

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn / kandidatnr.: Ingvild Marie

Dokmo/14 og Beate Iren Johansen/13

---

«Forbedringsutdanning- nyttig eller  
merarbeid uten effekt?»

---

Dato: 23.06.2020

Totalt antall sider: 75

*«Your organization will only make meaningful and sustainable quality improvements when people at every level feel a shared desire to make processes and outcomes better every day, in bold and even imperceptible ways».*

Robert C. Lloyd, PhD and Executive Director of Performance Improvement at IHI

## **Forord og takksigelser**

Denne oppgaven har utspring i at vi ønsket å finne ut om forbedringsutdanningen QI Nord øker bruken av forbedringsmetodikk ved Nordlandssykehuset. Vi undret oss over om et tiltak av denne størrelsen virkelig har en effekt. Siden en av oss hadde tatt utdanningen og den andre hadde kjennskap til metodikk fra lignende tiltak og vi i tillegg hadde ansettelsesforhold i to ulike deler av helsetjenestene, syntes vi utgangspunktet var spennende.

Vi har sett på jobben med studiet og masteroppgaven som utrolig lærerik, spennende og krevende. Tiden vi har hatt sammen med våre medstudenter har vært uvurderlig. Vi er lei oss for at de to siste samlingene ble koronaavlyst, fordi vi tror det kunne tilført enda flere gode diskusjoner, læring og mang en god latter. Så tusen takk til en fantastisk gjeng.

Vi vil takke vår eminente veileder Sverre Grepperud, som hele tiden har gitt oss selvtillit til å stå på videre med sine «*Piece of cake*-kommentarer». I tillegg til kritiske tilbakemeldinger og gode tips har han også bidratt til en god dose humor og gode diskusjoner. Vi vil også takke Ingvilds kollega Jann Hårek Lillevoll som har gitt oss uvurderlig hjelp med Netigate og oppsett av spørreundersøkelsen der.

En spesiell takk til våre kjære menn og barn som har holdt ut med oss i to år ved fravær på samlinger, i glede og frustrasjon, oppturer og nedturer. Til slutt må vi få takke Helse Nord RHF som år etter år gir ansatte muligheten til å delta på dette studiet. I tillegg til å utdanne gode ledere, gir dette studiet en mulighet for å danne nettverk på tvers av helseforetakene i Helse Nord langt inn i framtiden.

Bodø/Gravdal 23.06.2020

Ingvild Marie Dokmo & Beate Iren Johansen

## Sammendrag

Tema for denne masteroppgaven i helseledelse har bakgrunn i ett sentralt satsingsområde i Helse Nord RHF og Nordlandssykehuset HF, kontinuerlig forbedring. Helt sentralt for satsingen står tiltaket med innføring av *den regionale forbedringsutdanningen QI Nord*. Utdanningen søker bygge kunnskap om forbedringsmetodikk og arbeidsmetoder hos ledere og øvrige ansatte i vår helseregion. Hensikten med undersøkelsen er å se på om slike kompetansehevende tiltak reelt sett bidrar til at ansatte i helsetjenestene søker forbedre måten det arbeides på ved å benytte denne kunnskapen i sitt daglige virke.

Problemstillingen er følgende: «*Hvilke faktorer har betydning for hvordan man utfører forbedringsarbeid med bakgrunn i forbedringsmetodikk lært gjennom QI Nord utdanningen, og hva fremmer eller eventuelt hemmer prosessarbeid og implementering i forbedringsprosjekt*»? Følgende forskningsspørsmål ble formulert for å bidra til å operasjonalisere problemstillingen: *Innvirker ansattrolle, profesjon eller forkunnskaper på hvorvidt man mener QI Nord utdanningen har betydning for forbedringsarbeid? Hva fremmer og hva hemmer forbedringsprosjekter på egen arbeidsplass?*

Teoretisk rammeverk er tre perspektiver på endring og relevant forskning som vi mener er sentrale for belysning av funn i vår undersøkelse. De tre perspektivene er: *organisasjonskultur og endring, endringsledelse i kunnskapsorganisasjoner og implementeringsteori relatert til COM-B modellen*. Sentralt i alle tre perspektivene er motstand mot og drivkrefter for endring. Den metodiske tilnærmingen er en kvantitativ gjennom bruk av elektronisk spørreundersøkelse for innsamling av data. Spørreundersøkelsen ble sendt til alle som har deltatt på QI Nord utdanningens to første kull, totalt 68 personer. Dataene presenteres og analyseres ved hjelp av deskriptiv statistikk.

Kort oppsummert viser våre resultater at deltakelse på QI Nord utdanningen ser ut til å ha betydning for bruk av metodikken på egen arbeidsplass. Dataene viser at forkunnskaper om metodikken er den enkeltfaktoren som samvarierer mest med handlingsvariabler knyttet til bruken. Den klart viktigste fremmer og hemmer i forbedringsprosjekter er *Motivasjon/engasjement øvrige ansatte*. I tillegg er *Måling og formidling av resultat og Involvering av alle de viktigste i forbedringsarbeidet* særlig sentrale fremmere og hemmere.

## **Abstract**

The theme of this master's thesis in health management is based on one central focus area in Helse Nord RHF and Nordlandssykehuset HF, continuous improvement. One of the central focus areas is the initiative with the introduction of the regional improvement education QI Nord. The education seeks to build knowledge of the improvement methodology and working methods of leaders and other employees in our health region. The purpose of the study is to examine whether such competence-enhancing measures actually contribute to the efforts of health workers to improve the way in which they work, using this knowledge in their daily work.

The issue is: *"What factors affect how to perform quality improvement work based on improvement methodology learned through the QI Nord education, and what promotes or possibly inhibits process work and implementation in improvement project"*? The following research questions were formulated to help operationalize the problem: Does employee role, profession or prior knowledge influence whether the QI Nord education is of significance for improvement work? What promotes and inhibits improvement projects in one's own workplace?

Our theoretical framework has three perspectives on change and relevant research that we believe are central to elucidating findings in our survey. The three perspectives are: *organizational culture and change, change management in knowledge organizations and implementation theory related to the COM-B model*. Central to all three perspectives is resistance to and driving forces for change. The methodological approach is quantitative through the use of electronic survey for data collection. The survey was sent to all those who participated in the first two litters of the QI Nord education, a total of 68 persons. The data is presented and analysed using descriptive statistics.

In short, our results show that participation in the QI Nord education appears to have an impact on the use of the methodology in the participants workplace. The data shows that prior knowledge of the methodology is the single factor that most correlates with action variables associated with its use. The most important promoter and inhibitor in improvement projects is *the motivation / commitment of other employees*. In addition, *Measurement and dissemination of results and Involvement of all the most important in the improvement work* are especially key promoters and inhibitors.

