey (2008) sier at å skape kunnskap handler om å legge til rette for relasjonsbygging og dialog, og utvikle en felles kunnskapsbasis. Kunnskapsutviklingen må hjelpes fram av

kunnskapsaktivister. Kunnskapsarbeidere foretrekker at beslutninger tas desentralisert av den enkelte eller av en bestemt faggruppe og ikke sentralisert et sted langt opp i ledelsen (Irgens 2007). Kvalitetsdokumenter i vårt sykehus initieres gjennom "Forbedringsprogram" og "visjon" som ledelsens strategi om kvalitetsforbedring og standardisering. Hege Børve (2011) sier at ansvarliggjøring av ansatte i ulike utviklingsprosesser viser seg å gi mening for ansatte, det skaper engasjement og en følelse av å være en viktig del av utviklingen, slik at strategiene blir verktøy og ikke tvangstrøye. Hege Børve sier også at inkluderende lederskap gir som konsekvens at ansatte gis innflytelse og medvirkning i beslutningsprosesser (Børve 2011).

Kunnskap har som sagt både et intellektuelt og et praksisperspektiv. I praksisperspektivet vil ferdighetstilegnelse og ferdighetsoverføring være en sentral faktor for kunnskapsarbeideren. I sykehussammenheng kan det bety eksempelvis hvordan sårbehandling i praksis utføres eller hva som er hensiktsmessig kroppsspråk i møte med en psykotisk pasient. Hubert og Stuart Dreyfus's (1999) modell for forståelse av mesterlære og eksperters læring viser at ekspertise ikke bare handler om imitasjon, men også om automatisering gjennom erfaring. Brødrene Dreyfus presenterer i boka "Mind over Machine" fra 1986 en modell for utvikling fra nybegynner (novise) til ekspert. Modellen beskriver utviklingen fra man starter den faglige utviklingen uten direkte erfaring til det høyeste nivået hvor man har fått erfaring og utviklet et "blikk" som gjør en i stand til å løse oppgavene ut fra intuisjon og en helhetsforståelse (Irgens 2007).

Novisen er helt avhengig av eksplisitt kunnskap i form av rutiner, retningslinjer og prosedyrer. Gjennom erfaring, refleksjon, analyse og prioritering vil man, ifølge Dreyfus og Dreyfus etterhvert få en fornemmelse av hva som er viktig i en gitt situasjon. Kunnskapen og ferdighetene har blitt en del av personen (Irgens 2007). Dreyfus og Dreyfus (1999) hevder at når eksperten først har tilegnet seg en ferdighet krever det ikke noen bevisst eller ubevisst regeletterlevelse. Hislop (2009) sier at ferdighetsmodellen ikke legger vekt på den tause kunnskapen siden den ikke er like lett å uttrykke. Den eksplisitte kunnskapen vil komme til uttrykk i rutinebeskrivelser og prosedyrer. En konsekvens av dette synet er at ingen form for kunnskap utelukkende er eksplisitt eller taus, men to sider av samme sak (Hislop 2009).

2.5.1 Kunnskapsarbeiderens faglige autonomi

Profesjonelle medarbeidere i offentlig sektor, også i sykehus, har tradisjonelt alltid hatt et stort handlingsrom (Busch 2011). I mellomkrigstiden oppsto det ideologiske spenninger mellom Legeforeningen og Helsedirektoratet. På den ene siden hersket synet på den "kliniske frihet for

enkeltleger” og med helsedirektør Karl Evang på den andre siden som oppfattet leger “som ledd i det samlede samfunnsmaskineri” (Haave 2012). I 1982 ble ny Legelov iverksatt, en lov som ga føringer for at god medisinsk praksis ikke lenger skulle sikres ved å kontrollere legenes rammebetingelser, men tvert imot gjøre legene uavhengige av rammene. Autonomiparagrafen i legeloven fikk et kort liv og i 2001 ble legeloven avløst av en felles helsepersonellov og med det forsvant legenes faglige autonomi som et beskyttet profesjonskjennetegn. Likevel lyktes Legeforeningen i å sikre legenes profesjon gjennom å gi legene beslutningsmyndighet og instruksjonsmyndighet overfor øvrige helsepersonell når det gjaldt å treffe medisinske beslutninger. Tidligere tiders automatiske autoritet var blitt borte, men økt krav om evidensbasert medisin utfordret den kliniske friheten. Evidensbasert behandling trekker i retning av en styrt klinisk praksis. Evidenstenking, retningslinjer og veiledere skal i praksis tas i bruk av de profesjonelle medarbeiderne som i denne sammenhengen er sykehusets leger og andre kunnskapsarbeidere i sykehuset.

I følge Haave (2012) har det stått strid om hva evidensbasert medisin betyr for legers kliniske autonomi. Tilhengere ser evidensbasering som en systematisk kontroll av kvaliteten på den kunnskapen som skal anvendes. Kritikerne ser krav om standardisering i sammenhenger der skjønn basert på erfaring betraktes som et vilkår for god praksis. Evidensbasert medisin har således skapt en spenning mellom krav om klinisk frihet for den enkelte legen på den ene siden, og et uttalt behov for en mer standardisert praksis på den andre. Kritiske røster har også ment å se en sammenheng mellom evidensbasering og et sparepolitisk begrunnet krav om effektivisering, og konkludert med at evidensbasert medisin er «styrt omsorg» maskert som vitenskap (Haave 2012).

Fram til midten av 2000-tallet var kunnskapsarbeidernes arbeidsoppgaver i sykehusene i liten grad standardisert. Dette ble derfor en av de store utfordringene som lederne i sykehuset måtte forholde seg til. Når kravet om effektivitet og kostnadseffektiv produksjon ble et sentralt fokus, kunne den profesjonelle medarbeideren oppleve dette som mer mekanisk og derfor stå i et motsetningsfylt forhold til kunnskapsarbeiderens verdisyn. Å bli sidestilt med maskiner i en kjede kan føre til etiske dilemmaer for kunnskapsarbeiderne som skal utføre oppgavene (Haave 2012).

Utvikling mot mer evidenstenking i sykehusets praksis har medført at det utarbeides faglige, normerte, nasjonale veiledere som er retningsgivende, men ikke rettslig bindende. Veiledere utarbeidet av helsedirektoratet gir faglige anbefalinger ikke pålegg, men Helsedirektoratet

forventer at handlingsvalg som i vesentlig grad avviker fra gitte anbefalinger skal dokumenteres. Det betyr at helsepersonell bør være forberedt på å begrunne sine valg i evt. klagesaker eller ved tilsyn (Kunnskapssenteret 2010).

Hvis faglig autonomi settes på prøve gjennom standardisering av retningslinjer og pasientforløp kan det kunne oppleves demotiverende for den ansatte. Motivasjonen ligger i at den ansatte føler sitt bidrag som essensielt for organisasjonen og dens verdier. Når oppgaver endres vil også posisjoner endres. Det vil kunne oppstå maktkamper mellom profesjoner, uavhengig av syn på kunnskap og syn på hvordan kunnskap kan deles. Man må derfor være oppmerksom på at dette kan være en barriere eller filter for kunnskapsoverføring og læring (Irgens 2007).

2.5.2 Når kunnskapsarbeideren vegrer seg mot endring

Motstand mot endring er et generelt trekk ved menneskers reaksjoner. Når vi søker etter forhold som virker for å opprettholde status quo eller som hindrer endring, bidrar det til å avklare hvem som konkret er motstandere og hva motstanden består i. Motstand kan også sees som en naturlig og ubevisst reaksjon som må oppdages, bevisstgjøres og bearbeides. Denne prosessen kan over tid oppleves positiv og gi økt innsikt (Killingmo 1994).

I en artikkel i avisen VG 15.03.15 omtales Helseminister Bent Høie som sier at det tar for lang tid før ny kunnskap tas i bruk de offentlige sykehusene. Han sier at det finnes mange eksempler på at offentlige sykehus ikke legger om rutiner selv om kirurger viser vei og selv om endringene ville vært til det beste både for pasientene og for sykehusenes økonomi. Et eksempel artikkelen viser til er poliklinisk hysteroskopi (undersøkelse av livmor) som Universitetet i Nord-Norge lanserte i 2004. Anbefalingene ble gjentatt for landets gynekologer i 2008. Prosedyren hadde på det tidspunktet allerede vært introdusert i andre land fra 1996. Dette er en mer pasientvennlig og skånsom prosedyre som beregninger viser koster under fem prosent av dagkirurgisk hysteroskopi. Spørsmålet som reises i artikkelen er hvorfor i all verden blir ikke slike endringer gjennomført når kirurger og fagfeltet går i bresjen? Svaret fra den intervjuede kirurgen er skarpt når han sier: *"Det er lang vei å gå for å endre innarbeidede rutiner ved et offentlig sykehus."* Han viser videre til hvor galt det kan gå når offentlige sykehus blir drevet som "vernede bedrifter" hvor ledelsen faktisk kan unnlate å ta både kostands- og pasientrelaterte hensyn. Videre spekuleres det i artikkelen om det kanskje ikke er uvilje til å ta i bruk nye operasjonsmetoder, men at det er

den organisatoriske endringsviljen hos norske sykehusleger og mangel på ledelse som har ført til motstand og treghet i innføring av nye faglig praksis via nye fagprosedyrer (Moslet, VG, 2015.03.15: 34 og 35).

Mens man tidligere så på helsetjenester som et velferdsgode, har man gått mer i retning av å se på tjenester som markedsgoder, hvor pasienter og brukere får status som kunder med relativt veldefinerte rettigheter. Historisk har statens rolle vært å garantere innbyggernes rettigheter med likefordeling som rasjoneringsprinsipp. I dag er likefordeling erstattet med prinsippene knyttet til brukernes frie valg og ressurser som følger brukerne. Av denne logikken følger også tenkningen bak innsatsstyrt finansiering som økonomisk insentiv. Antakelsen er at sykehusene vil reagere på de økonomiske insentiver på en slik måte at det blir lønnsomt for sykehuset å øke aktiviteten uten å øke kostnadene (Pettersen 2005: 207). Innsatsstyrt finansiering kan eksempelvis bety at leger velger behandling for en diagnose ut fra hva som er lønnsomt for sykehuset og ikke nødvendigvis den behandling legen selv ville ha valgt. Det er en risiko for at profesjonenes kunnskapsmonopol reduseres når reformer som for eksempel innsatsstyrt finansiering blir innført ved at systematisk pasientgruppering blir utgangspunktet for ressurstildeling. I litteraturen blir dette framstilt både som et potensielt problem (overfokusering på innsatsmål) og som en positiv mulighet for dialog mellom den kliniske og den administrative sektor i sykehusene (Pettersen 2005: 221).

Slike reformer får ikke alltid de ansattes tilslutning. Nye reformer kan føre til motstand. En slik reaksjon er svært menneskelig. Den bygger på en antakelse om at mennesker ikke ønsker endring, og at ansvaret for motstanden ligger inne i den enkelte.

I psykoanalytisk teori defineres motstand som et psykologisk fenomen - en ubevisst kraft og en helt naturlig respons på forandring. Motstand kommer som et resultat av at man føler individuelle eller organisatoriske krefter truer den stabiliteten man ellers opplever som trygghet (Killingmo 1994).

Det er laget ulike modeller for kunnskaps- og organisasjonsutvikling. Når kunnskapsarbeideren motsetter seg eller vegrer seg mot endringer vil en eller flere av disse modellene kunne komme til anvendelse.

2.6 Presentasjon av fire modeller for kunnskaps- og organisasjonsutvikling

Å skape kunnskap kan sees på som “*summen av alle aktivitetene i en organisasjon som påvirker kunnskapsutviklingen på en positiv måte*” (Von Krogh et.al 2011:18). Von Krogh et.al. sier videre at lederne bør legge til rette for kunnskapsutvikling, framfor å kontrollere den. Det å legge til rette for kunnskapsutvikling innebærer relasjonsbygging og dialog, samt å utvikle en felles kunnskapsbasis for hele organisasjonen. En kontekst som stimulerer til et godt læringsmiljø er samtidig en arena for organisasjonsutvikling. For å skape dette læringsmiljøet er det viktig å være klar over betydningen av relasjon. De som skal dele og utvikle personlig kunnskap, må ha en god relasjon med gjensidig tillit (Von Krogh et.al 2011).

2.6.1 Omsorg som forutsetning for kunnskapsutvikling

Von Krogh et. al (2011) beskriver fem kunnskapshjelpere som dreier seg om å utarbeide en kunnskapsvisjon som kan bidra til å gjøre den lokale kunnskapen global. Vi velger ikke å gå nærmere inn på disse, men vi vil i det følgende heller vise til Von Kroghs et al. som beskriver fem dimensjoner for omsorg fordi vi anser at disse er en forutsetning for kunnskapsutvikling uavhengig av modell. De fem dimensjonene er: gjensidig tillit, aktiv empati, adgang til hjelp, pågangsmot, ingen fordømmelse og *ba* (Von Krogh et. al. 2011).

Gjensidig tillit innebærer at aktørene tror på hverandres gode intensjoner. Ikke minst må det være tillit mellom ledelsen og ansatte. Von Krogh et. al (2011) sier at manglende tillit vil skape en uholdbar situasjon for alle parter og forplante seg i arbeidsmiljøet.

Aktiv empati innebærer at alle aktører inntar en lyttende og spørrende holdning for aktivt forsøke å forstå hverandre.

Adgang til hjelp innebærer at nye medarbeidere kan få hjelp av mer erfarne medarbeidere eller fra leder når de står overfor vanskelige situasjoner. I sykehus med komplekse fagfelt vil det også være behov for å drøfte alternativer til behandling. Å legge til rette for samarbeidsstrukturer i sykehus vil bidra til å lette tilgang til hjelp før og etter en situasjon. Samarbeidsstrukturene kan også bidra til hjelp under en situasjon. Det er det som Argyris og Schön (Irgens 2007) kaller “*reflection in action*”. Det innebærer at det er mulig å reflektere over handlingen midt i handlingen. En har utviklet en mulighet til å påvirke hendelsen mens man er midt oppi den.

Samarbeidsarenaer kan gi mulighet for å reflektere sammen over handlingen ved å se tilbake på den og analysere det som skjedde slik at det medfører læring for ettertiden, *reflection - on - action*. Dersom man ved neste anledning klarer å gjøre noen konstruktive endringer mens man står i selve situasjonen, sier Irgens at man har blitt en enda bedre yrkesutfører. Man klarer å ta i bruk egnet atferd til rett tid, man er i stand til å reflektere mens man handler. Irgens mener at man da er en reflektert praktiker (Irgens 2007).

Irgens (2007) viser til Schön som sier at vi benytter en kunnskap i handling når vi løser oppgaver vi behersker godt. Dette er en kunnskap vi bruker når vi handler uten å tenke på hvordan vi handler. Tenkningen ligger i selve handlingen og vi kan altså reflektere over situasjonen og handlingen på to måter. Vi kan enten stoppe handlingen og tenke over hva som har skjedd – *reflection-on-action* eller vi kan reflektere midt i handlingen – *reflection –in-action*.

Unngå fordømmelse innebærer å ha toleranse fordi at det å utvikle nye oppgaver medfører å lykkes eller mislykkes med eksperimentering av nye metoder. For å forsterke omsorgen i relasjonene er det viktig at slik utprøving skjer uten fordømmelse.

Pågangsmot er annen dimensjon som kreves for å prøve ut nye metoder i organisasjonen.

Ba. Von Krogh et. al (2011) trekker inn begrepet *ba* som omfatter hvordan overføre erfaringer til organisatorisk kunnskap. *Ba* beskriver et nødvendig felles rom eller en kunnskapshjelpende kontekst som driver kunnskapsutvikling. Begrepet *ba* samler og forener de fysiske, virtuelle og mentale rommene som trengs for kunnskapsutvikling (Von Krogh et.al 2011). Det må skapes fysiske arenaer hvor mental kunnskapsutvikling kan foregå.

Vi vil i det følgende belyse 4 ulike modeller for kunnskaps- og organisasjonsutvikling. Den første modellen, Irgens femtrinnsmodell, handler i stor grad om individuell læring for så å gå over i organisatorisk læring. Den individuelle kunnskapsutviklingen må anses å være en forutsetning for organisatorisk læring og kunnskapsutvikling i organisasjonen. De neste tre modellene vi velger å presentere setter søkelys på nettopp organisatorisk kunnskapsutvikling.

2.6.2 Irgens Femtrinnsmodell for utvikling av kunnskap

I boka "Profesjon og organisasjon" presenterer E. Irgens en femtrinnsprosess for læring (Irgens 2007). Modellen er en modifisert firetrinnsmodell utviklet av Institut för Personal og Företaksutveckling i Uppsala. Modellens styrke er, i følge Irgens, at den på en god måte illustrerer det som ofte oppleves som en utfordring; å overføre kunnskap fra en situasjon til en annen; fra kurssituasjon til arbeidsplass (Irgens 2007). I det følgende vil vi presentere modellen og plassere den i vår kontekst, sykehus.

På nivå 1 – påvirkningsnivået, utsettes vi for noe som utfordrer den forståelsen vi allerede har om et tema. Alle fagprofesjoner i sykehus har gjennom sin utdanning fått en forståelse av diagnoser og pasientbehandling. Ny kunnskap utvider forståelsen, men daglig kan fagprofesjonene påvirkes av sykdomsbilder som ikke passer inn i og utfordrer den innlærte forståelsen.

På nivå 2 – innlæringsnivået, er vi i stand til å huske og anvende de nye impulsene i form av nye begreper vi fikk presentert på nivå 1. Gjennom utdanning tilegner fagprofesjonene seg felles terminologi og gjennom å praktisere huskes begrepene slik at ny kunnskap blir innlært.

På nivå 3 – kunnskapsutviklingsnivået, greier vi å koble den nye kunnskapen til våre eksisterende handlingsteorier eller vi lager nye. I følge Irgens (2007) er kunnskapsutvikling en prosess hvor vi bearbeider og bygger videre på det som er innlært. Den innlærte kunnskapen fra utdanning kobles sammen med praksis og gjennom erfaring vil fagutøveren daglig bygge videre på den innlærte kunnskapen og få et større handlingsrom som pasientbehandler.

På nivå 4 – kunnskapsanvendelsesnivået, er vi i stand til å ta i bruk det vi har lært og vi har tilegnet oss ny handlingskapasitet; vi vet når det er riktig å bruke den nye kunnskapen og kunnskapen får konsekvenser for våre videre handlinger. På dette nivået er fagutøveren gjennom erfaring i stand til å anvende både skolelærdom og praksislærdom. Kunnskapen blir anvendt på en slik måte at fagutøveren greier å ta i bruk og skille på når det er nødvendig med en form for handling, mens det i en annen sammenheng anses nødvendig å ta i bruk en annen form for handling.

De fire første nivåene i femtrinnsmodellen beskriver individuell læring.

På nivå 5 i modellen – nivået for organisatorisk læring, har læringen blitt delt og gjort uavhengig av det enkelte individet, og hele organisasjonen er i stand til å endre sine handlingsteorier. Organisasjonen har fått eller utviklet en felles mental modell (Irgens 2007).

I overgangen mellom hvert nivå i modellen, finner vi et "filter" eller en barriere mot læring (Irgens 2007). Barrierene kan skyldes kontekstuelle forhold; forhold i lærings situasjonen eller utenfor oss selv. Det kan også være individuelle årsaker til disse barrierene og da skyldes det personlige forhold. Ofte kan disse individuelle barrierene skyldes et forsvar der vi ikke lar impulsene fra trinn 1, påvirkningstrinnet, trenge inn i bevisstheten. I følge Irgens (2011) vil individuelle og kontekstuelle forhold nesten alltid virke sammen og det er vanskelig å skille dem fra hverandre. Han sier at dersom vi skal forbedre mulighetene våre til å lære, er det også viktig å tenke og handle relasjonelt.

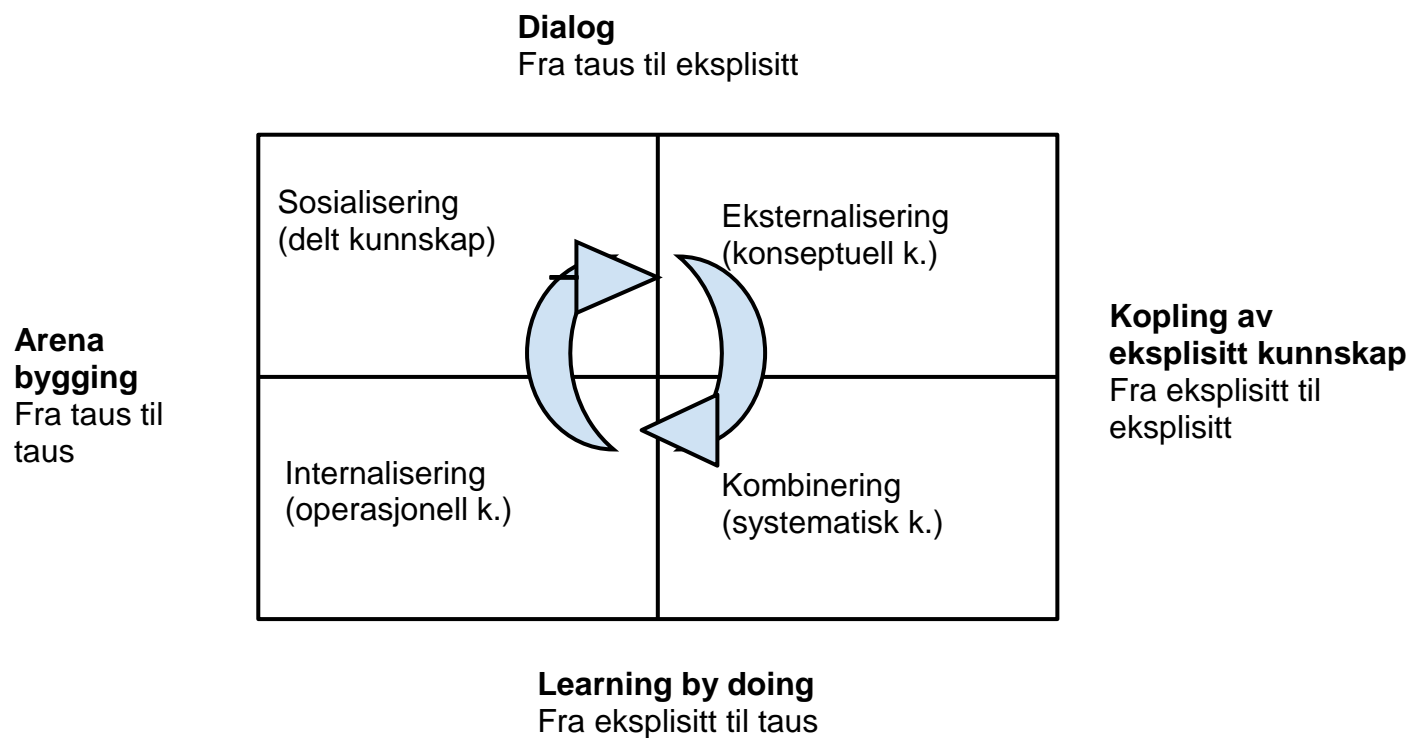
2.6.3 Staceys modell om kunnskapsutvikling som en relasjonell prosess

Stacey (2008) diskuterer forskjellige nivåer for kunnskapsutvikling i organisasjoner. Et av de viktigste poengene for en organisasjon er hvordan kunnskap overføres fra et individ til et annet slik at den kan bevares når individene forlater organisasjonen. Stacey sier at det er hevdet at kunnskap må trekkes ut fra individene og lagres i organisasjonen i form av praksis, rutiner og koder i en eller annen form. Her blir det viktige spørsmålet om hva som er koplingen mellom den individuelle aktøren og organisasjonen. Stacey diskuterer hvordan den gjensidige påvirkningen mellom det sosiale og individer betraktes bl.a. i psykoanalyse og andre teorier for utvikling av selvet. Med det dukker spørsmålet opp om hva som kommer først, eller har forrang, mellom det individuelle og det sosiale. Stacey peker på hvordan kunnskap lagret i enkeltmennesker i all hovedsak er taus kunnskap. Det stilles spørsmål om det er mulig for organisasjonen å nyttiggjøre seg denne kunnskapen som eksplisitt kunnskap. I Stacey's perspektiv er kunnskapsutvikling alltid en prosess, og i tillegg en relasjonell prosess, som derfor ikke kan lokaliseres i hoder for så å trekkes ut og deles som en organisasjonsressurs. Stacey mener at en organisasjons kunnskapsressurser ligger i relasjonsmønstrene mellom organisasjonens medlemmer. Dette perspektivet har betydning for tenkning rundt det og "lede" kunnskap i en organisasjon. Han hevder at kunnskap er mening som vokser fram i kommunikativ interaksjon.

Videre sier han at kunnskap er handling og dermed ikke kan lagres, deles eller spres, bare praktiseres deltakende i lokale situasjoner i nåtid. Stacey sier videre om taus og eksplisitt kunnskap at det er to sider av en kommunikativ prosess. Han sier at det er meningsløst å snakke om dem hver for seg eller å tro at den ene omformes til den andre. Stacey anser ikke kunnskap å være en "eiendom" i det hele tatt. Han hevder at kunnskap oppstår i aktive relasjonelle prosesser mellom mennesker, det han kaller komplekse responderende prosesser (Stacey 2008).

2.6.4 SEKI en modell for kunnskapsutvikling.

Modellen SEKI har fått navn etter forbokstavene i de fire fasene som modellen er basert på: **S**osialisering, **E**ksternalisering, **K**ombinering og **I**nternalisering. De to japanske professorene Nonaka og Takeuchi utviklet modellen for å illustrere hvordan kunnskap kan utvikles og deles i arbeidsfellesskaper. Utgangspunktet er det individuelle nivå og den endring og læring som skjer i prosessen med å overføre kunnskap til organisasjonen (Irgens 2007).



Figur 3: SEKI modellen. Fire faser i kunnskapsprosessen etter Nonaka og Takeuchi 1995. (Irgens 2007:60)

Sosialisering skjer gjennom samhandling og deling av erfaringer og samtidig deling av taus kunnskap. *Eksternalisering* betyr å uttrykke den tause kunnskapen til en forståelig og skriftlig form gjennom dialog og refleksjon. Her blir den individuelle kunnskapen omdannet til gruppens kunnskap. *Kombinering* er en prosess hvor man gjennom kombinasjon av eksplisitt kunnskap og annen kjent kunnskap skaper ny kunnskap. *Internalisering* betyr at den nye kunnskapen blir gjort til en del av en selv gjennom erfaring og den eksplisitte kunnskapen blir igjen taus ved at den setter seg i «ryggmargen» (Siggaard Jensen et.al 2004).

2.6.5 Team som arena for kunnskaps- og organisasjonsutvikling

Teamorganisering er tradisjonelt en måte å organisere pasientbehandling for å sikre at tverrfaglig ekspertise kommer pasienten til gode samtidig som det vil foregå kunnskapsutvikling teammedlemmene i mellom.

Irgens (2007) sier at det ikke er sikkert at en gruppe eller team vil være dyktigere enn enkeltpersoner til å løse utfordrende oppgaver. For å oppnå positiv synergieffekt, kreves teamkompetanse – kompetanse til å samarbeide (Irgens 2007). Effektiv teamledelse forutsetter det å kunne drive fram prosesser innad i teamet, ”diagnostisere” og foreta de riktige handlinger hvis det oppstår vansker eller stress i arbeidssituasjonen (Cummings og Worley 2009: 270). Irgens (2007) viser videre til Bill Torbert som har videreutviklet det Argyris og Schön bl.a. hadde forsket på hvordan vi ved å forbedre vår kommunikasjon også bidrar til å utvikle lærende organisasjoner. Det vesentligste som Torbert presenterer i denne sammenhengen er en modell for utvikling av en lærende kommunikasjonsstil til forskjell fra en praksis der vi, for å bevare ansikt eller beholde kontroll, holder igjen informasjon som kan være nødvendig for prosesser i møter, kurs, undervisning og lignende. Team kan være en arena for å informere om og få en felles forståelse av kvalitetsdokumenter. Modellen konstruktiv kommunikasjon (Irgens 2007) kan være en egnet modell for team som arena for kunnskapsutvikling.

Modellen for konstruktiv kommunikasjon bygger på begrepene å *ramme inn*, *framføre*, *illustrere* og *teste ut* (Irgens 2007).

Å *ramme inn* betyr å skape et felles utgangspunkt for den konteksten man befinner seg i. Denne rammen formidles slik at man har en gjensidig forståelse av det man står overfor. Deretter sier modellen at det kan være hensiktsmessig for leder å *framføre* og beskrive det han eller hun står for, dele sine tanker eller argumentere for sitt syn. Med å *illustrere* praksisnære eksempler, blir det mer klargjørende og mindre abstrakt å forstå hva møtet/oppgaven har som innhold. For å

kvalitetssikre kommunikasjonen vil det være hensiktsmessig å *teste ut* om de tilstedeværende har forstått budskapet.

Kort oppsummert handler modellen om at man rammer inn tilstrekkelig til at det skapes en felles forståelse i teamet, at man er åpen på hvor man selv står, at man ved å gi konkrete eksempler unngår å bli vag og utydelig og at man til slutt tester ut hva de andre tenker og om de synes det virker forståelig. Som Irgens sier vil dette ha betydning for at det skapes en demokratisk prosess der de andre også blir medskapere og ansvarlige både for prosess og resultat (Irgens 2007)

Vi har i dette kapittelet presentert noen modeller for kunnskaps- og organisasjonsutvikling. Vi har tidligere presentert sykehusets strategi om kunnskapsutvikling gjennom fagprosedyrer. Store deler av helsevesenet i andre deler av verden har valgt samme strategi. Vi vil i det videre vise til funn fra andre som har studert implementering av kvalitetsdokumenter og fagprosedyrer.

2.7 Funn fra studier som omhandler implementering av kunnskapsbaserte prosedyrer i helsevesenet.

Vi valgte å lete etter studier som har vært opptatt av det samme tema som oss. Det har vi gjort fordi vi ønsker å få frem flere perspektiver som kan bidra til en bedre og bredere beskrivelse av den virkelighet som omhandler hva som hemmer og hva som fremmer implementering av kvalitetsdokumenter og fagprosedyrer. Vi valgte å avgrense søket ved å lande på en norsk studie i regi av Oslo Universitetssykehus og Radiumhospitalet, fra Sandvik, Stokke og Nordtvedt (2010): "Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus?"

Artikkelen til Sandvik et. al. (2010) viser til 11 studier. Resultatet fra disse studiene viser at ulike faktorer bidrar til å fremme implementering av kunnskapsbaserte prosedyrer i helsevesenet.

Sandvik et.al har i sin artikkel basert på disse studiene valgt å dele disse inn i fire til dels overlappende hovedområder:

- Betydning av barrierer
- Tilgjengelige ressurser
- Kompetansebygging/fagutvikling og
- Ledelse.

1) Barrierer: her rettes fokuset mot å identifisere og kartlegge lokale barrierer. Det vil si at studier viser at barrierer er avhengig av kontekst og derfor må identifiseres lokalt. De viser til Cheater og Baker har sett på skreddersydde tiltak mot identifiserte barrierer for implementering. De viser igjen til Grol som har klassifisert barrierene som:

a) relatert til individuelle faktorer hos helsearbeideren slik som kunnskap, ferdigheter, vaner og holdninger og endringsvegring, samt utilstrekkelig kompetanse til å forstå forskningslitteratur

b) til den sosiale konteksten som reaksjoner hos pasienten, kollegaene eller hos autoritetspersoner og mangel på autoritet til å endre praksis,

c) til den organisasjonelle konteksten slik som tilgjengelige ressurser, organisatorisk klima, strukturer o.l.

I følge, Sandvik et.al. (2010) konkluderer Cheater og Baker med at det kan se ut som om skreddersydde strategier er mer effektive for å bryte ned barrierer for å endre atferd enn ikke skreddersydde strategier. Imidlertid er det ikke i disse studiene konkludert med hvilke barrierer som er viktigst av a, b, eller c når det gjelder implementering. Cheater og Baker går så langt som å anbefale at både individuelle og organisatoriske barrierer bør identifiseres gjennom ulike metoder som f.eks. intervju av den enkelte helsearbeider, gruppeintervjuer eller gjennom observasjoner av organisasjonens systematiske arbeid (Sandvik et.al. 2010).

2) Tilgjengelige ressurser: Flere av studiene som det vises til i Sandvik et. al's (2010) artikkel fremhever at det er av avgjørende betydning for implementering av det ble satt av strategiske ressurser til gjennomføring av implementering. Det innebærer både elektroniske og økonomiske og ressurser. Videre at dette også innebærer å sette av tilstrekkelige ressurser til såkalte "champions" som er eksperter i å fremme implementering av kunnskapsbasert praksis. Studiene viste bl.a. at oppmerksomheten bør rettes mot de ressursene man eventuelt mangler.

3) Kompetansebygging/fagutvikling: Positivt arbeidsmiljø som er mottakelig for endring samt teamarbeid ble ansett som en nødvendighet for implementering av forskning i praksis. Sandvik et. al. (2010) viser i sin artikkel til studier som konkluderer med at det å bygge en "grasroteffekt" på post- eller avdelingsplan med tverrfaglige team kan ha betydning for implementering. Her vises det til betydningen av å bygge kompetanse gjennom klinisk virksomhet med vedvarende

organisatorisk støtte. Det vises samtidig til at å lese og forstå forskning er krevende. Kompetanseheving og kompetanseoverføring kan imidlertid foregå gjennom utdannede “champions” eller ressurspersoner i klinikkene som gjør klinikerne i stand til å skape oppmerksomhet rundt eksempler på bedret pasientomsorg.

I flere av studiene fant Sandvik et. al. (2010) at betydning av å tilrettelegge for kompetanseheving av helsepersonell krever utdanningsprogram og påfølgende ferdigheter til å finne, analysere og implementere forskning.

4) Ledelse: Sandvik et. al. (2010) sier at de gjennom sine studier fant at å implementere faglige prosedyrer, pasientforløp og kunnskapsbasert praksis i stor grad handler om endringsledelse. Å involvere lederne på de ulike nivåene innenfor en organisasjon kan gjøre dem til pådrivere for en vellykket implementering. Sandvik et.al. (2010) viser til studier som konkluderer med at ledelsen må åpenlyst demonstrere sin støtte til endret praksis.

Sandvik et. al.(2010) hevder at anstrengelser for å endre en organisasjon til å implementere kunnskapsbasert praksis krever et proaktivt og ekte engasjement av formelle og uformelle ledere på alle nivå i organisasjonene. Dette forutsetter at den kunnskapsbaserte praksisen utvikles i samarbeid med de som styrer de organisatoriske ressursene og sikrer delaktighet fra klinikerne gjennom deltakelse i diskusjoner, planlegging, gjennomføring og evaluering av ny praksis.

Studien til Sandvik et.al. (2010) var samlende og informativ for vår problemstilling og våre forskningsspørsmål.

Vår forståelse av disse funnene er subjektive i den forstand at de tolkes ut fra vår egen forforståelse, og fordommer. Men vi mener å ha funnet relevant informasjon gjennom andres studier som gir oss et bredere grunnlag for å drøfte vår problemstilling om hva som hemmer og hva som fremmer implementering av kvalitetsdokumenter.

I dette kapittelet har vi beskrevet teori som vi har valgt og som vi mener er sentral når vi skal drøfte hva som fremmer og hemmer implementering av kvalitetsdokumenter. Kommunikasjon, kunnskapsledelse, kunnskapsutvikling og organisasjonsutvikling har vært sentrale tema i dette kapittelet, samt aktuelle modeller for kunnskaps- og organisasjons-utvikling. I neste kapittel vil vi ta for oss teori knyttet til valg av metode, samt hvilke metodevalg vi gjorde i vår masteravhandling.

3. Metode

”Methodos” er gresk og betyr å følge en bestemt vei mot et mål. Johannesen et. al.(2010) beskriver metode som et hjelpemiddel for å samle inn empiri eller data om ”virkeligheten”. Metodelæren omhandler hvordan vi kan gå frem for å få informasjon, og undersøke om våre antakelser er i overensstemmelse med virkeligheten eller ikke (Johannesen et.al. 2010).

I enhver masteravhandling er det metodiske arbeidet viktig. Vi har i vår oppgave valgt en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Vi har gjennomført individuelle intervjuer med et utvalg informanter og gjort analyser av aktuelle resultater fra AMUS sett opp mot vår problemstilling og våre forskningsspørsmål.

Vår kjennskap og våre erfaringer fra det daglige arbeidet, danner grunnlaget for at vi valgte å gå i dybden på dette temaet. Til daglig jobber vi med utvikling av kvalitetsdokumenter, som organisasjonen skal ta i bruk. Vår egen opplevelse med dette arbeidet er at selve utviklingen av kvalitetsdokumenter er den delen av jobben som er minst problematisk å gjennomføre, mens utfordringen ligger i implementeringen og ”levendegjøringen” av dokumentene i det daglige arbeidet.

3.1 Mål med forskningen

Vi har et mål om at funnene vi kommer frem til kan være til nytte og ha overføringsverdi til resten av organisasjonen, og eventuelt andre organisasjoner som har utfordringer med liknende problemstillinger.

Gjennom forskningsarbeidet håper vi også for egen del å oppnå en større og bedre forståelse for viktigheten av implementeringsarbeid i egen organisasjon. Vi ønsker å utvikle en teoretisk og forskningsbasert trygghet i de valg vi gjør knyttet til dette arbeidet, samt å kunne videreformidle vår kunnskap med større teoretisk og forskningsbasert trygghet.

3.2 Studiedesign

Det er ulike syn knyttet til det å forske på egen organisasjon. Idealet om at det er en objektiv virkelighet som det skal forskes på og som ikke må forstyrres av forskeren, understrekes ved det at det bør være et skille mellom forskeren og det fenomenet det skal forskes på. Målet er å unngå at resultatet av forskningen blir styrt av hvem som gjennomfører forskningen. På den andre side er det de som kritiserer dette og som mener at forskningen aldri blir kvitt såkalte forskningseffekter, i det ligger at forskeren selv påvirker resultatet. Det er i følge Jacobsen (2005) en usannhet at forskningen er nøytral. Andre igjen hevder at nærhet mellom forsker og forskningsobjektene styrker forskningen. Styrken er at forskeren har innsikt og kan oppnå en større forståelse for det man undersøker (Jacobsen 2005).

Utgangspunkt for forskning er ofte nysgjerrighet, man ønsker mer kunnskap om et spesifikt tema. Det kan være at man ønsker svar på ett eller flere spørsmål knyttet til temaet. I forberedelsesfasen kreves det derfor at man tar stilling til formålet? Er målet å beskrive fenomenet eller ønsker man også å forstå det? For å få svar kan man benytte ulike forskningsdesign som, for eksempel fenomenologi, etnografi og caseundersøkelser – dette er typiske kvalitative design, eller man kan benytte eksperimenter og spørreskjemaundersøkelser som er kvantitative design (Johannessen et.al. 2011).

Siden vi ønsker å se på vår egen organisasjon og føringer fra sykehusledelsen, kunne vi også ha valgt aksjonsforskning som design siden aksjonsforskning til forveksling er lik organisasjonsutvikling (Rennemo 2006). Implementering av kvalitetsdokumenter er en av sykehusets strategier for organisasjonsutvikling med tanke på kvalitetssikring av tjenestene.

Aksjonsforskning i seg selv er heller ikke en bestemt vitenskapelig metode, det er mer en tilnærming til forskningsprosessen (Rennemo 2006). Aksjonsforskning kjennetegnes imidlertid gjerne ved at forskeren deltar for å forandre eller utvikle feltet sammen med dem som befinner seg der. Det har vi ikke gjort i denne sammenhengen og vi valgte derfor bort aksjonsforskning som metode.

Vårt ønske var å utvikle dybdekunnskapen vår og vi valgte derfor å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse, i tillegg å gjøre bruk av aktuelle resultater fra AMUS som omhandlet temaene kvalitet, medvirkning, opplevd lederatferd og implementering av sentrale føringer ved St Olavs Hospital. Vi ønsket å få frem ny lokal kunnskap, om hvordan fenomenet ser ut og hvordan ting henger sammen i vår organisasjon. Valget falt av den grunn på casestudier som design.

3.2.1 Casestudier som studiedesign

En dybdeundersøkelse som vår er opptatt av den konteksten som fenomenet implementering av kvalitetsdokumenter inngår i. Simons (2009) sier at hvis man er opptatt av kontekst er casestudier godt egnet. I vår avhandling tar vi utgangspunkt i et sett med teori og har trukket dette bevisst inn som grunnlag for å forklare eller fortolke den empiri vi ville samle inn. I følge Andersen (1997) kalles dette for teoretisk fortolkende studier. Vår interesse for fenomenet implementering av kvalitetsdokumenter er et fenomen som det allerede finnes noe kunnskap om. Vi prøver å benytte den eksisterende kunnskapen, fra egen erfaring og fra andre studier, for å se på det spesielle med vårt sykehus som kontekst. Imidlertid er svakheten med slik tilnæringsmåte at ulike teoretiske ståsted kan gi ulike historier siden det finnes en mulighet for å vektlegge ulike ting (Andersen 1997).

Vi ønsker med denne undersøkelsen å se om det er mulig å identifisere hemmere og fremmere for implementering av kvalitetsdokumenter og fagprosedyrer. Vi har konsentrert oss om faktorer som arbeidsmiljø og ledelse for å se hvilken betydning dette kan ha for å sikre sykehuset «best evicence practise» gjennom implementering av kvalitetsdokumenter. Videre har vi prøvd å se på hvordan kvalitetsdokumenter kan bidra til å sikre organisasjonens intellektuelle kapital. Vi har altså en antagelse om at det finnes en sammenheng mellom arbeidsmiljø og ledelse og metodevalg for hva som hemmer og fremmer implementering og hvordan sikre at kunnskap kan overføres fra individnivå til organisatorisk nivå. Det ligger derfor et spørsmål om kausal sammenheng i bunnen for vår undersøkelse.

Spørsmålet er om det er mulig å si noe om kausale sammenhenger i en casestudie? (Andersen 1997). Utfordringen for oss er å skille mellom nødvendige, tilstrekkelige og tilfeldige forhold innenfor prosessen «implementering av kvalitetsdokumenter» slik at det kan lede frem til et bestemt utfall. Hvis man gir faktorer status som årsak til et fenomen og dette ikke finnes i noe annet case som er studert, vil man kunne stille spørsmålsteget om det faktisk finnes kausalitet. For å kunne si noe om kausalitet i vår casestudie kan vi i følge Andersen (1997) velge to løsninger:

- Fokus på prosess og mekanismer som skaper virkninger
- Fokus på teori som kan forklare hvordan virkninger oppstår

Vi har valgt fokus på teori som til en viss grad kan gi oss mulighet til å uttale oss om kausale forhold.

Vi antar at teoretiske innfallsvinkler kan gi oss noen holdepunkter for hva vi kan forvente oss å finne av sammenhenger mellom hva som hemmer og hva som fremmer implementering av kvalitetsdokumenter. Vi har som sagt også valgt å se på andre studier som omhandler samme tema for å se om disse har kommet fram til lignende sammenhenger. Vi har også sett på prosesser og mekanismer som kan bidra til at kvalitetsdokumenter blir implementert, via fokus på modeller for kunnskapsutvikling som vi anser som prosesser som kan bidra til å sikre organisasjonens intellektuelle kapital.

Det finnes styrker og svakheter ved de fleste forskningstilnærminger og case-studier er i så måte ikke noe unntak (Simons 2009). Det kan bl.a. stilles spørsmål om case-studier er for subjektive, om det er mulig å generalisere funn fra case-studier, om du kan generalisere teori i case-studier og det kan også stilles spørsmål om case-studier fører til endringer i organisasjonens holdninger og praksis (Simons 2009). Vi har i vår kvalitative studie valgt å erkjenne og være åpne på at vi ikke kan eliminere egne verdier og forforståelser, men forsøker å være tydelig på at disse kan ha influert vår undersøkelse. Vårt mål har derfor ikke vært å overse disse faktorene for å bli så objektiv som mulig, men heller ha fokus på å kjenne igjen det subjektive i det vi har studert slik at det kan føre til innsikt og større forståelse omkring vårt tema. Selv om det kan stilles spørsmål om resultat fra case-studier fører til endret politikk i en organisasjon, har vi satt oss som mål at vår studie kan føre til større forståelse for hva som hemmer og hva som fremmer implementering av kvalitetsdokumenter. En større innsikt og forståelse samt konkrete forslag kan forhåpentlig bidra til mindre sprik mellom liv og lære.

3.3 Vitenskapsteoretisk innfallsvinkel

Hva er så virkeligheten og hvordan erkjenner vi virkeligheten i vårt forskningsprosjekt? Har vi med oss et sett grunnantakelser i vårt faglige ståsted? Hvordan påvirker dette i så fall det metodologiske og vårt forskningsopplegg? Dette er sentrale innfallsvinkler til det vitenskapsfilosofiske grunnlaget i samfunnsvitenskapelige undersøkelser. I den vitenskapelige verden er sentrale begreper som omhandler disse temaene: ontologi, epistemologi og metode (Jacobsen 2005).

Ontologiske teorier omhandler grunnleggende antagelser om hvordan den sosiale verden ser ut. Ontologien er den enkeltes virkelighetssyn og speiler ens forståelse av seg selv, egen erfaring, synet på hvordan verden er sosialt konstruert og hvordan en skaffer kunnskap vedrørende dette (Coghlan & Brannick 2010). Med andre ord ontologiske teorier kan betraktes som forutsetninger vi tar for gitt knyttet til samfunn og mennesker.

Epistemologiske teorier derimot er ulike oppfatninger om hvordan man kan skaffe seg kunnskaper om verden. Hva vet vi om virkeligheten, hvordan kan vi få frem kunnskap om samfunn og mennesker (Johannessen et.al 2010: 54). Nyeng (2010) setter valg av forskningsdesign inn i en vitenskapelig ramme hvor ontologien sier noe om hvordan vi tenker verden ser ut. Epistemologien sier noe om hvilken kunnskap vi er i stand til å frambringe og metoden er hvordan vi går fram for å skaffe oss kunnskapen (Nyeng 2010).

I litteraturen påpekes det at det å gjennomføre en empirisk undersøkelse - uansett hvilken metode man velger - kan gi resultater som skapes av undersøkelsen, med andre ord kan det skapes en undersøkelseeffekt (Jacobsen 2005). Dette var det viktig at vi som forskere var bevisst på, da vi begge jobber i organisasjonen som vi ville forske på. Vi var opptatt av at egne forventninger ikke skulle farge intervjuene og tolkningen av innhentet informasjon.

Jacobsen (2005) betegner metode som et hjelpemiddel til å samle inn empiri eller data om den såkalte virkeligheten. For å nærme oss hvordan vi kan vurdere hva som er "sannhet eller virkelighet" fant vi det hensiktsmessig å sette valg av forskningsdesign inn i et ontologisk og epistemologisk perspektiv. Nyeng (2010) setter valg av forskningsdesign inn i en vitenskapsteoretisk ramme.

Ontologi (Hvordan ser verden ut?)



Epistemologi (Hvilken kunnskap kan vi fremskaffe?)



Metode (Hvordan gå fram for å skaffe kunnskap?)



Kvalitativ ↔ **Kvantitativ**

Induktiv tilnærming
Helhetsfokusering
Nærhet
Ord

Deduktiv tilnærming
Del-/Individfokusering
Distanse
Tall

Figur 4. Grunntrekk ved kvalitativ og kvantitativ metode. (Nyeng 2010: 195)

Metodevalg var avhengig av hvordan vi ville samle inn data om “virkeligheten” og om hva som hemmer eller fremmer implementering av fagprosedyrer i sykehuset.

Gjennom hele oppgaven har vi vært bevisst på at vår empiriske undersøkelse og våre analyser går hånd i hånd med vår teoretiske referanseramme. Litteraturen viser til at det i samfunnsvitenskapelig forskning er et mål å integrere teori og empiri. En slik tilnærming fra teori til empiri, betegnes som *deduktiv*. Den deduktive tilnærmingen kritiseres for “å *frembringe avgrenset informasjon, samt at slike opplegg kan få et preg av å være selvoppfyllende profetier, fordi forskerne bare fant det de lette etter*” (Jacobsen 2005: 35). I motsatt fall er en strategi å starte undersøkelsen uten noe teoretisk utgangspunkt. Man går fra empiri til teori, som betegnes som *induktiv* (Johannessen et.al 2010: 51) der forskerne har “*et åpent forhold til det de skal studere*” (Jacobsen 2005: 35). Men også den induktive tilnærmingen har fått kritikk, for sin naive tro på at mennesker kan utføre forskning med et helt åpent sinn. Thagaard (2009) sier imidlertid at i de fleste studier kan forskningsprosessen karakteriseres ved en veksling mellom induktive og deduktive faser. I utgangspunktet hadde vi i planlegging og gjennomføring av intervjuene tenkt en deduktiv tilnærming. Vi hadde på bakgrunn av teori, og egne erfaringer noen antagelser om virkeligheten. Under utarbeidelse av intervjuguiden åpnet vi derimot for en induktiv tilnærming. Vi valgte å åpne opp for nye spørsmål underveis i intervjuet, dersom dette kunne gi oss relevant informasjon. Vi kan derfor ikke si at vi i intervjuene holdet oss stramt til de forhåndsdefinerte spørsmålene. Det er grunn til å karakterisere vår forskningsprosess som en veksling mellom en deduktiv tilnærming, fordi vi i begynnelsen tok utgangspunkt i hypoteser og tidligere teorier, og en induktiv tilnærming fordi det på grunnlag av våre intervjuer og analyser kunne gi et utvidet teoretisk perspektiv.

3.4 Metodisk fremgangsmåte

Forskningsmetode dreier seg om hvordan en skal innhente kunnskap om en gitt problemstilling, hvilke metoder som er best egnet i dette arbeidet og hvordan metoden brukes (Everett og Furset 2012). Det finnes et stort antall metoder, og utfordringen er å finne en metode som gir svar på spørsmålene i oppgavens problemstilling. Everett og Furset (2012) sier at det i noen tilfeller kan være hensiktsmessig å velge flere metoder, og analysere data på forskjellige måter. Flere innfallsvinkler kan gi ulike perspektiv og dermed også ulike svar på problemstillingen. Dette kan

bli en utfordring for forskeren, og en må ofte velge å satse mest på én tilnærming (Everett og Furset 2012).

Forskning kan beskrives som en systematisk undersøkelse av ett eller flere spørsmål (Thagaard 2009). I den samfunnsvitenskapelige metodelitteraturen skilles det grovt mellom kvalitative og kvantitative metoder, men uansett metodevalg skal forskning kunne evalueres. All type forskning innebærer refleksjon over egne metodevalg og gjennomføringer. Det kreves at man gjør rede for hva man har gjort, på hvilken måte og med hvilke resultater (Wennes 2006). Veldig forenklet kan man si at kvalitative metoder forholder seg til data/tekst og fortolkning av data/tekst. Kvantitative metoder forholder seg til data som kategoriseres og telles (Johannessen et.al 2010).

I oppgaven valgte vi å samle inn data som kunne bidra til å belyse vår problemstilling og våre forskningsspørsmål. Det gjorde vi blant annet med den viten som andre har kommet fram til når det gjelder hva som hemmer og hva som fremmer implementering av fagprosedyrer. Vi ville søke å forstå hvordan disse funnene kunne ses i sammenheng med vår kontekst som er sykehuset vi jobber i. For å få forskjellige perspektiver på samme spørsmål, valgte vi både en kvalitativ og en kvantitativ innfallsvinkel. Dette valget ble tatt fordi flere perspektiv ville gi oss en bedre og bredere beskrivelse av virkeligheten. Utfordringen kunne da selvfølgelig være at vi fikk delvis motstridende svar. Med bakgrunn i dette valgte vi følgende metodiske tilnærming:

- Analyse av representative og kvantitative data fra spørreundersøkelsen knyttet til AMUS.
- Da det også var et mål å få frem flere nyanser knyttet til våre forskningsspørsmål valgte vi å gjøre bruk av kvalitativ metode og gjennomførte 6 individuelle intervju.
- Da vi ble kjent med at et helseforetak vi kunne sammenligne oss med var ISO-9001 sertifisert gjennom Det Norske Veritas, fant vi det interessant å høre om det hadde bidratt til å fremme implementering av fagprosedyrer.

3.4.1 Kvantitativ metode og utvalg av respondenter

Det prinsipielle skillet mellom kvalitative og kvantitative metoder dreier seg om hvordan data registreres og analyseres. Kvalitative metoder opererer med tekst, mens kvantitative metoder anvender tall (Johannessen et. al. 2010). I kvantitativ forskning brukes begrepene reliabilitet og

validitet. Det diskuteres i følge Wennes (2006) hvorvidt det er mulig å benytte de samme kriterier for kvantitativ og kvalitativ forskning. Er det mulig å generalisere resultater fra en kvalitativ forskning på samme måte som fra kvantitativ forskning? Wennes sier at forskerens utfordring er å reflektere over, diskutere og argumentere for på hvilke måter funn kan være overførbare til andre kontekster.

I vår forskning forelå det kvantitative data fra AMUS. Siden alle ansatte i sykehuset ble invitert til å delta var utvalget enkelt å identifisere. Undersøkelsen omfattet altså hele ansattepopulasjonen. I slike registreringer hvor hele populasjonen inngår vil det alltid måtte tas høyde for bortfall av respondenter (Johannesen et. al. 2010). I sykehusets arbeidsmiljøundersøkelse var bruttoutvalget av respondenter ca. 8000 ansatte. For de som faktisk deltok og som representerer nettoutvalget, var svarprosenten 79 %. Bortfallet av respondenter er å betrakte som en feilkilde som det er viktig å være oppmerksom på (Johannesen et. al. 2010). En svarprosent på 79 % representerer en "god nok svarprosent". I litteraturen viser man til at en svarprosent mellom 70-80 % er oppnåelig for de fleste virksomheter, dersom man gjør en god nok forberedelse av de ansatte før undersøkelsen igangsettes (Hoff & Lone 2014). Som tidligere beskrevet var AMUS oppdelt i 18 hovedtema, med totalt 73 underliggende spørsmål. Vi valgte i vår oppgave å behandle rådata knyttet til temaene kvalitet, medvirkning, opplevd lederatferd og implementering av sentrale føringer ved St Olavs Hospital, med dertil aktuelle underliggende spørsmål. Vi anså disse som relevante data i arbeidet med å svare ut problemstillingen og våre to forskningsspørsmål.

I en kvantitativ studie hvor det skal gjennomføres en spørreundersøkelse til så mange respondenter og derfor må anses å være av kompleks karakter, må spørreskjemaer utformes med spørsmål og svaralternativer. Vi som forskere i denne masteroppgaven hadde verken innflytelse på populasjonen eller utforming av spørsmål. Imidlertid var vi selv deltakere i studien og ble derfor kjent med spørsmålene. Vi hadde fokus på hvordan vår problemstilling kunne gjøres forskbar ved å vurdere hvilke data det er aktuelt å samle inn. Prosessen fra det generelle til det konkrete betegner Johannesen et. al (2010) for operasjonalisering. Det dreier seg om det empiriske arbeidet med problemstillingen. Operasjonalisering dreier seg om å være målrettet ved å avgrense det området forskeren har i fokus (Johannesen et. al. 2010). Vårt anliggende i denne masteroppgaven var å analysere data fra AMUS som avgrenset omhandler *"Implementering av sentrale føringer ved St Olavs Hospital"*. Det var interessant for oss å se hva

som var typiske svar, men også å vite noe om variasjonen i svar og hvordan disse fordeler seg, det som kalles spredning. Vi valgte derfor ut variabelen spredning i analysearbeidet (Johannesen et. al. 2010).

For å få frem flere nyanser i besvarelsen av forskningsspørsmålene valgte vi, som tidligere beskrevet, også å gjøre bruk av en kvalitativ metode. I den forbindelse måtte vi foreta et utvalg av informanter til de individuelle intervjuene. I neste kapittel vil vi ta for oss hvordan dette utvalget ble gjort.

3.4.2 Utvalg av informanter til individuelle intervju

I alle typer undersøkelser vil det være et grunnleggende problem at vi sjelden kan undersøke alt. Man må foreta et utvalg av aktuelle enheter og personer. I det vi foretar disse utvalgene, må vi ha i bakhodet at vi gjør et utsnitt av tema og variabler, kontekst, tid og personer. Videre bør en være bevisst på at kvalitative metoder sjelden sier noe om det generelle eller typiske, men heller noe om det unike og spesielle (Jacobsen 2005).

I intervjusammenhenger benyttes ofte begrepene informanter og respondenter om hverandre, men det finnes et klart skille mellom dem. Respondentene er ofte personer med direkte kjennskap til fenomenet, eller de er medlem av en spesiell gruppe. Informantene derimot kan være personer som ikke selv representerer gruppen vi undersøker, men som har god kjennskap til fenomenet eller gruppen (Jacobsen 2005). Vi valgte å intervju personer i vår organisasjon som er ansatt i sykehuset, og som følge av dette skal ha god kjennskap til vårt kvalitetssystem. Personene vi intervjuet ble våre informanter i oppgaven. For å få nok bredde i empirien til å kunne belyse problemstilling og forskningsspørsmålene valgte vi som sagt å plukke ut informanter fra to ulike enheter i egen organisasjon til de individuelle intervjuene. Etter nærmere vurdering kom vi frem til at et utvalg på 6 informanter med ulik profesjonsbakgrunn, var praktisk mulig å gjennomføre med tanke på oppgavens omfang. Johannessen et.al (2010) sier at det ofte er vanskelig på forhånd å avgjøre hva som vil være nok intervjuer. Videre viser han til at flere forskere hevder at det bør gjøres intervjuer helt til forskeren ikke lengre får noen ny informasjon. I teorien er det ingen øvre eller nedre grense for antall intervjuer, det er mer et spørsmål om hva er praktisk mulig å gjennomføre (Johannessen et.al. 2010).

Før vi startet intervjuene ble vi enige om at dersom vi underveis oppdaget at vi ikke fikk tilstrekkelig informasjon, eller at det kom frem nye tema i intervjuene, måtte vi gjøre en vurdering knyttet til utvalgsstørrelsen. Imidlertid ble ikke dette aktuelt da vi fikk nok relevant informasjon til svare ut både problemstilling og forskningsspørsmål. Underveis i prosessen ble vi kjent med at et annet helseforetak hadde valgt ISO-sertifisering som strategi for implementering av kvalitetssystemet. Det fant vi nødvendig å se nærmere på.

Som tidligere beskrevet er hensikten med kvalitative undersøkelser å få mest mulig kunnskap om et fenomen. Dette har betydning for rekrutteringen av informanter og rekrutteringen av informantene har et klart formål. I metodelitteraturen omtales Patton`s begrep "*purposeful sampling*" eller strategisk utvelgelse av informanter. Litteraturen viser til flere ulike måter å sette sammen strategiske utvalg på. Det vises til at utvalgskriteriene kan være avhengig av problemstillingen, hva som er praktisk og hva som er hensiktsmessig å gjennomføre (Johannessen et.al. 2010). AMUS som vi hentet de kvantitative dataene fra ble kjørt i hele organisasjonen, og omfattet både somatikk og psykisk helsevern, hvor somatikken utgjorde $\frac{3}{4}$ av bevarrelsene. De litteraturstudiene som vi fant relevante og som vi viser til i oppgaven er også gjort innen somatikken. For oss ble derfor det naturlige utvalgskriteriet i den kvalitative undersøkelsen å se på enheter innen psykisk helsevern for å få en så balansert fremstilling av resultatene som mulig.

3.4.3 Kvalitativ metode og bruk av intervju

Vi valgte intervju som innfallsvinkel til den kvalitative metoden. Kvalitativ metode kjennetegnes ved nær kontakt mellom forsker og de som studeres (Thagaard 2009). Det kvalitative forskningsintervjuet er en samtale med struktur og et formål (Kvale og Brinkman 2009). For forskeren vil det innebære både fordeler og ulemper å bruke intervju som metode i egen organisasjon. Nielsen og Repstad (2006) viser til i Andersen som sier at det ofte er vanskelig å studere egen virksomhet eller arbeidsplass fordi forskerens perspektiv både kan være begrenset og fastlåst på grunn av lang, grundig og ofte skjult sosialisering. Vi kan bli "nærsynte" og tolke ut fra det ståstedet vi har som del av organisasjonen. Samtidig er det stor sannsynlighet for stort engasjement og utholdenhet hos forskeren sier Nielsen og Repstad (2006). Endringsviljen og iveren hos forskeren kan imidlertid også være en ulempe fordi det er fare for at de data man har samlet inn går gjennom en filtreringsprosess når data skal analyseres (Nielsen og Repstad 2006).

Intervju som metode er et dypdykk i andres språk, meningsdannelser og fortolkninger. Denne typen forskning handler om å høre etter hva respondentene sier. Videre krever det god konsentrasjon å skille respondentenes fortolkninger fra egne og at det krever at intervjuet må være godt planlagt (Wennes 2006). Selv om vi både planla, strukturerte tema for intervjuet, la til rette for at alt som kunne forstyrre intervjusituasjonen og tok opp samtalen på bånd, opplevde vi intervjusituasjonen som utfordrende. Siden vi var i en situasjon som muliggjorde oppfølging av spørsmål hadde vi også makt til å styre samtalen inn på "riktig" spor – dvs. dit vi ønsket. Det er jo også nødvendig for forskerens problemstilling at samtalen ikke får en uønsket vridning til andre tema som for så vidt kan være interessante, men ikke relevante for formålet.

Spørsmålene som stilles må være relevante for informanten. For abstrakte og generelle spørsmål vil være et problem fordi de i liten grad innbyr til informasjon og nyanserte svar. Et godt intervju karakteriseres av at intervjueren spør om konkrete meninger og erfaringer og følger opp informantens beskrivelser gjennom oppmuntring (Thagaard 2009). Vi valgte å utarbeide en intervjuguide (vedlegg 2) som vi gjennomgikk grundig og også presenterte for intervjuobjektene ledere før intervjuet ble gjort. I tillegg gjennomførte vi et prøveintervju for å kvalitetssikre at informantene forsto våre spørsmål og at de ble oppfattet som relevante.

Hvordan vi som forskere utformet intervjuguiden kan ha betydning for den informasjonen som kom fram. Det ligger en fare i at spørsmålene kan bli ledende og basert på vår tolkning av hvordan vi som forskere forstår og tolker utfordringer med implementering av kvalitetsdokumenter. Thagaard (2009) sier at det vil være av betydning for den informasjonen som kommer fram hvilken relasjon forskeren og informanten har til hverandre som ansatt i samme organisasjon. Thagaard (2009) stiller videre spørsmål om hva forskeren representerer for informanten og sier videre at uansett hvor åpen forskeren er i intervjusituasjonen, er det uunngåelig at informantens atferd preges av den relasjonen som etableres til forskeren. Informantenes svar kan også være preget av hvordan de ønsker å presentere seg selv og at de forteller det de tror forskeren vil høre.

Analyse, drøfting og argumentasjon av resultater kreves i all type forskning. I følge Thagaard (2009) må forskeren/intervjueren ikke bare ha kunnskap om de temaene som tas opp, men også om sosiale relasjoner.

Thagaard (2009) sier at intervju har et instrumentelt preg fordi de representerer samtaler om temaer som er relevante for den problemstilling forskeren studerer. Hvordan samspillet mellom forskeren og respondentene utvikler seg vil ha betydning for hvordan kunnskap utvikles. Det kan være en risiko at intervjuer "ikke ser skogen for bare trær". Spørsmål kan være utformet med

bakgrunn i fastlåste forståelser av problemstillingen og det kan være vanskelig å skille respondentenes fortolkninger fra egne (Nyeng 2010). I vår forskning kan nettopp dette være en stor utfordring fordi begge jobber tett med utvikling og implementering av fagprosedyrer og kan derfor ha forutinntatte meninger og forståelser.

Å intervju kolleger om implementeringsarbeid gjør at vi som forskere må reflektere over hvilken rolle og betydning vi har for hvordan informantene svarer. På den andre siden kan relasjonen være med å gjøre intervjusituasjonen til en meningsskapende kontekst hvor det framkommer viktig informasjon. Dette forutsetter at forskeren er villig til å møte informantene på en mest mulig åpen måte, og at informantene føler seg likeverdige i intervjusituasjonen (Thagaard 2009). Vi tenkte at vi gjennom bruk av intervju ville få et nyansert syn på hva som hemmer og hva som fremmer implementering av fagprosedyrer. Vi tenkte videre at vi i intervjusituasjonen kunne få fram både undringer og klare meninger om temaet og at vi ved å stille oppfølgings spørsmål kunne gå dypere inn i intervjuobjektene tanker, forståelse og holdninger.

Betydningen av en nøytral forskerrolle har vært framholdt som et ideal, spesielt i den naturvitenskapelige tradisjonen. I vår situasjon er det verken mulig eller ønskelig å framstå som nøytral siden vi er ansatt i samme organisasjon. Vårt håp var at gjensidighet mellom oss som forskere og informantene kunne bidra til å utvikle gjensidig åpenhet og ved det bidra til utvikling av ny kunnskap og forståelse som i neste omgang kan komme sykehuset til gode.

I intervjusituasjonen ble intervjuobjektene stilt spørsmål fra intervjuguiden, enkelte ganger fulgte vi opp med spørsmål om emner vi ønsket å få utdypet. Dette kalles semistrukturert eller delvis strukturert intervju også kalt intervjuer basert på intervjuguide. En intervjuguide er ikke et spørreskjema, men en liste over temaer og spørsmål som skal gjennomgås i løpet av intervjuet (Johannesen et. al 2010). Spørsmålene som ble stilt var ment å oppmuntre informantene til å komme med utdypende informasjon. Grunnlaget for bruken av intervju ligger i at en gjennom intervjuet får kunnskap om hvordan enkeltpersoner reflekterer og opplever sin egen situasjon (Thagaard 2009:12). For oss var valg av kvalitativ metode i all hovedsak knyttet til ønske om å få fram nyanser og detaljer knyttet til problemstillingen om hva som hemmer og hva som fremmer implementering av kvalitetsdokumenter.

Ved kvalitativ forskning refereres det til to sentrale aspekter; systematikk og innlevelse.

Innlevelse er viktig for å oppnå forståelse. Det kan vi oppnå ved å sette oss inn i den sosiale situasjonen som de vi studerer inngår i. *Systematikk* knyttes til hvordan vi forholder oss til

framgangsmåter i forskningsprosessen. Dette forutsetter at forskeren foretar grundige og omfattende vurderinger i tilknytning til avgjørelser som til hvordan materialet samles inn, analyseres og tolkes (Thagaard 2009).

Vi valgte å benytte opptaksutstyr i form av båndopptaker, under alle intervjuene, noe som gjorde at vi satt igjen med flere timer med samtaler. Disse samtalene ble skrevet ned, transkribert til 36 sider med tekst. Transkribering gir samtalen et tekstlig uttrykk og det blir lettere å få oversikt og muligheter for analysing. Wennes (2006) skriver i sin artikkel at det er en utfordring "å rote rundt" i andres utsagn og meningsdannelser før noe trer fram fra materialet, en struktur eller noe som gir mening. Fordelen med å ha rådataene nedskrevet og tilgjengelig var at vi sørget for å få med oss alt som ble sagt. Intervjuene ble skrevet ned i sin helhet og ble benyttet under utformingen av empiridelen.

Da vi underveis i prosessen ble kjent med at et annet helseforetak var blitt ISO-sertifisert ble vi nysgjerrige på om dette hadde betydning for implementering av fagprosedyrer. Da ansatte i helseforetaket både omtalte og betraktet ISO-sertifisering som kvalitetsstempel på behandlingsprosesser i sykehuset, fant vi det relevant å undersøke dette nærmere. Vi fikk gjort avtale med en avdelingssjef i foretaket. Samtalen må betraktes som en kvalitativ studie siden intervjuet med avdelingssjefen var en samtale med struktur og et formål (Kvale og Brinkman 2009). Formålet med samtalen var å få mest mulig kunnskap om et fenomen, nemlig ISO-sertifisering i helseforetaket. Samtalen med avdelingssjefen eller hennes historie vil bli presentert i vårt empiri- og analysekapittel som narrativ analyse. Kvale og Brinkman (2009) skriver om narrativer som en måte å analysere kvalitative data på. Her betraktes intervjuanalyse som en slags fortelling. Teorien skrives i narrativ eller fortellende form fordi vi som forskere gjennom historien får anledning til å fortelle om det fenomenet vi studerer (Johannesen et.al. 2010).

3.4.4 Metodetriangulering

I litteraturen beskriver man tre ulike måter å kombinere kvalitative og kvantitative metoder på. Det første som beskrives er at man benytter kvalitative metoder ved oppfølging av en kvantitativ datainnsamling. Det kan være at den kvantitative datainnsamlingen etterlater seg spørsmål som bør belyses nærmere gjennom en kvalitativ datainnsamling (Nyeng 2010). Den andre måten å

benytte kvalitativ metode er som en forberedelse til en kvantitativ datainnsamling. De kvalitative dataene kan bidra til utformingen av spørsmålene i for eksempel en kvantitativ spørreundersøkelse. Den tredje måten og kombinere metodene på, er at de benyttes parallelt. De kvalitative dataene belyser for eksempel de tallmessige resultatene, mens de kvantitative resultatene kan si noe om utbredelsen av funnene (Johannesen et. al. 2010).

I vår sammenheng har vi fulgt opp den kvantitative datainnsamlingen gjort gjennom AMUS med en kvalitativ datainnsamling. Den kvantitative datainnsamlingen etterlot seg spørsmål som vi fant best kunne besvares gjennom direkte kontakt og ved å intervju 6 informanter. Den narrative tilnærmingen ble valgt fordi vi antok at historien om et ISO-sertifisert helseforetak kunne bidra til utvidet forståelse av det fenomenet vår problemstilling omhandler.

Wennes (2006) sier i sin artikkel "Jakten på den avhengige variabel" at debatten rundt forskningsdesign til tider har vært høylytt. Der er det blitt hevdet at de kvalitative forskningsbidragene er mindre vitenskapelige og mindre pålitelige enn tallbaserte studier bl.a. fordi resultatene ikke er generaliserbare. På den andre siden kritiseres de kvantitative bidragene for å lukke øynene for kompleksiteten og det subjektive fortolkningsgrunnlaget som også ligger i statistikk. Vårt anliggende er at det å analysere implementeringsarbeid er et komplekst fenomen som vanskelig lar seg fange kun gjennom tallbaserte verdier og kvantitativ tilnærming. Nyeng (2010: 187) sier at *"kvalitativ metode er tekstenes tale mens kvantitativ metode er tallenes tale"*. I kvalitativ metode er man opptatt av å produsere fortolkninger som gjengis i tekst, mens man i kvantitativ metode fokuserer på analyse og fortolkning av tall. For vår datainnsamling valgte vi altså en kombinasjon av kvalitativt og kvantitativ metode. I tillegg var det, som vist i pkt. 2.7, relevant for oss å trekke inn funn fra andre som har studert implementering av kvalitetsdokumenter og fagprosedyrer.

Uavhengig av metodevalg og utvalg av respondenter var det nødvendig at vi hadde et etisk perspektiv på vår datainnsamlingen. Vi fant det nødvendig å skue til gjeldende normer, etiske prinsipper og juridiske retningslinjer som skal ivaretas i forskning.

3.5 Etikk

“Etikk er læren om prinsippene for vurderingen godt – ondt ” (Grimsbø 2000:353). Ordet kommer fra det greske “ethikos”. “Moral” fra det greske ordet “moralis” har i realiteten den samme betydning. På norsk brukes begrepene om hverandre.

Etikk omhandler menneskelige forhold hvor handlinger og vurderinger gir konsekvenser for forholdet mellom mennesker (Grimsbø 2000). En etisk vurdering er en grunnleggende og bevisst stillingstaking til hvordan en skal forholde seg til konkrete saker som på en eller annen måte vil berøre og gi direkte følger for medmennesker. Som forsker må man være oppmerksom på mulighet eller risiko for at forskningen kan skade eller gagne et menneske eller en organisasjon. Dette innebærer også årvåkenhet ved rapportering av resultater, at man vurderer form og forum. Fokus på betydning av åpenhet og ærlighet omkring hva som skal skje og hva som er hensikten, er et etisk anliggende. Bjørndal hevder i sin artikkel (Tiller 2004) at stor grad av åpenhet er en helt nødvendig forutsetning for å kunne intervensere i en organisasjon og få tilgang til informasjon. Han påpeker betydningen av at forskeren er åpen om sin rolle, om den informasjonen som samles inn, og om de vurderingene som blir gjort – før, underveis og i etterkant av prosessen.

Etikk og moral peker mot det gode eller det rette. Det dreier seg om mer enn måling av hva som er kostnadseffektivt, nyttig og pragmatisk. I en praktisk arbeidshverdag vil etikk innebære praktiske og retningsgivende normer for atferd. I St. Olavs kommer normer for atferd fram i visjonen om “Fremragende behandling” hvor verdigrunnlaget er trygghet, respekt og kvalitet. Helhet, likeverd og medbestemmelse skal kjennetegne sykehusets kultur (vedlegg 1).

I realiteten står ansatte og ledere sjelden overfor krystallklare valgsituasjoner der det er enkelt å avgjøre hva som er mer eller mindre etisk forsvarlig å gjøre. Da oppstår etiske dilemmaer hvor det kan være vanskelig å treffe valg fordi ulike etiske ønskemål ikke kan oppfylles uten at andre må neglisjeres (Nordhaug 2002).

I forskningen vi gjennomførte, var vi svært bevisst på å ivareta både det etiske og juridiske perspektivet. Vi reflekterte over etiske dilemma som; Har informanten fått tilstrekkelig informasjon om undersøkelsen? Deltar de frivillig i undersøkelsen? Har de lest, forstått og signert samtykke. For å være sikker på at vi ivaretok de etiske prinsippene og de juridiske retningslinjene valgte vi å sende en fremleggingsvurdering til REK, regionale komiteer for

medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (vedlegg 7). REK vurderte prosjektet til ikke å være søknadspliktig.

Videre utformet vi brev til informantenes ledere og ba om tillatelse til å gjennomføre intervju (vedlegg 8). Vi utarbeidet også et samtykkeskjema, som alle informantene leste og signerte før vi startet de individuelle intervjuene (vedlegg 3). I samtykkeskjemaet ble informantene informert om hensikten med studien og anonymisering, samt muligheten for å trekke seg. Alle informantene signerte på samtykkeskjemaet.

3.6 Validitet og reliabilitet

3.6.1 Validitet

Johannessen et.al (2010) viser til et sentralt spørsmål knyttet til hvor god eller hvor relevant er de data som representerer fenomenet man ønsker å forske på? Han viser til at begrepet validitet som brukes i forskningslitteraturen. "*Validitet må ikke oppfattes som noe absolutt, som om data er valid eller ikke, men det er et kvalitetskrav som kan være tilnærmet oppfylt*" (Johannessen et.al 2010:71). Kan vi si at vi har undersøkt de riktige kildene og har kildene gitt oss den riktige informasjonen med tanke på det temaet vi ønsker å undersøke? Thagaard benytter validitet som begrep når hun tar for seg spørsmål om forskningens gyldighet (Thagaard 2009). Vi har bygd på resultatene fra AMUS når vi utarbeidet spørsmålene i intervjuguiden. Det var utfordrende å utforme spørsmålene så allmenngyldige som mulig slik at respondentene skulle forstå og gi oss gyldige, valide svar. På tross av dette kan vi ikke med sikkerhet si at ikke informantenes svar bærer preg av at det de forteller er det de tror vi ønsker å høre og hvordan de ønsker å presentere seg selv. Vår tolkning og vår forståelse kan også ha betydning for den informasjonen vi fikk frem. Siden vi begge jobber med utvikling og implementering av kvalitetsdokumenter kan dette ha satt sitt preg på forståelsen av resultatene.

3.6.2 Reliabilitet

Reliabiliteten til en undersøkelse setter spørsmålstegn ved nøyaktigheten av undersøkelsens data. Hvilke data er brukt, hvordan ble data samlet inn og hvordan er de blitt bearbeidet? (Johannessen et.al 2010) Thagaard knytter reliabilitet til forskningens pålitelighet (Thagaard 2009). Hvor pålitelig er gjennomføringen, bearbeiding av data og resultatene som kommer frem i undersøkelsen. Kan vår måte å gjennomføre undersøkelsen på ha påvirket resultatene vi fikk?

Siden vi var bevisst dette søkte vi også etter andre studier, som omfattet temaet, for å se om disse hadde kommet frem til lignende sammenhenger. Vi har vært åpne på våre metodevalg i dette kapitlet og har i så måte også stilt metodevalgene frem for mulig kritikk. Underveis i oppgaven har vi også blitt klar over hvor sentral plass taus kunnskap har fått i vår besvarelse. På bakgrunn av dette ser vi at vår kvalitative del av studien burde inneholdt konkrete spørsmål knyttet til temaet taus kunnskap fordi temaet ble for oss svært relevant i besvarelsen av problemstilling og forskningsspørsmålene.