## **Innholdsfortegnelse**

Forord og takksigelser .....	ii
Sammendrag .....	iii
Abstract .....	iv
Innholdsfortegnelse .....	v
Liste over figurer / Liste over tabeller .....	vii
1. Innledning .....	1
1.1. Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2. Problemstilling og forskningsspørsmål med begrepsavklaring .....	2
1.3. Oppgavens struktur .....	3
1.4. Juridisk bakteppe .....	4
1.5. Forbedringsmodellen/forbedringsmetodikk .....	5
1.6. QI Nord forbedringsutdanning .....	7
1.7. Øvrige sentrale begreper .....	8
2. Teori .....	10
2.1. Organisasjonskultur og endring .....	10
2.2. Endringsledelse i kunnskapsorganisasjoner .....	13
2.3. Implementeringsteori og motivasjon .....	14
2.4. Motstand mot endring .....	16
2.5. Drivkrefter for endring .....	18
2.6. Oppsummering .....	19
3. Metode .....	21
3.1. Metodisk tilnærming .....	21
3.1.1. Valg av metode – en kvantitativ tilnærming .....	21
3.1.2. Forskningsdesign .....	22
3.1.3. Analyse av data .....	23
3.1.4. Validitet og reliabilitet .....	24
3.2. Konstruering og gjennomføring av spørreundersøkelsen .....	25
3.2.1. Spørreundersøkelsen .....	25
3.2.2. Godkjenninger .....	26
3.2.3. Utvalget .....	27
3.2.4. Bortfallsanalyse og svarrespons .....	27

3.2.5.	Datainnsamling.....	28
3.3.	Forskningsetiske vurderinger .....	28
3.4.	Feilkilder.....	29
3.5.	Oppsummering .....	30
4.	Empiri/resultat.....	31
4.1.	Svarprosent og vurdering av bortfall av respondenter.....	32
4.2.	Presentasjon av variablene og frekvenstabeller.....	32
4.2.1.	Bakgrunnsvariabler uavhengige av deltakelse på QI Nord utdanning.....	34
4.2.2.	Erfaringsvariabler fra QI Nord utdanningen .....	35
4.2.3.	Handlingsvariabler fra tiden etter QI Nord utdanningen.....	36
4.3.	Analyse med krysstabeller.....	37
4.3.1.	Samvariasjon mellom variabelen Igangsatt og valgte bakgrunnsvariabler .....	37
4.3.2.	Samvariasjon mellom variabelen Forbedringsmetodikk og valgte bakgrunnsvariabler .....	39
4.3.3.	Samvariasjon mellom variabelen Metodebruk og valgte bakgrunnsvariabler ...	41
4.4.	Presentasjon av hemmere og fremmere for implementering av forbedringsprosjekt	43
4.4.1.	Fremmere .....	44
4.4.2.	Hemmere .....	45
4.4.3.	Samsvar og oppsummering av hemmere og fremmere .....	47
4.5.	Oppsummering av sentrale funn i undersøkelsen.....	47
5.	Drøfting .....	50
5.1.	Forskningsspørsmål 1 .....	50
5.1.1.	Lederrollen i forbedringsarbeid (Ansattrolle) .....	50
5.1.2.	Viktigheten av profesjon i forbedringsarbeid (Profesjon).....	52
5.1.3.	Felles kunnskapsgrunnlag (Forkunnskaper).....	53
5.2.	Forskningsspørsmål 2 .....	55
6.	Konklusjon og videre forskning .....	60
7	Referanser.....	61
8	Vedlegg .....	63

## Liste over figurer / Liste over tabeller

FIGUR 1: RAMMEVERK FOR KONTINUERLIG FORBEDRING FRA BATALDEN & STOLTZ (1993) OVERSATT OG TILPASSET AV PASIENTSIKKERHETSPROGRAMMET.NO.....	2
FIGUR 2: TRINNENE I ET FORBEDRINGSARBEID .....	5
FIGUR 3: KVALITETSHJULET ETTER LANGLEY (2009) SIN MODELL FOR KVALITETSFORBEDRING. HENTET FRA HELSEBIBLIOTEKET.NO .....	6
FIGUR 4: THE COM-B SYSTEM - EN MODELL FOR PÅVIRKNING AV ATFERD ETTER (MICHIE, VAN STRALEN, & WEST, 2011).....	15
FIGUR 5: GRAD AV MOTSTAND.....	18
FIGUR 6. BORTFALLSANALYSE.....	28
<b>TABELL 1: PRESENTASJON AV VARIABLENE OG DERES BETYDNING I UNDERSØKELSEN .....</b>	<b>32</b>
<b>TABELL 2: BAKGRUNNSVARIABLER.....</b>	<b>34</b>
<b>TABELL 3: ERFARINGSVARIABLER .....</b>	<b>35</b>
<b>TABELL 4: HANDLINGSVARIABLER .....</b>	<b>36</b>
<b>TABELL 5: IGANGSATT OG ANSATTROLLE.....</b>	<b>37</b>
<b>TABELL 6: IGANGSATT OG PROFESJON .....</b>	<b>38</b>
<b>TABELL 7: IGANGSATT OG FORKUNNSKAPER.....</b>	<b>38</b>
<b>TABELL 8: FORBEDRINGSMETODIKK OG ANSATTROLLE.....</b>	<b>39</b>
<b>TABELL 9: FORBEDRINGSMETODIKK OG PROFESJON.....</b>	<b>40</b>
<b>TABELL 10: FORBEDRINGSMETODIKK OG FORKUNNSKAPER.....</b>	<b>40</b>
<b>TABELL 11: METODEBRUK OG ANSATTROLLE .....</b>	<b>41</b>
<b>TABELL 12: METODEBRUK OG PROFESJON.....</b>	<b>42</b>
<b>TABELL 13: METODEBRUK OG FORKUNNSKAPER .....</b>	<b>42</b>
<b>TABELL 14: FREKVENSTABELL AV VARIABLEN IMPLEMENTERING.....</b>	<b>43</b>
<b>TABELL 15: FREMMERE PRESENTERT MED FREKVENSFORDELING PÅ VARIABLENE.....</b>	<b>44</b>
<b>TABELL 16: HEMMERE PRESENTERT MED FREKVENSFORDELING PÅ VARIABLENE.....</b>	<b>45</b>



## **1. Innledning**

Innen et komplekst system som helsetjenestene har vi tradisjonelt hatt fokus på enkle og raske løsninger på utfordringer, da gjerne initiert fra toppledelsen. Styringslinjene har vært hierarkiske og oppmerksomheten har i stor grad vært konsentrert på å løse utfordringer og problemer her og nå. Reformene vi har hatt i helsevesenet de siste 10-årene har vært rettet mot å øke kostnadseffektiviteten gjerne ved bruk av tankegodset som er inspirert av New public management (NPM). Konsekvensen av dette ble blant annet flere administratorer og økonomer inn i ledelsen. Dette beskrives som en ideologisk endring i favør av mer fokus på effektivitet og mål- og resultatstyring i helsetjenestene (Arntzen, 2014). Ledelse med et slikt fokus har blant annet bidratt til økt bruk av målinger i helsetjenesten som i hovedsak har fokusert på økonomiske parametere. De siste årene har vi derimot sett en gradvis dreining i synet på helsetjenestene hvor kvalitet i pasientbehandlingen har blitt viktigere og dermed har også fokuset på kvalitetsmålinger blitt viktigere. Etableringen av nasjonale kvalitetsindikatorer er et eksempel på dette.

I 2019 kom Helsedirektoratet med en ny Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 (Helsedirektoratet, 2019). I denne handlingsplanen står ledelse av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring sentralt, og det fremheves at god kvalitet og pasientsikkerhet best utvikles i kulturer der medarbeidere og ledere har et eierskap til kvalitetsforbedring og faglige ambisjoner om å lære. Sentrale tiltak er å utvikle en kultur som tilrettelegger for åpenhet og læring, samt å bygge kompetanse og kapasitet i tjenestene. Handlingsplanen fordeler noen sentrale ansvarsoppgaver på ulike aktører. De regionale helseforetakene og helseforetak skal blant annet *prioritere kompetanseheving i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid, samt utvikle og videreutvikle opplæringsprogrammer*. Dette leder oss over til valg av tema for vår undersøkelse – forbedringsutdanningen QI Nord. Minst like viktig som selve tiltakene er det å undersøke effekten av disse, og det er det vi har ønsket å bidra med i denne undersøkelsen.