Vi har i dette kapitlet redegjort for målet med forskningen, studiedesign, vår vitenskapsteoretiske innfallsvinkel, metodiske fremgangsmåte, etikk og noen refleksjoner rundt validitet og reliabilitet. I vårt neste kapittel vil vi ta for oss empiri og analyser.

4. Empiri og analysedel

Som tidligere beskrevet i oppgaven har vi valgt en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Som problemstillingen tilsier er vi opptatt av å se på "fremmere og hemmere" for implementering. Problemstillingen vår ledet til to forskningsspørsmål som vi i studien ønsket å se mer inngående på. Den empiriske analysen gir en oversikt over hovedfunnene i empiri som vi fikk gjennom arbeidsmiljøundersøkelsen, gjennom intervjuene og gjennom en historiefortelling fra et annet helseforetak. Vår analyse er alle forankret i våre to forskningsspørsmål, men presenteres på tre ulike måter.

- 1) **Fortolkning av tall.** I den kvantitative undersøkelsen hvor vi hentet data fra AMUS, arbeidsmiljøundersøkelsen 2014 har vi valgt ut parametere fra tema *kvalitet, medvirkning, opplevd lederatferd og implementering av sentrale føringer i sykehuset* fordi vi fant disse mest relevante for vår forskning. Gjennom tilgang til rådata fra AMUS, ble datamaterialet oppdelt i enkeltelementer som ble strukturert og satt sammen i en relevant sammenheng. Fordi spørsmål til et så stort antall respondenter (5380) må utformes med svaralternativer som igjen kategoriseres, har vi valgt å presentere funnene gjennom statistikk og søylediagrammer Gjennom analyse av disse funnene fant vi at det gjenstod spørsmål som vi ikke fikk svar på og valgte derfor en kvalitativ tilnæringsmetode for utdypende svar.

2) **Fortolkning av tekst.** Som sagt ble vi stående igjen med spørsmål som vi ikke fikk svar på i arbeidsmiljøundersøkelsen. Derfor valgte vi å utarbeide en intervjuguide og intervjuet 6 behandlere i Psykisk Helsevern. Svarene som framkommer både i muntlig og tekstlig form gir oss som forskere tilgang til mer kunnskap om fenomenet og en dypere forståelse og nyansering av informantenes opplevelse og svar. Vi valgte å systematisere og analysere det transkriberte materialet fra intervjuene med utgangspunkt i våre to forskningsspørsmålene. Analyse innebærer å tenke og reflektere over materialet og analysen og tolkingen startet allerede under kontakten med informantene. Den kvalitative forskningsprosessen er preget av til dels flytende overganger mellom innsamling og analyse. Av den grunn var det viktig at vi som forskere var ansvarlige for undersøkelsen og at det var vi som utførte analysen (Thagaard 2009). For å kunne identifisere sentrale temaer og mønstre i det innsamlede materialet valgte vi å dele inn teksten i kategorier og gjøre en analyse av materialet ut fra en temasentrert tilnærming. Vi valgte å dele temaene i henhold til våre to forskningsspørsmål, med flere kategorier under hvert tema. Kvale et. al (1997: 129) kaller denne fremgangsmåten for «kategorisering av mening». Kategorisering av materialet representerer både et analytisk hjelpemiddel og en begrensning. Måten vi inndeler materialet på, fremhever tendenser i dataene, men stenger samtidig for andre perspektiver (Thagaard 2009: 151). For å synliggjøre hvilket fokus vi har hatt for vår analyse har vi valgt å kategorisere materialet i 6 kategorier. Dette innebærer samtidig at vi er bevisste på at det er kan finnes andre mønstre som vi ikke ser (Thagaard 2009). Vi valgte å se på følgende kategorier:

- Hvordan fungerer sykehusets elektroniske kvalitetssystem som ledelsesverktøy for implementering?
- Hvilken betydning har leder for implementering?
- Hvilken betydning har arbeidsmiljøet for implementering?
- Organisatorisk læring
- Ulike modeller for kunnskapsutvikling
- Team arbeid

3) **Narrativ analyse.** Å skrive en masteroppgave er en prosess som går over tid og underveis dukket det opp tema vi i utgangspunktet ikke hadde tenkt å ta med. Vi mente selv at en kvantitativ undersøkelse og en kvalitativ undersøkelse gjennom intervju skulle

være tilstrekkelig for å finne noen svar på vår undring om hva som hemmer og hva som fremmer implementering av fagprosedyrer. Gjennom et tilfeldig møte ble vi kjent med ansatte i et helseforetak som ikke lenger anså implementering av fagprosedyrer som en utfordring. Svaret på dette lå i at foretaket var ISO 9001-sertifisert og at alle behandlingsprosesser gjennom det var kvalitetssikret. Vi anså denne historien å være høyst relevant for vår forskning og fant at vi ikke kunne hoppe bukk over den historien. Det førte til en samtale med en avdelingssjef i dette foretaket. Hennes historie har vi valgt å presentere gjennom narrativ analyse som supplement til å forstå det fenomenet vi studerer. Til forskjell fra en kvalitativ analyse som legger vekt på meningsinnholdet i en tekst legger en narrativ analyse vekt på forløp i form av beretninger og historier (Johannesen et. al. 2010). Coffee og Atkinson har utviklet en modell for å analysere oppbygging av beretninger (Johannesen et. al. 2010). I beretninger er det visse mønstre som går igjen, og som kan brukes for å tolke teksten. I flg. Johannesen et.al. (2010: 219) er det snakk om ulike elementer som kan formuleres som spørsmål:

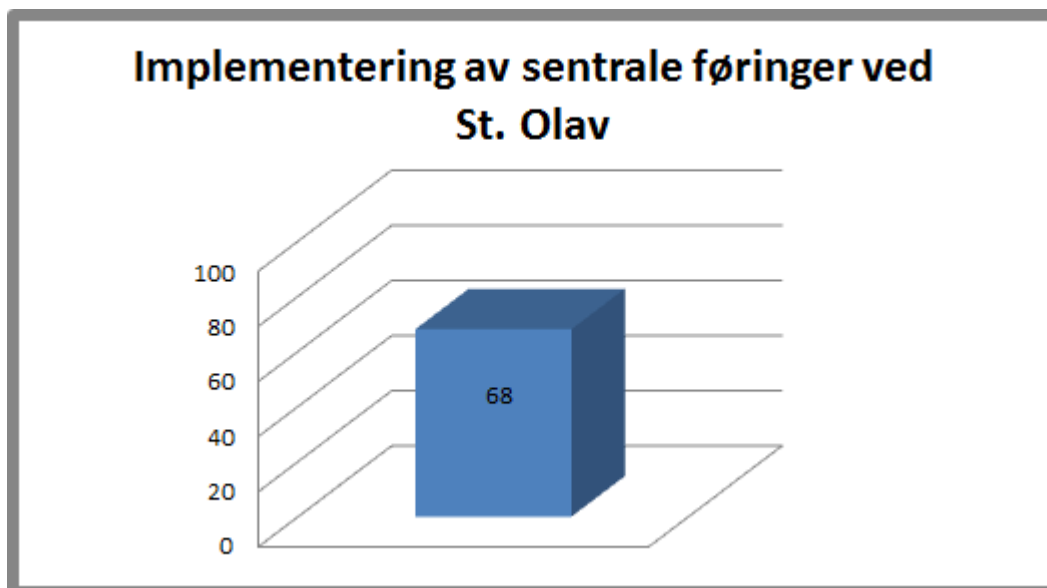
Element	Spørsmål
Innledning	Hva dreier dette seg om?
Orientering	Hvem, hva, når, hvor?
Komplisering	Hva hendte så? Vurdering. Hva innebar dette?
Resultat	Hva skjedde til slutt?
Avslutning	Hvordan avsluttes beretningen?

Vi innledet med et spørsmål knyttet til hvordan ISO-sertifisering har påvirket prosesser omkring det å implementere kvalitetsdokumenter. Vi hadde fokus på hvordan avdelingslederens valgte å bygge opp sin historie og fulgte opp med spørsmål underveis. Deretter kombinerte vi det vi oppfattet som selve innholdet i beretningen med en analyse. Vi tar høyde for at vi som forskere både kan ha oversett viktige elementer i beretningen og ved det kanskje ikke ha fått tak i historien som helhet (Johannesen et.al. 2010).

4.1 Fortolkning av tall, gjennom resultater fra AMUS

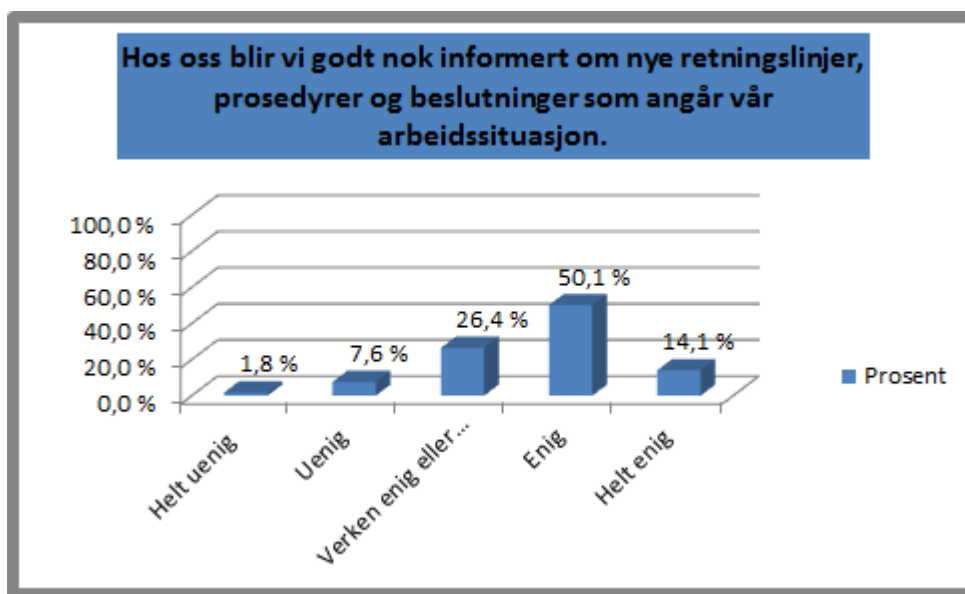
Som tidligere beskrevet ble det høsten 2014 gjennomført en Arbeidsmiljøundersøkelse blant de ansatte i sykehuset. Noen av spørsmålene var direkte knyttet opp mot hoved temaene *kvalitet, medvirkning, opplevd lederatferd og implementering av kvalitetsdokumenter*. For å illustrere resultatene har vi tatt inn noen grafiske fremstillinger som gjengir de kvantitative rådataene knyttet til de aktuelle spørsmålene vi var opptatt av å se på i vår oppgave.

Gjennom tilgang til rådata fra AMUS, ble datamaterialet oppdelt i enkeltelementer som ble strukturert og satt sammen i en relevant sammenheng for vår oppgave. Funnene har vi valgt å presentere gjennom statistikk og søylediagrammer i besvarelsen. Svarprosenten opplever vi som svært relevant, da det er totalt 5380 respondenter på hvert spørsmål, noe som utgjør en svarprosent tilsvarende 79 %. For oss ble det i den videre analysen relevant å ta for oss sentraltendensen, som er den typiske opplevelsen av måleskalaen og deretter ta for oss spredningen i resultatene. Spredningen også kalt standardavvik, viser i hvilken grad det er variasjon i svarene som er gitt på det enkelte spørsmål (Hoff & Lone 2014). Både sentraltendens og spredning forklares i teksten under hver figur, dette vil videre bli trukket inn i drøftingsdelen der vi finner dette relevant. Videre vil vi presentere standardavviket på de seks spørsmålene vi har valgt ut fra AMUS og presenterer dette i en egen grafisk fremstilling. Standardavviket er en statistisk beskrivelse av spredningen i måleskalaen (Hoff & Lone 2014).



Figur nr.5. Implementering av sentrale føringer ved St.Olav

Figur nr. 5. Implementering av sentrale føringer ved St.Olav viste at 68 % av de som svarte på AMUS opplever at Implementeringen av sentrale føringer ved St. Olavs, fungerer bra. Vi oppfatter dette som en høy score på det aktuelle temaet, spesielt om vi ser i litteraturen, som beskriver at en akseptabel svarprosent bør ligge på over 60 % (Hoff & Lone 2014). I de tre neste figurene tar vi for oss de tre underliggende spørsmålene tilhørende dette temaet.

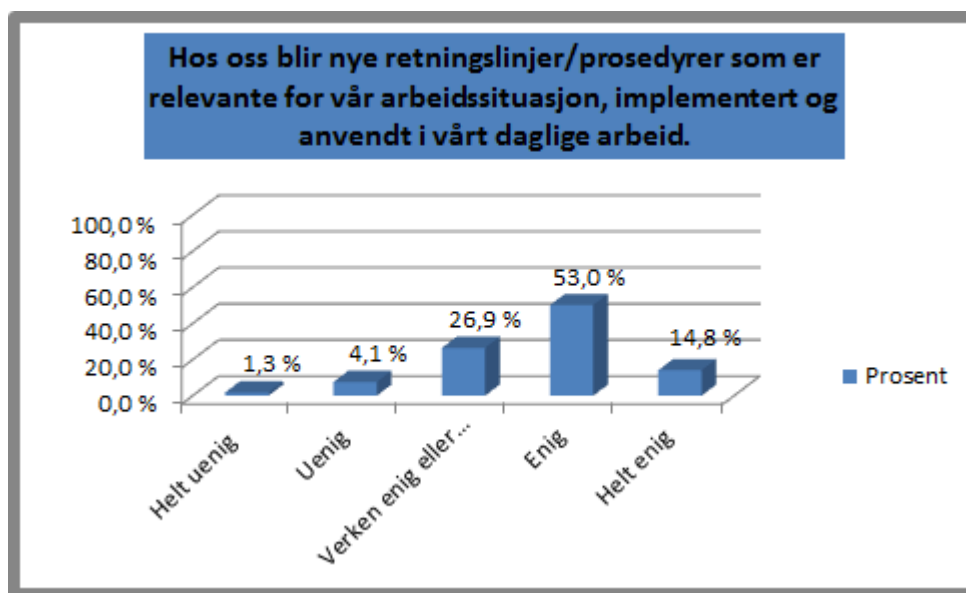


Figur nr. 6. Hos oss blir vi godt nok informert om de nye retningslinjer, prosedyrer og beslutninger som angår vår arbeidssituasjon.

Spørsmålet “Hos oss blir vi godt nok informert om de nye retningslinjer, prosedyrer og beslutninger som angår vår arbeidssituasjon” er under hoved temaet, Implementering av sentrale føringer i St Olav.

En sentraltendens som tydelig kommer frem, er at majoriteten av svarene finnes på midten og til høyre på den positive delen av skalaen. Spredningen viser at hele skalaen benyttes i besvarelsene, men at hovedvekten av svarene finner vi på kategoriene “Verken enig eller uenig” og “Enig”. Totalt 76,5 % svarte på disse to kategoriene. Videre svarte 14,1 % “Helt enige”, noe som gir et resultat på hele 64,2 %, på kategoriene “Enig” og “Helt enig”.

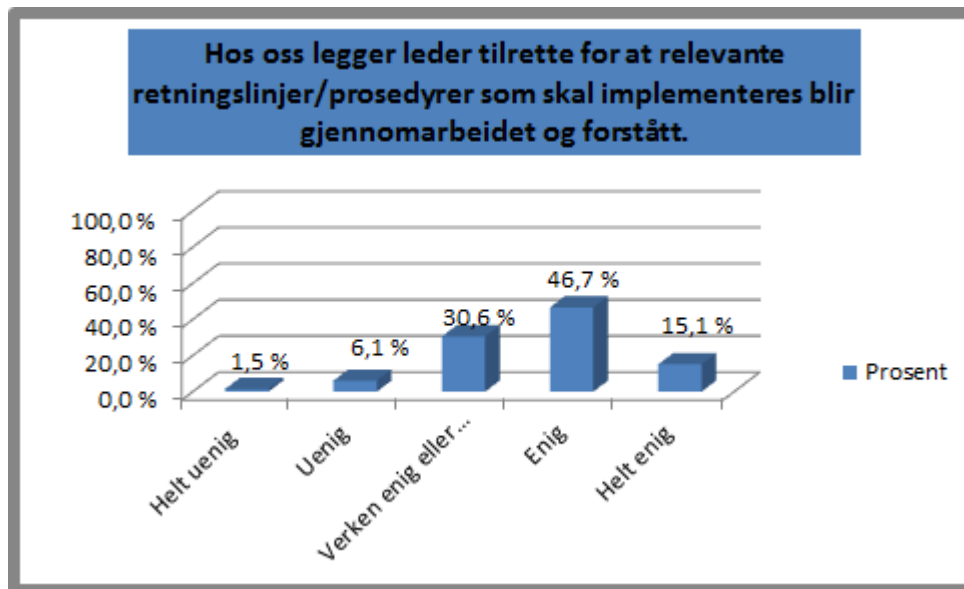
Dette gir oss totalt sett et positivt bilde, men sier oss ikke noe om hvordan spørsmålet er forstått, knyttet til implementeringsarbeidet ved St.Olavs.



Figur nr. 7. Hos oss blir nye retningslinjer/prosedyrer som er relevante for vår arbeidssituasjon, implementert og anvendt i vårt daglige arbeid.

På spørsmålet ” Hos oss blir nye retningslinjer /prosedyrer som er relevante for vår arbeidssituasjon, implementert og anvendt i vårt daglige arbeid”, viser sentraltendensen at majoriteten av svarene fordeler seg på den “positive” delen av skalaen. Hele 53 % er “Enig”, og ser vi kategoriene “Enig “ og “Helt enig” sammen ser vi at hele 67,8 % mener at nye retningslinjer /prosedyrer som er relevante for arbeidet, blir implementert og anvendt i det daglige arbeidet.

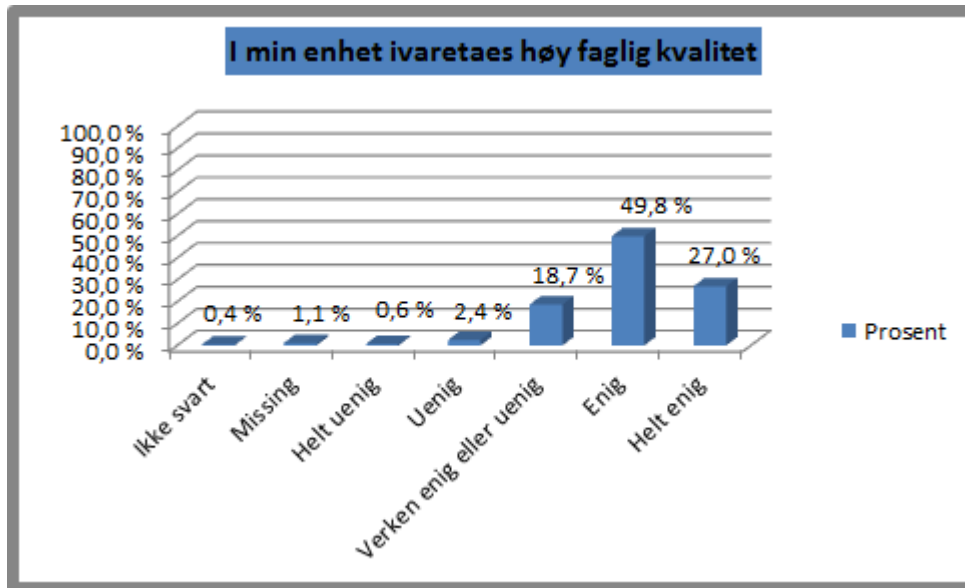
Spredningen viser at de ansatte i besvarelsen av dette spørsmålet gjør bruk av hele skalaen, men at hovedtyngden av besvarelsene fordeler seg på den positive delen av skalaen. Her er det grunn til å anta at implementering forståes synonymt med anvendelse slik at kvalitetsdokumenter i praksis blir anvendt i det daglige arbeidet. Her må de som svarer ha tillit til at noen på forhånd har definert hva som er relevante retningslinjer og prosedyrer.



Figur nr. 8. Hos oss legger leder til rette for at relevante retningslinjer/prosedyrer som skal implementeres blir gjennomarbeidet og forstått.

Den samme tendensen gjentar seg ved at hovedmajoriteten av svarene fordeler seg på midten og svaralternativene “Verken enig eller uenig” og “Enig” i besvarelsen av spørsmålet “Hos oss legger leder til rette for at relevante retningslinjer/prosedyrer som skal implementeres blir gjennomarbeidet og forstått.”.

Også på dette spørsmålet ser vi at det svares på alle alternativene på skalaen, men at det er kategoriene “Verken enig eller uenig” og “Enig” som tiltrekker seg flest svar. Hele 61,8 % svarer positivt og benytter kategoriene, “Enig” og “Helt enig”. Spredningen viser at hele skalaen er i bruk. Spørsmål og svar gir indikasjoner på at leder er sentral når det gjelder til rettelegging av hva som skal styre praksis. Om det er andre enn leder som legger til rette for implementering av retningslinjer og prosedyrer eller om implementering skjer på annet vis kommer ikke frem.



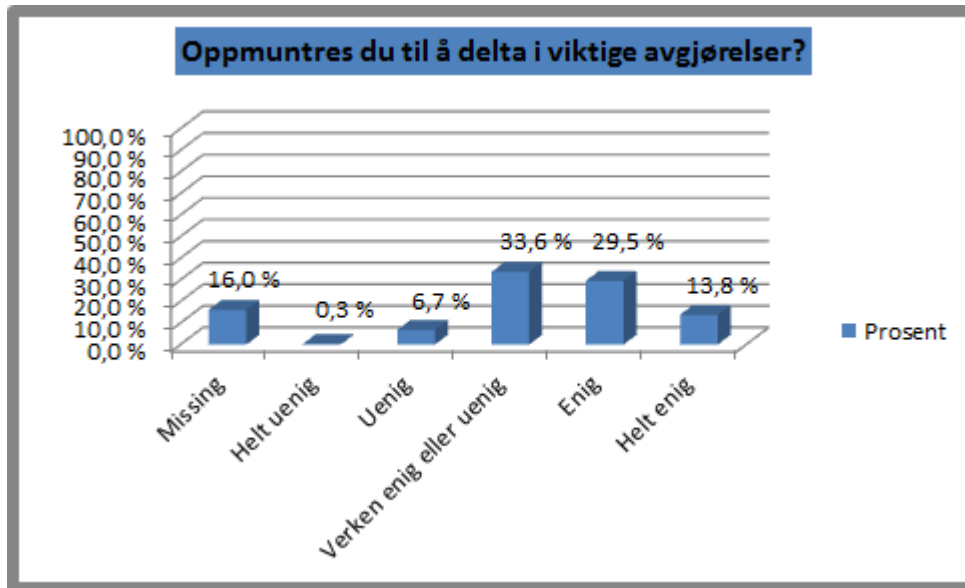
Figur nr. 9. I min enhet ivaretas høy faglig kvalitet

Kvalitet var som tidligere beskrevet, et av 18 tema i AMUS. Vi har valgt å ta med et spørsmål fra dette temaet, som vi mente var relevant for besvarelsen av vår oppgave. Spørsmålet “I min enhet ivaretas høy faglig kvalitet”, utfordrer den ansatte til å reflektere over hvordan faglig kvalitet verdsettes i egen enhet. Skalaen for dette spørsmålet ble utvidet med flere kategorier, “Ikke svart” og “Missing”.

I analysen er det ingen prinsipiell forskjell mellom “Ikke svart” og “Missing”, men de som havnet på kategorien “Missing”, hadde først svart, deretter fjernet svaret, altså utelatt å svare på spørsmålet.

Vi ønsket å ta inn begge disse kategoriene da de tilsammen utgjorde 1,5 % av besvarelsene på dette spørsmålet.

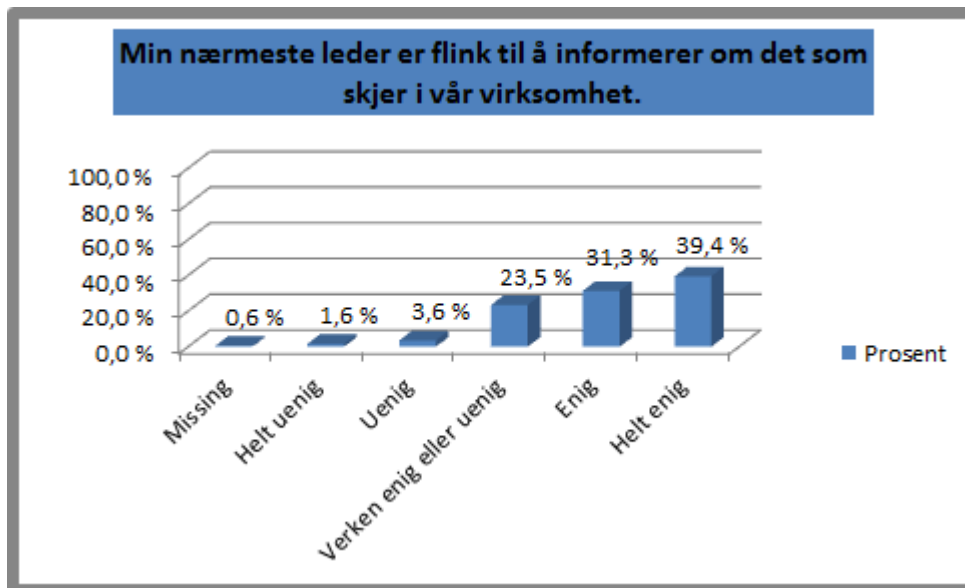
Sentraltendensen på dette spørsmålet var at flest svarte på kategoriene “Verken enig eller uenig”, “Enig” og “Helt enig”. Men her var det en klar opphopning av svar på kategoriene “Enig” og “Helt enig”, totalt 76,8 %. Spredningen viser at hele skalaen ble brukt. Hva som forstås og legges i begrepet høy kvalitet kommer imidlertid ikke frem i besvarelsen.



Figur nr.10. Oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser?

Videre i arbeidet med AMUS resultatene, tok vi for oss temaet “Medvirkning” og ønsket å ta med et spørsmål knyttet til dette temaet. Spørsmålet som vi mente var mest relevant for besvarelsen av vår oppgave var, “ Oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser?”.

På dette spørsmålet fikk vi en litt annen sentraltendens på svarene, enn på de andre spørsmålene. Flere scoret på den “negative” delen av skalaen og hele 16 % har svart og deretter valgt og trekket svaret, i kategorien “Missing”. Kategoriene “Uenig” og “Verken enig eller uenig” oppnådde en svarprosent på 40.3 %, mens kategoriene “Enig “ og “Helt enig” oppnådde en svarprosent på 43,3 %. Dersom vi ser på spredning ser vi at hele skalaen også her er tatt i bruk. Hva som forstås og legges i det å delta i viktige avgjørelser kommer ikke frem i besvarelsen.



Figur nr. 11. Min nærmeste leder er flink til å informere om det som skjer i vår virksomhet

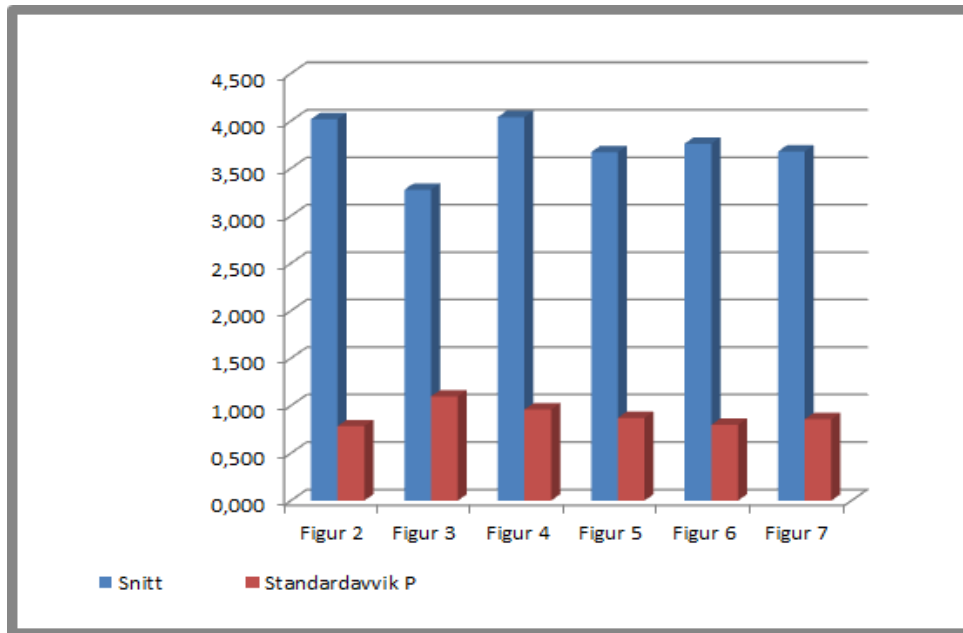
Det siste temaet i AMUS som vi valgte å ta med et spørsmål fra var "Opplevd lederatferd". Her valgte vi å ta med spørsmålet, "Min nærmeste leder er flink til å informere om det som skjer i vår virksomhet". Bakgrunn for dette valget var at også dette ville gi oss relevant data i arbeidet med å svare ut vår problemstilling vedrørende lederes betydning for implementering av kvalitetsdokumenter.

Sentraltendensen på besvarelsen av dette spørsmålet, var på den "positive" delen av skalaen. Hele 39,4 % hadde svart "Helt enig", på "Min nærmeste leder er flink til å informere om det som skjer i vår virksomhet".

Hele 54,8 % svarte på kategoriene "Verken enig eller uenig" og "Enig".

Ser vi på spredningen i svarene ser vi at hele skalaen også på dette spørsmålet er tatt i bruk, men sentraltendensen skiller seg klart ifra tidligere svar på de andre spørsmålene vi har tatt med ved at flere svarer på den positive delen av skalaen. Ansatte opplever å få god informasjon og leder er den som bidrar til nødvendig informasjon blir gitt.

4.1.1 Standardavvik i resultatene fra AMUS



Figur nr. 12. Standardavvik i resultatene fra AMUS

Standardavvik forteller oss hva som ligger bak gjennomsnittsverdiene. Gjennomsnittstallene kan skjule store variasjoner i dataene. Et standardavvik på rundt 1 eller mindre forteller at det er stor enighet i svarene, det vil si lite avvik fra snittet. På den andre siden vil et standardavvik på mer enn 2 fortelle oss at det er stor spredning i svardataene, det vil si mindre enighet i de avgitte svarene. Derfor er det av stor betydning at standardavviket beregnes for i alle fall de mest vitale spørsmålene i en undersøkelse (Spørreundersøkelser 2000).

Beregningen av standardavviket på resultatene av de seks spørsmålene vi tok med fra AMUS, viser at standardavviket ligger under, og opp mot 1. Med andre ord er det ikke stor spredning i svardataene. Med bakgrunn i de teoretiske betraktningene i avsnittet over, velger vi ikke å gå noe videre inn i dette med standardavvik.

4.2 Fortolkning av tekst fra vår kvalitative studie

Som vi tidligere har beskrevet fant vi gjennom analyse av funnene fra AMUS det gjenstod spørsmål som vi ikke fikk svar på. Vi utarbeidet en intervjuguide som vi gjennomgikk grundig og presenterte først intervjuobjektene ledere før intervjuet ble gjort. I tillegg gjennomførte vi et prøveintervju for å kvalitetssikre at spørsmålene ble oppfattet som relevante og forståelige (vedlegg 2).

Vi valgte å systematisere og analysere funn fra intervjuene med utgangspunkt i våre to forskningsspørsmål. For å kunne sammenfatte det store datamaterialet til oversiktlig tekst som lot seg analysere, kategoriserte vi sentrale mønstre og tema i intervjuene. Deretter gjorde vi en fortolkning av de mønstre og tema som kom frem. Det vil alltid kunne være en utfordring at vi som forskere drar mening ut av teksten som er knyttet til vår forforståelse av tema (Thagaard 2009: 159).

De kvalitative funnene som presenteres nedenfor er temaer som ble analysert gjennom data fra intervju med 6 klinikere. Der vi i analysen sier *noen* dreier det seg om at færre enn halvparten har gitt lignende svar. Der vi sier *flere* vil det bety flere enn halvparten har gitt lignende svar. Sitater fra informantene fremstilles i ***kursiv***.

4.2.1 Forskningsspørsmål 1.

På hvilken måte har ledelse og arbeidsmiljø betydning for implementering av kvalitetsdokumenter blir implementert for å sikre sykehuset ”best evidence-based practice”?

Fra vårt datamateriale fra intervjuene har vi systematisert og kategorisert følgende sentrale mønstre og tema knyttet til forskningsspørsmål 1.

- Hvordan fungerer sykehusets elektroniske kvalitetssystem som ledelsesverktøy for implementering?
- Hvilken betydning har leder for implementering?
- Hvilken betydning har arbeidsmiljøet for implementering?

4.2.1.1 Hvordan fungerer sykehuset kvalitetssystemet som ledelsesverktøy for implementering?

Spørsmålet er relevant for forskningsspørsmålet fordi sykehuset har valgt et elektronisk kvalitetssystem som en av sine ledelsesstrategier. Kvalitetssystemet på sykehuset skal sikre at de ansatte til enhver tid har tilgang til de kvalitetsdokumentene de har behov for. Mange av kvalitetsdokumentene er ment som sykehusovergripende for hele foretaket, disse kalles nivå 1 dokumenter. I tillegg inneholder systemet fagspesifikke prosedyrer, som kan være aktuelle kun for enkelte fagfelt, såkalt nivå 2 dokumenter. Dette er det Gottschalk (2003) kaller for strukturkapital hvor strukturene skal representere organisasjonens hukommelse ved at erfaringer nedfelles skriftlig og bygges inn over tid. Et hovedspørsmål for oss var om skriftliggjorte fagprosedyrer blir tatt i bruk i den kliniske hverdagen. Blir disse skriftliggjorte dokumentene implementert og omsatt til kunnskapsbasert praksis? Blir kvalitet i tjenesten ivaretatt på annen måte enn gjennom skriftliggjorte fagprosedyrer? Kan det vise seg å være *“sprik mellom liv og lære?”*

Når vi spør informantene om hva EQS og kvalitetsdokumenter er får vi ulike beskrivelser. EQS beskrives av noen informanter som noe litt fremmed, stort og omfattende. Andre tenker prosedyrer, retningslinjer, kvalitet, sikkerhet og system. Flere opplever at det er en passiv kilde hvor man kan hente kunnskap dersom behovet melder seg. Andre igjen opplever systemet som nyttig og at det er en kilde for mange gode verktøy.

”Da tenker jeg på en kilde som man kan gå for å finne aktuelle retningslinjer, og for å være sikker på at man benytter dem i det daglige arbeidet».

Navnet på kvalitetssystemet ble av noen informanter beskrevet som fremmedgjørende. EQS er et begrep som det er vanskelig å forbinde noe med.

”Selve ordet er jo uten mening, det er et sånt konstruert byråkratord”.

Det ser ut til at flere av våre informanter har vanskelig for å relatere seg til strukturkapitalen som et aktivt verktøy selv om det er tenkt å være navet i sykehusets kvalitetsstrategi.

Gjennomgående kommer informanten inn på at EQS er nyttig den dagen du har et behov for å hente frem kunnskap om hvordan du skal håndtere en aktuell situasjon. Man opplever at systemet representerer en slags forsikring og trygghet. Dette ble særlig påpekt i situasjoner hvor det å *”håndtere hendelsen rett”* ble fremhevet. Det kan vi se av følgende to utsagn:

”Viktig å ha noe å lene seg på, gjør noe med min egen sikkerhet, jeg vet at jeg ikke blir hengt” og “det finnes der og kan veilede oss i vanskelige situasjoner”.

Som tidligere beskrevet er en av sykehusets strategier å formidle mål, visjoner og kvalitetsdokumenter gjennom skriftlige dokumenter i kvalitetssystemet. Vi mener å se at St.Olavs strategi med å implementere kunnskap via elektronisk kvalitetssystem viser at sykehuset har et strukturelt perspektiv på forståelse av kunnskap. Kunnskapen sees på som noe konkret, målbar og lett identifiserbart, som kan behandles og spres til ansatte gjennom sitt det elektroniske verktøy.

”Ja men det er ikke alltid jeg husker det, eller er like flink til å gå inn på EQS”:

sier en av våre informanter. Selv om de ansatte vet at det finnes konkret kunnskap i form av verktøy og prosedyrer kan utsagnet forstås dit hen at det ikke er gitt nok opplæring i verken å finne frem i elektroniske systemet eller at de ansatte er særlig bevisst på dette hjelpemiddelet. Dersom implementering av kvalitetsdokumenter skal oppleves meningsfullt for de ansatte handler ikke dette alene om innhold, men også om troverdighet og tillit til de som kommuniserer budskapet.

“...opplever jeg at det er et sprik mellom de som jobber med å utarbeide fagprosedyrer og vi som er på gulvet og skal ta dem i bruk”:

sier en av våre andre informanter. Ansattes medvirkning i arbeid med å utarbeide og kommunisere kvalitetsdokumentene ser ut til å ha betydning for troverdighet og opplevelse av hvor meningsfulle disse er i det daglige arbeidet.

Flere informanter presiserer under intervjuet dette med den enorme mengden dokumenter som til enhver tid publiseres i EQS. Flere oppgir at store deler av dokumentene oppleves som irrelevante for egen praksis og jobbutførelse.

”Jeg synes det er for stort, jeg tror ikke at folk i organisasjonen bruker det, og at det er så hensiktsmessig som det er tenkt å være.”

Som beskrevet i teoridelen er det i sykehuset utarbeidet en mengde kvalitetsdokumenter, totalt 9900. Mengden i seg selv kan være en barriere for implementeringsarbeidet, det blir nærmest umulig og strukturerer og skille ut den informasjonen man ønsker og som man har bruk for. Flere informanter beskriver dette da de sier følgende,

”Enorme mengder dokumenter som er relativt irrelevante for vår praksis.”

4.2.1.2 Hvilken betydning har leder for implementering?

Leders ontologiske ståsted vil ha betydning for hvilken strategi som velges for kunnskapsutvikling i organisasjonen og hvordan lederen velger å transformere erfaringer til organisatorisk kunnskap (Coghlan & Brannic 2010).

De fleste av informantene påpeker at deres leder er god på å informere om nye aktuelle prosedyrer. Man har stor tro på at leder følger opp og informerer om de prosedyrene som er relevante i arbeidssituasjonen.

”Vi har aldri vært så oppdatert som vi har vært de siste par årene.”