### ***1.1. Bakgrunn for valg av tema***

I valg av tema for vår undersøkelse så ønsket vi å fokusere på et viktig satsingsområde i Helse Nord RHF nemlig *kontinuerlig forbedring*. Kontinuerlig forbedring er blant annet fremhevet i Nordlandssykehusets Strategiske utviklingsplan 2018 – 2035 (Nordlandssykehuset HF, 2018)

og handler om å kombinere kunnskap fra medisin og helsefag med forbedringskunnskap, se Figur 1. Forbedringskunnskap hjelper oss å analysere og forstå systemet vi jobber innenfor og sammenhengene mellom delsystem og menneskers atferd og handlinger.

### RAMMEVERK FOR KONTINUERLIG FORBEDRING



Figur 1: Rammeverk for kontinuerlig forbedring fra Batalden & Stoltz (1993) oversatt og tilpasset av Pasientsikkerhetsprogrammet.no

Helt sentralt i denne satsingen på kontinuerlig forbedring i Helse Nord RHF og Nordlandssykehuset står tiltaket med innføring av *den regionale forbedringsutdanningen QI Nord*. Utdanningen søker bygge kunnskap om forbedringsmetodikk og arbeidsmetoder hos ledere og øvrige ansatte i vår helseregion. Vår egen erfaring fra denne utdanning og lignende utdanningsløp hadde gjort oss nysgjerrige på hvorvidt slike kompetansehevende tiltak reelt sett bidrar til at ansatte i helsetjenestene søker forbedre måten det arbeides på ved å benytte denne «nye» kunnskapen sammen med fagkunnskap. Med dette som bakgrunn har vi valgt å gjennomføre en undersøkelse rettet mot de to første kullene på QI Nord utdanningen.

#### **1.2. Problemstilling og forskningsspørsmål med begrepsavklaring**

Dette avsnittet består av problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål og en egen del bestående av begrepsavklaringer for disse. Vår problemstilling og det vi søker få belyst gjennom denne undersøkelsen er følgende:

*Hvilke faktorer har betydning for hvordan man utfører forbedringsarbeid med bakgrunn i forbedringsmetodikk lært gjennom QI Nord utdanningen, og hva fremmer eller eventuelt hemmer prosessarbeid og implementering i forbedringsprosjekt?*

For å hjelpe oss i utarbeidelse og gjennomføring av undersøkelsen har vi valgt å formulere følgende forskningsspørsmål som i større grad bidrar til å operasjonalisere problemstillingen:

1. Innvirker ansattrolle, profesjon eller forkunnskaper på hvorvidt man mener QI Nord utdanningen har betydning for forbedringsarbeid?
2. Hva fremmer og hva hemmer forbedringsprosjekter på egen arbeidsplass?

Både problemstilling og forskningsspørsmålene inneholder begreper som trenger ytterligere forklaring. Begrepet *forbedringsarbeid* omhandler i denne sammenhengen tre elementer: 1. Om nye forbedringsprosjekter er igangsatt etter endt utdanning. 2. Om deltakeren på utdanningen bruker forbedringsmetodikken på egen arbeidsplass i dag. 3. Om kunnskapen fra utdanningen benyttes på egen arbeidsplass når det skal gjøres endringer. Disse tre elementene vil finnes igjen i analyse av krysstabeller i kapittel 4. Hva som ligger i *Forbedringsmetodikk* forklares i punkt 1.5 mens bakgrunn og innhold i *QI Nord utdanningen* presenteres i punkt 1.6. *Implementering* beskriver i denne sammenheng det å gjøre endringer i praksis til en integrert og fast del av daglig praksis for alle. Se siste avsnitt i punkt 1.5 for ytterligere presisering. Med begrepet *Forbedringsprosjekt* menes det konkrete prosjektet som kommer som et resultat av ønsker om å gjøre forbedringer på et spesifikt område. Et eksempel her er ønsket fra engasjerte fagpersoner om å få ned tiden det tar fra pasienter med symptomer på hjerneslag ringer medisinsk nødnummer til pasientens behandling starter, såkalt «Door to needle time». *Forkunnskaper* er i denne undersøkelsen brukt om forbedringskunnskaper referert i Figur 1, som deltakerne på QI Nord utdanningen hadde i forkant av deltakelsen. Vårt utgangspunkt for å ta med forkunnskaper som en sentral del av undersøkelsen var en forforståelse av at forkunnskaper kunne tyde på en særskilt interesse for fagområdet som kunne innvirke på våre resultater. I tillegg er det sannsynlig at forbedringskunnskapen internaliseres over tid hos ansatte ut fra graden av påvirkning gjennom læring og samhandling med andre og erfaringer med kunnskapen.

### **1.3. Oppgavens struktur**

Vi vil i det videre i dette kapittelet si noe om de juridiske forhold som underbygger kravene til helsetjenestene om kontinuerlig kvalitetsforbedring, gi en innføring i forbedringsmodellen «The Model for Improvement» og QI Nord utdanningen samt definere hva vi legger i begrepene *kvalitet* i helsetjenestene og *kvalitetsforbedring*. I kapittel to presenterer vi tre perspektiver på endring som vi mener er sentrale for funnene i vår undersøkelse, og motstand

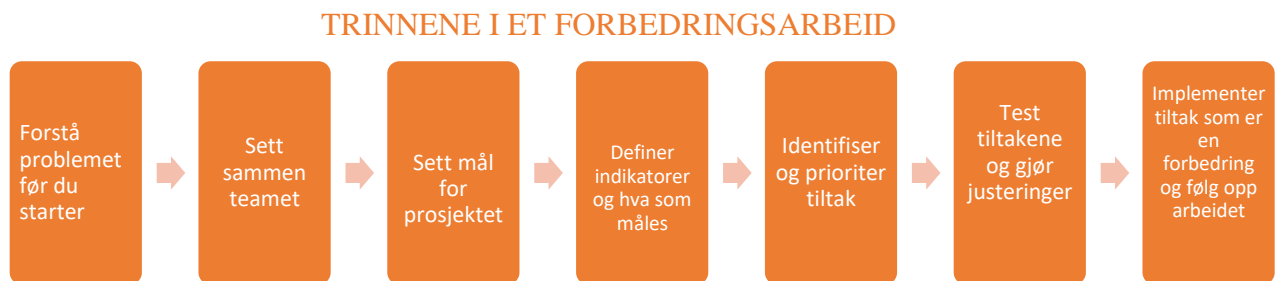
mot og drivkrefter for endring i organisasjoner. Relevant forskning fra fagfeltet kunne vært tatt med i dette kapitlet, men vi har valgt å heller integrere dette i diskusjonen i kapittel 5. Kapittel 3 omhandler en redegjørelse for forskningsmetodikken som ligger til grunn for oppgaven og vi begrunner også valg knyttet til analyse av data. Våre funn fra undersøkelsen presenteres i kapittel 4. Dette kapitlet er tredelt med en første del som presenterer våre variabler i frekvenstabeller. Del to består av krysstabellanalyse, mens del tre består av funn knyttet til fremmere og hemmere for implementering av forbedringsprosjekter. I kapittel 5 vil vi drøfte våre funn med bakgrunn i det presenterte teorigrunnlaget inkludert relevant forskning. Diskusjonen tar utgangspunkt i undersøkelsens problemsstilling og forskningsspørsmål, og vi har derfor valgt å dele dette kapitlet i to hoveddeler.

#### ***1.4. Juridisk bakteppe***

Et Helseforetak skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Vi finner igjen kravene til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring i § 3-4a (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet første ledd *«Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet»* og i § 2-1a tredje ledd *«De regionale helseforetakenes ansvar etter første ledd innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.»* Bestemmelsen er utdypet i forskrift gjeldende fra 01.01.2017 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som er et sentralt styringsverktøy for ledelse. Vi finner igjen forbedringsmetodikken i forskriften og dens veileder gjennom plikten til å *planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere*. Forskriften understreker at den med det overordnede ansvaret for virksomheten har ansvar for at virksomheten yter faglige forsvarlige tjenester og arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2017). Ledere må ut fra dette etterspørre relevant informasjon om egne kvalitetsutfordringer og undersøke om tiltak gir ønsket forbedring. Videre må ledere påse at styringssystemet fungerer i tråd med hensikt og at det bidrar til kvalitetsforbedring i tjenestene.