Som en av informantene sa om sin nærmeste leder:

“..nei jeg syns jo bare generelt at han er flink til å informere oss, nå vet jeg jo ikke om all informasjonen som han eventuelt ikke gir. At han vektlegger noe mer enn annet, føles trygt på en måte”.

Hvordan viktig informasjon og regelverk kommuniseres ser derfor ut til å ha betydning for om informasjonen blir mottatt og forstått. Det kan se ut som at informanten her både forventer og setter pris på en leder som kommuniserer budskap direkte. Samtidig kommer det tydelig frem at flere av informantene er fornøyd med hvordan ledelsen ivaretar informasjonsansvaret, men at de samtidig både er klar over og føler trygghet ved at leder selekterer informasjonen og formidler det som er relevant i deres kontekst.

Leders tro på medarbeidernes kompetanse og faglighet blir trukket frem av noen informanter. De presiserer at det er viktig at leder har tiltro til deres kompetanse og faglighet samtidig som leder er opptatt av å formidle kunnskap om nye aktuelle fagprosedyrer.

”Ja tillit til fagligheten er viktig, dersom det bare henvises til kvalitetsdokumenter, kan dette oppleves som demotiverende”

Sitatet synliggjør kunnskapsledelse som en kompleks sosial prosess som kan forstås både fra et nødvendig styrende perspektiv og fra et sosialt, relasjonelt og et personlig perspektiv.

“Jeg synes det er fint å ha tro på styringsdokument og kvalitetssikring, at det skal være der og være kjent. Men samtidig så er det, - det blir noen overordnede rammer, men inni i der må det være mulighet for kreativitet og frihet og helst at det blir implementert på en måte så det blir ens eget da“

Sitatet påpeker kunnskapsarbeidernes behov for faglig autonomi, og at denne kan settes på prøve gjennom økt fokus på styring og standardisering. I verste fall kan dette virke demotiverende, da motivasjon ligger i at den ansatte føler sitt bidrag som essensielt for organisasjonen (Irgens 2011). Utsagnet gir signaler om at ledelsens utfordring er å finne balansen mellom ytre krav og kunnskapsarbeiderens egen motivasjon i det daglige arbeidet. Ledelse bygger som vi tidligere har nevnt på ulike perspektiv, noe vår videre analyse vil vise.

4.2.1.3 Hvilken betydning har arbeidsmiljøet for implementering?

Et moment som påpekes av alle informantene er dette med viktigheten av et godt arbeidsmiljø når det gjelder implementering av kvalitetsdokumenter og fagprosedyrer. Det at det er rom for å spørre, at man har gode kollegaer som man ikke er redd for å drøfte faglige ting med trekkes frem som viktige faktorer. Man legger til grunn et prosessuelt perspektiv på kunnskap, der kunnskapingen skjer i samhandlingen mellom menneskene.

”For her er det jo takhøyde for å snakke om hva som helst.”

”Vi ser at vi gjør tingene på lik måte og vi drøfter saker sammen”

Noen trekker også frem andre kollegaers erfaringer og kompetanse som viktig. De forteller om en kultur der det er rom for å spørre og diskutere faglige spørsmål. Man har som fagpersoner med seg ulike erfaringer som kan være nyttige i pasient behandlingen, det trekkes også frem fordeler med å jobbe i team med ulike fagprofesjoner.

”Man kan alltid spørre om ting, det er alltid noen som kan være med og du kan lene deg på de med erfaringer eller annen utdannelse”.

Her kan det se ut som at kulturen i organisasjonen bærer preg av vilje til å dele kunnskap med sine kollegaer slik Gottschalk (2003) holder frem som en nødvendig faktor i en positiv organisasjonskultur. Informasjonsdeling er det normale og det ligger en forventning i organisasjonen, både sosialt og som norm, om at dette handler om en nødvendig og obligatorisk del av arbeidshverdagen.

Team kan være en arena for informasjonsutveksling, som kan bidra til en felles forståelse av innholdet i kvalitetsdokumentene.

"Jeg tenker at den som er ny kan utfra en "spinkel" dokumentasjon, fylle på med og snakke med en som er mer erfaren."

Flere informanter trekker frem rollen som kvalitetskoordinator som har ansvar for å gjøre ansatte oppmerksomme på at det finnes nye/oppdaterte kvalitetsdokumenter som man bør sette seg inn i.

"Det er personer som jeg alltid kan gå til, jeg vet de er eksperter på systemet."

Et annet viktig moment som kommer frem under intervjuene er dette med "fadderordning" for nyansatte. I dette ligger det at man lar den nyansatte jobbe i team med en som har jobbet lengre og med dette har fått med seg erfaringer som man kan dele med den andre. Her legges ikke profesjon til grunn, men arbeidserfaring. Man legger til grunn en slags "mester-svenn" tenkning (Dreyfus og Dreyfus 1999).

"Vi har en sånn fadderordning når folk begynner. Har en sjekkliste så man sørger for at viktige tema blir gått igjennom og signert og haket av."

Kunnskap er ifølge Styhre (2004) ikke et isolert og avgrenset objekt som en person eier, den tause kunnskapen er de "hvite flekkene på kartet" som kan være vanskelig og sett ord på og kodifiserer (Styhre 2004). I dette perspektivet henger taus og eksplisitt kunnskap sammen. Den tause kunnskapen er det først mulig å få tak i gjennom praksis.

"Vi lærer av hverandre og utfyller hverandre." sier en av våre informanter.

Det trekkes også frem viktigheten av å dele kontorfellesskap. Her skjer mye kompetanse overføring både i dialogen sammen, men også i det å høre/overhøre hva man svarer eller hvilke anbefalinger man gir hverandre.

”Vi deler kontor alle sammen, så vi sitter sammen og det har jo sine begrensninger og ulemper, men i forhold til arbeidsmiljø, kvalitetssikring og faglig utvikling tror jeg det er veldig positivt.”

Alle disse utsagnene viser forståelse for at kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling, inklusive den tause kunnskapen, skjer relasjonelt. Taus kunnskap kan sees i et praksisbasert perspektiv og i følge Hislop (2009) innebærer dette perspektivet at kunnskap ikke er et kodifiserbart objekt, men at den er dypt forankret i - og uløselig knyttet til - aktivitet og praksis. Informantene knytter praksiskunnskapen til aktivitet i hverdagslivet og det kan ut fra utsagnene se ut som at informantene ikke anser at kunnskap kan isoleres fra individet og menneskelig aktivitet.

Som en oppsummering på dette avsnittet som er knyttet til forskningsspørsmål 1 mener vi å kunne se at både ledelse og arbeidsmiljø på ulike måter spiller en rolle for implementering av kvalitetsdokumenter. Andre kollegaers erfaring og kompetanse trekkes frem som viktige og sentrale momenter for at kvalitetsdokumentene skal bli implementert. Videre trekkes det frem viktigheten av et godt arbeidsmiljø og kultur som gir rom for å spørre og diskutere faglige spørsmål som sentralt for å tilegne seg kunnskapen som ligger i dokumentene. Hvordan leder velger å kommunisere ny forskning, prosedyrer og andre kvalitetsdokumenter holdes også frem som sentralt for om disse blir forstått og implementert.

Vi har gått igjennom empirien og trukket frem momenter som vi mener kan bidra til å belyse sammenhengene knyttet til forskningsspørsmål 1 om ledelse og arbeidsmiljø.

I forskningsspørsmål 2, vil fokuset i gjennomgangen av empirien være kunnskaps- og kompetanseoverføring.

4.2.2 Forskningsspørsmål 2.

Hvordan kan kunnskapsproduksjon nedfelt i kvalitetsdokumenter implementeres slik at de bidrar til å styrke organisasjonens intellektuelle kapital?

Fra vårt datamateriale fra intervjuene har vi systematisert og kategorisert følgende sentrale mønstre og tema knyttet til forskningsspørsmål 2.

- Modeller for kunnskapsutvikling
- Organisatorisk læring og team arbeid

4.2.2.1 Modeller for kunnskapsutvikling

Våre informanter ble spurt om noe kunne erstatte kvalitetsdokumenter for å sikre god kvalitet i pasientarbeidet.

En av informantene svarer på følgende måte:

“I det som gjelder pasientbehandling, henter vi kunnskap om hvordan vi skal håndtere situasjonen, igjennom andre kilder.”

Her kommer det frem at praksisfellesskap som for eksempel teamarbeid, gruppemøter og fadderordning oppleves som mer nyttig enn skriftlige prosedyrer.

Også her holdes dette med ”fadderordning” for nyansatte frem som et viktig moment. I dette ligger det at man lar den nyansatte jobbe i team med en som har jobbet lengre og med dette har fått med seg erfaringer som man kan dele med den andre. Denne humankapitalen representerer verdien av all kompetanse som besittes av den enkelte medarbeider som aktivt bidrar til sykehusets evidensbaserte praksis. Gjennom å jobbe relasjonelt ser det derfor ut til å være av betydning at den mer erfarne evner å skape nytte for andre gjennom sine kunnskaper, erfaringer, evner og ferdigheter.

“Jeg tenker at den som er ny kan utfra en ”spinkel” dokumentasjon, fylle på med og snakke med en som er mer erfaren.”

Fadderordning krever at det legges til rette for en relasjonell prosess, som ifølge Stacey (2008) må være på plass for at kunnskapen skal kunne overføres fra et individ til et annet. Her kan det se ut som de fleste av informantene holder frem verdien av at teoretisk og praksisnær kunnskap spres relasjonelt i organisasjonen.

Informantene påpekte som vist i analyse knyttet til EQS som verktøy (4.2.1.1) hvor viktig det er å ha tilgjengelighet til den strukturelle kapitalen via de skriftlige dokumentene som finnes i EQS, slik Gottschalk (2003) også beskriver. Men informantene peker samtidig på viktigheten av å dele erfaringer for å sikre organisasjonens relasjonelle kapital (Gottschalk 2003). Begge deler betraktes som nødvendig for kompetanseoverføring i organisasjonen, og som et moment i styrkingen av organisasjonens intellektuelle kapital. Informantene viser til at det må legges til rette for en kunnskapshjelpende kontekst via praksisfellesskap.

4.2.2.2 Organisatorisk læring og team arbeid

Alle informantene trekker frem teamarbeid som en viktig modell for kunnskapsoverføring i organisasjonen. Både de fysiske forholdene, som nærhet til hverandre og det er de har daglige møtepunktet trekkes frem som positive faktorer for å styrke teamet og teamfølelsen og den relasjonelle kapitalen. Teamet diskuterer pasientsaker og deler erfaringer og kompetanse på tvers av fagprofesjonene. I all pasientkontakt er det 2 fagpersoner til stede. Informantene mener at dette er en viktig arena for kompetanseoverføring.

Informantene påpeker flere ganger viktigheten av det å jobbe sammen, både i tverrfaglige team og, to og to. De presiserer at dette samarbeidet fører til faglig utvikling. De lærer av hverandre og utfyller hverandre faglig sett.

"Vi ser at vi gjør tingene på lik måte og vi drøfter saker sammen"

Teamarbeid krever en form for gjensidig tillit mellom teammedlemmene, at de tror på hverandres gode intensjoner slik Von Krogh et.al. (2011) sier om omsorg som en forutsetning for kunnskapsutvikling. Videre påpekes det viktigheten av ulike erfaringsbakgrunn i teamet. Enkelte har jobbet her i flere år, mens andre er nyansatte. For å sikre erfarings- og kompetanseoverføring, har man valgt å sette sammen gruppene slik at de nye jobber tett med ansatte med lengre "fartstid", den såkalte fadderordningen.

"Vi har en sånn fadderordning når folk begynner. Har en sjekklister så man sørger for at viktige tema blir gått igjennom og signert og haket av."

Teamstrukturen ser ut til å gi mulighet for å reflektere sammen over handlinger og gjøre konstruktive endringer slik Argyris og Schön (Irgens 2007) sier om *refelction in-action* og *reflection on-action*.

“Kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas ved å være to, tverrfaglig team, to psykologer er ikke nødvendigvis de mest like.”

Å jobbe i team innebærer at det er plass til både den uerfarne og den erfarne medarbeideren og at det er mulig å diskutere ulike teoretiske og praktiske spørsmål. I tillegg ser det ut til at våre informanter motiveres av at deres bidrag oppleves som essensielt for organisasjonen (Haave 2012). Slik kan vi også forstå følgende utsagn fra en av informantene:

“Tverrfaglig arbeid i team synes jeg er kjempemoro”

Hislop (2009) peker på at kunnskapsarbeid primært er intellektuelt, kreativt og ikke rutinebasert av natur og involverer både utnyttelse og utvikling av kunnskap (Hislop 2009). Det innebærer i følge Hislop (2009) at kunnskapsarbeid vanskelig lar seg standardisere. Dette mener vi kommuniseres av en av informantene som sier det på denne måten:

«Jeg synes det er fint å ha tro på styringsdokument og kvalitetssikring, at det skal være der og være kjent. Men samtidig så er det, - det blir noen overordnede rammer, men inni i der må det være mulighet for kreativitet og frihet og helst at det blir implementert på en måte så det blir ens eget da“

Flere av informantene trekker altså frem dette med faglig autonomi, hvor de snakker om viktigheten av klinisk frihet og viktighet av å bli respektert. Respekt er nettopp en faktor som Von Krogh et.al (2011) holder frem som en forutsetning for kunnskapsutvikling. De jobber i tverrfaglige team og har ulike profesjonsutdanninger. En av informantene mener som sagt at det må være balanse mellom det som nedfelles skriftlig for å sikre kvalitet og den faglige autonomien.

”Jeg tenker at den som er ny kan utfra en ”spinkel” dokumentasjon, fylle på med og snakke med en som er mer erfaren.”

Et annet moment som informantene har påpekt opptil flere ganger er dette med faste fagmøter hver morgen. Her er det faglige diskusjoner, det er både tid og rom til å ta opp saker man ønsker å drøfte med kollegaer. Også her påpeker flere viktigheten av tillit og respekt for hverandre i denne sammenhengen.

"Vi har møter hver morgen, hvor vi tar opp saker og det er tid og rom for å ta opp ting. Det som tatt opp blir respektert og mange engasjerer seg og tenker sammen."

Det informantene her tar opp kan sammenlignes med hvordan Gottschalk (2003) definerer organisasjonslæring som handling og kollektiv kompetanse til atferdsendringer.

Informantene trekker frem det å dele kontorfellesskap som en fordel når det gjelder kunnskapsutvikling. Mye kompetanseoverføring og organisatorisk læring skjer i dialogen dem imellom, samt idet man "overhører" svar og anbefalinger som gis.

"Vi deler kontor alle sammen, så vi sitter sammen og det har jo sine begrensninger og ulemper, men i forhold til arbeidsmiljø, kvalitetssikring og faglig utvikling tror jeg det er veldig positivt."

Gjennom intervjuene kom det frem mange ulike momenter som vi tar med oss over i drøftingsdelen av oppgaven. Vi har tidligere beskrevet vårt møte med en avdelingssjef og hennes tro på ISO-sertifisering. Vi har derfor valgt å presentere hennes historie gjennom en narrativ analyse som supplement til å forstå det fenomenet vi studerer.

4.3 Narrativ analyse -en historiefortelling om ISO-sertifisering

Vi velger i det videre å omtale historiefortelleren som Anne. Historien ble fortalt i juni 2015 og historien anses å bidra til forståelsen av både den konteksten Anne befinner seg i og samtidig gi utfyllende informasjon om hva som hemmer og hva som fremmer implementering av kvalitetsdokumenter. Begrepet fortelling brukes her synonymt med det engelske begrepet *narrative* (Thagaard 2009). En kvalitativ analyse kan legge vekt på meningsinnholdet i en tekst, men i en narrativ analyse legges vekten på forløp i form av beretninger og historier. (Johannesen et.al. 2010). I møtet med Anne hadde vi bare et forberedt spørsmål:

«Kan du fortelle om hvordan ISO-sertifisering har påvirket prosesser med å implementere kvalitetsdokumenter?».

Historien slik Anne forteller den beskriver en rekke av begivenheter slik Anne har forstått og vurdert dem. Gjennom samtalen forsøkte vi å lete etter relevante historier som kunne bidra til å gi svar på vår problemstilling. Vi kunne ha valgt å kalle dette en casebeskrivelse siden casestudier også benytter narrativ fremstilling. (Johannesen et.al. 2010). Men siden vi var ute etter Annes beretning om hennes erfaringer knyttet til ISO-sertifisering har vi valgt å kalle det en narrativ analyse. Underveis i samtalen med Anne stilte vi spørsmål som: «Hva dreier dette seg om?» «Hva hendte så?» «Hvordan vurderer du det?» «Hva skjedde til slutt?» slik Coffey og Atkinson modell beskriver i sin modell for å analysere beretninger (Johannesen et.al. 2010). Mønstrene som gikk igjen i Annes fortelling benyttet vi for å tolke det hun fortalte. Helhetsforståelsen og budskapet som Anne ønsker å formidle til oss som forskere, kommer frem via hennes tolkning av sentrale hendelser knyttet til ISO-sertifisering. Vi har en antakelse om at å analysere historien slik den formidles gjennom Anne gir oss fylldigere informasjon om ISO-sertifisering som deres valgte framgangsmåte for å fremme implementering av kvalitetsdokumenter og fagprosedyrer. For å skille Annes historie og hennes vurderinger fra vår analyse, velger vi å fremstille **vår analyse i kursiv**.

Anne forteller at hun er avdelingsleder på en psykiatrisk avdeling som har både døgndrift og poliklinisk virksomhet. Hun forteller at de i 2001 hadde en sjef som alle ansatte «var så glad i». En dag kom sjefen og sa “Vi skal bli Nord-Europas beste psykiatriske avdeling”. Anne sier at de trodde at det nå hadde blitt for mye for sjefen, ”at hun nå hadde blitt gal”. Et slikt mål var langt unna det de ansatte så for seg som realistisk. Strategien sjefen hadde valgt var å søke å bli ISO-sertifisert for å kvalitetssikre alle ledd i behandlingsprosessen av pasienter med psykiske lidelser som ble tatt imot på avdelingen.

Her er det grunn til å anta at sjefen har et strukturelt perspektiv på kunnskap siden hun velger å lede via teknologisk håndtering av kunnskap og kodifiseringsstrategier slik ISO-sertifisering må kunne sies å være. Organisasjonens kunnskapskapital ser ut til å være alt som er kodifisert og sertifisert (Gottschalk 2003). Det kan se ut som om den skriftliggjorte kunnskapen vurderes å være organisasjonens beholdning fordi den kan forstås som både konkret og målbar. Kunnskapen vurderes å være målbar fordi det gjennom jevnlig interne og eksterne kontroller vil komme frem om fagprosedyrene er implementert eller ikke. Anne holder også frem temaet kommunikasjon og det å nå fram til mottaker med budskap. Det kan se ut som at sjefens visjon

ikke nødvendigvis nådde fram til alle ansatte siden den ikke ga tilstrekkelig gjenklang hos medarbeiderne. Manglende gjenklang kan bunne i en opplevelse av at visjon og mål bare var ledelsens visjon uten særlig deltakelse fra de ansatte. Dette kan skyldes at strategien ble oppfattet feil eller det kan også handle om manglende tillit til ledelsen. Anne ser ut til å peke på nettopp tillit som et vesentlig poeng i sin historie, Hun sier at hun «tror lederen er blitt gal» noe som kan tolkes som redusert tillit til sjefen. Slike kommunikasjonsproblemer kan medføre at sjefens strategi ikke oppleves som meningsfull og gjør det vanskelig å gjennomføre endringer. (Busch et.al. 2010)

Anne forteller videre at fordi sjefen var så energisk og overbevisende når hun omtalte prosjektet og veien mot å bli ISO-sertifisert, gikk helseforetaket likevel i gang med arbeidet. Anne formidler at prosessen var lang og omstendelig og tok mye tid og energi fra de ansatte. Anne legger ikke skjul på at arbeidet også møtte motstand i ansatte gruppa. Anne tror nok noen mente at gevinsten av en ISO-sertifisering ikke kunne forsvare tidsbruken for å komme i mål. Anne tror likevel at tiden som ble brukt var nødvendig for å forankre mål og strategi i organisasjonen.

Her holder Anne frem faktorer som hun mener å ha betydning for at arbeidet med ISO-sertifisering ble gjennomført. Sjefens energiske og overbevisende atferd ser ut til å ha vært en forutsetning for at arbeidet kom i gang. Gjennom historien får vi tak i at det å sette av nok tid til prosessene ser ut til å ha vært en annen viktig faktor for at foretaket lykkes med å bli ISO-sertifisert.

Anne opplevde at flere, blant annet legespesialister og psykologspesialister var blant de som var skeptiske til å igangsette sertifiseringsarbeid. Sjefen satte ned arbeidsgrupper med disse som arbeidsgruppemedlemmer og gruppene fikk forskjellige oppgaver i prosessen. Anne vurderte at sjefen med dette ansvarliggjorde de ansatte som først fikk som oppgave å kartlegge alle de arbeidsprosessene som behandling av psykisk syke innebærer. Prosesser som omhandler både rutiner og retningslinjer ble kartlagt. Videre medvirket spesialistene i arbeidet med å gjøre valg om hvilke utrednings og behandlingsalternativer som skulle anvendes for å sikre kvaliteten i helsetilbudet.

Personlig er Anne av den mening at sjefens utholdenhet og tydelige visjon, budskap og mål hadde avgjørende betydning for at alle prosesser og prosedyrer de til slutt ble presentert og kvalitetssikret av Det Norske Veritas. Hun tror at suksessfaktoren lå i at sjefen motiverte til deltakelse, framsto begeistret med budskapet og viste handlekraft i gjennomføringen.

Motstand mot endring er et naturlig psykologisk fenomen som en naturlig respons på forandring fordi mennesket grunnleggende ikke ønsker endring (Killingmo 1994). Sjefen møtte motstanden med å ansvarliggjøre motstanderne og sette de sammen i arbeidsgrupper med mandat og resultatkrav. For å lykkes med endringsprosesser kan en fra studier finne sammenheng mellom ansattes medvirkning og jobbtilfredshet (Irgens 2011). Den nordiske ledelsesmodellen har en demokratisk, deltagende og inkluderende tilnærming i beslutnings- og endringsprosesser. Selv om sjefen ikke i særlig grad inviterte til medvirkning i valg av strategi, har hun valgt å inkludere de ansatte i arbeidet med å bli ISO-sertifisert. For å lykkes med endringsprosessen ser ut til at det var av avgjørende betydning at den enkelte ansatte ble motivert av at deres bidrag ble omtalt og behandlet som essensielt for organisasjonen. Til tross for ansattes protester sto sjefen frem som energisk og overbevisende og det kan også se ut som at det var et poeng i seg selv at de ansatte "var så glad i henne" at de ville være med henne på endringsprosessen.

Anne forteller at neste skritt etter at avdelingen var ISO-sertifisert var å sikre at ikke bare de som hadde vært med i utviklingsprosessen fikk kunnskap om alt som sertifiseringen krevde. I nytilsattekurs ble det gjennomført opplæring i alle rutiner, retningslinjer og fagspesifikke krav knyttet til utredning og behandling. Disse ble skriftliggjort og gjort tilgjengelig på helseforetakets elektroniske kvalitetssystem.

Her er det mulig å finne spor av en strukturell kunnskapsledelse fordi de nytilsatte gjennom kurs blir gjort kjent med alle rutiner og fagspesifikke krav knyttet til utredning og behandling. Kunnskapen kan da forstås som objektiv, noe man eier, og ikke som noe man utvikler relasjonelt slik en kunnskapsleder med et refleksivt perspektiv på kunnskap ville ha tenkt og handlet.

Anne forteller videre at det kontinuerlig blir gjennomført internrevisjoner med stikkprøver i journaler for å avdekke avvik fra kvalitetskrav og rutiner. Månedlig tas det ut stikkprøver i 10 journaler. Dersom det avdekkes avvik blir avviket nødvendigvis først forsøkt lukket. Men Anne sier at det viktigste kanskje er at den behandler som ikke har utført oppgavene slik en sertifisering krever, får personlig tilbakemelding og rådgivning om hvordan rutiner og retningslinjer skal følges. Hun tror dette i seg selv har effekt fordi det å få personlig oppfølging handler om en mulighet til "å bli sett" selv om fokuset i denne sammenhengen er kontroll og korrigerende. En personlig kontakt gir også anledning til å sette fokus på det man lykkes med i det daglige arbeidet. Anne forteller videre at Norske Veritas gjennomfører årlig revisjon også da med stikkprøver "for å se om vi faktisk gjør det vi har sagt vi vil gjøre" som Anne sier det.

Her beskrives hvordan ISO-sertifisering fungerer i praksis noe som må kunne sammenlignes med det Morgan (1998) omtaler som at organisasjoner forventes å fungere som om de var en maskin. Anne beskriver en organisasjon som i stor grad forventes å være effektiv, pålitelig og forutsigbar og at dette skal kunne verifiseres gjennom standarder og rutiner. Den kontrollen som både foregår på systemnivå og på individnivå bærer preg av at makt defineres gjennom autoritet, lederskap og kontroll.

Anne tror at faglig autonomi kommer til uttrykk i direktekontakt mellom pasient og behandler på tross av standarder og rutiner. Hun sier videre at det ligger noen begrensinger i hvilke metoder behandlerne kan benytte når det gis så klare føringer for hvilke fagprosedyrer og retningslinjer som forventes anvendt. Anne tenker at dette i noen grad begrenser behandlernes kreativitet, men tror samtidig at kvaliteten i arbeidet blir forbedret gjennom kvalitetssikrede prosedyrer. Hun legger til at alle prosedyrer er utarbeidet i samarbeid med de kliniske utøverne og tror derfor det skal mye til før noen stiller spørsmål med de retnings- og rutinevalg som er gjort.

Standardisering av utredning og behandling kommer som følge av forskning og anbefalte evidensbaserte metoder. Her kommer det frem to motsetningsfylte forhold. På den ene siden systematisk kontroll og standardisert praksis for å svare ut det ISO-sertifiseringen innebærer av krav og begrenset klinisk frihet for kunnskapsarbeideren på den andre siden. Det holdes frem at rutiner og prosedyrer er utarbeidet i et fellesskap med klinikerne slik at de har hatt reell innflytelse på standardene som må etterleves. Innflytelse på den ene siden kan virke motiverende på de ansatte, mens redusert klinisk frihet på den andre siden kan oppleves demotiverende (Irgens 2007). Forhåndsbestemte oppskrifter kan utfordre kunnskapsarbeiderens kreativitet og kliniske frihet siden kunnskapsarbeid primært er intellektuelt, kreativt og ikke rutinebasert av natur (Hislop 2009). Organisasjonens intellektuelle kapital synes å være godt ivaretatt når det gjelder strukturkapital via prosedyrer og retningslinjer. Den relasjonelle kapitalen som omhandler at en organisasjon lærer gjennom praksisfellesskap ser vi mindre til og humankapitalen ser ut til å bare komme til uttrykk når rutiner skal utarbeides (Gottschalk 2003). Det er selvfølgelig også grunn til å anta at humankapitalen, den enkelte medarbeiders kunnskap og erfaring, kommer til nytte i det direkte pasientarbeidet.

Anne sier at noe av standardiseringen i avdelingen også handler om at det kommuniseres til de ansatte hvor mange saker det forventes at behandlerne skal ha til enhver tid og hvor mange pasienttreff (konsultasjoner) det forventes at hver behandler skal ha. Anne sier at det som kan

høres ut som vanskelig å gjennomføre, er positivt mottatt av de ansatte siden de liker å vite hva som forventes av dem når det gjelder “produksjon”.

Anne er overbevist om at den kultur bygging som har skjedd i avdelingen gjennom ISO-sertifiseringen har medført at de ansatte opplever stolthet hver gang Det Norske Veritas gjennomfører og sertifiserer avdelingen på nytt. Stoltheten bygger på at de ansatte i fellesskap har nådd de målene avdelingen har satt seg sier Anne. Hun sier videre at “å bli sett i kortene” ikke lenger oppleves som en trussel, men at revisjon er et verktøy for å bli kvalitetsmessig bedre på pasientbehandling.

Gjennom fortellingen får vi høre om stolthet i organisasjonen når det holdes frem at kvalitetskravene som sertifiseringen krever er oppfylt. Det kan altså tyde på at standardisering og styrt klinisk praksis også kan oppleves som positivt. Anne holder frem at klinikerne liker at det er målsatt hva som forventes av effektivitet og “produksjon av tjenester”. Incentiver som krav i form av antall konsultasjoner pr. dag kan være et potensielt problem fordi det oppleves som en overfokusering på innsatsmål og mindre på klinikernes frihet til selv å velge behandling og tidsbruk. I historien kommer det frem at de samme incentiver kan oppleves som en positiv mulighet for dialog mellom den kliniske og den administrative sektoren i foretaket.

Anne avslutter med å si at “det du gir oppmerksomhet får fokus”. Hun utdyper det med å si at oppmerksomhet omkring ISO-sertifisering, har fått det fokuset som var foretakets målsetting, nemlig kvalitetsforbedring og kvalitetssikring i alle ledd i behandlingsprosessene.

Vi har i dette kapittelet tatt for oss empiri og analyse av vår kvalitative og kvantitative studie, samt vår narrative analyse. I det påfølgende kapittelet vil vi drøfte refleksjoner vi har gjort oss knyttet til våre funn. Videre vil vi oppsummere hovedtrekkene i forhold til vår problemstilling og våre to forskningsspørsmål.

5. Drøfting - hva hemmer og hva fremmer implementering av kvalitetsdokumenter

Vår problemstilling er *“Hva hemmer og hva fremmer implementering av kvalitetsdokumenter.”*

For å få svar på vår undring vil vi i dette kapittelet ta for oss hvert enkelt forskningsspørsmål og forankre våre analyser fra vår kvantitative og vår kvalitative forskning sammen med det teoretiske fundamentet vi har valgt for vår masteroppgave.

Vi kategoriserte sentrale mønstre og tema knyttet til forskningsspørsmål 1 som følger:

- Hvordan fungerer sykehusets elektroniske kvalitetssystem som ledelsesverktøy for implementering?
- Hvilken betydning har leder for implementering?
- Hvilken betydning har arbeidsmiljøet for implementering?

For å kunne drøfte disse mønstrene opp mot valgt teori, vår kvantitative studie, andre studier og den narrative historien fant vi det hensiktsmessig med nye overskrifter. I det videre vil i under drøfting av forskningsspørsmål 1 belyse temaene under følgende overskrifter:

- Ledelse og kommunikasjon av krav og forventninger til sykehusets ansatte
- Kunnskapsledelse og kunnskapsutvikling
- Arbeidsmiljø og praksisfellesskap
- Kunnskapsarbeiderens autonomi settes på prøve

5.1. Forskningsspørsmål 1: På hvilken måte har ledelse og arbeidsmiljø betydning for om kvalitetsdokumenter blir implementert for å sikre sykehuset ”best evidence-based practice”?

Vi har hatt en antakelse om at ledelse og arbeidsmiljø har betydning for å lykkes med å sikre sykehusets «best evidence-based practice». På bakgrunn av teori og analyse av våre studier vil vi forsøke å forstå hvordan ledelse og arbeidsmiljø har betydning for om kvalitetsdokumenter blir implementert.

5.1.1 Ledelse og kommunikasjon av krav og forventninger til sykehusets ansatte

Utgangspunktet er at sykehuset har som visjon “Fremragende behandling” hvor pasientforløp er tenkt å være navet for å sikre “best evidence-based practice”. Sykehusets ledelse krever intet mindre enn det beste som er å oppdrive når det gjelder behandling som gjennom forskning har vist å ha effekt. Dette samsvarer med at helsetjenesten blir stilt overfor stadig større krav til kvalitet, forskning og effektivitet samt at pasientene forventer høy kvalitet på helsetjenesten. Slike signaler fra ledelsen kan innebære at sykehusets ansatte og fagpersonell enten må velge å følge retningslinjene eller i verste fall forlate sitt virke i det offentlige sykehuset dersom de finner at sykehusets forventninger ikke stemmer med egen faglige overbevisning. Visjonen er tydelig kommunisert via et skriftlig strategidokument, men hvordan fagprosedyrer skal implementeres er det vanskelig å få øye på i ledelsens strategiarbeid. Det vises i tidligere studier (Sandvik et.al 2010) til at det er av betydning at det settes av strategiske midler til implementeringsarbeidet. Ser vi dette opp mot sykehusets mål- og produktivitets- krav, kan det synes som dette kravet kommer langt ned på prioriteringslisten. Visjonen og arbeidet med pasientforløpene er tydelig kommunisert, men hvordan kvalitetsdokumenter skal implementeres har ikke fått samme fokus i strategiarbeidet.

Det er grunn til å stille spørsmål om sykehusets visjon er blitt den ledestjernen for sykehusets ansatte som slike visjoner er tenkt å være (Busch et.al. 2005) fordi den kanskje ikke når fram til majoriteten av de ansatte. Senderen som i dette tilfellet er sykehusledelsen formidler hva de forventer av sine ansatte. Mottakeren, som kan være både mellomledere og ansatte, er å forstå som den passive part i kommunikasjonen som enten siler informasjonen slik at det som er interessant fanges opp, mens det som ikke er like interessant går de “hus forbi”. Leder kan følge instruksjoner om å gjøre fagprosedyrer kjent og om at de skal implementeres i drift. Dersom det ikke gjøres spesifikke prioriteringer i informasjonsmengden kan noe informasjon drukne i mengden. Fra vår kvalitative studie kan vi se at om de ansatte ikke anvender enkelte fagprosedyrer behøver ikke det bety at de ikke vet at slike eksisterer, men det kan være vanskelig å orientere seg i informasjonsmengden. Det kan være nødvendig å erkjenne at vi har begrenset kapasitet når det gjelder å ta til oss og bearbeide inntrykk. For å lykkes med implementering ser det ut til å være nødvendig å sette mer fokus på noe og la andre ting ikke få like stor oppmerksomhet. Som en av informantene sa om sin nærmeste leder:

“Nei jeg syns jo bare generelt at han er flink til å informere oss, nå vet jeg jo ikke om all informasjonen som han eventuelt ikke gir. At han vektlegger noe mer enn annet, føles trygt på en måte”.

Ønsket effekt er beste praksis basert på forskning og kvalitetsdokumenter er valgte vei for å nå målet om kunnskapsutvikling. Til hjelp for å gjøre beste praksis kjent benyttes det elektroniske ledelsesverktøyet EQS hvor fagprosedyrene gjøres tilgjengelig for sykehusets ansatte. Imidlertid viser optelling i det elektroniske kvalitetssystemet over 9900 dokumenter i april 2015. Det er grunn til å stille spørsmål om informasjonsmengden er større enn de fleste kan fordøye. Informasjonsmengden har et så stort omfang at den kan blir vanskelig å etterleve. Uansett tolker mottakeren informasjonen som sendes og prøver å tilpasse den til egne tanker og forestillinger.

I sykehusets “Forbedringsprogram” er implementering av ny kunnskap en viktig målsetting. For å få dette til innebærer det at ulike kunnskapskilder må tas i bruk og man må jobbe i henhold til en kunnskapsbasert praksis. Dette setter krav til de som jobber i sykehuset, at faglige avgjørelser tas basert på systematisk forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, og pasienters behov og ønsker i en gitt situasjon.

Den kunnskapsbaserte praksisen henter vi fra ulike kilder, som kollegaer, eksperter, forskning, kurs og kvalitetsdokumenter. Formålet med den kunnskapsbaserte praksisen er også å gjøre helsearbeiderne bevisste på hvor kunnskapen er hentet fra og beslutningsgrunnlaget den er basert på.

Fra vår narrative analyse kan vi se at Anne er overbevist om at relevante fagprosedyrer og retningslinjer blir fulgt siden det jevnlig foretas revisjon for å avdekke evt. avvik fra det som anses som standarder. Det er grunn til å anta at informasjonen i denne sammenhengen allerede er “silt” slik at det som foreligger ikke er mer enn det den bestemte avdelingen har behov for i sitt møte med pasientene. Ut fra teori kan vi se at informasjonsmengde i seg selv kan være en barriere for implementering fordi det kan være vanskelig å vite hvor relevant informasjon befinner seg (Irgens 2006). Det kan også være en barriere for implementering dersom det viser seg at det heller ikke er kunnskap nok om hvordan det elektroniske verktøyet skal anvendes. Fra intervju kan vi se at EQS kan virke fremmedgjørende. Slik som en av informantene sier det:

“Selve ordet er uten mening, det er et sånt byråkratord”. Noen informanter trekker fram at de “ikke er så flink til å gå inn på EQS” og viser til at EQS inneholder “enorme mengder dokumenter som ikke er relevant for vår praksis”.

Her er det grunn til å anta at informasjonsmengde er å betrakte som støy i kommunikasjonen siden mengden i seg selv kan medføre at viktig informasjon ikke når fram (Irgens 2007). Likevel sier 68 % i arbeidsmiljøundersøkelsen, vår kvantitative undersøkelse, at de opplever at implementering av “sentrale føringer” ved St.Olavs fungerer bra. Det kan være fristende å tenke at her kan tolkning av spørsmålet ha mye å si for svarprosenten. Hva tenker de ansatte når de hører begrepet sentrale føringer? Innebærer dette kvalitetsdokumenter? Dette vet vi lite om. Når vi går til råmaterialet i arbeidsmiljøundersøkelsen finner vi at ca. 20 % er verken enig eller uenig i at implementering fungerer bra og når disse legges sammen med de som er uenig er prosenten oppe i 30 %. Av en populasjon på 5380 har altså over 1600 ansatte sagt at de ikke opplever implementering av sentrale føringer som bra. Dette er det grunn til å ta på alvor dersom de som har svart har tolket spørsmålet slik at fagprosedyrer og pasientforløp er å forstå som “sentrale føringer”.

Vi mener imidlertid at det er liten tvil om at det å utarbeide skriftlige fagprosedyrer har en funksjon. Dersom tillit mellom ledelse og ansatte er til stede vil det legge grunnlag for kunnskapsutvikling slik Von Krogh et. al.(2010) sier det. Dette bekreftes i intervjusituasjonen hvor det pekes på at å formidle ny kunnskap og aktuelle fagprosedyrer handler om et samspill mellom leders tiltro til ansattes kompetanse og ansatte tiltro til ledelsen. Som en av informantene sier:

“..fagligheten er viktig, dersom det bare henvises til kvalitetsdokumenter, kan dette oppleves som demotiverende”.

Videre kommer det fram at det elektroniske kvalitetssystemet EQS forstås som en kilde til å tilegne seg aktuelle retningslinjer som forventes anvendt i det daglige arbeidet. Det kan se ut som fagprosedyrer har en særlig relevans som forsikring og trygghet for ansatte den dagen de opplever å ha behov for det. Det gjelder eksempelvis som vist i etterkant av en uønsket episode når det samtidig kan bekreftes at anbefalte prosedyrer er blitt fulgt.