### 1.5. Forbedringsmodellen/forbedringsmetodikk

Nordlandssykehuset har valgt forbedringsmodellen (The Model for Improvement) som grunnlag for sin utdanning i kontinuerlig forbedring. Denne modellen fra 1994 har sine røtter i vitenskapelig metode og vitenskapsfilosofi som har utviklet seg i mer enn 400 år (Moen & Norman, 2006). Forbedringsmodellen er en vitenskapelig basert og relativt enkel arbeidsmetode for kvalitetsutvikling, som gjennom sitt fokus på samspillet mellom deltakerne i prosessene samtidig kan sies å være en prosessorientert arbeidsmetode. Den gir rammer for forbedringsarbeidet og sammenkobler teori, data og metoder. Den forutsetter at det er en bred involvering av de personene som står nærmest utfordringene og tilbakemelding fra pasientene står sentralt. Disse personene bør være en del av *forbedringsteamet* for det gitte prosjektet. Forbedringsteamet er de som skal drive forbedringsarbeidet fremover og består gjerne av både ansatte og brukerrepresentanter. Antall deltakere og justeringer på hvem som bør delta kan endres underveis. Det viktigste er at teamet er enige om formålet, er tverrfaglig og representativt. I tillegg må det være tydelige fordelte roller mellom teammedlemmene og gode rammer for arbeidet. Figur 2 illustrerer at det er mange trinn som skal følges og som rammer inn forbedringsarbeidet.



Figur 2: Trinnene i et forbedringsarbeid

Forbedringsmodellen er todelt, se Figur 3. Den består av tre spørsmål som danner grunnlaget for forbedringsarbeidet og kvalitetshjulet PDSA som består av fire faser for å teste ideer/tiltak til endring ut i praksis. Kvalitetshjulet PDSA er en videreutvikling av W. Edwards Deming's PDSA Circle for Learning and Improvement, utviklet for bilindustrien i etterkrigsårene.



Figur 3: Kvalitetshjulet etter Langley (2009) sin modell for kvalitetsforbedring. Hentet fra Helsebiblioteket.no

Hensikten med spørsmålet om tiltak er at forbedringsteamet sammen fremsetter flere teorier om hvilke tiltak som vil føre til forbedring. Listen på tiltak må gjerne være lang, men kriteriet er at *testing* i PDSA-sirkelen er mulig. Det vil si at tiltaket må være gjennomførbart og det må være mulig å utføre målinger som viser om tiltaket har ønsket effekt. Småskaletesting krever at det på forhånd er utformet en hypotese. Det vil si en teori om hva som vil skje dersom man endrer på noe: *hvis A, så B*. Like viktig som en arbeidshypotese er analysen og læring i etterkant av testing. Dette skjer gjennom sammenligning av resultatet av testen med arbeidshypotesen. Her er det helt sentralt at målinger gjennomføres for at en slik analyse skal være mulig. Det er viktig at det tiltaket det startes med er det tiltaket forbedringsteamet har størst tro på vil føre til forbedring. Poenget er å få til forbedring raskest mulig, og ikke drive med utprøving av tiltak for tiltakenes skyld. Det er også svært viktig at det kun settes i gang ett tiltak/en endring i gangen. Hvis ikke er det umulig å gjennomføre målinger som sier noe om hva som faktisk fører til forbedringen.

Forbedringsmodellen tar høyde for endringer i prosjektene i takt med læring fra testing av tiltak. Dette er hensiktsmessig også i helsetjenestene da vi gjennom testing kan unngå igangsetting av tiltak som gir uønskede effekter. Her tenkes blant annet på at det er mulig å gjøre «feil» uten at dette får store konsekvenser for daglig arbeid. Gjennom testing kan forbedringstiltak tilpasses til de lokale forholdene og den aktuelle konteksten på den spesifikke enheten/avdelingen. Det er gjennom dette mulig å synliggjøre og evaluere

ressursforbruk og uønskede virkninger av forbedringstiltaket. Det vil også kunne avdekkes kompetansebehov blant ansatte, og det at ansatte involveres fra start kan minimere motstand mot en senere implementering. I følge Moen & Norman (2006) viser erfaringer med forbedringsmodellen at den er aktuell for alle typer organisasjoner og til alle grupper og på alle nivåer i en organisasjon og at modellen gir et rammeverk for bruk av forbedringsmetoder og verktøy som er styrt av kunnskapsteori. I Moen & Norman (2006) hevdes videre at modellen tillater prosjektplaner å tilpasses etter hvert som læring skjer og at den er en enkel måte for mennesker til å oppleve mestring ved bidrag til iverksetting av tiltak som gir nyttige resultater og læring. I tillegg fremholder modellen teamarbeid som særlig nyttig for forbedringsarbeid.

*Implementering* av tiltakene skjer når testing har ført til *ønsket forbedring*, og man har funnet en hensiktsmessig måte å gjennomføre tiltakene på. Med implementering menes, i denne sammenhengen, å gjøre endringer i praksis til en integrert og fast del av daglig praksis for alle. Dette er en kritisk fase i praktisk forbedringsarbeid da den tar lengre tid enn testfasen, oftest involverer flere som ikke har fått vært en del av forbedringsprosjektet og konsekvensene ved feil kan være større. En vedvarende forbedring har man fått når de iverksatte endringene er blitt «*den måten vi gjør ting på her hos oss*». Dette omhandler ikke bare endringer i arbeidsmetoder eller rammer, men også holdninger og atferd hos menneskene i systemet. En *vedvarende forbedring* er blitt den integrerte vanlige måten å jobbe på, og oppleves ikke som en ekstra arbeidsprosess/-oppgave.

### ***1.6. QI Nord forbedringsutdanning***

Utdanningen i seg selv er inspirert av Improvement Advisor-utdanningen til Institute for Healthcare Improvement (IHI) Cambridge, Massachusetts, «I trygge hender» pasientsikkerhetsprogram i regi av Helsedirektoratet samt nordisk forbedringsagentutdanning i regi av Dansk selskab for patientsikkerhed. Innholdet i utdanningen er utarbeidet av Nordlandssykehuset HF i samarbeid med Dr. Amar Shah fra East London Foundation Trust. Dr. Shah har lang erfaring med opplæring i forbedringsmetodikk i egen organisasjon og sammen med organisasjonen IHI. Utdanningen er en strategisk satsing i Helse Nord og lederforankring med tilrettelegging for deltakelse og gjennomføring av prosjekt er særlig fremhevet for utdanningen. Ved utgangen av 2019 har i overkant av 100 deltakere gjennomført utdanningen. Fra kull 4, med oppstart i januar 2020, er QI Nord en regional

utdanning med kull både i Tromsø og Bodø. Totalt antall plasser er 48 på hvert sted og deltakere rekrutteres fra alle helseforetakene (HF) i Helse Nord samt Sykehusapotek Nord og Regionalt helseforetak (RHF) Helse Nord.