*“Viktig å ha noe å lene seg på, gjør noe med min egen sikkerhet, jeg vet jeg ikke blir
“hengt”.*

En bevisstgjøring via skriftlige dokumenter om hva som er evidensbasert behandling kan bidra til å fremme implementering av kvalitetsdokumenter. Fra AMUS kan vi se at majoriteten rapporterer at det i deres enhet ivaretas høy faglig kvalitet. Det er grunn til å anta at sykehusets ansatte forstår høy faglig kvalitet som faglighet som gir god behandling til pasienter. Fra intervju situasjonen kan vi se at det synes å være viktig for implementeringsarbeidet at det finnes særlig definerte kvalitetskoordinatorer som har ansvar for å oppdatere ansatte om nye eller oppdaterte kvalitetsdokumenter.

“Det er personer som jeg alltid kan gå til, jeg vet de er eksperter på systemet”

Når vi også fra andre studier kan se at forståelse av evidensrelaterte kvalitetsdokumenter er sentralt for implementering er det grunn til å anta at kompetanse er en viktig fremmer for implementering av kvalitetsdokumenter som eksempelvis opptrer i form av fagprosedyrer (Sandvik et.al 2010).

5.1.2 Kunnskapsledelse og kunnskapsutvikling

Von Krogh et. al. (2010) peker på at kunnskapsutvikling forutsetter adgang til hjelp fra mer erfarne medarbeidere eller fra leder når en står overfor vanskelige situasjoner. Fra andre studier henter vi kunnskap om at det ser ut til å være av avgjørende betydning for å fremme implementering at det settes av strategiske ressurser til gjennomføring av implementering (Sandvik et.al 2010). I tillegg til elektroniske og økonomiske ressurser innebærer dette også tilstrekkelige ressurser til “Champions” som kan forstås som noen som har særlig ansvar for implementeringsarbeidet. Fra AMUS kan vi se at langt de fleste er enig at leder legger til rette for at relevante retningslinjer/prosedyrer som skal implementeres bli gjennomgått og forstått. Men 38 % har svart at de er helt uenig, uenig eller verken enig eller uenig i at leder legger til rette for at fagprosedyrer blir gjennomgått. Det kan tolkes som at det er et potensiale for forbedringer hva gjelder leders rolle når det gjelder å fremme implementering av kvalitetsdokumenter. Kunnskapsledelse er i følge Gottschalk (2003) flyt av kunnskap mellom kompetanse og relasjonsbeholdninger. Jo mer dominerende strukturkapitalen, slik som EQS blir i landskapet, desto viktigere blir menneskelige egenskaper som dømmekraft, analyse,

bearbeidelse og nyskaping, fordi disse egenskapene kompletterer datamaskinenes informasjonsbehandling sier Gottschalk (2003). Vi kan fra vår kvalitative undersøkelse se at leders oppgave med å ivareta informasjonsplikten oppleves ivaretatt. Tilstrekkelig informasjon om kvalitetsdokumenter anser vi derfor å være en fremmer for implementering av disse. Hvordan leder ivaretar sine medarbeidere for øvrig for å sikre verdiskaping er det vanskeligere å få øye på. I det moderne kunnskapssamfunnet ser det ut til å være særlig viktig å ta vare på de ansattes følelse av tilhørighet, arbeidsglede og livskvalitet. Det kan se ut som at å ha fokus på ansattes holdninger og atferd kan gi større effekt når det gjelder kunnskapsdeling enn alene ha tro på strukturkapitalen. Gottschalk (2003) sier at den organisatoriske kulturen som vektlegger å hjelpe kollegaer har større mulighet for at kunnskap deles og mottas. Dette kan bidra til å forsterke effektene man får fra informasjonsteknologien via EQS. Et arbeidsmiljø preget av forventninger til den enkelte om å bidra med hjelp og høflig oppførsel ser derfor ut til å være en fremmer for implementering av kvalitetsdokumenter. Kulturelle barrierer mot kunnskapsledelse kan ikke alene bli redusert eller eliminert gjennom elektroniske verktøy sier Gottschalk (2003). Det er derfor naturlig å tenke at en organisasjon som ikke er preget av samme positive normer kan virke hemmende på implementeringsutfordringene.

Det er naturlig nok lederne St.Olavs har ansvarliggjort når det gjelder oppgaven med å informere om nye retningslinjer og fagprosedyrer. Når det gjelder pasientforløp er dette ansvaret delegert til legespesialist på det særlige fagområdet. I seg selv kan det anses som en trygghet for implementering at fagpersoner er satt til å være "champions". Fra vår narrative analyse ser vi en annen tilnærming, nemlig å styre implementering av retningslinjer og fagprosedyrer gjennom internrevisjoner og kontroller av om prosedyrene blir fulgt. Anne opplever at dette har endret kulturen i organisasjonen på en slik måte at en ikke lenger er så redd for å bli "kontrollert", men at det har bidratt til et felles mål om kvalitetssikring i alle ledd. Dette kan til forveksling ligne Morgan`s maskinperspektiv som bl.a. sier at når vi snakker om organisasjoner som maskiner vil det få som konsekvens at de skal fungere som maskiner. Det vil si at de skal være rutinemessige, effektive, pålitelige og forutsigbare. Når vi både fra vår narrative analyse og fra St.Olavs strategidokument finner begreper som standardiserte pasientforløp, rutiner og prosedyrer er det lett å assosiere dette med maskinmessig tenking rundt drift av organisasjonen. Tradisjonelt sett blir sykehusorganisasjoner betraktet som institusjoner der verdier og formål er sterkt forankret i organisasjonen. Det kan også antas at det her ligger en forestilling om at man gjennom standardisering og rutiner blir i stand til å realisere organisasjonens felles mål. Fra vår kvalitative studie sier en informant om styringsdokumenter og kvalitetssikring:

“Jeg synes det er fint å ha tro på styringsdokument og kvalitetssikring, at det skal være der og være kjent. Men samtidig så er det, - det blir noen overordnede rammer, men inni i der må det være mulighet for kreativitet og frihet “.

Rammene anses altså som nødvendige men det trekkes også frem hvor viktig det oppleves med erfarne medarbeidere som bidrar til trygghet ved at det finnes noen som man faglig kan lene seg på og at det finnes rom for klinisk frihet. I strategidokumentet er det ikke mulig å få øye på om det er satt av egne ressurser eller til implementeringsarbeidet. Det å ikke sette av nok tid eller ressurser kan hemme implementering av kvalitetsdokumenter. De gode intensjoner om å bruke de mest erfarne og deres faglighet kan i sin tur opptre som en hemmer og ikke som en fremmer for implementeringsarbeidet. Dette fordi de mest erfarne både vil og må bruke mesteparten av sin tid på klinisk og ikke administrativt arbeid. Fra andre studier som omhandler implementering av kunnskapsbasert praksis henter vi kunnskap om at dersom det ikke settes av nok tid vil dette være en faktor som er avgjørende for om fagprosedyrer og implementering av kunnskapsbasert praksis skal lykkes eller ikke (Sandvik et.al. 2010). Tidsbruk var også tema i vår narrative analyse. Her ble det stilt spørsmål om tidsbruk sto i forhold til effekt av sertifiseringsprosessen. Anne tror at tidsbruken var nødvendig for å få forankret mål og strategi om ISO-sertifisering i organisasjonen. Definert tidsressurs ser dermed ut til å være av avgjørende betydning for å fremme implementering av fagprosedyrer.

Ledere har et særlig ansvar både for det som forventes utført i sykehuset som kunnskapsbedrift og har rapporteringskrav på seg knyttet til det. Fra vår kvantitative studie stilles som nevnt spørsmålet om leder legger til rette for at relevante retningslinjer/prosedyrer som skal implementeres blir gjennomarbeidet og forstått, og vi ser at 61,8 % svarer positivt på spørsmålet.

Hvordan leder legger til rette for arbeidsprosessene ser ut til å ha sammenheng med både hvordan leder forstår kunnskap som begrep og på hvilken måte lederen tenker at kunnskapsarbeiderne på best mulig måte kan ledes. Kunnskap representerer i følge teori to hovedperspektiver; et strukturelt eller et prosessuelt perspektiv (Irgens 2007). På den ene siden kan kunnskap forstås som noe konkret, målbart, lett å identifisere og kan anvendes ved hjelp av teknologi. På den andre siden kan kunnskap tolkes som noe som utvikles i samspill og relasjoner, knyttet til handling og praksis (Irgens 2007). De ansattes forståelse, men ikke minst leders forståelse av kunnskap vil ha betydning for hvordan kunnskap deles og ledes i organisasjonen. Dersom de ansatte, som er høyt utdannet og med bred erfaring har en

opplevelse at kunnskap er noe man har tilegnet seg gjennom utdanning, kurs og praksis, kan kunnskap forstås som ens egen kapital og noe som eies av den enkelte. Kunnskapen kan altså måles og forstås som frukten av tenkning. Leders ontologiske ståsted får da betydning for kunnskapsledelse. Dersom leder også oppfatter kunnskap som objektiv, noe som sykehuset eier og har, vil kunnskapen kunne kodifiseres i form av prosedyrer og rutiner. Gjennom sykehusets strategidokument og skriftliggjorte fagprosedyrer synes det som sykehusledelsens ontologiske ståsted bærer preg av et strukturelt syn på kunnskap hvor kunnskap forstås som statisk og objektiv, konkret, målbar og lett å identifisere. Kunnskapen befinner seg i prosedyrene og det er informert hvor kunnskapen er å finne og implementering av prosedyren/kunnskapen anses å være ivaretatt. Gjennom arbeidsmiljøundersøkelsen kan det se ut som sykehusledelsen langt på vei får det bekreftet siden 68 % av de som har svart svarer positivt på dette. Det er vel heller ingen tvil om at ledelse i vår narrative analyse synes å ha et strukturelt perspektiv på kunnskap. Det kan synes som de har gått enda lengre i å tenke at kunnskapen er målbar og konkret. Det ISO-sertifisering innebærer er kontroller om den strukturelle kunnskapen er anvendt. Dersom måling viser at prosedyrer er anvendt, velger de å forstå implementering av fagprosedyrer som vellykket. Anne er også overbevist om at sertifiseringsarbeidet og jevnlig internkontroller bidrar til å fremme implementering av fagprosedyrer. Det kan likevel stilles spørsmål om å kontrollere bruken av fagprosedyrer bidrar til at de ansatte forstår innholdet og får fatt på den tause kunnskapen som ligger til grunn for fagprosedyrene, slik at det reelt kan kalles kvalitetsforbedring. Dette vil vi komme tilbake til senere i kapitlet.

Med et mer prosessuelt syn på kunnskap kan sykehusledelsen velge å betrakte fagprosedyrer og andre skriftliggjorte dokumenter som mer dynamiske og praksisnære verktøy (Irgens 2007). Sykehusledelsen kan med et prosessuelt syn anse kvalitetsdokumenter til å ha potensiale i seg til kunnskapsutvikling gjennom en kontinuerlig sosial og relasjonell prosess. Stacey (2008) sier at å skape kunnskap handler om å legge til rette for relasjonsbygging, dialog og å utvikle felles kunnskapsbasis. Fra intervjuene trekkes teamarbeid frem som et viktig moment av flere informanter. Fysiske forhold, nærhet til hverandre og daglige møtepunkt trekkes frem som fremmere av implementering. Informantene mener at team er en viktig arena for kompetanseoverføring.

“Vi lærer av hverandre og utfyller hverandre.”

Fra teorien trekker vi frem Von Krogh et.al's (2011) forutsetninger for kunnskapsutvikling. En forutsetning er dette med gjensidig tillit. Det kan synes som leders tiltro til medarbeidernes kompetanse/faglighet har betydning for motivasjon for å tilegne seg ny kunnskap.

“Ja tillit til fagligheten er viktig, dersom det bare henvises til kvalitetsdokumenter, kan dette oppleves som demotiverende”.

Siden informantene i vår kvalitative studie holder frem nærhet til hverandre og daglige møtepunkt som fremmer for implementering av kvalitetsdokumenter vil vi i det videre se nærmere på hva arbeidsmiljø har å si for implementeringsarbeid.

5.1.3 Arbeidsmiljø og praksisfellesskap

Informantene i den kvalitative studien viser altså til hvor viktig det er med et arbeidsmiljø som gir rom for faglige diskusjoner og spørsmål. Dette kan vi se i lys av Von Kroghs et.al (2011) begrep “ba”, som beskriver et nødvendig felles rom som kunnskapshjelpende kontekst. Team med ulike fagpersoner trekkes av informantene frem som en fordel i denne sammenheng.

“Man kan alltid spørre om ting, det er alltid noen som kan være med og du kan lene deg på de med erfaring eller annen utdanning”.

Fra Von Kroghs et.al. (2011) teori trekker vi frem en av de andre forutsetningene for kunnskapsutvikling nemlig “adgang til hjelp” som nettopp innebærer at nye medarbeidere får hjelp av mer erfarne medarbeidere eller fra leder. Det kan synes som at teamstrukturen kan gi de ansatte en mulighet for å reflektere sammen over handling, det kan skje midt i handlingen i kontakt med pasienten, såkalt reflection- in- action. Team gir også mulighet for å reflektere over hva som har skjedd, såkalt reflection- on- action, som for eksempel å reflektere over alternativ behandling. Dersom handlingen er basert på evidensbaserte fagprosedyrer vil muligheten til å reflektere sammen med noen i situasjonen eller etter situasjonen bidra til å fremme implementering av kvalitetsdokumenter.

Fra andre studier finner vi at et positivt arbeidsmiljø som er mottakelig for endring, ansees som en nødvendighet for implementering av forskning i praksis. Det vil naturlig nok også gjelde implementering av fagprosedyrer siden disse er fundert på forskning. I samme studier pekes det også på at teamarbeid har betydning for å fremme implementering av fagprosedyrer. Studiene viser at kompetanse bygges gjennom klinisk virksomhet, som kan vurderes å være det Stacey (2008) kaller komplekse responderende prosesser, altså at kunnskap oppstår i aktive relasjonelle prosesser mellom mennesker.

I arbeidet med AMUS resultatene, tok vi for oss temaet "Medvirkning". På spørsmålet "Oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser?" fikk vi en annen sentraltendens på svarene, enn på de andre spørsmålene. 16 % har valgt å svare for deretter og trekket svaret, det som kalles "Missing". Vi får ingen informasjon om hva de først har svart, kun at de underveis har ombestemt seg. Videre oppnådde kategoriene "Uenig" og "Verken enig eller uenig" en svarprosent på 40,3 %, mens kategoriene "Enig" og "Helt enig" oppnådde en svarprosent på 43,3 %. Det er vanskelig å tolke hva som ligger bak at ansatte først har valgt å svare på spørsmålet om medvirkning for så å ombestemme seg. Det kan i alle fall tolkes som at spørsmålet har vært viktig for dem å svare så "riktig" som mulig på, kanskje fordi de har vurdert medvirkning som sentralt for at deres bidrag skal ha betydning for organisasjonen. For kunnskapsarbeidere ser det ut til å være motiverende når deres bidrag anses å ha betydning for organisasjonen. (Irgens 2007). Vi kan også se av vår kvalitative analyse at å jobbe i team er en slik motivasjonsfaktor fordi alle stemmer teller enten man er ny eller mer erfaren. Imidlertid viser ikke vår kvantitative studie stor overbevisning hos de ansatte når det gjelder spørsmål om å delta i viktige avgjørelser.

Irgens (2011) viser til studier som ser en sammenheng mellom medvirkning og hvordan organisasjoner har lyktes i endringsprosesser. Implementering av nye kvalitetsdokumenter må kunne kalles endringsprosesser og endringsledelse. Fra andre studier (Sandvik et.al.2010) ser vi at det å involvere ledere på ulike nivå innenfor en organisasjon kan fremme vellykket implementering av kvalitetsdokumenter. I følge funn fra disse studiene kan det se ut som at ledelsen åpenlyst må demonstrere sin støtte til endret praksis for å skape tilstrekkelig engasjement for å fremme implementering av kvalitetsdokumenter. Fra den narrative analysen holder Anne frem sin leder som var tydelig i sin visjon om å ville bli Nord-Europas beste psykiatriske avdeling. Til tross for ansattes protester sto sjefen frem som energisk og overbevisende og det kan også se ut som at det var et poeng i seg selv at de ansatte "var så

glad i henne” at de ville være med henne på endringsprosessen. Fra den narrative analysen ser vi også betydningen av at kunnskapsarbeideren blir involvert og ansvarliggjort i prosessen med implementering av kvalitetsdokumenter gjennom at de inviteres til å utarbeide disse. Irgens (2011) viser til studier som ser sammenhengen mellom medvirkning og hvordan organisasjoner har lyktes i endringsprosesser. Når kvalitetsdokumenter som initieres som ledelsens strategi om kvalitetsforbedring og standardisering, kan dette medføre en risiko for å mislykkes dersom strategien ikke inkluderer de ansatte (Nyeng 2010). Det kan derfor synes som medvirkning er essensielt for å lykkes med endringsprosesser og være en fremmer for implementering av kvalitetsdokumenter.

5.1.4 Kunnskapsarbeiderens faglige autonomi settes på prøve

I sykehusene har helsearbeiderne tradisjonelt hatt stor profesjonell selvstendighet. Det kan synes som administrasjonens muligheter til å regulere virksomheten har vært liten, fordi kunnskap om produksjonsprosess og resultat har vært plassert hos profesjonene. Den norske helseforetaksmodellen er inspirert av den internasjonale reformpakken kalt New Public Management (Pettersen 2005). Det forklares med at det er innført økonomiske insentiver som bygger på økt grad av aktivitetsavhengig finansiering, slik som f.eks. stykkpris og refusjonstakster. Volum av pasientkontakt synes å ha blitt en drivende faktor. Det har blitt et større fokus på resultatmåling som kommer til syne i de årlige styringsdokumentene. Effektivisering øker presset på “produksjonsteknologien”, som i sykehuset er profesjonsaktørene og metodene deres. Fra teori ser vi at økonomiske rammer forsterker fokuset på ledelse og ledelsesmessig kontroll (Similä og McCord 2011). Det er grunn til å anta at dette kan gripe direkte inn i den kliniske autonomien. I tillegg kan et større fokus på pasientrettigheter bidra til å styrke pasientens posisjon som kunde i et marked. Fritt sykehusvalg er et insentiv som skal bidra til å styrke pasientens posisjon.

Når kravet om effektivitet og kostnadseffektiv produksjon er blitt et sentralt fokus, kan den profesjonelle medarbeideren oppleve dette som motsetningsfylt i forhold til eget verdisyn. Fagprosedyrer og innføring av faglige normerte veiledere synes å ha medført mer standardisering og mindre klinisk frihet. Når så mange som 16 % har svart for deretter å trekke svaret, og så mange som 40,3 % ikke entydig svarer at de opplever å delta i viktige avgjørelser, kan det ha sammenheng med redusert faglig autonomi og mindre mulighet til medvirkning.

Siden kunnskapsarbeid primært er intellektuelt, kreativt og ikke rutinebasert av natur, kan standardisering oppleves demotiverende for kunnskapsarbeideren (Hislop 2009). Som en av våre informanter påpekte i intervjuet:

“så opplever jeg at det er et sprik mellom de som jobber med å utarbeide fagprosedyrer og vi som er på gulvet og skal ta dem i bruk.”

Standardisering og evidensbasering trekker i retning av en styrt klinisk praksis. Noen har ment å se en sammenheng mellom evidensbasering og et sparepolitisk begrunnet krav om effektivisering (Haave 2012). Det kan være en hemmer for implementering av fagprosedyrer, dersom kunnskapsarbeideren opplever at arbeidet blir for rutinebasert og ikke gir rom for kreativitet og faglig autonomi.

ISO-sertifisering bærer i høy grad preg av mer standardisering og mindre klinisk frihet. Anne peker på at klinikernes kreativitet begrenses via de standarder som er vektlagt i sertifiseringsarbeidet. Hun mener likevel at behandlernes autonomi kan komme til uttrykk i direkte kontakt med pasienten. Vi får ikke gjennom historiefortellingen tak i om klinikerne blir demotiverte av rutinebasert og retningsstyrt arbeid samt fokus på effektivitet. Gjennom fortellingen får vi tvert i mot høre om stolthet i organisasjonen når det holdes frem at kvalitetskravene som sertifiseringen krever er oppfylt. Det kan altså tyde på at standardisering og styrt klinisk praksis også kan oppleves som positivt. Anne holder frem at klinikerne også liker at det er målsatt hva som forventes av effektivitet og “produksjon av tjenester”. Styrt klinisk praksis via tydelig ledelse, evidens og standardisering ser på den ene siden ut til å bidra positivt til at fagprosedyrer blir implementert siden det er mulig å måle om prosedyrene faktisk blir brukt. På den andre siden kan klinikere som blir demotivert av rutinebasert arbeid motsette seg endringer slik det kommer frem av antakelsen om at mennesker ikke ønsker endring. Motstand mot endring kan ut fra teori forstås som et psykologisk fenomen og som en naturlig respons på forandring (Killingmo 1994). Uten dialog mellom den kliniske og administrative sektor i sykehuset vil motstanden kunne bli en hemmer for implementering av fagprosedyrer slik det også kommer frem i noen av våre eksempler i vår teoridel.

5.2 Forsknings spørsmål 2: Hvordan kan kunnskapsproduksjon nedfelt i kvalitetsdokumenter implementeres slik at de bidrar til å styrke organisasjonens intellektuelle kapital?

Dette ble en sentral problemstilling for oss fordi raske endringer i spesialisthelsetjenesten stiller krav til økt kunnskap blant de ansatte. Utøvd kunnskap skal være evidensbasert og retningslinjer og veiledere skal i praksis tas i bruk av de profesjonelle medarbeiderne i sykehuset. Von Krogh et al.(2011) sier at det å skape kunnskap kan sees på som “ summen av alle aktivitetene i en organisasjon som påvirker kunnskapsutviklingen på en positiv måte”. Irgens og Wennes (2011) sier at kunnskapsledelse er å ha et ledelsesperspektiv hvor ledelsesfokuset ligger på kunnskapsproduksjon og kunnskapsprosesser med sikte på å styrke organisasjonens intellektuelle kapital. For at implementering av ny kunnskap skal kunne finne sted, finnes ulike modeller som kan tas i bruk for å fremme kunnskaps- og organisasjonsutvikling. Vi valgte i teoridelen å presentere fire modeller som vi velger å drøfte opp mot vår problemstilling, om hva som fremmer og hemmer implementering av kvalitetsdokumenter. Det som nedfelles skriftlig i retningslinjer og prosedyrer er i beste fall den kunnskapen man er i stand til å uttrykke skriftlig. Evidens kan forstås som en praksis det er forsket på og funnet å ha effekt, og som Helsemyndighetene anbefaler tatt i bruk. I St. Olavs “Forbedringsprogram” (vedlegg 4) hevdes det at til tross for nye metoder innen diagnostikk, behandling og oppfølging, er det altfor ofte at ny kunnskap ikke blir implementert på en hensiktsmessig og god måte. Hva skal så til for å styrke arbeidet med implementering av kunnskap?

Under forsknings spørsmål 2 valgte vi følgende sentrale mønstre og tema:

- Ulike modeller for kunnskapsutvikling
- Organisatorisk læring og team arbeid

I det videre vil vi under forsknings spørsmål 2 belyse temaene under følgende overskrifter:

- Individuell læring gjennom ferdighetstilegnelse og ferdighetsoverføring
- Fra individuell læring til organisatorisk læring
- Fra individuell og taus kunnskap til organisasjonens intellektuelle kapital

5.2.1 Individuell læring gjennom ferdighetstilegnelse og ferdighetsoverføring

Fordi kunnskap har både et intellektuelt og et praksisperspektiv finner vi det også nødvendig å se på den individuelle læringen hos den enkelte som skal utøve praksisen. Det er i praksis en kan finne avtrykk av om kvalitetsdokumenter er implementert. Hvordan den enkelte kunnskapsarbeideren tilegner seg kunnskap gjennom ferdighetstilegnelse og ferdighetsoverføring vurderer vi som en sentral faktor for hva som hemmer og hva som fremmer implementering av kvalitetsdokumentene. Brødrene Dreyfus's modell fra novise til ekspert, beskriver den faglige utviklingen, fra man starter uten direkte erfaring til man har fått erfaring og har utviklet et "blikk" som gjør en i stand til å løse oppgaver ut fra intuisjon og en helhetsforståelse (Irgens 2007). Dreyfus og Dreyfus's (1999) modell for ferdighetstilegnelse sier at når man først har tilegnet seg en ferdighet, krever det ikke noen bevisst eller ubevisst regeletterlevelse for å handle. Den lærende får etterhvert en fornemmelse av hva som er viktig i en gitt situasjon. Fra teorien finner vi at kompetanse utvikles når den lærende søker nye regler og resonnementer som kan være til hjelp for å bestemme en behandlingsretning (Dreyfus og Dreyfus 1999). For eksempel kan pasienten man møter til en medisinkontroll ha en blek ansiktsfarge eller ha en spesiell lukt og de skriftlige rutinene strekker ikke lenger til. Kroppen vil reagere på situasjonens krav og eksperten som gjennom erfaring har tilegnet seg ferdigheter vil både se hva som må gjøres og hvordan gå frem. Eksperten har lært kroppslig å skille mellom de situasjoner som krever en form for handling og de situasjoner som krever en annen form for handling. Hubert og Stuart Dreyfus's (1999) modell for forståelse av mesterlære og eksperters læring viser at ekspertise ikke bare handler om imitasjon, men også om automatisering gjennom erfaring.

Noen av informantene i vår kvalitative studie påpeker nettopp det med individuell læring og fremhever viktigheten av en fadderordning. De beskriver et system der nyansatte jobber tett med ansatte med lengre "fartstid".

"Vi har en sånn fadderordning når folk begynner. Her er en sånn sjekkliste så man sørger for at viktige tema blir gått igjennom og signert og haket av".

Informantene presiserer at det ikke er profesjon, men arbeidserfaring som legges til grunn i "fadderordningen". Man legger til grunn en "mester-svenn" tenkning.

“Jeg tenker at den som er ny kan utfra en spinkel dokumentasjon, fylle på med og snakke med en som er mer erfaren.”

Dersom vi skuer til andre studier har vi tidligere beskrevet faktorer som bidrar til å fremme implementering av fagprosedyrer slik som nok tid, champions, teamarbeid o.l. (Sandvik et.al 2007). En av disse faktorene er altså knyttet til tilgjengelige ressurser, såkalte “champions” som er eksperter i å fremme implementering av kunnskapsbasert praksis. Det kan altså se ut som implementering av evidensbasert praksis ikke lar seg gjennomføre uten at både uerfarne og erfarne praksisutøvere får tilstrekkelig støtte fra kompetente veiledere. Individuell læring i form av ferdighetstilegnelse og ferdighetsoverføring ser ut til å være en fremmer for at forskning og evidens skal anvendes i den kliniske praksisen. Men den individuelle kunnskapen må også kunne overføres til organisasjonen for å sikre dens intellektuelle kapital. Derfor vil vi ta for oss og drøfte dette i de videre kapitlene.

5.2.2 Fra individuell læring til organisatorisk læring

Det finnes ulike modeller for individuell læring og organisatorisk læring. Vi vil drøfte noen av disse modellene for om mulig å identifisere utfordringer knyttet til å overføre kunnskap fra en situasjon til en annen presenteres.

Vi har tidligere vært inne på at en forutsetning for organisatorisk læring er individuell læring. Vi velger derfor først å se på firetrinnsprosessen for individuell læring som Institut för Personal och Företaksutveckling i Uppsala har utviklet. Irgens har modifisert og videreutviklet modellen, med et femte nivå, slik at modellen også ivaretar prosessen fra individuell til organisatorisk læring (Irgens 2007).

De første fire nivåene i modellen beskriver individuell læring, mens nivå fem tar for seg organisatorisk læring.

På nivå 1- som kalles påvirkningsnivået utsettes vi for noe som utfordrer den forståelsen vi allerede har om et tema. Noen av våre respondenter peker på at det de utsettes for er ny kunnskap om et tema og at de derfor er avhengige av noen som er mer erfaren enn de selv. Påvirkningen skjer relasjonelt gjennom fadderordninger og mester/svenn læring, hvor det prinsipielt praktiseres at en mer erfaren jobber tett med en mindre erfaren. Slik kan en forstå at både den individuelle humankapitalen og den relasjonelle kapitalen i organisasjonen blir ivaretatt. En annen måte å tilegne seg individuell læring er at den kunnskapen man har

utfordres gjennom kurs, videreutdanninger o.l. Den enkelte og andre som deltar på samme kurs kan altså hver for seg bli særdeles god på ett eller flere områder. Humankapitalen blir styrket uten at det i særlig grad får betydning for organisasjonens intellektuelle kapital som samlet sett både er humankapital, relasjonell kapital og strukturell kapital (Gottschalk 2003).

Nivå 2- defineres som innlæringsnivået hvor en er i stand til og huske og anvende de nye impulsene. I vår kvalitative studie ser det ut til å skje via teamarbeid og daglige møtepunkt hvor fag og komplekse utfordringer drøftes i fellesskap. Dette ser ut til å være hensiktsmessig for å styrke den individuelle læringen. Samtidig vil morgenmøtet være det Von Krogh et.al.(2011) kaller *ba* og som beskriver og forener de fysiske, virtuelle og mentale rommene som trengs for kunnskapsutvikling. Teammøtet og morgenmøtet ser ut til å være den fysiske arenaen hvor mental kunnskapsutvikling foregår både på individuelt og organisatorisk nivå. Individuell læring som skjer via kurs o.l. fører til at den enkelte kunnskapsarbeideren tilegner seg og husker de nye impulsene fra nivå 1, men uten en eller annen relasjon vil kunnskapen forbli hos den enkelte uten å bli en del av organisasjonens intellektuelle kapital.

På nivå 3- som er kunnskapsutviklingsnivået vil den individuelle læringen utvikles slik at den nye kunnskapen legges til og bygger videre på den kunnskapen som allerede er innlært. Fra en av våre respondenter ble det trukket frem "*vi lærer av hverandre og utfyller hverandre*". Det kan vi tolke som at det er utviklet en trygghet og tro på egen kompetanse fordi det ikke lenger bare er snakk om å lære av en mer erfaren. Når en av informantene skal beskrive EQS sier hun:

"det er en kilde som man kan gå til for å finne aktuelle retningslinjer og for å være sikker på at man benytter dem i det daglige arbeidet."

Det antas derfor at klinisk praksis, teamarbeid, fadderordning og kunnskapsbaserte retningslinjer fremmer implementering av kvalitetsdokumenter og videreutvikler kunnskap i organisasjonen.

Nivå 4- som i modellen blir kalt for kunnskapsanvendelsesnivået er når kunnskapsarbeideren er i stand til å ta i bruk kunnskapen. Ny kunnskap som er bygget på allerede innlært kunnskap bidrar til å utvikle ny kunnskap som gir større handlingskapasitet og flere handlingsalternativer. Dreyfus og Dreyfus (1999) ville ha kalt det for at novisen er utviklet til ekspert og at eksperten har lært å skille mellom de situasjoner som krever en form for handling og de situasjoner som krever en annen form for handling. Kunnskapsarbeideren har tilegnet seg ferdigheter gjennom å

anvende kunnskapen og når kunnskapen er integrert og kroppsliggjort gir det mulighet for å improvisere. Irgens (2006) viser nettopp til utvikling av ferdigheter og improvisasjon i det daglige arbeidet. Han tar for seg dilemmaer, paradokser og muligheter som ligger i det å bruke improvisasjon i organisasjoner. Evnen til improvisasjon kjennetegner gode praktikere og Irgens mener at det å utøve reflektert praksis er en form for improvisasjon (Irgens 2006). Fra vår kvalitative undersøkelse kan vi se at kvalitetsdokumenter og rammer for virksomheten vurderes som hensiktsmessig og nyttig, men som en av informantene påpeker:

“..må det være mulighet for kreativitet og frihet.”

Dette kan sees i sammenheng med hvordan Hislop (2009) beskriver kunnskapsarbeid; som primært intellektuelt, kreativt og ikke rutinebasert av natur. I følge vår informant kan det være en risiko for at *kreativitet og frihet* går tapt dersom kunnskapsarbeid i for stor grad standardiseres. St.Olavs visjon og strategi er å satse på standardiserte forløp som innebærer rutiner og tydelige rammer for sykehusets virksomhet. Det samme kan vi se fra vår narrative analyse hvor det holdes frem at ISO-sertifisering og standardisering er deres sikkerhet for at evidensbasert praksis bli implementert og gjennom det sikre god kvalitet. Det er vanskelig i den narrative analysen å få øye på hvor kunnskapsarbeiderens kreativitet i det daglige arbeidet har fått plass. Det er grunn til å stille spørsmål om krav til effektivitet og kvalitetssikring via standardisering kan gå på bekostning av kunnskapsarbeiderens kreativitet og improvisasjon når situasjonen krever det og derfor opptre som en hemmer for implementering av ny kunnskap, men ikke minst for utvikling av ny kunnskap.

Nivå 5 i modellen, som er videreutviklet av Irgens (2007), beskriver nivået for organisatorisk læring. De fire første nivåene omhandler individuell læring. På nivå fem er den individuelle læringen delt og gjort uavhengig av det enkelte individet.

Hvordan individuell læring skjer i en organisasjon ser altså ut til å ha betydning for om kvalitetsdokumenter blir implementert eller ikke. Selv om kurs, videreutdanninger og lignende også fører til individuell læring er dette ingen garanti for at kunnskapen blir implementert og omsatt til organisasjonens kunnskap, Enkeltstående kurs kan opptre som en hemmer for implementering av fagprosedyrer fordi kunnskapen ikke er gjort uavhengig av det enkelte individet. Når organisasjonen gjennom

teamarbeid og relasjonelle prosesser utvikler en felles mental modell, som muliggjør at den tause kunnskapen blir tilgjengelig, ser det ut til å være en fremmer for implementering av kvalitetsdokumenter. Hvordan taus kunnskap omgjøres til eksplisitt kunnskap er forsøkt forklart i de modellene vi har valgt oss.

Organisasjonskulturen vil også kunne bidra til og enten fremme eller hemme implementering av kvalitetsdokumenter fordi organisasjonskulturen også kan bidra til å bestemme hvem som eier kunnskapen (Gottschalk 2003). Mens en kultur åpner opp for at faglig spisskompetanse er en privatsak, vil en annen kultur være åpenbar på at faglig spisskompetanse er et felles gode for hele sykehuset og slik enten fremme eller hemme implementeringen. I det videre vil vi se nærmere på hvordan den individuelle kunnskapen kan utvikles til å bli organisasjonens kunnskap og om hvordan den tause kunnskapen blir ivaretatt.

5.2.3 Fra individuell og taus kunnskap til organisasjonens intellektuelle kapital

Styhre (2004) hevder at kunnskap ikke er et isolert og avgrenset objekt som en person eier alene. Styhre (2004) hevder at kunnskapen er en fellesbetegnelse for de evner og ferdigheter den enkelte besitter, men som det er vanskelig eller umulig å sette ord på og kodifisere. Den tause kunnskapen er "de hvite flekkene på kartet". En konsekvens av dette synet er at ingen form for kunnskap utelukkende er taus eller eksplisitt, men to sider av samme sak (Hislop 2009). Hvordan den tause kunnskapen blir ivaretatt for å styrke organisasjonens intellektuelle kapital blir også avgjørende for om kvalitetsdokumenter blir implementert eller ikke.

Stacey (2008) diskuterer ulike nivåer for kunnskapsutvikling i organisasjoner. Han er opptatt av koplingen mellom den individuelle aktøren og organisasjonen. Hvordan kan man overføre kunnskap fra et individ til et annet slik at kunnskapen kan bevares i organisasjonen når vedkommende slutter.

I teorien har vi tatt for oss Stacey, SEKI og team som modell, for kunnskap og organisasjonsutvikling. Modellene viser hvordan man kan legge til rette for en kunnskapshjelpende kontekst som grunnlag for å skape et godt læringsmiljø og arena for organisasjonsutvikling. I Stacey's perspektiv er kunnskaputvikling alltid en relasjonell prosess. Han hevder at kunnskapsressursene ligger i relasjonsmønstrene mellom organisasjonens medlemmer (2008).

Fra vår kvalitative studie kom dette tydelig frem når informantene beskrev ulike former for relasjoner mellom organisasjons medlemmer som bidrar til kunnskapsutvikling. De viste til at det ble lagt til rette for fadderordning, mester-svenn læring og teamarbeid. Informantene presiserte at dette førte til faglig utvikling.

“Vi ser at vi gjør tingene på lik måte og vi drøfter saker sammen”

Alle våre valgte modeller har fokus på at kunnskap må «trekkes ut» fra individene og lagres i organisasjonen i form av praksis, rutiner og koder i en eller annen form. Ledelsen i sykehuset har en sterk tro på systematikk og at dette skal sikre anvendelse av evidensbaserte behandlingsmetoder som skal bidra til kvalitet i pasientarbeidet. Alle styrende dokumenter, som prosedyrer og pasientforløp legges ut på sykehusets webbaserte kvalitetssystem. I systemet er det lagt inn en funksjon som sikrer at de ansatte gjennom oppdateringer i systemet blir gjort oppmerksomme på nye prosedyrer som ferdigstilles og godkjennes, og som er relevante for dem. Her blir det viktige spørsmålet om hva som er koplingen mellom den individuelle aktøren og organisasjonen og mellom den individuelle læringen og organisasjonens læring. Stacey (2008) mener det må legges til rette for samhandlingsarenaer for å samkjøre ulik kompetanse og for å sikre at kunnskap og praksis blir organisasjonens intellektuelle kapital og ikke bare individets. Gjennom vår kvalitative studie, ble tillit og respekt for hverandre i faglige diskusjoner, trukket frem av informantene som viktige aspekter for utvikling av organisasjonens intellektuelle kapital.

“Vi har møter hver morgen, hvor vi tar opp saker og det er tid og rom for å ta opp ting. Det som tatt opp blir respektert og mange engasjerer seg og tenker sammen.”

Von Krogh et.al. (2011) beskriver fem dimensjoner for omsorg som forutsetning for kunnskapsutvikling, deriblant dette med gjensidig tillit. Med gjensidig tillit mener Von Krogh et.al (2011) at dette innebærer at teammedlemmene tror på hverandres gode intensjoner, videre påpeker Von Krogh et. al (2011) at det må være tillit mellom ledelsen og ansatte. Mangel på tillit vil skape en uholdbar situasjon og forplante seg i arbeidsmiljøet. Fra vår kvantitative studie kan vi trekke frem figur 2, som representerer følgende spørsmål “ Hos oss blir vi godt nok informert om nye retningslinjer, prosedyrer og beslutninger som angår vår arbeidssituasjon”. Hele 64,2 % svarer enig eller helt enig. Ser vi videre på figur 7, viser den at hele 70,7 % av de ansatte

opplever at nærmeste leder er flink til å informere. På bakgrunn av disse funnene kan det synes som de ansatte opplever en høy grad av tillit til ledelsen.

Fra vår narrative analyse kan vi også trekke frem viktigheten av tillit til ledelsen, Anne forteller om at de trodde at lederen "var blitt gal" når hun satte seg målet om og "bli Nord-Europas beste psykiatriske avdeling" gjennom å bli ISO-sertifisert og kvalitet sikre alle ledd i behandlingsprosessen. Som fortellingen beskriver gjennomførte de og ble sertifisert, og Anne forteller om en leder som motiverte, begeistret og viste handlekraft.

Dersom ikke leder hadde hatt tillit fra de ansatte ville dette vanskelig latt seg gjennomføre, noe som nok ville virket som en hemmer på prosessen.

Stacey (2008) hevder at med et prosessuelt perspektiv på kunnskap vil den faglige atferden komme til syne i faglige handlinger og legge til rette for formidling av historier i et praksisfelleskap. Dette er et eksempel på at den tause kunnskapen kommer til uttrykk og blir gjort eksplisitt via historier og klinisk arbeid. De utarbeidede fagprosedyrene blir et daglig verktøy og praksisfelleskapet ser derfor ut til å være et sikkert tegn på at disse blir implementert. "Learning by doing" i følge SEKI-modellen er når den eksplisitte kunnskapen blir til taus kunnskap ved at kunnskapen gjennom handling setter seg i ryggmargen og blir internalisert. Nonaka og Takeuchi (Von Krogh et.al. 2011) mener at kunnskapsutvikling skjer gjennom *Sosialisering*, samhandling og deling av bl.a. taus kunnskap og *Eksternalisering* ved at den tause kunnskapen uttrykkes til en forståelig og skriftlig form, som for oss i denne sammenhengen er å forstå som kvalitetsdokumenter og fagprosedyrer. Ny kunnskap skapes når den eksplisitte kunnskapen *Kombineres* med allerede kjent kunnskap og *Internalisering* skjer altså når den nye kunnskapen blir gjort til en del av en selv gjennom erfaring.

Videre beskriver Stacey (2008) at kunnskap er et fenomen som ikke lar seg måle, dele eller lede. I vår narrative analyse forteller Anne om hvordan ISO-sertifisering har ført til et arbeidsmiljø der det gjennomføres månedlige stikkprøver, målinger og årlige revisjoner for å avdekke avvik fra kvalitetskrav og rutiner. Hun forteller at slik hun ser det oppleves dette som positivt av de ansatte. ISO-sertifisering bidrar sannsynligvis til at prosedyrer blir fulgt og implementert. Prosedyrene blir ansett å være eksplisitte, objektive og sanne og er derfor mulig å måle, men i beste fall er disse det noen har greid å uttrykke skriftlig. Når noen forlater organisasjonen vil det være mulig for nye medarbeidere å etterleve rutiner og prosedyrer. Det kan nok likevel stilles spørsmål om dette i særlig grad fører til organisatorisk kunnskapsutvikling. Kunnskap lagret i enkeltmennesker er i all hovedsak taus. For nye medarbeidere vil det være

vanskelig å få øye på den tause kunnskapen som ligger til grunn for de skriftlige prosedyrene. Det de lærer er å følge rutiner. Stacey hevder at kunnskapsutvikling alltid er en relasjonell prosess og at organisasjonens kunnskapsressurser ligger i relasjonsmønstrene mellom organisasjonens medlemmer. Hislop (2009) sier også at den tause kunnskapen ikke er et kodifiserbart objekt, men er dypt forankret i og uløselig knyttet til aktivitet og praksis. Polyani (Westeren 2013) holder frem at det er vanskelig å identifisere et redskap som noe brukbart dersom vi ikke vet hva vi kan bruke det til. Oversatt til vårt fokus snakker Polyani om "focal awareness" som redskapet fagprosedyrer, mens "subsidiary awareness" handler om å forstå og sanse det man holder på med i den kliniske hverdagen (Westeren 2013). Å få tak på den tause kunnskapen gjennom kun å følge prosedyrer og rutiner ser derfor ut til å være krevende øvelse. Man kan via målinger se at fagprosedyrer er blitt implementert i vår narrative analyse, men spørsmålet er om den tause kunnskapen er blitt en del av individets personlighet. Et viktig prinsipp for Polyani er at både kropp og sanser må vektlegges for å få kunnskap om verden omkring oss. "Indwelling" i følge Polyani skjer gjennom erfaring og praksis og gjøres til ens egen kunnskap. Von Krogh et.al. (2011) advarer mot at kunnskapsutvikling blir redusert til å gjelde bare eksplisitt kunnskap, til noe som kan styres og kontrolleres. Når den tause kunnskapen skal omgjøres til organisatorisk kunnskap vil leders ontologiske ståsted få betydning. Både i St.Olavs og i vår narrative analyse finner vi tegn på at ledelsen har sterk tro på «focal awareness» og at eksplisitt kunnskap via rutiner og prosedyrer er tilstrekkelig for kunnskapsoverføring. Det kan se ut som organisasjonene «hopper bukk over», «subsidiary awareness» som oppstår gjennom at kunnskapen blir kroppsliggjort via vårt sanseapparat (Westeren 2013). Det kan også se ut som de «hopper bukk over» de relasjonelle prosesser som Stacey snakker om (Stacey 2008). En organisasjon som går systematisk til verks for å gjøre den eksplisitte kunnskapen kjent via rutiner og kontroller kan se ut til å lykkes med å fremme implementering av fagprosedyrer og kvalitetsdokumenter. Det kan likevel stilles spørsmål om rutine- regeletterlevelse fører til kunnskapsoverføring og organisatorisk kunnskap.

Andre studier (Sandvik et.al 2010)) viser til betydningen av å bygge tverrfaglige team, da dette kan virke som en fremmer på implementeringsarbeid. Det kan på bakgrunn av empirien synes som at teamarbeid er med på å styrke arbeidet med implementering av kvalitetsdokumenter. I vår kvalitative del av studien trekker informantene frem teamarbeid i alt pasientarbeid. Med det menes at to og to fagpersoner jobber sammen, noe som oppleves som en positiv faktor knyttet til kompetanse og erfaringsoverføring på tvers av fagprofesjonene.

“Vi lærer av hverandre og utfyller hverandre”.

Videre påpeker noen av informantene betydningen og viktigheten av det å jobbe i tverrfaglige team, og at dette fører til faglig utvikling. Her er det grunn til å anta at relasjonskapitalen, som en del av organisasjonens intellektuelle kapital, styrkes gjennom gode samarbeidende relasjoner slik Gottschalk (2003) beskriver det. Imidlertid innebærer det å jobbe i team kompetanse til å samarbeide. Det handler altså om mer enn å jobbe sammen. Fra vår kvalitative studie kan det se ut som team kan bidra til å utvikle lærende organisasjoner.

“Vi deler kontor alle sammen, så sitter vi sammen og det har jo sine begrensninger og ulemper, men i forhold til arbeidsmiljø, kvalitetssikring og faglig utvikling tror jeg det er veldig positiv”.

Alle våre valgte modeller for kunnskaps- og utviklingsutvikling gir inntrykk av at det er mulig å oversette og overføre taus kunnskap gjennom å sette i gang prosesser som skaper en sirkelbevegelse mellom taus og eksplisitt kunnskap (Siggaard Jensen et.al. 2004). Likeledes viser Dreyfusbrødrene (1999) selv til at deres modell kritiseres for å ha en elitær og udemokratisk oppfatning av ekspertise. Kritikken begrunnes med at eksperten opptrer intuitivt uten å måtte begrunne sin avgjørelse ut fra prosedyrer og retningslinjer. Det stilles også spørsmål om modellen er for individualistisk. Videre viser de til at det stilles spørsmål om modellen forutsetter et isolert individ som får lite feedback fra omgivelsene (Dreyfus og Dreyfus 1999). Irgens (2007) mener at individuelle og kontekstuelle forhold nesten alltid vil virke sammen og dersom vi skal forbedre mulighetene for læring er det viktig å tenke og handle relasjonelt slik at individuell læring kan utvikles til å bli organisasjonens intellektuelle kapital. Fra andre studier (Sandvik et.al. 2010) kommer det også frem at kompetanse bygges gjennom klinisk virksomhet med vedvarende organisatorisk støtte. En systematisk og forutsigbar implementering av ny kunnskap i sykehuset er en viktig målsetting. Kunnskap som ikke kan uttrykkes, men som påvirker atferden, er viktig å få tak på slik at ikke bare individets, men også organisasjonens intellektuelle kapital blir styrket.

6. Oppsummering

“Det er en lang vei å gå for å endre innarbeidede rutiner ved et offentlig sykehus. Det kan se ut som det er en jobb å få både sykehuslegene og sykehusledelsen med nødvendige og strukturelle endringer ved norske sykehus. Høies utfordring er at det er han og ikke sykehuslegene som må initiere og gjennomføre de systemendringene som vil gi bedre utnyttelse av sykehusenes behandlingsskapasitet og legenes arbeidstid. Høie må nå knekke den kontroll- og byråkratikoden som kveler initiativ, pågangslyst og innføring av nye og veldokumenterte behandlingsmetoder samt effektivisering av sykehusdriften.” Dette sier Moslet i artikkelen «Kirurgene- Høies syndebukker?» (VG 15.03.15 s. 34 og 35).

I all hovedsak er det dette vi har vært opptatt av i vår masteravhandling: er det «sprik mellom liv og lære». Vi hadde som mål for oppgaven å finne ut hva som hemmer og hva som fremmer implementering av kvalitetsdokumenter. Videre hadde vi et mål om at funnene i studien kan være til nytte og ha overføringsverdi til resten av vår organisasjon. Vi tok utgangspunkt i AMUS rapporten fra 2014, hvor majoriteten av respondentene svarte positivt på spørsmål om implementering av sentrale føringer. Disse resultatene medførte en undring som vi ønsket å finne mer ut av. Siden vi var opptatt av konteksten som fenomenet implementering av kvalitetsdokumenter inngår i, valgte vi casestudie som design. For å få svar på vår undring valgte vi å gå igjennom rådata fra AMUS rapporten, videre å utarbeide en intervjuguide, for deretter å intervju 6 klinikere. For å få ytterligere svar på vår undring, valgte vi å gjøre en narrativ analyse fra et annet helseforetak samt se på andre relevante studier.

Gode resultater i pasientbehandling er avhengig av at flere spesialister samarbeider. For eks. må patologer, røntgenleger, kirurger, indremedisinere, kreftleger og fastleger samarbeide om utredning, behandling og oppfølging av en kreftpasient. Dersom et av disse leddene svikter eller best evidence-based practice ikke anvendes, kan resultatet bli dårlig. Hvem som gjør hva til hvilket tidspunkt er nøye planlagt og målet er at hver enkelt gjør sin del med høy kvalitet og gjennomføringsevne. Dette måles hver dag gjennom kvalitetsindikatorer og produksjonstall. Vi mener å ha sett gjennom våre studier at det ikke bare er målinger, men at interaksjon og relasjon mellom aktørene er avgjørende for om man lykkes i pasientbehandling.

Det er en kvalitetssikring at pasienten får en forutsigbar vei gjennom sitt behandlingsløp når de ellers er i en vanskelig situasjon med svekket fysisk eller psykisk helse. Kvalitetsdokumentene

har dette som sin målsetting. Sykehuset har tatt i bruk et elektronisk system for kvalitetssikring samt utarbeidet et IT-verktøy for å sikre kvaliteten på tjenestene i sykehuset. Med et slikt system vil sykehuset gjennom kontroller se at kvalitetsdokumentene er implementert som en standard i sykehuset. Det finnes altså måleparametere som kan krysses av for å vise at sykehusets kvalitetsdokumenter anvendes. Dersom implementering av kvalitetsdokumenter også innebærer å forstå hva som ligger til grunn for de skriftlige dokumentene som for eksempel den tause kunnskapen, finnes det ingen måleparametere for å kontrollere om ny kunnskap er implementert. Her må sykehuset stole på at fagpersoner tar i bruk de anbefalte verktøyene. Vår kvalitative studie og andre studier viser først og fremst at fagfolk stoler på andre fagfolk og at de mindre erfarne stoler på de mer erfarne. Studier og teori viser for øvrig at den tause kunnskapen må sees i et praksisbasert perspektiv. Den er altså dypt forankret i og uløselig knyttet til aktivitet og praksis.

Vi har i oppgaven tatt for oss kunnskapsbegrepet og utviklingen knyttet til begrepet. Utviklingen de siste 30-40 årene, har ført til økt fokus på organisatorisk læring. Vi har gjennom vår studie fått en forståelse for at kunnskap og læring er mer enn individuelle og kognitive fenomener. Kunnskap og læring kan forstås som sosiale fenomener. På samme måte har vi tatt for oss begrepet kunnskapsledelse og sett på fenomener knyttet til hvordan ledere motiverer, skaper resultater og bygger kultur.

Vi har vært opptatt av hva som hemmer og hva som fremmer implementering av kvalitetsdokumenter. Vi mener å ha sett at det å ha systemer som lar seg måle bidrar til å fremme implementeringen. Kvalitetsdokumentene er fundert på tause kunnskap. Det som kommer til uttrykk i kvalitetsdokumentene er det som noen har vært i stand til å nedfelle skriftlig. Dersom det ikke er mulig gjennom praksisfellesskap og relasjonelle interaksjoner å tilegne seg kroppslig den tause kunnskapen og gjøre den til sin egen, er det grunn til å anta at det er «rutine- regeletterlevelse» som måles og ikke kvalitet. Vi mener å se at kunnskapsutvikling i organisasjoner er avhengig av at det legges til rette for relasjonelle modeller som sikrer at kvalitetsdokumenter blir internalisert og kombinert med allerede innlært kunnskap.

Å ha en strategi hvor kvalitetsdokumenter som bygger på de nyeste resultatene fra klinisk forskning og praksis blir standardisert, vil sikre pasienten den beste behandling som er å oppdrive. Sykehuset er underlagt sentrale lovverk og bestemmelser som ikke gir rom for å definere hva hver enkelt selv mener er forsvarlig pasientbehandling. At krav om standardisering

av og til kommer i konflikt med hva noen behandlere definerer som behandlingskvalitet er derfor ikke til å unngå. Men målsettingen må være at pasientene får sin rettmessige behandling, samtidig som ansatte opplever at deres faglighet blir respektert og ivaretatt på en god måte. Å ha faglig innflytelse virker motiverende og inkluderende på kunnskapsarbeidere. I utarbeiding av kvalitetsdokumenter bør kunnskapsarbeideren være den mest sentrale aktøren og dermed bidra til å understøtte sykehusets ambisjoner om rask og kvalitetsmessig behandling for hver krone.

Vi innser at det kan være en svakhet med vår forskning at vår erfaring og ulike teoretiske ståsted kan gi mulighet for at ulike ting blir vektlagt og at det derfor kan stilles spørsmål ved forskningens validitet. Vår tilnærming der vi går fra teori til empiri kan betegnes som deduktiv fordi vi har et teoretisk utgangspunkt for vår empiri. Det finnes en risiko for at vi som forskere med en slik begrenset informasjon som valg av teori gir, kan bære preg av selvoppfyllende profetier fordi vi har funnet det vi lette etter. Imidlertid mener vi at vi har vekslet mellom et deduktivt og et induktivt nivå fordi vi valgte å ha et induktivt perspektiv i intervjusituasjonen med åpne spørsmål. Sammenlignbare funn fra andre studier gir indikasjoner som samsvarer med våre funn. Noe som vi mener bidrar til å styrke resultatene fra vår studie.

6.1. Oppsummering av våre funn

Vi har valgt å systematisere vår funn når det gjelder hva som hemmer og hva som fremmer implementering av kvalitetsdokumenter og presenterer disse i følgende tabell.

Hemmere:	Fremmere:
Uoversiktlig og stor informasjonsmengde	Oversiktlig og tilgang til relevant informasjon
EQS som begrep virker fremmedgjørende	Sikre kunnskap om det elektroniske kvalitetssystemet
Manglende strategiske midler til implementering (tid, menneskelige ressurser og økonomi)	Det settes av strategiske midler (tid, menneskelige ressurser og økonomi)
Språk mellom de som utarbeider og de som anvender kvalitetsdokumentene	Involvering og medvirkning ved utarbeidelse av kvalitetsdokumenter
Rutinebasert arbeid (demotiverende)	Rom for klinisk frihet og kreativitet <ul style="list-style-type: none"> • Leders tiltro til ansattes kompetanse • Ansattes tillit til ledelsen
Leders ontologiske ståsted (strukturelt)	Leders ontologiske ståsted (prosessuelt)
Passivt lederskap	Leders evne til å engasjere og som åpenlyst demonstrerer sin støtte til endret praksis
Arbeidsmiljø hvor det ikke legges til rette for felles refleksjon <ul style="list-style-type: none"> • Manglende ivaretagelse av taus kunnskap • Arbeidsmiljø som preges av motstand mot endring 	Arbeidsmiljø som gir rom for felles refleksjon og ivaretagelse av taus kunnskap <ul style="list-style-type: none"> • «Champions»/ kvalitetskoordinatorer • Arbeidsmiljø som er mottakelig for endring • Arbeidsmiljø preget av samspill og relasjoner • Ansatte får tilegne seg kompetanse knyttet til å lese og forstå kvalitetsdokumenter
Strukturelt syn på kunnskap	Prosessuelt og relasjonelt syn på kunnskap
Organisasjonskultur (eierskap til kunnskap)	Organisasjonskultur (kunnskap som et felles gode)
Individuell kunnskapstilegnelse	Teamstrukturer (erfaring og kunnskapsdeling)
	Kontroller og interne revisjoner
	Dialog mellom klinisk og administrativ sektor

Tabell nr. 3 Hemmere og fremmere ved implementering av kvalitetsdokumenter

Vi har kommet frem til noen faktorer som bidrar til å hemme og faktorer som bidrar til å fremme implementering av kvalitetsdokumenter. I våre forskningsspørsmål hadde vi fokus på ledelse, arbeidsmiljø samt modeller for overføring av individuell kunnskap til organisatorisk kunnskap. Vi ser at kunnskap som er nedfelt skriftlig er en viktig fremmer for implementeringsarbeidet, men at det kan være vanskelig for ansatte å finne frem i «jungelen» av informasjon. Et elektronisk kvalitetssystem som ledelsesverktøy i denne sammenhengen vurderes som nødvendig, men det forutsetter at ansatte får undervisning i å finne frem til, lese og forstå relevante kvalitetsdokumenter. Vi ser at det er en lederoppgave og «sile» informasjonen fordi ansatte i stor grad stoler på det som lederne presenterer som relevante kvalitetsdokumenter. At leder også legger til rette for praksisfellesskap som gir rom for refleksjon ser ut til å være en fremmer både for å forstå og for å implementere kvalitetsdokumenter og fagprosedyrer. Samtidig viser våre studier at det å sikre at noen, såkalte champions eller kvalitetskoordinatorer, som har mer kunnskap om det elektroniske verktøyet og kunnskap om hvor de relevante prosedyrene er å finne, er en viktig faktor for å fremme implementeringsarbeidet. Fra teori finner vi at det kan oppleves demotiverende for kunnskapsarbeidere når arbeidet blir for rutinebasert. Ledere som evner å gi rom for klinisk frihet og kreativitet ser ut til å kunne lykkes med å få kvalitetsdokumenter implementert fordi det viser at leder også har tiltro til de ansattes kompetanse. På samme måte kan dette bidra til at de ansatte får tillit til sin leder fordi de blir invitert til å bidra med sin kompetanse og kreativitet. Andre faktorer for å fremme implementering av kvalitetsdokumenter er tid og økonomi. Det «koster» å utarbeide kvalitetsdokumenter og det «koster» å implementere disse. Skal denne investeringen i neste omgang gi ønsket resultat, er det en viktig faktor at ansatte medvirker også i utformingen av kvalitetsdokumentene. Medvirkning ser ut til å være en nødvendig motivasjonsfaktor for kunnskapsarbeidere og kan i neste runde bidra til å hindre et arbeidsmiljø preget av motstand. Motstand mot endringer ser nettopp ut til å hemme implementering. Ansattes medvirkning ser også ut til å hindre et for stort sprik mellom de som utarbeider og de som skal anvende kvalitetsdokumentene.

En leder som har et virkelighetsbilde som innebærer at all kunnskap kan nedfelles skriftlig vil sannsynligvis konsentrere seg om å kvalitetssikre organisasjonens strukturkapital. Vi mener å kunne se av vår studie at det er vel så viktig å kvalitetssikre humankapitalen og relasjonskapitalen. Ut fra vår studie kan det se ut som at kunnskapsarbeidere har større tro på sine ledere og sine kollegaer enn på skriftliggjorte dokumenter. Vi kan også se at den mindre erfarne medarbeideren har mer tro på de med mer erfaring enn på strukturkapitalen. Å legge til rette for et arbeidsmiljø preget av praksisfellesskap, samspill og relasjoner ser ut til å være en av

de viktigste faktorene for å fremme implementering av kvalitetsdokumenter. Slik blir det også mulig å få tak på den tause kunnskapen som ligger til grunn for utarbeidelsen av de skriftlige dokumentene. I vår studie, og i andre studier vi har valgt å vise til, kommer det frem at team er en egnet modell for å sikre at kunnskap overføres fra individ til organisasjonsnivå. Kunnskap blir på denne måten et felles eie. Kunnskap som defineres som den enkeltes eie ser ut til å være en hemmer for implementering av kvalitetsdokumenter. Når et team utvikler og deler kunnskap mener vi å kunne si at team ser ut til å være en fremmer for implementering.

Målinger og kontroller av om kvalitetsdokumenter blir anvendt ser ut til å være en fremmer for implementering, men fra vår studie ser det ut som at reell implementering og forståelse av kvalitetsdokumenter skjer relasjonelt. Det ser imidlertid også ut til å være et sentralt moment i hvor stor grad leder greier å engasjere, motivere og overbevise om viktigheten av å anvende kvalitetsdokumenter.

6.2 Veien videre

Gjennom vår analyse trådte det fram et mønster som ga signaler om at vår problemstilling også ga mening for våre informanter. Gjennom intervju og dialog opplevde vi at de kom frem til en større bevissthet om hvorfor de gjorde som de gjorde i sine yrkesroller. Intervjuene og dialogen bidro videre til en bevissthet om kvalitetsdokumenter som verktøy i det daglige arbeidet. Vi har også reflektert over at det kan se ut som at mange av de faktorer som enten hemmer eller fremmer implementering av kvalitetsdokumenter, er de samme faktorene som en kunnskapsleder også ellers må ta hensyn til i sin lederrolle. En slik bevisstgjøring mener vi i neste omgang medvirker til kunnskapsutvikling i organisasjonen. Prosessen har gitt oss større og bedre forståelse for viktigheten av implementeringsarbeid. Dette har gitt oss større trygghet som kan ha overføringsverdi i det videre arbeidet med utarbeidelse og implementering av kvalitetsdokumenter, og ved det bidra til å lukke «spriket mellom liv og lære».

7. Litteraturliste

Allison, J.R., Blase, K. og Bowie, M.A. (2007): «*Implementing evidence-based practices: six «drivers» of success*. Research-to-Results 2007: 29

Andersen S.S. (1997): *Case-studier og generalisering. Forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget

Coghlan, D og Brannick, T. (2010) *Doing Action Research in your own Organization* (3. utg.). London: Sage.

Cummings, T.G., Worley,C.G. (2009) *Organization Development and change* (9.utg.) Mason, Ohio: West Publishing Company.

Busch, T. Dehlin, E. og Vanebo J.O. (2010) *Organisasjon og organisering* (6.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Busch, T. (2011) *Verdibasert ledelse i offentlige kunnskapsorganisasjoner*. I: Irgens, E.I. og Wennes, G.(red.). *Kunnskapsarbeid- om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget

Børve, H.,E. (2011) *Kunnskapsledelse i globale organisasjoner*. I: Irgens, E.I. og Wennes, G.(red.). *Kunnskapsarbeid- om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dehlin, E. (2011) *Klokskapens pragmatikk om kunnskapsleder rollen*. I: Irgens, E.I. og Wennes, G.(red.). *Kunnskapsarbeid- om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dreyfus, H. og S. (1999) *Mesterlære og eksperters læring*. I: Nielsen,K og Kvale,S (red.) *Mesterlære- læring som sosial praksis*. Oslo : Gyldendal ad Notam.

Everette, E.L., Furseth, I. (2012) *Masteroppgaven. Hvordan begynne og fullføre* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.

- Gottschalk, P. (2003): «Ledelse av intellektuell kapital» - kunnskapskapital gjennom ressursbasert strategi». Oslo Universitetsforlaget
- Grimsbø, R.E. (2000) *Personaladministrasjon. Teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Haave, P. (2012) *Foredrag på Soria Moria 27. mars 2012 i anledning 20-årsjubileet til Legeforeningens forskningsinstitutt*.
- Hislop, D. (2009) *Knowledge Management in Organization: A Critical Introduction (2.utg)*. Hampshire: Ashford Colour Press Ltd.
- Hoff, T., Lone, J.O. (2014) *Medarbeiderundersøkelser*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Irgens, E.I. (1998) *Vi drukner i informasjon*. Artikkel i «Personal» nr . 1/1998
- Irgens, E.I. (2006) *Nødvendig eller uansvarlig? I: Steinsholt, K. & Sommerro, H.(red.) Improvisasjon: kunsten å sette seg selv på spill*. Oslo: Damm.
- Irgens, E.I. (2007) *Profesjon og organisasjon. Å arbeide som profesjonsutdannet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Irgens, E.I. (2011) *Dynamiske og lærende organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget
- Irgens, E.I. og Wennes, G.(red.). (2011) *Kunnskapsarbeid- om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Johannessen, A., Tufte, P.A., Christoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (4.utg.)*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Killingmo, B. (1994) *Den psykoanalytiske behandlingsmetode*. Oslo Universitetsforlaget

Kvale, S. og Brinkman, S (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (19.2.2010) *Hvorfor retningslinjer må være basert på evidens*. Hentet 1.3.2015 fra www.kunnskapssenteret.no

Meland, S., I. (2015) «*Legers retningslinjer kan gjøre vondt verre*». Adresseavisen 06.05.15 s. 6

Mikalsen, F. (1998): *Organisasjonsanalyse*. Otta: Tano Aschehaug A/S

Molander, B. (1996) *Kunnskap i handling*. Göteborg: Bokförlaget Didalos AB.

Morgan, G. (1998) *Organisasjonsbilder: innføring i organisasjonsteori*. Oslo: Universitetsforlaget

Moslet, A.,B.,(2015) «*Kirurgene- Høies syndebukker?*» Verdens Gang 15.03.15 s. 34 og 35.

Nielsen, J.C.R., Repstad, P. (2006) *Når mauren også skal være ørn: Om å analysere sin egen organisasjon*.

Norsk Helseinformatikk (21.01.2014) *NEL arbeidsmedisin (elektronisk håndbok)* hentet 3.4.2015 fra www.amv.legehandboka.no

Nordhaug, O. (2002) *LMR Ledelse av Menneskelige Ressurser*. Oslo: Universitetsforlaget

Nyeng, F. (2010) *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Pettersen, I.,J. (2005): *Fra tempel til butikk. Den reformerte spesialisthelsetjenesten*. I: Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K. og Vanebo, J.O. (2005): *Modernisering av offentlig sektor – utfordringer, metoder og dilemmaer* (2. utg.). Oslo Universitetsforlaget

Rennemo, Ø. (2006) *Lever og lær. Aksjonsbasert utvikling i resultatorienterte organisasjoner*. Oslo, Universitetsforlaget

Roos, J. og Roos, G. (1998) *Intellektuell kapital: Den neste generasjonen*. Oslo: MAGMA
Econas tidsskrift for økonomi og ledelse

Sandvik, G., K., Stokke, K. og Nordtvedt, M., W. (2010) Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus hentet 25.2.15 fra www.sykepleien.no

Siggard Jensen, S., Mønsted, M. og Fejfer Olsen, S. (2004) *Viden, ledelse og kommunikation*. København: Samfunnslitteratur : Kap. 3.

Simons, H. (2009) *Case study. Research in Practice*. London: Sage.

Similä, J. O. og McCord, W. (2011). Ledelse av profesjoner. Ledelsesmessig kontroll versus profesjonell autonomi. I Irgens og Wennes (red). *Kunnskapsarbeid- om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.

Spørreundersøkelser (2000) *Standardavvikets betydning i analysen* hentet 1.6.2015 fra www.spørreundersøkelser.no

Stacey R., D. (2008) *Hvordan kunnskap vokser frem. Et kompleksitetsperspektiv på læring og kunnskapsutvikling*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Styhre, A. (2004) *Rethinking Knowledge: A Bergsonian Critique of the Notion of Tacit Knowledge*. British Journal of Management.

Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tiller, T. (red) (2004) *Aksjonsforskning i skole og utdanning*. Kristiansand S.: Høyskoleforlaget

Von Krogh, G., Ichijo, K & Nonaka, I. (2011) *Slik skapes kunnskap*. Oslo: N.W. Damm & Søn.

Wennes, G. (2006) Jakten på den avhengige variabel om kvantitative idealer i ledelsesforskning og case-studier som alternativ. I Nyeng, F og Wennes G.: *Tall tolkning og tvil – bak metodevalg i økonomi, ledelse og markedsføring*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag

Westeren, K., I. (2013) *Kunnskap og konkurransevne*. Bergen: Fagbokforlaget.

Liste over figurer:

Figur nr. 1: Oppbygging av masteravhandlingen

Figur nr. 2: Kommunikasjonsprosessen

Figur nr. 3: SEKI modellen. Fire faser i kunnskapsprosessen etter Nonaka og Takeuchi 1995.

Figur nr. 4: Grunntrekk ved kvalitativ og kvantitativ metode.

Figur nr. 5: Implementering av sentrale føringer ved St.Olavs

Figur nr. 6: Hos oss blir vi godt nok informert om de nye retningslinjer, prosedyrer og beslutninger som angår vår arbeidssituasjon.

Figur nr. 7: Hos oss blir nye retningslinjer/prosedyrer som er relevante for vår arbeidssituasjon, implementert og anvendt i vårt daglige arbeid.

Figur nr. 8: Hos oss legger leder til rette for at relevante retningslinjer/prosedyrer som skal implementeres blir gjennomarbeidet og forstått.

Figur nr. 9: I min enhet ivaretas høy faglig kvalitet

Figur nr.10: Oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser?

Figur nr. 11: Min nærmeste leder er flink til å informere om det som skjer i vår virksomhet

Figur nr. 12: Standardavvik i resultatene fra AMUS

Liste over tabeller:

Tabell nr. 1: Sammenligning av det strukturelle og det prosessuelle synet på kunnskap.

Tabell nr. 2: To perspektiver på kunnskapsledelse

Tabell nr. 3: Hemmere og fremmere ved implementering av kvalitetsdokumenter

St. Olavs Hospital
Universitetssykehuset i Trondheim

Fremragende behandling

Strategi 2015-2018

Fremragende behandling

Vår visjon er å tilby fremragende behandling til befolkningen i Midt-Norge. Det betyr at pasientene får den beste anbefalte behandlingen, utført av høyt kompetente medarbeidere som er kvalitets- og sikkerhetsbevisste. Alle pasienter og pårørende blir behandlet med respekt og opplever åpenhet og god kommunikasjon i møte med sykehuset.

Som universitetssykehus legger St. Olavs Hospital vekt på utdanning av profesjonelle, samfunnsbevisste og samhandlingsorienterte medarbeidere. Forskning og vitenskapelig dokumentasjon legges til grunn for virksomheten.

Våre hovedstrategier er kvalitetsforbedring gjennom:

- integrert universitetssykehus
- standardiserte pasientforløp
- optimal ressursbruk

Utfordringer

Befolkningsvekst, flere eldre, miljøfaktorer og ny medisinsk teknologi endrer behovet for helsetjenester. Økt antall pasienter og nye behandlingstilbud gir helsetjenesten mulighet til å gjøre mer for flere. Samtidig blir det mindre tilgang på arbeidskraft for å løse de forventede arbeidsoppgavene.

Mange pasienter opplever helsetjenesten som fragmentert. Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten henger ikke godt nok sammen og fremstår derfor ikke samlet.

For å møte utfordringene må det stilles økte krav til ledelse, organisering, samhandling, kompetanseplanlegging, kunnskapsbaserte prioriteringer og utnyttelse av ressursene.

Muligheter

Integrert universitetssykehus

St. Olavs Hospital har et av Europas mest moderne sykehusanlegg. Sykehuset er bygd integrert med Det medisinske fakultet ved NTNU, og her arbeider klinikere, forskere og studenter side om side. Det er dokumentert en sterk sammenheng mellom god forskning og god pasientbehandling. Målet er mer og bedre forskning og kortere vei fra ny kunnskap til forbedret klinisk praksis.

St. Olavs Hospital og Det medisinske fakultet ved NTNU skal definere felles ansvarsområder og etablere felles organisering på disse områdene. Det skal bidra til at en tett integrasjon får forventet effekt.

Psykiatrisenter skal bygges i samarbeid mellom universitet og sykehus. Det skal være moderne, fremtidsrettede og hensiktsmessige lokaler for psykisk helsevern både på Øya og på Østmarka.

St. Olavs Hospital jobber sammen med NTNU for å etablere en felles campus. Sykehuset vil at alle helse- og sosialutdanningene ved NTNU og HiST samles i et nytt helsefakultet på dette området. Målet er enda bedre helsefaglig utdanning og forskning, større kunnskap om organisasjon og samfunn, og utdanning som støtter opp under pasientenes behov.

For å møte helsetjenestens utfordringer innen organisering, logistikk og ventetider, inviterer universitetssykehuset til samarbeid med flere fagmiljø. Organisasjon, teknologi og økonomi blir viktige områder å ha med for å utvikle ny kunnskap og ferdigheter innen logistikk og ressursbruk i helsetjenesten.

Standardiserte pasientforløp

Summen av faglig kvalitet på behandlingen, pasientenes tilfredshet og hvordan sykehuset bruker ressursene på beste måte, gir fremragende behandling. Standardiserte pasientforløp er stammen i sykehusets forbedringsprogram, og redskapet for å utvikle, implementere, lede og måle kvaliteten i behandlingen. Moderne IKT-verktøy skal følge pasientforløpene og gi nødvendig informasjon om faglig kvalitet og ressursbruk.

Universitetssykehuset er den faglige motoren i Helse Midt-Norge. Derfor tar St. Olavs Hospital et spesielt ansvar for å utvikle og implementere standardiserte pasientforløp sammen med kommunehelsetjenesten og de øvrige sykehusene i regionen. Målet er at pasientene opplever én helsetjeneste som kommuniserer godt og deler informasjon på tvers av nivåene.

Optimal ressursbruk

De ansatte og deres kompetanse er sykehusets viktigste ressurs. Det er avgjørende at sykehuset er en utviklende og helsefremmende arbeidsplass, og at det drives langsiktig og helhetlig aktivitets- og bemanningsplanlegging. Kvalitet krever også god utnyttelse av driftsmidler og kapital. Sykehuset skal til enhver tid ha en optimal bygningsmessig struktur, med en god tilpasning av fagområder og virksomheter i hele foretaket.

Våre mål

- Fremragende behandling
- Forskning på høyt nivå
- Sterk på kompetanse
- Attraktiv arbeidsplass

Fremragende behandling

St. Olavs Hospital skal

- utvikle en forutsigbar pasientbehandling og sikre at pasientene får behandling på rett sted til rett tid gjennom implementering av standardiserte pasientforløp
- legge til rette for at pasienter og pårørende tar del i behandlingen og mestrer sin situasjon på en god måte
- evaluere og synliggjøre kvaliteten på tjenestene med oppmerksomhet på pasientsikkerhet og hvilken nytte det har for pasientene
- bidra til å utvikle et sammenhengende helsetilbud mellom kommuner og sykehus i hele regionen, og i øvrige deler av spesialisthelsetjenesten
- bidra til å kjøpe og implementere et nytt IKT-system som støtter alle deler av pasientforløpene
- ha korte ventetider og ingen fristbrudd
- utvikle, implementere og evaluere ny kunnskap og teknologi gjennom Regionalt senter for helsetjenesteutvikling.

Forskning på høyt nivå

St. Olavs Hospital skal

- utvikle samarbeid med NTNU og høyskolene for å bedre den kliniske kunnskapen
- utvikle metoder som bidrar til rask innføring av ny kunnskap i de standardiserte pasientforløpene
- ha betydelig forskningsaktivitet i egen regi
- være ledende og inkluderende innen pasientnær klinisk forskning regionalt
- levere pasientnær klinisk forskning på høyt internasjonalt nivå innen utvalgte områder

Sterk på kompetanse

St. Olavs Hospital skal

- legge til rette for kompetanseutvikling for å løse oppgavene med høy kvalitet
- utvikle et inkluderende miljø for pasientbehandling, forskning og utdanning
- utvikle sykehuset som en klinisk arena for utdanning

Attraktiv arbeidsplass

St. Olavs Hospital skal

- være en arbeidsplass preget av åpenhet og tverrfaglig samarbeid
- skape en arbeidskultur som støtter målet om å være fremragende på pasientbehandling
- ha synlige og ansvarlige ledere som arbeider mot felles mål
- ha fast ansatte i hele stillinger

- ha ansatte som tar ansvar og gis innflytelse i utviklingen av St. Olavs Hospital
- være en utviklende arbeidsplass hvor det er inspirerende å arbeide

Vårt verdigrunnlag er:

Trygghet, respekt og kvalitet

Helhet, likeverd og medbestemmelse skal
kjennetegne sykehusets kultur

Vedlegg 2: Intervjuguide

Det satses mye på kvalitetsarbeid, pasientsikkerhet og utvikling i vår organisasjon. Noe som i stor grad gjøres gjennom utarbeiding av nye kvalitetsdokumenter.

St. Olav har nylig gjennomført en arbeidsmiljøundersøkelse og en pasientsikkerhetskulturundersøkelse. I denne sammenhengen ble det også stilt spørsmål knyttet til implementering av kvalitetsdokumenter ved St Olavs. Spørsmålene omhandlet implementering knyttet til formidling av ny informasjon, tilrettelegging for implementering og anvendelse av kvalitetsdokumenter i det daglige arbeidet.