Opplæringen skal gi deltakerne på utdanningen forbedringskunnskap ut fra overordnet beskrevet forbedringsmetodikk, med tillegg fra statistisk prosesskontroll (SPC). Utdanningen skal videre gi tips for ulike kreative arbeidsmetoder for å skape engasjement og få frem mulige tiltak. Målsettingen er at deltakerne etter endt utdanning skal kunne igangsette og lede forbedringsarbeid som *kan* føre til varige forbedringer i helsetjenesten. Et begrep som brukes om deltakere som fullfører utdanningen er *forbedringsagenter*. Sentralt i utdanningen står også målet om at deltakere på QI Nord skal bidra til videreformidling av kunnskapen i egen organisasjon. Det er også viktig å nevne at utdanningen i utgangspunktet retter seg mot klinisk helsepersonell og ledere som *ønsker* å få kompetanse i forbedringsmetodikken. Utdanningen er samlingsbasert med tre samlinger pr kull, pågår over cirka 6 måneder og krever egeninnsats i form av arbeid med eget forbedringsprosjekt mellom samlingene. Utdanningen er praktisk orientert og samtlige deltakere må ha et konkret forbedringsprosjekt med seg inn i utdanningsløpet. Prosjektet skal jobbes med underveis i utdanningen og målsettingen er at forbedringsprosjektet skal gjennomføres og eventuelt implementeres i egen organisasjon i løpet av månedene utdanningen varer.

Det handler om å få alle ansatte til å ha med seg forbedringstanken inn i den daglige arbeidshverdagen og gjennom dette skape en *kulturendring* i organisasjonen gjennom engasjerte, modige og dyktige fagfolk. Vi skal fortsette å gjøre jobben vår og samtidig ha med forbedringsfokus inn i det vi gjør. Dette krever at vi har kunnskap nok om systemet vi er en del av, kvaliteten på det vi gjør og metoder for forbedring slik at vi er i stand til å stille oss spørsmålet: Hva kan vi gjøre for å forbedre jobben vi gjør, og samtidig vite hva som skal til for å få til en endring som faktisk er en forbedring?

### ***1.7. Øvrige sentrale begreper***

Vi har gjennom det ovenstående gjennomgått noen av de sentrale begrepene tilknyttet denne undersøkelsen. Dette gjelder kontinuerlig forbedring, forbedringskunnskap, forbedringsarbeid, forbedringsmetodikk, forbedringsteam, forbedringsprosjekt, QI Nord utdanning og implementering.



*Helsetjenester av god kvalitet* innebærer at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Dette refereres til som seks dimensjoner av kvalitet. *Kvalitet* er et begrep som har mange dimensjoner og som kan bety noe forskjellige på samme behandling/tjeneste ut fra hvilke verdier en har og hva som er viktig for det enkelte menneske. Det er også derfor kvalitet kan være vanskelig å måle når vi snakker om helsetjenester. Vi ønsker derfor å ta med en litt annen definisjon på hva som ligger i kvalitet i helsetjenester. «Helsetjenestekvalitet er alle forhold ved helsetjenestene som verdsettes av brukerne selv (pasientene og deres pårørende), fra det tidspunkt behandling ønskes til den er avsluttet, gitt at brukerne har tilstrekkelig informasjon om alle relevante forhold» (Grepperud, 2009).

*Kvalitetsforbedring* er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. I dette ligger forståelse for virksomheter og tjenester som systemer og prosesser, variasjon i prosesser og hvordan man skaper læring fra erfaring (Helsedirektoratet, 2019). Kvalitetsforbedring kan derfor, i vår undersøkelsen, sies å være det man gjør når arbeidsmetoder og forbedringsmetodikken fra *QI Nord* utdanningen benyttes i daglig arbeid.

## 2. Teori

I dette kapitlet ønsker vi å presentere relevant og nødvendig teori for å besvare undersøkelsens problemstillinger og tilhørende forskningsspørsmål. Vi har som en del av kapittel 1 allerede beskrevet hva som menes med sentrale begreper og teorigrunnlaget for kontinuerlig forbedring og forbedringsmetodikk. I det følgende vil vi derfor komme nærmere inn på tre perspektiver på endring som vi mener er sentrale for vår undersøkelse. Det første perspektivet omhandler *organisasjonskultur og endring*. Dette perspektivet mener vi er sentralt da vi forfekter at innføring av forbedringsmetoder i helsetjenesten fordrer en grunnleggende endring i helseorganisasjonenes kultur da organisasjonskulturen har en sterk påvirkning på handlinger blant ansatte eller grupper av ansatte i organisasjonen. Det andre perspektivet vi ønsker å se vår undersøkelse i forhold til er *endringsledelse i kunnskapsorganisasjoner*. Sentralt i dette perspektivet er de grunnleggende forutsetningene som må være tilstede i endringsprosesser. Det tredje perspektivet vi presenterer er *implementeringsteori relatert til COM-B modellen (Figur 4) og indre versus ytre motivasjon*. Sentralt i alle tre perspektivene er motstand mot og drivkrefter for endring. Det er derfor naturlig å presentere sentrale barrierer og drivkrefter som vår undersøkelse viser har betydning for endringer, eksempelvis innføring av forbedringsarbeid i kunnskapsorganisasjoner som yter helsetjenester.

### 2.1. Organisasjonskultur og endring

Vi ønsker å se på hvordan organisasjonskultur kan påvirke menneskene i en organisasjon, slik at tiltak som iverksettes får et ønsket utfall. Når mennesker i en organisasjon, som eksempelvis et helseforetak, ikke handler i endringsprosesser som forventet av dem ut fra deres posisjon i organisasjonen, kan dette ha sin årsak i organisasjonskultur. Vi velger å bruke Edgar Schein's definisjonen på kultur:

«Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene» (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 124).

En organisasjonskultur lærer nye medlemmer hva som er *de riktige verdiene og normene* i gruppen de er en del av eller ønsker å bli en del av. Dette skjer gjerne gjennom en

sosialiseringsprosess hvor sterke kulturelle meningsbærere ønsker at nye medlemmer i gruppen skal tilegne seg gruppens verdier, normer og grunnleggende antakelser for hva som er det riktige å tenke og føle, og dermed også hva som er riktig handling og atferd i ulike sammenhenger. I verdier ligger det som er ønskelig og godt versus det som er ondt eller farlig men mer som abstrakte idealer. Et eksempel er Helse Nords verdier: *Kvalitet i prosess og resultat, Trygghet for tilgjengelighet og omsorg og Respekt i møtet med våre brukere og samarbeidsparter*. Normer er medlemmenes felles delte forventinger til hva som er akseptable og uakseptable måter å oppføre seg på. Altså de mer eller mindre uskrevede reglene for oppførsel i sosiale sammenhenger. Normer finner vi gjerne igjen i etiske prinsipper som gjøres kjent for ansatte i organisasjonen. Grunnleggende antakelser handler om gruppens delte antakelser for hva som er sant og usant, og hvordan ting henger sammen. Om disse grunnleggende antakelsene faktisk holder vann er mindre viktig. Det sentrale er at gruppens medlemmer forholder seg til dem som om de er sanne og dermed i liten grad setter spørsmålsteget ved deres gyldighet (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Organisasjonens kulturinnhold er ikke direkte synlig, men kommer til uttrykk gjennom artefakter og symboler, strukturer og handlinger i organisasjonen. Organisasjonskultur er en form for styring, men som ikke finnes igjen på et organisasjonskart og som er mye mer skjult og vanskelig å få tak på. Dersom ansatte eller medlemmer i en gruppe er integrert i organisasjonskulturen vil det være mye mindre behov for kontroll og styring fordi handlingene gjerne gjenspeiler det gruppen eller organisasjonen ønsker i forhold til mål. Det kan dermed lett dras konklusjoner om at dersom organisasjonskulturen i en organisasjon eller i en gruppe er av en slik karakter at den underbygger og fremmer organisasjonens mål og handlinger kan en sterk organisasjonskultur være svært positivt. Jacobsen & Thorsvik (2019) peker på følgende positive effekter:

1. Organisasjoners suksess: En sterk organisasjonskultur kan bidra til konkurransefortrinn i ett stadig tøffere marked ved at organisasjonen er mer effektiv.
2. Tilhørighet og fellesskap: Gir trygghet for enkeltindividet i en gruppe, et fellesskap. Dette kan også bidra til økt stabilitet, lojalitet og mindre fravær.
3. Motivasjon: Gjennom sosialisering gjøres fellesskapets mål, verdier og normer til egne og den enkelte får en større forståelse av viktigheten av det som gjøres.

4. Tillit: Sterk organisasjonskultur gir, som nevnt, mindre behov for styring og kontroll. Ressurser som ellers ville vært brukt til dette kan brukes til beste for måloppnåelse.
5. Samarbeid og koordinering: Gjennom kultur skapes tilhørighet, tillit og fellesskap, noe som igjen gir grobunn for samarbeid.
6. Styring: Sterk organisasjonskultur bidrar til at grunnleggende antakelser, verdier og normer avgrensner hva som viktige og riktige arbeidsoppgaver, noe som igjen gir en mer effektiv organisasjon

Samtidig kan vi også si at dersom organisasjonskulturen motarbeider organisasjonens målsettinger og ønsker for hvordan organisasjonen skal fremstå, vil dette kunne ha tilsvarende negative effekter på organisasjonen. Hva skjer eksempelvis i organisasjoner hvor det oppstår sterke *subkulturer* som ikke nødvendigvis har grunnleggende antakelser, verdier og normer som er i henhold til organisasjonens målsettinger? Med subkultur menes at det innen en organisasjon kan oppstå flere ulike sett av felles delte verdier, normer og grunnleggende antakelser (Einarsen, Martinsen, & Skogstad, 2017). En subkultur kan ses på som noe som utvikles i en undergruppe av organisasjonens medlemmer. Subkulturer oppstår gjerne fordi kultur er noe som vokser frem gjennom interaksjon mellom mennesker, og er et resultat av samhandling og den konteksten og strukturen denne samhandlingen befinner seg i. Sagt på en annen måte: De kollegaer vi samhandler mest med i en arbeidshverdag er dem vi etter all sannsynlighet får en felles identitet og organisasjonskultur med og dette kommer til uttrykk i atferd og handlinger. Subkulturer handler på grunnlag av sin undergruppes kollektive normer, verdier og grunnleggende antakelser av virkeligheten, noe som igjen kan synes uforståelig for andre. Det koster å forfekte andre meninger enn den gruppen og subkulturen du normalt sett identifiserer deg med, og det finnes eksempler på at grupper av ansatte eller enkeltindivider utsettes for sterke sanksjoner gjennom utestenging fra fellesskapet, isolasjon og sågar direkte mobbing. Det er derfor tenkelig at en sterk subkultur gjør at ansatte eller grupper av ansatte tar avgjørelse i prosesser basert på det subkulturen står for heller enn gjennom en rasjonell beslutningsprosess knyttet til hva som er riktige valg for eksempelvis enheten, fagområdet eller organisasjonen som helhet.

## 2.2. Endringsledelse i kunnskapsorganisasjoner

Den typen endringer vi undersøker i denne masteroppgaven er som tidligere nevnt, kontinuerlige endringer gjennom forbedring av måten vi arbeider på. Kontinuerlige endringer er endringer som skjer mer eller mindre hele tiden og som derfor forbindes med endringer av mindre omfang i en organisasjon. Slike endringer kan også beskrives som inkrementelle endringer i det de skjer gradvis og tenker forbedre organisasjonen stegvis, ofte gjennom læringsprosesser knyttet til eksisterende praksis og konkrete arbeidsprosesser. Samtidig innebærer innføringen av tankesettet rundt kontinuerlig forbedring, fokus på kvalitet og bruken av forbedringsmetodikk og lignede metoder et paradigmeskifte i helsetjenestene som vi mener kan betegnes som organisasjonsutvikling. Organisasjonsutvikling eller *den skandinaviske modellen for endring* omfatter metoder for planlagte endringer som vektlegger demokratiske verdier og ivaretagelse av medarbeiderne i endringsprosessen (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Det er Kurt Lewin som regnes som grunnleggeren. Lewin pekte blant annet på at dersom vi skal forstå menneskers atferd må vi ta hensyn til de variabler som kan påvirke miljøet. Han beskriver tre faser alle organisasjonsendringer gjennomgår eller kanskje heller bør gjennomgå for å lykkes i følgende rekkefølge (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

1. Opptiningsfasen: Skal skape motivasjon for endring gjennom en forståelse av at endring er nødvendig for fortsettelsen.
2. Endringsfasen: Iverksettelse av tiltak som skal skape ny og ønsket atferd og holdninger.
3. Nedfrysingsfasen: De nye tiltakene og holdningene stabiliseres gjennom rutiner og erfaringer.

I følge Jacobsen & Thorsvik (2019) har forskning de siste tiårene vist at det er noen grunnleggende forutsetninger som må være tilstede dersom prosesser knyttet til organisasjonsutvikling skal kunne være en hensiktsmessig måte å tenke endringer i organisasjoner på. Disse grunnleggende forutsetningene er at menneskene i organisasjonen tenker og handler til organisasjonens beste. Det er også forutsatt at mennesker ønsker å utvikle seg og lære. Prosessene har også en innbygget forutsetning om at det som vektlegges er omforente løsninger gjennom konstruktiv dialog. For å få til slike utviklingsprosesser eller andre planlagte endringer er det sentralt at man har noen som er *pådrivere* for prosessene som skal føre til en forbedring av dagens situasjon. I QI Nord utdanningen ble det snakket om å utdanne *forbedringsagenter*, mens det i Jacobsen & Thorsvik (2019) skrives om *endringsagenter*. Begge omhandler et menneske eller en gruppe mennesker i organisasjonen

som er pådriver(e) for utvikling og forbedring, og som klarer skape ett opplevd behov for endring samtidig som de kan håndtere den motstand som ofte oppstår mot endringer (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Med dette som bakgrunn velger vi å betrakte *endringsledelse* som all påvirkning av utvikling utført av endrings-/forbedringsagenter. Dette innebærer at endringsledelse kan utøves av andre enn dem som har formelle lederposisjoner. Vi velger å bruke begrepet forbedringsagent i det videre, da dette er mest hensiktsmessig for vår undersøkelse.

Vår undersøkelse er knyttet til kontinuerlig forbedring, beskrevet i Figur 1. I rammeverket for kontinuerlig forbedring, er vi opptatt av at profesjonskunnskap og forbedringskunnskap *sammen* gir et bedre grunnlag for utvikling av helsetjenestene. Helsetjenestene består av fagpersoner/kunnskapsarbeidere og med sin unike kompetanse er de med på å forme ekspertorganisasjonene/kunnskapsbedriftene de arbeider i. Med bakgrunn i sitt fag er de bærere av standarder for hva som er gode løsninger og god atferd. Det er derfor sentralt for all utvikling at disse fagpersonene er inkludert i endringsprosesser, gjerne som betydningsfulle forbedringsagenter. Strand (2007) fremhever at god ledelse av ekspertorganisasjoner er å la folk gjøre det de er gode til. Den viktigste drivkraften er de utfordringer fagfolkene selv føler ligger i arbeidet. Endringsledelse i kunnskapsorganisasjoner vil derfor nødvendigvis være avhengig av å ha fagfolk med drivkraft for endringer sentralt i prosessene for å ha mulighet for implementering av endringer.