Fenomenet vi ønsker å se nærmere på er utfordringene knyttet til implementering av kvalitetsdokumentene. (prosedyrer, pasientforløp o.l.)

I intervjuet ønsker vi at du svarer på noen ferdig utarbeidede spørsmål knyttet til dette temaet samt evt. oppfølgingsspørsmål der det er naturlig.

- 1. Hva tenker du når du hører EQS?**
 - **Hva forbinder du med begrepet kvalitetsdokument?**
- 2. Hvordan og av hvem informeres du, på din enhet, om nye kvalitetsdokumenter som angår din arbeidssituasjon?**
- 3. Hva legger du i "implementering av kvalitetsdokumenter"?**
- 4. Hvordan anvendes nye kvalitetsdokumenter i det daglige arbeidet?**
- 5. På hvilken måte har leder en rolle i implementeringsarbeid? Bruk eksempler**
- 6. Hva legger du i begrepet kvalitet? Vær konkret**
- 7. Er implementering av kvalitetsdokumenter viktig for pasientsikkerhet?**
- 8. Hva tror du kan motivere medarbeidere til å ta i bruk kvalitetsdokumenter? Vær konkret**
- 9. Kan noe erstatte kvalitetsdokumenter - i så fall hva? Vær konkret**
- 10. Har arbeidsmiljø betydning for om kvalitetsdokumenter blir implementert og i så fall på hvilken måte? Bruk eksempler og vær konkret**

Vedlegg 3: Informasjon og samtykke vedlegg.

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

«Har arbeidsmiljøet betydning for kvalitet og pasientsikkerhet?»

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie som har til hensikt å undersøke utfordringene knyttet til implementering av kvalitetsdokumenter. Med kvalitetsdokumenter menes prosedyrer, pasientforløp og retningslinjer. Det satses mye på kvalitetsarbeid, pasientsikkerhet og utviklingsarbeid i vår organisasjon noe som i stor grad gjøres gjennom utarbeiding av nye kvalitetsdokumenter.

Målet med studien er å avdekke og prøve å forstå hvilke mekanismer som kan påvirke arbeidet med implementering av kvalitetsdokumenter.

Hva innebærer studien?

St. Olav har nylig gjennomført en arbeidsmiljøundersøkelse (heretter AMUS) og en pasientsikkerhetskulturundersøkelse. I AMUS ble det stilt spørsmål knyttet til implementering av kvalitetsdokumenter ved St Olavs. Studien har til hensikt å analysere resultatene fra AMUS og resultatene fra dybdeintervjuene. Intervjuene vil bli utført av masterstudent og varer i ca 1.time. Datamaterialet fra intervjuene vil bli transkribert og analysert.

Mulige fordeler og ulemper

Gjennom å delta på dette studiet, vil du være med å belyse et aktuelt tema på egen arbeidsplass, knyttet til implementering av kvalitetsdokumenter.

Å delta på denne studien vil kreve tid av arbeidsdagen din, en time er satt av til intervju.

Hva skjer med informasjonen du gir

Informasjonen som registreres i intervjuet med deg, skal kun brukes som beskrevet i hensikt med studien. Alle opplysninger blir behandlet konfidensielt. Lydfiler og utskrift av intervju vil bli slettet med en gang masteroppgaven er ferdig.

Ved en eventuell publisering av studien vil resultatene publisere på en slik måte at din identitet ikke kommer frem.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta , undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Katie Wikstrøm telefon 41121618 eller Cathrine Valla telefon 93420384.

Informasjon om utfallet av studien

Som deltager i studien har du rett til å få informasjon om resultatet av denne.

Samtykke til deltagelse i studien

Jeg ønsker å delta i studien

(Dato og signatur)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Dato og signatur)

Vedlegg 4: Forbedringsprogram 2014-2016

Dette dokumentet er et levende dokument, som utvikles i tråd med planer og evaluering. Det betyr at det hele tiden vil være under bearbeiding. De ulike delprosjektene har derfor kommet ulikt langt i konkretisering. Programmet settes i gang 1.1.2013.

Forbedringsprogram 2014-2016

«Bedre pasientbehandling, forskning og undervisning»

Innledning

De siste 20 år har antallet pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten økt betydelig. I 1990 ble 275 000 pasienter behandlet ved St. Olavs Hospital – enten poliklinisk eller som inneliggende pasienter. I 2000 var antallet 317 000, og i 2010 var tallet økt til over 409 000. Medregnet pasienter ved Orkdal sjukehus og i det psykiske helsevern, som nå er innlemmet i St Olavs Hospital, var antall behandlede pasienter i 2010 rundt 517 000.

I samme periode har andelen polikliniske konsultasjoner økt. Det betyr at relativt færre pasienter innlegges i dag for behandling som førte til innleggelse for 20 år siden. Dessuten er liggetiden redusert til det halve: mens gjennomsnittlig liggetid i 1990 var rundt 9 dager, ligger den i dag på rundt 4,5 dager.

Både diagnostisk utredning, medisinsk behandling og senere oppfølging foregår på andre måter i dag enn for 20 år siden. Flere oppgaver blir gjennomført, men på kortere tid, samtidig som kompleksiteten i diagnostikk og behandling har økt. Denne utviklingen krever et tett samarbeid mellom ulike medisinske spesialiteter og mellom ulike profesjoner. Utviklingen stiller også store krav til samarbeid på tvers av klinikker og avdelinger. I tillegg krever Samhandlingsreformen et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og det forventes at kommunehelsetjenesten tar hånd om en rekke oppgaver som tidligere ble utført av spesialisthelsetjenesten.

Raske endringer i arbeidsmåter og i arbeidsdeling gjør at man må bli flinkere til å vurdere hensiktsmessigheten av de løsningene som velges. Endringer betyr også at helsepersonell må innstille seg på organisatoriske endringer. For å sikre ønsket effekt, skal det systematiske HMSarbeidet være en integrert del av arbeidsprosessene.

Den viktigste grunnen til raske endringer i spesialisthelsetjenesten er innføringen av mer effektive metoder i diagnostikk og behandling. Denne trenden forventes å fortsette, og kan til og med forsterkes. Mye dreier seg om implementering av avansert teknologi som gjør at pasienter kan undersøkes og behandles uten å være innlagt på sykehus. Det kan for eksempel være nye non-invasive eller mindre invasive metoder som ofte medfører færre komplikasjoner og mindre bivirkninger enn tidligere metoder.

Nye metoder må testes ut før de innføres i klinisk praksis. I dag foregår mye av den kliniske forskningen i samarbeid mellom helsepersonell og de teknologiske forskningsmiljøene, som enten er ved universitetene eller i den industrien som utvikler nye metoder. Det er viktig at helsetjenesten forsterker sitt bidrag og øker sitt engasjement i denne type forskning, og det er

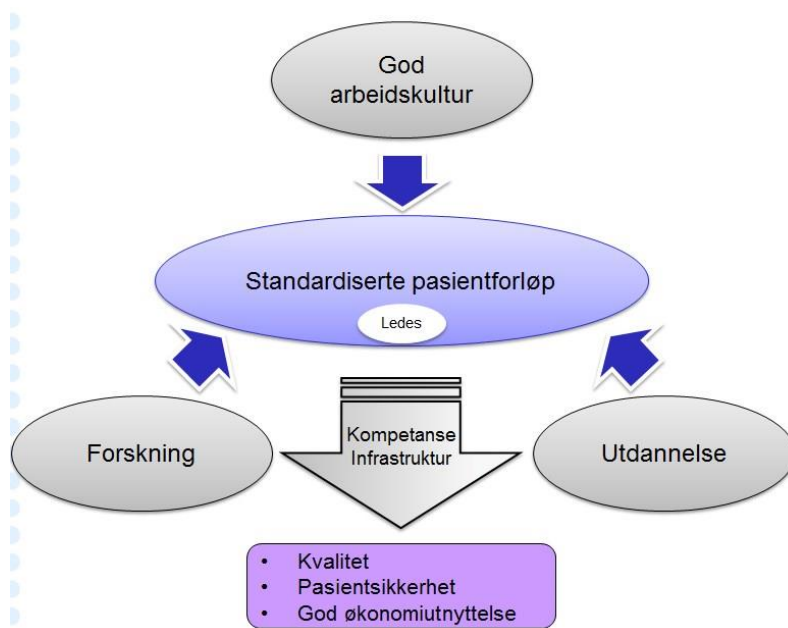
spesielt viktig at kliniske forskere engasjerer seg i evalueringen av nye tiltak og metoder som vurderes innført i klinisk praksis.

For at ledelsen i sykehuset skal kunne prioritere på en kvalifisert måte, må kunnskapsgrunnlaget som understøtter beslutningene være best mulig. Derfor er det vesentlig at kunnskapen og kompetansen som trengs for å understøtte krevende beslutninger faktisk er tilgjengelig i helseforetaket, og kan brukes både lokalt og regionalt. De raske endringene i spesialisthelsetjenesten stiller også krav om økt kunnskap blant de ansatte. Ved siden av å styrke grunnutdanningen er det et stort behov for bedre etter- og videreutdanning. Dette er oppgaver som hviler på høgskolene og universitetene, men sykehusene har også et ansvar for å holde sine ansatte oppdatert. Derfor vil det legges økt vekt på kompetansebygging innenfor spesialisthelsetjenesten. De raske endringene krever økt kunnskap som ikke minst kan bli verdifull for pasientene som får økt kvalitet og trygghet i alle ledd i behandlingen.

Til tross for nye metoder innen diagnostikk, behandling og oppfølging, er det altfor ofte slik at ny kunnskap ikke blir implementert på en hensiktsmessig og god måte. En systematisk og forutsigbar implementering av ny kunnskap i sykehuset er derfor en viktig målsetting. Samtidig må innføring av nye tiltak kombineres med en nøyaktig beskrivelse av hvordan tiltakene skal kvalitetssikres, slik at pasientsikkerheten økes, og uheldige hendelser kan forebygges.

Det har vist seg at effekten av tiltak som måles i kontrollerte studier som oftest er bedre enn effekten som kan påvises i kliniske observasjons-studier. Mye tyder på at pasienter som blir inkludert i kontrollerte studier er sterkt selektert, og dermed ikke representative for alle pasienter som får den aktuelle behandlingen. Som ledd i forbedringsprogrammet ønsker vi derfor å implementere ny kunnskap ved å utvikle "standardiserte pasientforløp".

Vi vil ta lærdom av erfaringene med klinisk kontrollerte studier, og følge pasientforløpene på en systematisk måte. Samtidig skal de standardiserte pasientforløpene være gjenstand for regelmessig revisjon som sikrer at de er i pakt med aktuell og ny kunnskap. De standardiserte pasientforløp, og hvordan de skal utvikles og beskrives, vil derfor stå helt sentralt i forbedringsprogrammet (se figur nedenfor).



I forbedringsprogrammet skal de standardiserte pasientforløpene støttes av en rekke tiltak. Det må først og fremst utvikles en pasienttilpasset beskrivelse av pasientforløpene som skal gjøres lett tilgjengelig for pasientene. Dermed kan pasientene få et godt og forutsigbart inntrykk av hva som venter dem i sykehuset. Hensikten er å øke pasientenes kunnskap om utredningen og behandlingen, og samtidig gi økt trygghet. Et annet støttetiltak vil være å sikre seg mot uheldige hendelser knyttet til sykehusoppholdet. Dessuten må personalets kompetanse heves, og sykehuset vil gi opplæring som særlig skal styrke de standardiserte pasientforløp. Det er også nødvendig å klargjøre hvordan ansvar bedre skal fordeles gjennom pasientforløpene, og hvordan den faglige ledelsen kan styrkes.

Det er en forutsetning at effekten av forbedringsprogrammet skal kunne dokumenteres. Både planlegging, gjennomføring og evaluering av nye tiltak ved sykehuset krever metodekompetanse, infrastruktur og gjennomføringsevne. Det vil hele tiden være behov for å sikre beslutningsgrunnlaget før nye tiltak igangsettes og å evaluere om tiltakene har den ønskede effekt. Derfor vil sykehuset etablere et regionalt senter for helsetjenesteutvikling, med kompetanse innenfor logistikk, implementering og evaluering. Dette senteret skal understøtte de ulike elementene som inngår i forbedringsprogrammet, og være delaktig i evalueringen.

Universitetssykehuset har også ansvar for å planlegge og gjennomføre klinisk kontrollerte studier. Slike studier vil bidra til ny kunnskap og danne grunnlag for

endringer/forbedringer av nasjonale handlingsprogram som igjen vil påvirke og endre de standardiserte pasientforløp. For å kunne gjennomføre denne typen forskning må sykehuset utvikle en god og nødvendig infrastruktur for slike studier.

Elektive pasienter versus øyeblikkelig hjelp

I offentlige sykehus vil en relativt stor andel av innleggelsene skyldes øyeblikkelig hjelp, og slike pasienter vil ofte behandles på en annen måte enn elektive pasienter, hvor forløpet kan planlegges på en langt mer forutsigbar måte. Ikke desto mindre må det også finnes standardiserte planer for å håndtere øyeblikkelig hjelp, og det er viktig at man i utarbeidelsen av de standardiserte forløp tar høyde for skillet mellom elektive pasienter og pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp.

«Regionale» pasienter

Hensikten med den regionaliserte helsetjenesten er at pasientene skal få så hensiktsmessig behandling som mulig, og i mange tilfeller er det aktuelt å henvise pasienter fra lokal- sykehus til regionalt nivå. Tilsvarende vil det ofte være aktuelt å henvise pasienten tilbake til det opprinnelige nivå etter at behandlingen på det regionale nivå er avsluttet. Det er mange eksempler på at pasienter sendes mellom sykehusene, men det gjelder i særlig grad der behovet for meget spesialisert kompetanse er til stede. Det kan for eksempel dreie seg om sjeldne tilstander hos barn, eller det kan være tilstander hvor spesielt krevende invasiv behandling (kardiologi, nevrokirurgi) er aktuelt. Derfor er det også nødvendig at det regionale perspektivet behandles grundig i utarbeidelsen av standardiserte pasientforløp.

Forbedringsprogrammet 2014-2016

I det følgende beskriver vi en plan for hvordan virksomheten ved St Olavs Hospital kan forbedres ytterligere. I forbedringsprogrammet pekes det på oppgaver som St Olavs Hospital spesielt vil prioritere og avsette ressurser til i 2014-2016. Samtidig vil det foregå andre utviklingsprosjekter ved siden av den virksomheten som vektlegges i dette dokumentet.

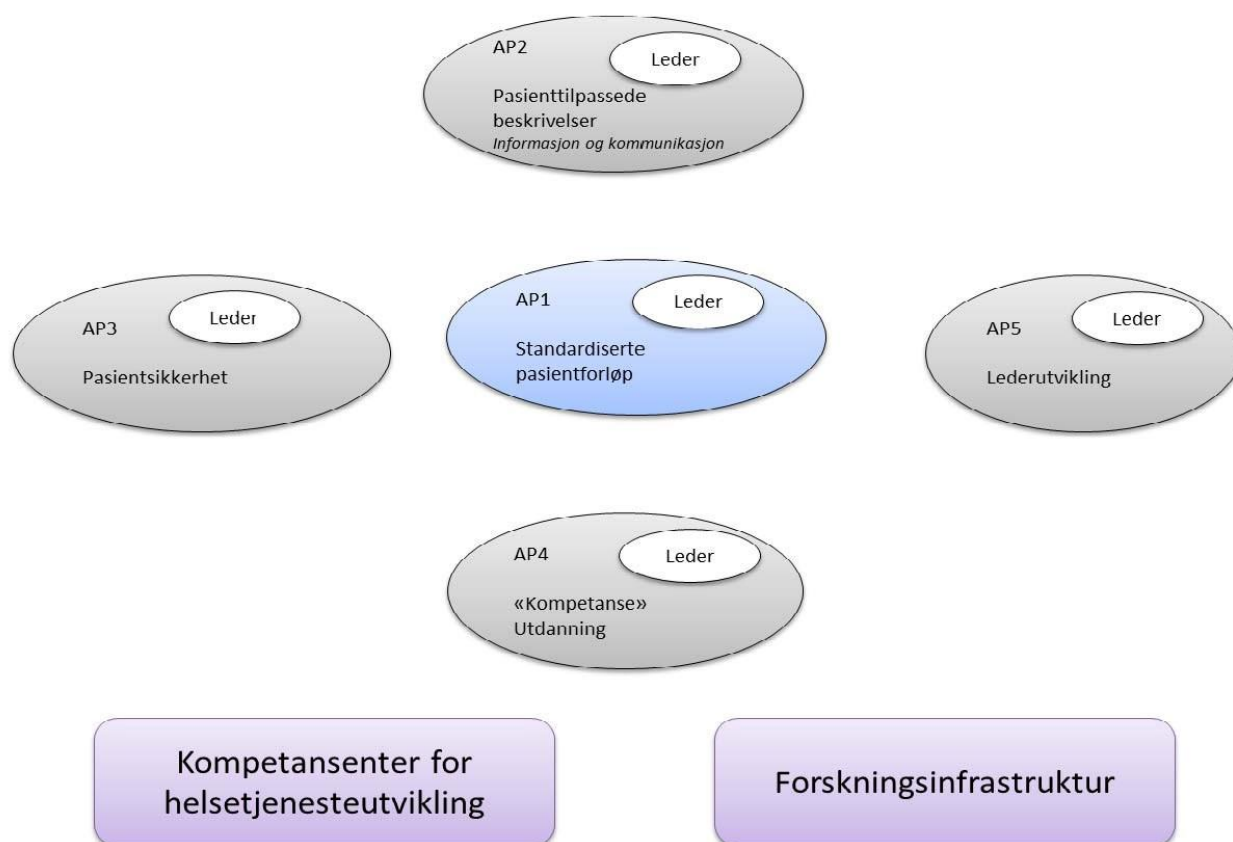
Det er et overordnet mål at forbedringsprogrammet skal utgjøre en forskjell for pasientene, og at kvaliteten på hvordan pasientene møtes i sykehuset skal styrkes i alle faser av pasientbehandlingen, fra den diagnostiske utredningsfasen til pasienten følges opp i samarbeid med primærhelsetjenesten etter avsluttet sykehusopphold.

Forbedringsprogrammet vil bli organisert rundt det vi kaller standardiserte pasientforløp. Pasientforløpene vil stå helt sentralt og utgjøre "navet" i programmet. For å utvikle slike standardiserte pasientforløp trenger vi en spesifisert metodisk tilnærming hvor målet er å gi en konkret beskrivelse av typiske og representative pasientforløp på en måte som kan gi stor praktisk nytteverdi. Målsettingen er at forløpene skal ta i bruk den mest oppdaterte kunnskap innenfor de aktuelle fagfelt, og dekke ulike faser, inkludert utredning/diagnostikk, behandling og videre forløp. Forløpene vil blant annet illustrere

behovet for et tett samarbeid på tvers av avdelingene i sykehuset, og de skal også vise grenseflaten mellom sykehus og primærhelsetjeneste, og hvordan et optimalt samarbeid bør organiseres.

For å understøtte arbeidet med de standardiserte pasientforløpene skal programmet inneholde atskilte arbeidsoppgaver som vi har gitt betegnelsen "arbeidspakker" (jfr EUsøknadenes "work packages"). De standardiserte pasientforløpene er plassert i sentrum, og skal være «navet» i forbedringsprogrammet som de andre arbeidsgruppene skal forholde seg til. Det skal også lages en pasienttilpasset beskrivelse (arbeidspakke 2) av hvert standardisert pasientforløp som skal gi den enkelte pasient et forståelig og forutsigbart bilde av hva de kan forvente seg, og en beskrivelse av hva som kommer til å skje på sykehuset. I arbeidspakke 3 skal det lages en analyse av pasientsikkerhet, inklusive registrering av uheldige hendelser, og det skal legges en plan for forebygging av slike hendelser. En fjerde arbeidspakke skal omfatte en analyse av behovet for ny kunnskap som er nødvendig for at pasientforløpene skal kunne gjennomføres, og en plan for opplæring av sykehuspersonell for at planen kan gjennomføres på best mulig måte. Den femte arbeidspakken skal dreie seg om lederutvikling med særlig vekt på fordelingen av faglig ansvar gjennom de standardiserte pasientforløp.

Figur Arbeidspakker



I tillegg til arbeidspakkene skal det lages en plan for hvordan de standardiserte pasientforløpene kan evalueres. Formålet skal være å legge til rette for en kontinuerlig og målbar evaluering av de ulike pasientforløpene. Dette skal primært være en oppgave som tillegges det planlagte kompetansesenteret for helsetjenesteutvikling og ledes av forbedringsprogrammets styringsgruppe. Forbedringsprogrammet krever også en omfattende satsning på kommunikasjon, så vel innenfor sykehuset som utad, mot pasientene, og mot storsamfunnet.

Hver arbeidspakke skal inneholde et overordnet mål og ett eller flere delmål. Det utarbeides en detaljert metodebeskrivelse av hvordan de aktuelle målene kan nås, hvilke tiltak som er nødvendige og en tidslinje for når de ulike elementene i programmet kan implementeres i praksis. Effektmålene som velges skal være tydelige og enkelt målbare slik at fortolkningen av de enkelte pasientforløp blir så entydige som mulig. I mange tilfeller vil det være nødvendig med et samarbeid på tvers av arbeidspakkene. Derfor må prosjektet ses som en helhet, og det må legges vekt på koordinering og tett samarbeid mellom de ulike arbeidsgruppene gjennom hele prosjektperioden.

Det er viktig med en fortløpende evaluering av arbeidet, slik at oppgavene i de ulike arbeidspakkene kan revideres etter behov. I tillegg er det aktuelt å gjennomføre en helhetlig midtveisevaluering etter halvannet år hvor hovedmål og delmål kan justeres dersom det anses nødvendig.

Hver arbeidspakke skal ha en faglig leder og en «generalsekretær» som er ansvarlig for framdriften av arbeidet. Hver arbeidspakke vil bemannes med omkring seks personer som rekrutteres blant klinikksjefene og relevante fagmiljøer ved St Olavs Hospital. Dersom det er hensiktsmessig, bør man også trekke inn kompetanse fra NTNU og andre relevante samarbeidspartnere. For å sikre framdrift i hele prosjektet og i hver arbeidspakke vil det bli avsatt ressurser i nødvendig omfang til lederstøtte i form av metodehjelp, sekretærfunksjon, samt ko-ordinerings- og logistikkompetanse.

Lederne for arbeidspakkene rapporterer til viseadministrerende direktør som har det overordnede ansvar for forbedringsprogrammet, og lederne for arbeidspakkene inngår i et samlet lederråd for prosjektet.

Kommunehelsetjenesten/primærhelsetjenesten

I første omgang rettes oppmerksomheten mot det som skjer innenfor sykehuset, men på sikt er det nødvendig å favne bredere. Derfor vil kommunehelsetjenesten etter hvert involveres i langt sterkere grad enn dette dokumentet beskriver.

Arbeidspakke 1: Utvikling, implementering og evaluering av standardiserte pasientforløp

Leder: Klinikksjef Jo-Åsmund Lund

En beskrivelse av standardiserte pasientforløp skal sikre et forutsigbart, godt planlagt og vitenskapelig underbygget behandlingsforløp for den enkelte pasient. Hvert element i behandlingsforløpet skal i den grad det er mulig ta utgangspunkt i nasjonale retningslinjer (veiledere eller andre standarder) for utredning og behandling og/eller den vitenskapelige dokumenterte kunnskapsfronten for den aktuelle sykdommen. I beskrivelsen av de standardiserte pasientforløpene er det viktig å inkludere alle elementene/delene; fra pasientens første møte med fastlegen, møte (poliklinikk eller innleggelse) med spesialisthelsetjenesten (både som øyeblikkelig hjelp og elektivt) og videre oppfølging i primærhelsetjenesten. Dersom et regionalt samarbeid er aktuelt, er det også viktig å beskrive hvordan det regionale samarbeidet bør foregå.

For å lette forståelsen av hvordan pasientforløpene er tenkt organisert, er det viktig at de beskrives på en systematisk og samordnet måte. Derfor bør det utvikles en grunnleggende felles mal for alle forløpene, men på en slik måte at det er mulig å legge inn tilpasninger som tar hensyn til spesielle diagnoser og typer av intervensjon som kan være aktuelle.

Forløpene skal beskrives langs en forventet tidslinje som vil gi en overordnet og lett forståelig oversikt, og som i tillegg gjør det mulig å følge hver enkelt pasient gjennom forløpet.

Beskrivelsen av forløpene skal være såpass detaljert at innholdet i hver enkelt fase blir tydelig, og at det framgår hvilken fagkompetanse og hvilke ressurser som er nødvendig.

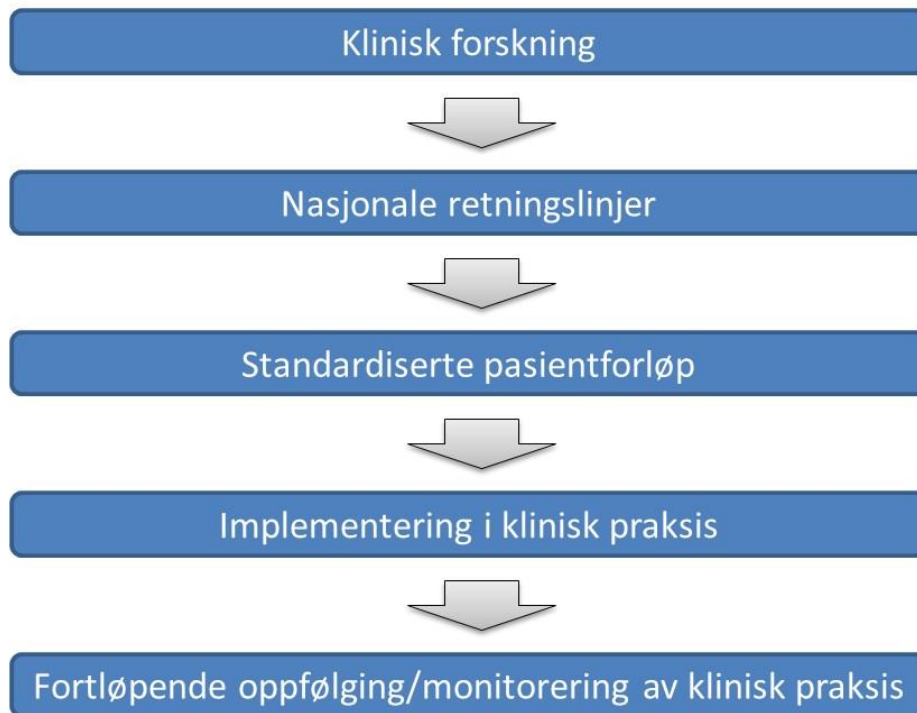
Selv om dette forbedringsprogrammet er ment for St. Olavs Hospital er det ingen ting i veien for at andre helseforetak i regionen også kan dra nytte av de verktøyene som skal utvikles. Det bør dessuten lages spesielle regionale forløp for sykdomsgrupper der dette er hensiktsmessig.

På sikt kan det bli aktuelt at St. Olavs Hospital tar initiativ til et utvidet samarbeid med relevans for forbedringsprogrammet, først og fremst på regionalt nivå, men samarbeid med andre helseforetak utenfor regionen kan være aktuelt.

Metoder og omfang

For at de standardiserte pasientforløpene skal ha noen praktisk hensikt, må de være av høy faglig kvalitet. Det er viktig at implementeringen i klinisk arbeid foregår på en systematisk måte, med kontinuerlig monitorering og evaluering, slik at det kan foretas nødvendige justeringer og endringer (se figur nedenfor). I dette arbeidet er det viktig å ha spesielt dedikerte personer («implementeringsagenter») som kan sørge for at planene blir satt ut i livet og fulgt på en god måte.

Utvikling, implementering og monitorering av de standardiserte pasientforløpene



Utvikling

I beskrivelsen av standardiserte pasientforløp skal det tas utgangspunkt i dagens praksis. Det må vurderes nøye om de aktuelle sykdomsforløp foregår på en optimal måte, eller om det er nødvendig med justeringer eller med store endringer. I prosessen er det nødvendig å skaffe kunnskap om praksis ved andre sykehus, blant annet gjennom litteratursøk/nettsøk. De ulike pasientforløp inneholder forskjellige elementer (for eksempel kirurgi, billeddiagnostikk, medikamentell behandling etc) som det må tas hensyn til for den enkelte sykdomsgruppe. (Se vedlegg 1 for mer detaljert beskrivelse av metoder).

Hver fase i et sammensatt forløp skal spesifiseres med tidsangivelser, og det skal også vurderes hvilke elementer i forløpet som bør evalueres fortløpende slik at eventuelle justeringer kan foretas og tilpasses den enkelte pasients sykdomsforløp.

Hvert pasientforløp vil bestå av ulike og avgrensede deler som gjør at ansvaret for de ulike delene må fordeles på en naturlig måte. For eksempel kan det være hensiktsmessig at ansvaret for diagnostiske prosedyrer, medisinsk behandling og oppfølging av pasienten

fordeles mellom ulike fagpersoner, på en slik måte at det er helt klart hvem som til en hver tid er ansvarlig for den aktuelle del av pasientforløpet.

Basert på erfaringer og resultater fra forbedringsprogrammet 2013, vil det bli arbeidet med standardiserte pasientforløp i tre hovedkategorier:

1. Standardiserte pasientforløp som allerede er utviklet vil videreutvikles og nye elementer vil bli implementert.
2. Standardiserte pasientforløp som tidligere er utviklet med helt andre metoder enn den som brukes i dette forbedringsprogrammet, må revurderes og revideres.
3. Nye prioriterte diagnoseområder som tidligere ikke er bearbeidet på denne måten skal beskrives som standardiserte pasientforløp.

Pasientforløpene skal spesifiseres etter en nokså detaljert tidslinje, hvor det er arbeidsgruppens oppgave å spesifisere detaljeringsnivået. Det skal også spesifiseres hvem som har pasientansvaret til enhver tid i forløpet (behandlende lege eller annet helsepersonell), og hvorvidt dette ansvaret skifter gjennom forløpet. Dette prinsippet er eksemplifisert i Figur 3a.

Figur 3A



Figuren viser at en diagnose kan føre til flere ulike forløp. Hvert forløp skal ha en ansvarlig fagperson, og fortrinnsvis være den som også leder det tverrfaglige teamet for den aktuelle diagnosen. Som oftest vil flere fagpersoner være involvert, enten samtidig eller i "serie". Hvem disse fagpersonene skal være og hvilke oppgaver de skal ha, må spesifiseres. De bør organiseres i tverrfaglige team hvor en leder har ansvar for at den aktuelle fasen i forløpet (delforløpet) gjennomføres, og at tilstrekkelige ressurser tilgjengelig, og at forløpet oppdateres etter behov.

Implementering

Etter at forløpene er utviklet og godkjent av sykehuset (se vedlegg 3, godkjenningprosedyre), skal de implementeres i klinisk praksis. For at forløpet skal være vellykket og gi en god flyt for pasientene, må alle elementene være implementert og fulgt etter plan, nødvendige ressurser må være på plass og alle involverte personer må være kjent med forløpet. For å sikre implementering må nøkkelpersonene gå gjennom en systematisk opplæring (se arbeidspakke 4 «Kompetanse») og en egen informasjons- og

kommunikasjonsplan skal utvikles med pasienter, helsepersonell og befolkning som målgrupper (se vedlegg «Kommunikasjonsplan»).

Oppfølging/monitorering

«Flyten» av pasienter gjennom forløpene vil bli fulgt med et eget dataprogram som vil være en del av EPJ på sykehuset. Gjennom denne rapporteringen vil man vite til enhver tid hvor pasientene er i forløpet. I tillegg til tidsvariabelen vil man registrere resultater av utredning og behandling, hvilken utredning og behandling som er utført samt uønskede hendelser.

Plan for gjennomføring

I denne planen er det per dags dato bestemt hvilke forløp som skal «justeres» etter ny, modifisert metode (se vedlegg xx). I løpet av ett år skal alle disse forløpene være utviklet, godkjent, implementert og en prospektiv oppfølging skal være igangsatt. Arbeidet vil bli organisert slik at nye forløp vil bli utviklet sekvensielt (se tabell xx). Første kvartal 2014 vil bli benyttet til å bestemme hvilke forløp som skal prioriteres i sekvens 1 med oppstart omkring 1.4.14.

Etter at forløpene er godkjent skal selve implementeringen foregå etter en standardisert plan

(se vedlegg xx, implementeringsplan) (stikkord her er ledelse, oppfølging, forbedringsprogramgruppa, oppfølging av forløpsagenter etc.).

En vellykket implementering vil være avhengig av en kontinuerlig oppfølging i «den spisse enden» - det vil si der pasientene til enhver tid befinner seg (for eks poliklinikk, sengeområde, operasjonsstue etc.) Hovedansvar for implementeringen av hvert forløp vil ligge hos den som har et overordnet ansvar (også leder av tverrfaglig team), men implementeringen vil støttes av fagpersoner som har gjennomgått den spesielle opplæringen som er utviklet innenfor rammen av to andre arbeidspakker (se A-P 4 og A-P 5).

Framdrift standardiserte pasientforløp



Mål og effektparametre

Hovedmålsettingen med de standardiserte pasientforløpene er å øke behandlingskvaliteten slik at den ligger på et høyt internasjonalt nivå (dette er sluttendepunkt/sluttindikator). Sluttendepunkter vil variere mellom diagnoser (for eksempel kurasjonsrater, levetid, funksjonsnivå, symptomlindring etc.), og vil derfor defineres for hvert forløp. Samtidig vil hvert forløp ha ulike delmål som defineres ut fra bestemte indikatorer (effekt mål). Delmålene kan generelt sett deles opp i følgende hovedområder:

- Tids(variabler i hvert forløp)
- Mellomliggende variabler (for eksempel flaskehals, behandlingssted)
- Prosessvariabler (for eksempel antall utviklede forløp, implementeringssuksess etc.)
- Uønskede hendelser / bivirkninger (se AP3)
- Implementeringsvariabler (mål på vellykket bruk)
- Kompetansevariabler (se AP4 og AP5, eksempel antall kompetente personer, nivå på kompetanse etc.)

Flere av disse variablene bør være generiske, med andre ord bli målt i alle forløpene, mens andre variabler må bestemmes av den enkelte diagnose / forløp.

All informasjon skal samles i en elektronisk database. Data skal være kategorisert, og det skal være mulig å innhente informasjonen som skal brukes på en enkel måte.

Personell i arbeidspakken:

I Arbeidspakke 1 vil deltakerne ha to typer kompetanse. Det er nødvendig med "kjernekompetanse", det vil si personer som kjenner metoden og som kan bidra til at prosessen går etter intensjonen. I tillegg er det avgjørende å ha med fagpersoner med spesifikk substanskunnskap om den enkelte sykdom. Mens den første kategorien er kjernepersonell som kan bidra med generell rådgivning for ulike pasientforløp, skal den andre kategorien bidra med spisskompetanse som gjelder spesifikke pasientforløp, og oppnevnes via klinikkjefer på bakgrunn av sin spesielle faglige kompetanse.

Arbeidspakke 2: Pasienttilpasset beskrivelse av standardiserte pasientforløp

Leder: Klinikksjef Mette Bratt

Et godt behandlingsforløp krever god pasientinformasjon, og hovedhensikten med denne arbeidspakken er å bedre informasjonen til pasientene og kommunikasjonen mellom pasienten og sykehuset. Arbeidspakken skal også ivareta generell informasjon og kommunikasjon til samfunnet, og spesielt mot beslutningstagere lokalt, regionalt og nasjonalt.

For å oppnå god kvalitet på pasientforløpene bør man utvikle en felles mal for all pasientinformasjon. Informasjonen bør primært ligge på web eller andre digitale medier for å kunne gjøre andre nødvendige opprettinger når elementer i forløpene endres. I denne AP'en skal man vurdere i hvilken grad det er nødvendig å ha pasientinformasjon på papirformat. Ved å ha en standardisert mal for informasjon, blant annet med felles lay-out, vil det komme klart fram at dette er «St. Olavs-kvalitet» på innholdet.

Ved at pasientforløpene (jfr arbeidspakke 1) også gjøres tilgjengelige i en pasienttilpasset versjon kan det gi pasientene mer forutsigbarhet – de vil vite hva som venter dem i sykehuset. Dette kan også gi økt trygghet og et bedre behandlingsresultat. Det kan påvirke forholdet mellom pasient og behandler på en gunstig måte, og gi pasientene større forutsetninger for å forstå hvilke prosesser de er en del av på sykehuset. Dette vil også bidra til at de kan forstå hensikten med utredningen og behandlingen på en bedre måte, og kanskje spille en mer aktiv og konstruktiv rolle i håndteringen av sitt eget sykdomsforløp.

Kvaliteten på pasientens møte med sykehuset – enten på nett, gjennom skriftlig kommunikasjon, ved personlig møte med helsepersonell eller på andre måter, kan være av stor betydning for behandlingsresultatet for den enkelte. For forbedringsprogrammet blir det en viktig oppgave å sørge for at pasientene møtes på en optimal måte, og at de ulike avdelingene får en felles tilnærming til dette.

Med dagens kommunikasjonsteknologi er det grunn til å forvente at mye av framtidens kommunikasjon mellom sykehus og pasienter vil skje elektronisk. Som ledd i denne arbeidspakken bør vi bidra til denne utviklingen for å sikre at kontakten mellom pasient og sykehus blir så god som mulig.

Pasienter har i dag lovpålagte rettigheter som blant annet krever at de blir godt informert og at de skal tas med på råd i beslutninger om behandling. Det er for eksempel et krav at pasientene til enhver tid skal vite hvem som er deres kontaktperson på sykehuset. De skal dessuten informeres om hva som kommer til å skje i løpet av forløpet, både med hensyn til innhold og tidslinje. Det inkluderer både utredning/diagnostikk, behandling, oppfølging og senere kontroller av sykdomsforløp og status.

Det er viktig at pasientforløpene som utarbeides kan danne et godt grunnlag for pasientens møte med sykehuset, slik at mye av den utrygghet som mange pasienter ofte vil føle, til en viss grad kan forebygges gjennom tydelig og god informasjon om hva de kan forvente seg.

I denne arbeidspakken er det derfor nødvendig å lage en pasienttilpasset versjon av de standardiserte pasientforløpene som er beregnet på helsepersonell. Det krever et tett samarbeid og en viss grad av overlapping med arbeidet som foregår under Arbeidspakke 1.

Mål

«Pasientens forløp» skal bidra til god informasjon til pasientene og kommunikasjon mellom pasientene og sykehuset.

Metode

Det vil bli utviklet og implementert nett (web basert) pasienttilpassede standardiserte pasientforløp.