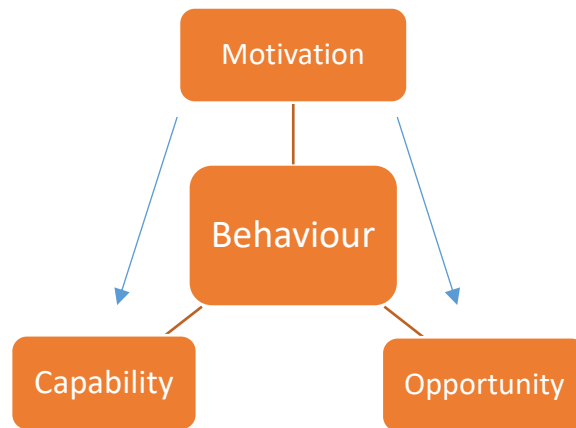
Endringer i organisasjonen krever en viss grad av *endringskapasitet*. Med dette menes at det må være balanse mellom endringsprosesser som søkes gjennomført og den daglige driften. Vi nevnte tidligere at endringsprosesser knyttet til kontinuerlig forbedring ofte er inkrementelle. Dette innebærer at endringer skjer hele tiden og man kan se for seg at det brer seg en form for endringstretthet i organisasjonen eller blant nøkkelpersonell dersom for mange endringer iverksettes samtidig.

### **2.3. Implementeringsteori og motivasjon**

Implementering av kontinuerlig forbedring og av arbeidsmetoder og kunnskap om disse avhenger av at ansatte i praksis endrer hvordan de tenker og handler i klinisk arbeid. Et teoretisk rammeverk for implementeringsteori som vi ønsker å se på i denne sammenhengen er COM-B (Michie, van Stralen, & West, 2011). Dette er et rammeverk som forsøker å

forklare påvirkning av atferd og består av komponentene Motivation, Capability og Opportunity:

### The COM-B system – en modell for påvirkning av atferd



Figur 4: The COM-B system - en modell for påvirkning av atferd etter (Michie, van Stralen, & West, 2011).

Begrepene i figuren defineres ut fra følgende, fritt oversatt til norsk, hentet fra Michie, van Stralen, & West (2011): Behaviour (Atferd) påvirkes i henhold til denne teorien av tre ulike områder.

1. Capability (Evne) handler om den enkeltes fysiske og psykiske evner til å engasjere seg i den aktuelle aktiviteten. Dette inkluderer også nødvendige kunnskaper og ferdigheter.
2. Opportunity (Mulighet) handler om alle faktorer utenfor individet som fremmer eller muliggjør atferden.
3. Motivation (Motivasjon) defineres som alle tankeprosessene som er bestemmende for atferd. Det vil si det som igangsetter atferd, gir retning for atferd og hvordan atferden opprettholdes.

Pilene og forbindelseslinjene i Figur 4 representerer potensiell påvirkning mellom de ulike områdene, og forsøker vise hvordan endringer på et område kan forandre eller påvirke en eller flere av de øvrige områdene. Eksempelvis kan man ved å vedta en annen arbeidsmetode (endre atferd) påvirke alle tre områdene for det enkelte individet. Årsakssammenhengene i COM-B systemet kan føre til reduksjon eller forsterkning av effekten av et tiltak ved å føre til endringer på andre områder enn forutsatt. Dette er altså en modell som skal hjelpe oss forstå

individens atferd, men modellen kan også benyttes som grunnlag for å utforme tiltak rettet mot å få til ønskede atferdsendringer. Dersom modellen skal brukes slik forutsetter det en grunnleggende forståelse av modellens årsakssammenhenger.

I tillegg til COM-B ønsker vi å se på to ulike perspektiver på motivasjon. Ett vanlig skille er forskjellen på *indre* og *ytre motivasjon*. I følge Jacobsen & Thorsvik (2019) handler ytre motivasjon om at årsaken til motivasjonen ligger utenfor selve arbeidsoppgaven, mens indre motivasjon er knyttet til selve oppgaven og opplevelsen av å arbeide med oppgaven. Dette skillet har ifølge Jacobsen & Thorsvik (2019) vist seg å være av hensiktsmessig i forskning omkring hva organisasjoner kan gjøre for å skape motiverte medarbeidere. Eksempel på indre motivasjon er tilfredsstillelsen i og gleden av å arbeide med noe en selv mener er en viktig og interessant oppgave, eksempelvis legen som finner ut hva som feiler en pasient og kan igangsette de riktige behandlingstiltakene. Aktiviteten kan sies å være belønnende i seg selv. Eksempel på ytre motivasjon er forskeren som er opptatt av å tjene penger og/eller oppnå anerkjennelse. Indre motivasjon kan, ifølge empirisk forskning, se ut til å ha en betydelig sterkere positiv effekt på blant annet arbeidsprestasjon og produktivitet enn ytre motivasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

#### **2.4. Motstand mot endring**

Endringer, som forbedringsprosjekter, influerer og preger alltid ansatte. Det er derfor lett at motstand mot endringen oppstår, noe som igjen kan føre med seg konflikter og uenigheter. Dette kan ha store konsekvenser for enkeltansatte og grupperinger av ansatte, og medfører i noen tilfeller stor ressursbruk både i prosessen og ikke minst i etterkant.

«*Endringer som følger av tidligere endringer møtes ofte med motstand*» (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 378). *Ressursbruken* er et viktig moment å vurdere både før endringsprosesser iverksettes og som en del av evalueringen i etterkant av en slik prosess.

Motstand mot endringer trenger ifølge Jacobsen & Thorsvik (2019) ikke være en dysfunksjon, men kommer som en konsekvens av at den enkelte eller grupperinger forsvarer noe som er kjent, noe man mener fungerer godt og riktig. Motkreftene eller motstanden kan komme til uttrykk på forskjellige måter. Motstanden synes også å gå gjennom forskjellige faser, fra passiv til aggressiv motstand, og hvor motstanden gradvis blir sterkere og mer åpenlys. Motstand er ikke nødvendigvis bare negativt for en planlagt endringsprosess. Motstandere kan



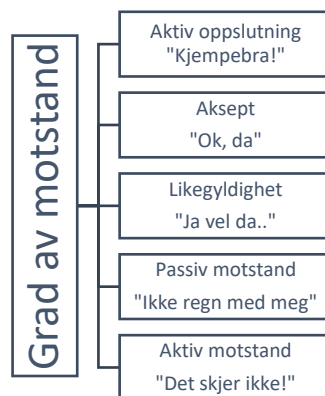
bidra til å sette fokus på områder og oppgaver som ikke er ivaretatt godt nok, og dermed bidra til en bedre drøfting av løsninger og til et bedre resultat.

*Årsaker til motstand* er mangfoldige og komplekse da de avhenger av mange faktorer. Vi velger å trekke frem og avgrense noen av årsakene vi mener er sentrale i forhold til vår undersøkelse:

1. Faglig uenighet: Med dette menes en reell uenighet mellom ansatte eller mellom ansatte og ledelse om hvordan virkeligheten faktisk er og hvilke løsninger som er de beste. Ofte trekkes her frem ulike målsettinger med endringen, og da gjerne at det foreligger en annen underliggende agenda enn det som kommuniseres. Eksempelvis økonomisk innsparing versus bedre pasientbehandling.
2. Krav til nye kunnskaper og ferdigheter: Nylæring og avlæring kan være både tungt og ressurskrevende. Det kan medføre ekstraarbeid, periodevis mer ansvar og oppgaver, noe mange vegrer seg for. Man kan kjenne på frykten for å ikke strekke til. Særlig kan dette gjelde for ledere som kan kjenne på manglende kunnskap for å lede endringsprosesser eller vegrer seg for å håndtere motstand fra ansatte. Samtidig vet man at mestring av ny kunnskap og nye arbeidsmetoder kan gi økt personlig mestring og arbeidsglede.
3. Utfordring av organisasjonskulturen: Endringsprosesser kan oppfattes som ett angrep på den eksisterende organisasjonskulturen. Særlig kan dette gjelde for forbedringsprosesser hvor man oppfordres til å «tenke utenfor boksen». En organisasjonskultur bygger på et sett av grunnleggende antakelser og endringer som røtter ved disse grunnleggende antakelsene vil kunne oppfattes som en trussel mot det en gruppe tenker på som sannheter. Grunnleggende antakelser er vanskelig å utfordre og vanskelig å endre da de for sosiale grupper er ubevisste og tas for gitt (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