Metoden vil være en forlengelse av den som brukes i utarbeidelsen av standardiserte pasientforløp (Se vedlegg 2 for en mer detaljert beskrivelse av metoder). Den viktigste forskjellen er at denne delen av arbeidspakken skal inneholde informasjon som er tilpasset den enkelte pasient, og informasjonen må være så konkret og realistisk som mulig. For at kvaliteten på denne arbeidspakken skal bli best mulig, vil pasienter og representanter for pasientorganisasjoner delta i arbeidet.

Forløpene vil bli utviklet på en digital plattform. Form og innhold vil bli grunnleggende standardisert og tidspunktsbasert. Det vil også være nødvendig å tilpasse form og innhold for hver enkelt pasientgruppe. Det vil bli benyttet en aksjonsforskningsmetode som innebærer at man etter at man har utviklet et visst antall forløp (3-5), vil foreta en evaluering av disse. Basert på resultatene vil nødvendige endringer bli foretatt.

Tidsplan

I	Utvikling av IT mal for bruk på WEB	0-3 måneder
II	Utvikling av 3 forløp og revideringer	3-6 måneder
III	Utvikling av x-antall forløp og implementering/ Offentliggjøring av disse	6-24 måneder
IV	Evaluering og fortløpende revisjon	12-36 måneder

Effektmål

Hovedmålet med pasientens forløp kan måles innen følgende hovedområder:

- Antall nedlastinger per forløp
- Pasientenes informasjonsnivå
- Pasientenes tilfredshet (må utvikle en egen metodikk)
- Antall pasienter møtt/ikke møtt til polikliniske konsultasjoner

Arbeidspakke 3: Pasientsikkerhet og forebygging av uheldige hendelser

Leder: Klinikksjef Hilde Pleym

Alle sykehus vil oppleve at pasienter utsettes for uønskede og uheldige hendelser. Det kan skyldes bivirkninger ved behandlingen eller ved den teknologien som anvendes, men ofte vil det skyldes personlige feil utført av helsepersonell.

En viktig del av denne arbeidspakken blir å bringe ansvaret for pasientsikkerheten inn i de standardiserte pasientforløpene (AP-1). Derfor må arbeidet med disse to arbeidspakkene koordineres og delvis integreres. I tillegg skal det legges en plan for hvordan uheldige hendelser kan registreres slik at man får et pålitelig bilde av forekomsten av uønskede hendelser. De aktuelle hendelsene bør inndeles i naturlig atskilte kategorier, for eksempel bivirkninger av behandling, skader påført av diagnostisk eller annen teknologi som brukes i pasientbehandlingen, eller personlige feil utført av helsepersonell. Tilsvarende vil det være naturlig å foreta en gradering av hvor alvorlig hendelsen er, og hvilke konsekvenser den har hatt og kan få for pasienten. I analysen bør det også foretas en mer detaljert årsaksvurdering av hvorfor/hvordan hendelsene kunne oppstå. På dette grunnlaget forventes det at gruppen utarbeider en overordnet strategi for hvordan ulike kategorier uønskede hendelser kan forebygges, og at det fremmes en plan som inneholder konkrete tiltak som man mener vil fremme den foreslåtte forebyggende strategien.

De standardiserte pasientforløpene skal lages på en slik måte at det relativt lett kan gjøres en prospektiv oppfølging. Uheldige hendelser vil derfor inngå som en naturlig del av denne oppfølgingen, og inngå i den elektroniske pasientjournal.

En undersøkelse fra 2010 ved alle norske helseforetak indikerer at omkring 16 prosent av norske sykehuspasienter pådrar seg en skade som følge av behandlingen de mottar, eller manglende behandling. I praksis vil det kunne innebære at over 40 000 norske pasienter blir utsatt for skade i møte med helsetjenesten årlig. Nasjonale tall viser en nedgang i andel pasientskader ved norske sykehus fra 16 % i 2010 og 2011 til 14 % i 2012. Ved 8 % av de

undersøkte sykehusoppholdene oppstod en skade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser i 2012, mot 9 % i 2011 og 2010.

De hyppigste skadetyperne både i 2012, 2011 og 2010 er legemiddelrelaterte skader, sårinfeksjoner etter operasjon, og urinveisinfeksjoner. Undersøkelsen for 2012 viser en statistisk signifikant nedgang i blant annet urinveisinfeksjoner, reoperasjon i forbindelse med skade og infeksjoner i forbindelse med bruk av kateter. Internasjonal erfaring viser at halvparten av skadene som oppstår i helsetjenesten sannsynligvis kan unngås.

Meldinger om pasientskader foretas i EQS systemet/meldesystemet (§3-3) ved St. Olavs hospital. Dette er en lovpålagte oppgave. Det utarbeides rapporter for tertial og årsmelding for de ulike kategorier og for den enkelte klinikk. Helseforetakene benytter samme, standardiserte prosedyre for strukturert journalundersøkelse; Global Trigger Tool (GTT). GTT er en internasjonalt anerkjent prosedyre som ser etter kriterier for pasientskade i et tilfeldig utvalg pasientjournaler. Alle helseforetakene har minst ett GTT-team på foretaksnivå.

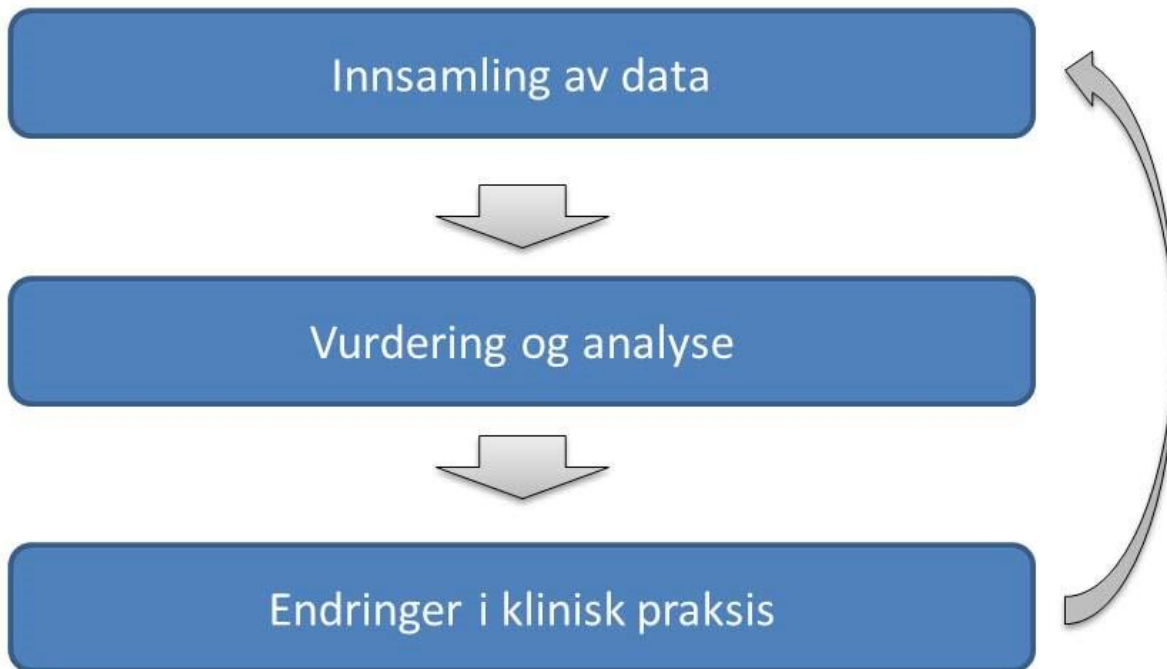
Kjerneårsaksanalyse benyttes når alvorlige, uønskede hendelser gjennomgås. For å forebygge, forhindre eller begrense konsekvenser av uønskede hendelser er det vesentlig først å få klarlagt årsakssammenhengene på en systematisk måte. Mortalitätsundersøkelser (dødsårsaksanalyser) kan benyttes i begrenset omfang for å identifisere forebyggbare dødsfall, og hvordan disse kan forhindres.

En viktig del av denne arbeidspakken blir å bringe ansvaret for pasientsikkerheten inn i de standardiserte pasientforløpene (AP-1). Derfor må arbeidet med disse to arbeidspakkene koordineres og delvis integreres. I tillegg skal det legges en plan for hvordan uheldige hendelser kan registreres slik at man får et pålitelig bilde av forekomsten av uønskede hendelser. De aktuelle hendelsene bør inndeles i naturlig atskilte kategorier, for eksempel bivirkninger av behandling, skader påført av diagnostisk eller annen teknologi som brukes i pasientbehandlingen, eller personlige feil utført av helsepersonell. Tilsvarende vil det være naturlig å foreta en gradering av hvor alvorlig hendelsen er, og hvilke konsekvenser den har hatt og kan få for pasienten. I analysen bør det også foretas en mer detaljert årsaksvurdering av hvorfor/hvordan hendelsene kunne oppstå. På dette grunnlaget forventes det at gruppen utarbeider en overordnet strategi for hvordan ulike kategorier uønskede hendelser kan forebygges, og at det fremmes en plan som inneholder konkrete tiltak som man mener vil fremme den foreslåtte forebyggende strategien.

De standardiserte pasientforløpene skal lages på en slik måte at det relativt lett kan gjøres en prospektiv oppfølging. Uheldige hendelser vil derfor inngå som en naturlig del av denne oppfølgingen, og inngå i den elektroniske pasientjournal.

Metode

I denne AP'en vil det bli benyttet en trinnvis tilnærming til oppgaven: Se figur xx.



Figuren viser en skjematisk oversikt over metoden som brukes. Data samles inn prospektivt og blir en del av den samlede databasen som også brukes i oppfølgingen av pasienter i AP1. Nye data vil fortløpende bli evaluert av den/de klinikerne som er ansvarlig for forløpet (hovedansvaret ligger hos leder av multidisiplinært team). Endringer i klinisk praksis vil bli implementert basert på innkomne data og vurdering av disse. Ansvarlig for dette er forløpsansvarlig og leder i AP3.

Effektmål

- Antall og type uheldige hendelser
- Reduksjon av uheldige hendelser over tid

Arbeidspakke 4: Opplæring og oppdatering av kunnskap

Leder: Klinikksjef Runa Heimstad

Med økende kunnskapsmengde og skiftende krav, har helsepersonell et kontinuerlig behov for videre- og etterutdanning. Sykehuset har behov for kompetente personer til å løse nødvendige oppgaver på alle nivå, og i sammenheng med dette forbedringsprogrammet trengs det særlig kompetanse og ferdigheter som må være tilpasset de behov som defineres av de standardiserte pasientforløpene. På dette området må sykehuset ta et egen

ansvar for utdanningen, og sørge for en opplæring som best mulig ivaretar de aktuelle krav som forbedringsprogrammet stiller.

Denne innsatsen fra sykehusets side vil heve både den generelle og spesielle kompetansen i sykehuset, men denne virksomheten står på ingen måte i motsetning til de oppgaver som naturlig ligger på høgskolene og på universitetet. Utdanningen som planlegges gitt av sykehuset reflekterer bare en erkjennelse av at personer med stor og tilpasset erfaring kan gi slik opplæring på en effektiv måte. Det betyr for eksempel at de behov som skisseres i de standardiserte pasientforløpene kan dekkes ved at sykehuset gir intensive kurs med noen ukers varighet som setter personalet i stand til å løse de aktuelle oppgavene på en bedre måte enn tidligere.

Mål

Sykehuset skal sikre at høy kompetanse (kunnskap og ferdigheter) er til stede for å gjennomføre de standardiserte pasientforløpene.

Metode

Kartlegge hva som i dag gjøres av undervisning.

Gjennomføre en mer målrettet videre- og etterutdanning basert på sykehusets behov.

Være med å påvirke innholdet i grunnutdannelsen.

Tiltak – gjennomføring

Utvikle nye læringsmåter/metoder for egen videre og etterutdanning (spesialisering)

Planen skal videreutvikles.

Arbeidspakke 5: Lederutvikling – med vekt på ansvarsfordeling knyttet til ulike faser av de standardiserte pasientforløp ("mikroledelse") Leder:

Avdelingssykepleier Karianne Sandvik

En viktig del av de standardiserte pasientforløpene er å beskrive deres ulike faser – det vil si den initiale fasen med utredning og diagnostikk, den neste fasen som vil dreie seg om ulike former for behandling, og det videre forløp som også vil omfatte kontakt med primærhelsetjeneste/fastlege etter sykehusoppholdet.

I hver fase av sykdomsforløpet vil ulike fagpersoner ha et overordnet ansvar, og det er derfor nødvendig å utarbeide en tydelig ansvarsfordeling og en klar beskrivelse av lederoppgavene som knyttes til de ulike fasene i forløpet. Disse oppgavene vil være en direkte og konkret beskrivelse av hvordan pasientforløpet i dets ulike faser skal foregå, og hvordan de ledes. Denne type ledelse (også kalt "mikro"-ledelse, eller ledelse i den "spisse

enden”) krever utvikling av en ny form for kompetanse som er nødvendig for å sikre høy kvalitet på gjennomføringen av de standardiserte pasientforløpene.

Kompetansebehov:

For å kunne ivareta funksjonen som leder av tverrfaglig team, er det behov for kompetanse og ferdigheter innen:

- Ledelse generelt
- Prosjektledelse og ressursstyring i team
- Faglig ledelse, kvalitetsledelse
- Rapportering

Tiltak:

Som en del av forbedringsprogrammet 2014-2016, utvikles det et eget kursopplegg for ledelse av standardiserte pasientforløp. Det er i første omgang to grupper «ledere» som skal undervises: ledere av pasientforløpene og de tverrfaglige teamene, samt implimenteringsagentene. Disse to gruppene bør ha egne tilrettelagte kurs, siden fokus på oppgavene vil variere mellom de to personalgruppene. Deler av undervisningen vil kunne være overlappende. Første kurs (pilot) starter i februar 2014. Målgruppen er lederne for de 15 pasientforløpene som skal inngå i forbedringsprogrammet og «implementeringsagenter» både sentralt på sykehuset, på klinikkene, på avdelingsnivå og seksjonsnivå. Det er meningen at et tilsvarende forbedringsprogram skal rettes mot andre, relevante sykdomsgrupper på et senere tidspunkt, og et tilsvarende kursopplegg vil derfor bli tilbudt alle ledere for eksisterende og framtidige pasientforløp.

Kurset består av 3 dagssamlinger, hvor deltakerne forventes å jobbe med en oppgave mellom samlingene.

Innhold:

1. Faglig ledelse: Tar utgangspunkt i det konkrete pasientforløpet som deltageren har med seg inn i kurset.

- Rammer og roller
- Styringsprinsipper og dilemmaer
- Beskrivelse av standardiserte pasientforløp, implementering, oppfølging og rapportering

Oppgave: Innhente erfaringer og synspunkter fra sentrale aktører i det pasientforløpet deltakeren har ansvar for.

2. Kommunikasjon som ledelsesredskap: Har fokus på relasjoner underveis i et pasientforløp.

- Dialog og aktiv lytting
- Gjennomføring og implementering
- utfordringer for tverrfaglig samarbeid
- Konflikthåndtering

Oppgave: Innhente erfaringer og synspunkter fra pasienter.

3. Handlingsplan: Deltagerne arbeider med en konkret handlingsplan for eget pasientforløp. Planen presenteres for de andre kursdeltakerne, og gruppen trener på å takle den motstand som kan oppstå i ulike faser av arbeidet.

Programevalueringer

Halvveis i programmet vil det bli foretatt evalueringer med pasienter, pårørende, helsepersonell, «befolkningen» og beslutningstakere som målgrupper (må spesifisere hvem/hvordan). Ansvar for denne evalueringen vil bli lagt til det regionale kompetansesenteret for helsetjenesutvikling. Evalueringsmetode og analyseplan vil bli utsendt av dette senteret, analysert og lagt fram for ledelsen i forbedringsprogrammet.

Underliggende støttefunksjoner og forutsetninger

Som ledd i arbeidet med standardiserte pasientforløp er det helt avgjørende at man kan foreta fortløpende evalueringer av virksomheten, og at det innhentes informasjon på en systematisk måte som tillater at data kan brukes i forskning. Derfor er det viktig å utvikle underliggende støttefunksjoner som er nødvendige forutsetninger for å kunne foreta en fortløpende evaluering av forbedringsprogrammet. I beskrivelsen nedenfor deles disse støttefunksjonene i tre: for det første skal det etableres et Senter for helsetjenesteutvikling som i denne sammenheng forventes å ta ansvar for evalueringen av forbedringsprogrammet, og for at det initieres forskning på bakgrunn av de data som akkumuleres. I tillegg til dette Senteret er det viktig å etablere en samlet infrastruktur for forskning ved sykehuset.

Som generell støttefunksjon er det nødvendig å legge stor vekt på kommunikasjon og åpenhet. Denne åpenheten er viktig innad i sykehuset, men det er like viktig at man utarbeider god kommunikasjon med verden utenfor sykehuset, både til pasienter, andre aktuelle institusjoner og til storsamfunnet.

Regionalt kompetansesenter for helsetjenesteutvikling

Ideelt er det ønskelig at nytten av nye tiltak i helsetjenesten dokumenteres i randomiserte forsøk (engelsk terminologi av effekt: «efficacy»), men medisinsk teknologi blir ofte innført uten at det foreligger god dokumentasjon på nytteverdien av tiltaket, slik effekter av nye medikamenter dokumenteres.

Randomiserte forsøk foregår innenfor en selektert ramme av pasienter, men det er også viktig å finne ut om påviste effekter også gjelder i praksis. Derfor er det vanlig å følge pasientgrupper over tid og sammenlikne effekten av medisinske tiltak mellom ulike grupper (engelsk terminologi: «comparative effectiveness»). Slike studier er observasjonelle (ikke eksperimentelle), noe som medfører metodologiske utfordringer: for eksempel kan man komme til å sammenlikne grupper som er lite sammenliknbare

(skjevhet/bias), eller at forhold som bør tas hensyn til i analysene blir oversett (såkalt confounding).

På den annen side er pålitelige analyser av effekt, nytte, bivirkninger/skade (eng: «harm») og kostnader av ny behandling eller av ny medisinsk teknologi helt avgjørende for å fatte riktige beslutninger i helsetjenesten. Og beslutningsgrunnlaget vil svært ofte være studier av bestemte praktiske tiltak («effectiveness»), og ikke effekter målt i randomiserte studier («efficacy»).

Beslutningsgrunnlaget bør så langt som mulig være «evidence» basert, og den nye kunnskapen må vurderes og settes inn i en klinisk sammenheng. Delvis blir slike vurderinger gjort av nasjonale myndigheter (Statens legemiddelverk, HelseDir/Kunnskapscenteret), men mange vurderinger og beslutninger må skje regionalt (RHF-nivå) eller lokalt (HF-nivå). Derfor bør hvert RHF ha et relevant kunnskapsmiljø, et behov som er gitt i oppdragsdokument fra HOD som sier at man på RHF-nivå skal etablere kompetanse for å utføre såkalte «mini HTAer» (HTA: Health Technology Assessment). Fagområdet er omfattende og internasjonalt kalles denne virksomheten «Comparative Effectiveness Research».

For Helse Midt-Norges del vil et senter for helsetjenesteutvikling bidra til en bedre helsetjeneste i Midt-Norge, men senteret kan også bidra til å utvikle nye organisatoriske modeller innenfor helsetjenesten, evaluere modellene, samt å drive grunnleggende helsetjenesteforskning for et bedret helsetilbud for befolkningen.

Infrastruktur for forskning

Helsesektoren er under kontinuerlig endring, og det er store forventninger om at ny teknologi skal tas raskt i bruk. Implementering av nye tiltak vil ofte være utfordrende for eksisterende prioriteringer og arbeidsmåter. Det er helt avgjørende at grunnlaget for store endringer er meget godt dokumentert, og dersom endringer blir vedtatt, må endringen i praksis raskt bli en integrert del av den daglige driften av sykehuset.

Man må også legge forholdene til rette for at planlegging og gjennomføring av kliniske studier (pasientnær klinisk forskning) kan bli en integrert del av klinisk praksis med de kvalitetskravene som i dag stilles for slik forskning.

For å oppnå disse ambisiøse målene har St. Olavs Hospital etablert en rekke infrastrukturelle tiltak (se tabell xx). En infrastruktur bør ha høyt kompetent vitenskapelig og klinisk personell som skal ha et spesielt fokus på noen utvalgte områder som er særlig viktige for at de foreslåtte forbedringstiltakene kan gjennomføres.

For å gjennomføre klinisk studier, enten de er observasjonelle eller eksperimentelle, er det nødvendig å ha nødvendige metodekunnskaper, men det er også nødvendig å ha en hensiktsmessig infrastruktur for studiene kan gjennomføres. Derfor må det være en viss

infrastruktur i hver enkelt klinikk som kan tjene som sentral ressurs innenfor klinikkens forskningsområder.

Så må det inn her noe i introen om Norcrin, Ecrin, Forskningpost etc.

Mål

Bygge opp en sammenhengende infrastruktur for pasientnær klinisk forskning på St. Olavs Hospital som skal være kjent og kontinuerlig benyttes til klinisk forskning.

Å utvikle/tilrettelegge for at vi kan gjennomføre både som primæransvarlige (PI) og som medansvarlige regionale, nasjonale og internasjonale forskningsstudier, utvikling av ny teknologi, implementering av nye teknologiske metoder osv.

Metode

Må fylles inn

Mål/delmål

- I Beskrivelse og gjennomgang av all forskningsinfrastruktur og forskningsgrupper innen området pasientnær klinisk forskning på St. Olavs Hospital.
- II Utvikle en ramme for forskningsinfrastruktur for pasientnær klinisk forskning på sykehuset samt vurdere hvordan man får til bedre samarbeid på tvers.

Plan - tidsplan

Her mangler det en del.

Kommunikasjonsplan

Innledning

Kommunikasjonsplanen er en støtte til Forbedringsprogrammet 2014-2016, og har som mål å sikre forankring og oppslutning om programmet. Kommunikasjon er et lederansvar, og planen retter seg mot ledere og ansatte internt. I tillegg har planen som mål å bidra til større trygghet og troverdighet i befolkningen

Forbedringsprogrammet bygges opp rundt standardiserte pasientforløp, med spesiell oppmerksomhet på utvikling og implementering av forløpene, pasienttilpassede beskrivelser, pasientsikkerhet, kompetanse og utdanning, samt ledelse av forløpene. Kompetansesenter for helsetjenesteutvikling og forskningsinfrastruktur er viktig tilleggsprosjekter.

Situasjonsbeskrivelse og hovedutfordringer

Flere år med krevende omstilling har gitt St. Olavs Hospital høy aktivitet og økonomisk balanse. Det gir universitetssykehuset i Trondheim et godt grunnlag for å utvikle det faglige tilbudet gjennom systematisk kvalitetsarbeid og forbedring av pasientsikkerhet og

pasientlogistikk. Dette er et viktig og nødvendig utgangspunkt for å møte framtidens utfordringer. De siste tre årene har sykehuset hatt stor oppmerksomhet på forbedringsarbeid, og dette arbeidet systematiseres nå ytterligere gjennom forbedringsprogrammet for 2014-2016. For å sikre at programmet får ønsket effekt, er det nye programmet innrettet på samme måte som en prospektiv klinisk kontrollert studie.

St. Olavs Hospital har de senere årene vist betydelig bedring på nasjonale kvalitetsmål. Samtidig viser tall og tilbakemeldinger at sykehuset ikke er helt i mål. Ventetider, samarbeid mellom avdelinger, og mellom sykehuset og kommunene, kan bedres. Det kan også informasjonen til og kommunikasjon med pasientene. I tillegg har vi ikke god nok kunnskap om effektene av våre tiltak på den totale populasjonen vi behandler.

Sykehuset har jobbet med standardisering av pasientforløp i mange år. Dette gir et svært godt grunnlag for å systematisere dette arbeidet ytterligere. Dagens metode for å utvikle pasientforløpene er diskutert underveis i arbeidet, og denne vil bli forbedret i det nye programmet. Mer enn 60 standardiserte pasientforløp er i dag godkjent, men sykehuset har i varierende grad oversikt over i hvilken grad de er implementert og fulgt, og hvilken effekt de har på den generelle pasientflyt, på pasientpopulasjoner og for den enkelte pasient.

Vårt omdømme avhenger i stor grad av fornøyde pasienter og engasjerte ansatte som er stolte av arbeidsplassen sin. Kommunikasjon er et viktig virkemiddel i omstillings- og forbedringsarbeid.

Overordnet mål

Det er et overordnet mål å sikre god pasientflyt, slik at effekten av forbedringsprogrammet utgjør en forskjell for pasientene. Kvaliteten på hvordan pasientene møtes i sykehuset skal styrkes i alle faser av pasientbehandlingen, fra den diagnostiske utredningsfasen til pasienten følges opp i samarbeid med primærhelsetjenesten etter avsluttet sykehusopphold.

Effektmål

- Pasientene blir fulgt på individ og gruppe nivå, dette vil bidra til å:
 - Identifisere og løse flaskehalsen i pasientforløpene
 - Vurdere kliniske og organisatoriske effekter av programmet
 - Endre forløpene etter behov
- Nye teknologier vil bli innført raskt, etter at det er gjort kost-nytte-analyser i definerte tilfeller
- Pasientene blir mer delaktige i beslutninger om egen behandling og helse
- Bedret ledelse i "den spisse enden" vil bidra til bedre kvalitet og mer effektiv helsetjeneste
- Pasientene opplever å være godt informert
- Pasientene får effektiv behandling av høy kvalitet
- Ansatte får hevet sin kompetanse
- Klinisk forskning underbygger de standardiserte pasientforløpene

- Sykehuset er sikre på at forbedringer og endringer er godt underbygget
- Ansatte er stolte av å jobbe på St. Olavs Hospital

Kommunikasjonsmål

- Ledere og ansatte skal ha kunnskap om forbedringsprogrammet, og forstå hvorfor St. Olavs Hospital forbedrer de standardiserte pasientforløpene.
- Engasjerte ansatte.
- Tydelige budskap.
- Åpenhet og dialog rundt beslutninger.
- Berørte samarbeidspartnere skal ha kunnskap om forbedringsprogrammet, og involveres der de spiller en aktiv rolle.
- Informerte og trygge pasienter.

Strategiske grep

- Ledere er viktigste kommunikasjonskanal.
- Tilpasse kommunikasjonen til ulike målgrupper.
- Opplæring av nøkkelpersonell.
- Virksomhetsportalen – støtte til ledere – informasjon til ansatte.
- Interaktiv kommunikasjon
- Formidle resultater

Målgrupper

Internt (inkludert eier):

- Klinikksjefer, ledere på 3. og 4. nivå, ansatte, foretakstillitsvalgte, øvrige tillitsvalgte, styret, Helse Midt-Norge RHF, helseforetak i regionen

Eksterne/samarbeidspartnere:

- Pasienter, pårørende (brukere), NTNU, HiST, Trondheim kommune, øvrige kommuner i nedslagsfeltet.

Opinionen/befolkningen:

- Befolkningen, politikere, media, beslutningstakere

Kommunikasjonskanaler

Folk og møter:

- Klinikksjefer, stabsdirektører (møter med hovedledelsen).
- Ledere og nøkkelpersonell i forbedringsprogrammet, implementeringsagenter
- Avdelings- og seksjonsmøter
- Faglige møter på avdelings- og seksjonsnivå
- Styremøter
- Direktørmøter i Helse Midt-Norge

Elektroniske kanaler:

- Virksomhetsportalen
- Stolav.no
- Sosiale medier

- NTNU-nett

Media

Gjennomføring og evaluering

Det utarbeides en konkret tiltaksplan som viser hva som skal gjøres, for hvem, hvor, hvem som har ansvar for når. Planen vil fungere som sjekklister. Måling av effekt vil skje i ettertid opp mot effektmålene og kommunikasjonsmålene.

Vedlegg 5 HMS- arbeid ved St Olavs

HMS - arbeid ved St. Olavs Hospital. Systembeskrivelse, mål og prinsipper, ansvar og roller.

Forfatter:	Gyldig fra:	Versjon: 3.2
Marit Sjølie, Cathrine Valla	05.06.2015	
Godkjent av:	Vil utfases:	ID: 4734
Cathrine Valla	05.06.2017	

Innledning

Planlagt og systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid (heretter HMS - arbeid) er en lovpålagt del av det totale kvalitetsarbeidet ved helseforetaket. HMS - systemet ved St. Olavs Hospital gir overordnede føringer for hvordan arbeidet med helse-, miljø og sikkerhet skal ivaretas og utvikles gjennom hele helseforetakets organisasjon.

Hensikt og omfang

Alle som arbeider ved helseforetaket omfattes av HMS - systemet og de lover, forskrifter og interne dokumenter som til enhver tid er gjeldende for HMS - området.

Prosedyren skal bidra til at alle ansatte ved St. Olavs Hospital kjenner sitt ansvar, rolle og oppgave innen HMS - arbeidet.

Definisjon

Forkortelse for helse, miljø og sikkerhet er et helhetlig begrep for alle forhold i foretaket som omfattes av virkeområdet for HMS-forskriften. Ofte benyttet ensbetydende med arbeidsmiljø, men omfatter også bl.a. brannsikkerhet og ytre miljø.

Med ytre miljø vil dette bety og ta ansvar for å forebygge mot forurensning (utslipp) fra foretakets virksomhet til luft, vann og jord.

Et miljøledelsessystem sikrer at virksomheten har oversikt over dens mest vesentlige miljøbelastninger og rutiner som reduserer disse.

Grunnlagsinformasjon

Lover med tilhørende forskrifter som regulerer HMS-området: Arbeidsmiljøloven, Produktkontrollloven, Forurensningsloven, Sivilbeskyttelsesloven, Brann- og eksplosjonsvernloven, Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr, Strålevernloven, Genteknologiloven og Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter. Se *fanen Relatert eller* www.lovdatab.no

Formålet med de myndighetskrav som er hjemlet i Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften), er å fremme et forbedringsarbeid innen

- arbeidsmiljø og sikkerhet

- forebygging av helseskade eller miljøforstyrrelser fra produkter eller forbrukstjenester
- vern av det ytre miljø mot forurensing og en bedre behandling av avfall slik at målene i helse-, miljø og sikkerhetslovgivningen oppnås

Kontinuerlig HMS - arbeid

Styret ved St. Olavs Hospital har bestemt at HMS skal inngå som fast punkt på agendaen på alle nivå i helseforetakets etablerte møtearenaer. Videre skal HMS inngå som en del av den årlige virksomhetsplanleggingen.

Saker søkes løst på lavest mulig nivå.

Overordnede mål for HMS - arbeidet

Styret ved St. Olav Hospital har vedtatt følgende overordnede mål for HMS - arbeidet:

”Gjennom et dokumentert HMS - system skal alle ledere ha mulighet til å holde ”orden i eget hus” gjennom planlegging, opplæring og kontroll. HMS - systemet skal nyttes som et styringsverktøy for kontinuerlig forbedring.”

Alle klinikker/divisjon/stabsenheter skal vedta egne HMS-mål med tilhørende strategier og handlingsplaner. Dette gjøres i tråd med helseforetakets overordnede mål for HMS og på bakgrunn av kartlegging. Målene skal være mest mulig konkrete og beskrive tiltak til forbedring. Det skal dokumenteres om i hvor stor grad målene er nådd.

Medvirkning

Gjennom klare rutiner og systematisk arbeid skal ledere på alle nivå, sammen med sine medarbeidere, oppfylle de myndighetskrav som stilles til helseforetaket. I dette arbeidet har alle arbeidstakere plikt til å medvirke.

I prosessen med kartlegging og utforming av handlingsplaner må en velge en arbeidsform som gjør det mulig for hver enkelt å bidra med sin erfaring og kompetanse. Medarbeiderne skal være informert om hvordan kartlegging foregår, hva som skal skje med resultater av en kartlegging, hvordan forslag til tiltak behandles og hvordan handlingsplanen for HMS ser ut.

Om en medarbeider fremmer forslag til tiltak uten å få gjennomslag for dette i handlingsplanen, skal vedkommende bli informert om avslaget og forklart hvorfor.

Kartlegginger

Med kartlegging menes en gjennomgang av helse, miljø og sikkerhet i den hensikt å få en oversikt over hva som fungerer godt, hva som trenger å forbedres og hva som mangler og må utvikles.

AML (Arbeidsmiljøloven) § 3-1 Krav til systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid.

Vedlegg 6: AMU presentasjon (28.10.14)

The slide features a light blue background with a decorative pattern of small blue dots on the left side. The title 'Målsetting med AMUS' is prominently displayed in a large, bold, black font. Below the title, there is a bulleted list of four items. A small circular icon with a blue and white design is positioned to the right of the first two bullet points. At the bottom right, the logo for St. Olavs Hospital is visible, consisting of a cluster of blue dots followed by the text 'ST. OLAVS HOSPITAL' and 'UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM' in a smaller font. The slide is framed by a solid blue horizontal bar at the bottom.

Målsetting med AMUS

- Utvikling av medarbeidere, arbeidsmiljø og ledelse i St.Olavs
- Virksomhetsutvikling basert på en felles standard for kartlegging og oppfølgingsarbeid
- Skape en felles forståelse for sterke og svake sider ved arbeidsmiljøet
- Få frem forhold som påvirker motivasjon, trivsel og helse.

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Vedlegg 7: Svarbrev fra REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Karoline Bjørstad	73597509	17.12.2014	2014/2142/REK midt
	Berget		Deres dato:	Deres referanse:
			04.12.2014	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Cathrine Valla
St. Olavs Hospital

2014/2142 Masteroppgave

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 04.12.2014, samt e-post med rapport og intervjuguide mottatt 10.12.2014. Henvendelsen ble behandlet av komiteens leder på fullmakt med hjemmel i helseforskningsloven § 2, forskningsetikkloven § 4 og forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10.

Bakgrunn og formål

St. Olavs Hospital har nylig gjennomført en arbeidsmiljøundersøkelse og en pasientsikkerhetskulturundersøkelse. Organisasjon scorer gjennomsnittlig høyt på områdene arbeidsglede, motivasjon, sosialt samspill og god pasientsikkerhetskultur. Dette prosjektet skal forsøke å finne sentrale faktorer som ligger til grunn for slik positiv rapportering. I tillegg vil man se om dette kan ha overførings og læringsverdi i organisasjonen, samt bidra til styrket implementering av kvalitetsdokumenter. Det skal gjennomføres semistrukturerte intervju med ansatte. Prosjektet er utgangspunktet for en masteroppgave.

Vurdering

Vurderingen er gjort på grunnlag av de innsendte dokumenter. Vi gjør oppmerksom på at dersom det gjøres vesentlige endringer i prosjektplanen, må det sendes inn en ny fremleggingsvurdering.

Formålet til prosjektet er å finne sentrale faktorer som ligger til grunn for positiv rapportering fra

ansatte i forbindelse med arbeidsmiljøundersøkelsen og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen ved St. Olavs Hospital. Prosjektet fremstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet omfattes derfor ikke av helseforskningslovens saklige virkeområde, og kan gjennomføres uten nærmere etisk vurdering av REK. Vi minner imidlertid om at dersom det skal registreres personopplysninger, må prosjektet meldes til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Vedtak

Prosjektet er ikke fremleggingspliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen
Sven Erik Gisvold Dr.med.
Leder, REK midt

Karoline Bjørstad Berget
Seniorrådgiver

Besøksadresse:
Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk
forskningssenter 7489
Trondheim

Telefon: 73597511
E-post: rek-midt@medisin.ntnu.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails
to the Regional Ethics Committee,
REK midt, not to individual staff

Vedlegg 8: Brev til Divisjonssjef i Psykisk Helsevern

Divisjonssjef Liv Sjøvold

November 2014

Master i Kunnskapsledelse

HMS-sjef Cathrine Valla v/St.Olavs HF og rådgiver i divisjonsledelsen Psykisk Helsevern Katie Wikstrøm skal i det kommende året fullføre en master i «Kunnskapsledelse», et studium i regi av Copenhagen Business-school og Høgskolen i Nord-Trøndelag.

St.Olav har nylig gjennomført en Arbeidsmiljøundersøkelse og en Pasientsikkerhetskulturundersøkelse. St.Olav som organisasjon scorer gjennomsnittlig høyt på områdene arbeidsglede, motivasjon, sosialt samspill og god pasientsikkerhetskultur. Dette har inspirert oss til å se om vi gjennom analyse kan finne sentrale faktorer som ligger til grunn for slik positiv rapportering og om dette kan ha overførings- og læringsverdi i organisasjonen og om dette samtidig kan bidra til styrket implementering av kvalitetsdokumenter..

Som ledd i å avgrense oppgaven har vi vært i kontakt med Divisjonssjef Liv Sjøvold som også finner det interessant å få belyst temaet. På bakgrunn av dette har vi gjort et utvalg og har et ønske om å se nærmere på to Ambulante Akutt-team i Psykisk Helsevern.

Vi ber med dette om tillatelse til å gjøre en analyse av AMUS og Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen ved AAT på Nidaros DPS og Tiller DPS til bruk i vår masteroppgave. Videre ber vi om tillatelse til å ta direkte kontakt med Avdelingssjefene på DPS`ene og mellomlederne av AAT for intervju av noen av de ansatte i AAT. Intervjuene er ment som en fordypning av allerede stilte spørsmål i de to undersøkelsene og som materiale til vår masteroppgave.

Spørsmålene vil på forhånd gjennomgås med lederne av AAT og intervjuene vil bli gjennomført i tiden januar til mars 2015. Intervjuene vil hver for seg ha en varighet på max en time. For å unngå misforståelser vil det bli brukt lydopptaksutstyr ved intervjuene, deretter vil intervjuene transkriberes. Alle opplysninger som kommer fram vil bli behandlet konfidensielt og slettes umiddelbart etter transkribering. Det vil ikke være mulig å knytte resultatene direkte til den ene eller andre DPS.

Ved evt. spørsmål kan det tas kontakt med Katie Wikstrøm, tlf. 41121618 eller 72823064.

Håper på positiv respons.

Mvh Catrine Valla, HMS-sjef og HR-gruppeleder ved St.Olav HF

Katie Wikstrøm, rådgiver ved divisjonsledelsen Psykisk Helsevern

Tilsvar fra divisjonssjef Liv Sjøvold:

Det gis tillatelse til at det gjøres en analyse av AMUS og Pasientsikkerhetsundersøkelsen, til bruk i masteroppgaven, under forutsetning av at gjeldende avdelingssjefer ikke har sterke argumenter for at dette ikke skal gjøres.

Masteroppgavens funn forventes presentert for divisjonssjefen for vurdering av hvordan funn evt. kan anvendes.

Liv Sjøvold

Divisjonssjef Psykisk Helsevern, St.Olav

Kopi: Organisasjonsdirektør Heidi Magnussen