*Graden av motstand* er avgjørende for om endringer lykkes, og ofte er graden av motstand størst i en tidlig fase. Det er dessuten rimelig å anta at den vil henge sammen med hvor omfattende og radikal en endring kan bli, og hvor godt det argumenteres for at endringen er nødvendig (Jacobsen, 1998). I tillegg har det betydning for graden av motstand hvem som

presenterer behovet for endring og hvorvidt den som «eier» ideen har stor grad av legitimitet og autoritet i organisasjonen. Fra Jacobsen (1998) hevdes det også at selve endringsstrategien vil ha betydning, og at mange har tatt til orde for at endring bør legges opp som prosesser med bred deltakelse fra samtlige aktører i organisasjonen. Særlig da deltakelse antas å være en mekanisme for å øke informasjonsflyt, og dermed minke usikkerhet. I Figur 5 viser vi en skala på grad av motstand fra aktiv motstand til aktiv oppslutning. Dette illustrerer at motstand ikke er statisk, men kan endres med bakgrunn i ulike tilnærminger.



Figur 5: Grad av motstand

I følge Jacobsen & Thorsvik (2019) beskriver forskning på endringsprosesser mange tiltak som forbedringsagenter kan benytte for å håndtere motstand mot endring. For det første er tidlig og saklig informasjon til de som involveres viktig, og da særlig sentralt er å kommunisere *hvorfor* det er nødvendig med endringer. I tillegg må medarbeidere involveres i beslutningsprosesser. Videre kan forbedringsagentene gjennom sin tilstedeværelse bygge relasjoner og tillit som gjør det lettere å akseptere endringer. Det handler om at man gjennom relasjonsbygging og kommunikasjon skaper en erkjennelse av sammenfallende interesser i at endringene gjennomføres og får et ønsket resultat.

## 2.5. Drivkrefter for endring

Ytre drivkrefter kan defineres som muligheter og trusler, mens indre drivkrefter kan defineres som styrker og svakheter. Dersom man fremstiller drivkrefter på denne måten ses drivkrefter på som noe objektivt, noe som alle må oppfatte likt. Disse drivkreftene er til en viss grad objektive størrelser og fenomener, og i mange tilfeller vil de tvinge fram en endring (Jacobsen, 2018). Dette vil likevel være noe som bare skjer, altså i mindre grad en planlagt og

styrt endring. Planlagt endring derimot har den forutsetningen at noen initierer endring. Dette forutsetter at behovet for endring er identifisert og at det er besluttet å gjøre noe med det. I planlagt endring er drivkraften en handlende aktør. Planlagt endring starter alltid med subjektive oppfatninger av endringsbehov, ikke på grunn av objektive drivkrefter. Siden planlagt endring har det særtrekket at det alltid dreier seg om handlende aktører som initierer endring, vil det altså være en eller flere aktører som starter endringsprosesser. Disse kalles endringsagenter eller mer relevant for oss – forbedringsagenter. Forbedringsagentene må fange opp signaler som antyder at endring er nødvendig og deretter omforme dem til konkrete endringsprosesser/forbedringsarbeid.

Drivkrefter for endring er ikke ansiktsløse og objektive, men formuleres av mennesker. For å starte en endringsprosess må drivkreftene fortolkes. Noen må oppfatte og registrere drivkreftene og fortolke hvilke konsekvenser dette har for organisasjonen/enheten. Innad i organisasjonen/enheten vil ulike mennesker gjør ulike fortolkninger av drivkreftene. Denne ulikheten kan ledes tilbake til to forhold: Virkeligheten presenterer seg ulikt for ulike mennesker, og virkeligheten ses ulikt av ulike mennesker. Dette vil si at ulike mennesker i organisasjonen/enheten kan oppfatte drivkrefter forskjellig. De kan konstruere sin egen virkelighet. Dette kan være ledere som oppfatter virkeligheten ulikt fra en øvrig ansatt. Disse kan derfor ha ulikt syn på behov for endring. Drivkraften bak endringen vil være forbedringsagentenes oppfatninger av behov for endring og hva slags løsning som er nødvendig.

## **2.6. Oppsummering**

Vi har i dette kapitlet presentert tre perspektiver på endring. Sentralt i alle tre perspektivene er motstand mot og drivkrefter for endring. Ett særlig fremtredende fellestrekk i våre perspektiver er *motivasjon*. Hva er det som kan mobilisere og påvirke menneskene i en organisasjon slik at det skapes en motivasjon for forbedringsprosesser? Ett sentralt moment er hvorvidt organisasjonskulturen underbygger og fremmer slike prosesser via sterke kulturelle meningsbærere, eksempelvis forbedringsagenter i sentrale posisjoner. Gjennom slik sosialisering av organisasjons medlemmer kan organisasjonskulturen motivere for forbedringsprosesser gjennom styring av hva som er riktige og viktige arbeidsoppgaver, skape grobunn for samarbeid gjennom tilhørighet og tillit og minke eller minimere viktigheten av enkeltpersoners eller subkulturers motstand mot prosessene. Forbedringsprosesser handler

ofte om nytenkning noe som kan virke truende på eksisterende organisasjonskultur dersom kulturen ikke har integrert inkrementelle endringer som en naturlig del.

Skal man lykkes med endringsledelse i kunnskapsorganisasjoner er det noen grunnleggende forutsetninger som må være tilstede. Dette handler om at menneskene i organisasjonen må tenke og handle til organisasjonens beste og ønske seg utvikling og læring. For å få til dette er det nødvendig med noen motivatorer for prosessene og bred involvering i organisasjonen slik at en sikrer informasjonsflyten og minker motstand. Igjen ser vi at det kan handle om forbedringsagenter som gjennom sitt virke kan klare å skape ett opplevd behov for endring, samtidig som de har en posisjon som gjør at de kan håndtere en eventuell motstand. Sterke fagpersoner, vil særlig i kunnskapsorganisasjoner, være sentrale å få inn i rollen som forbedringsagenter, da de med bakgrunn i sitt fag allerede innehar sentrale formelle og uformelle roller og posisjoner. De vil lettere kunne bidra til å dempe faglige uenigheter og motivere for merarbeidet ved innføring av ny kunnskap og nye metoder.

For å forstå hva som ligger bak enkeltindividers atferd har vi valgt å ta med COM-B-modellen. Denne modellen tar for seg hvordan atferd påvirkes av tre områder: individets evner, mulighet og motivasjon. For forbedringsarbeid er det sentralt at årsakssammenhengene i modellen kan føre til reduksjon eller forsterkning av effekten av tiltak ved å føre til endringer på andre måter enn forutsatt. Forbedringsarbeid krever endring av atferd og virker dermed inn på alle tre områdene som påvirker atferd. Både knyttet til evner og muligheter for læring og deltakelse, samt motivasjon for endringen gjennom alle tankeprosesser som er med på å bestemme atferden. Eksempelvis: Dersom den enkelte ikke gis rammer og mulighet for deltakelse i forbedringsarbeid eller av en eller annen grunn ikke har kunnskaper om temaet, vil dette sannsynligvis påvirke atferden i slik grad at ønsket endring ikke skjer.

### **3. Metode**

Vi har lagt opp dette kapitlet slik at vi i en mer generell første del gjør rede for valg av metodisk forskningsstrategi, forskningsdesign, analyse av data samt undersøkelsens validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. I siste delen redegjør vi for spørreundersøkelse som metode for innsamling av data, hvordan data er innsamlet og metodiske vurderinger i løpet av undersøkelsesprosessen. «Å bruke en metode, av det greske *methodos*, betyr å følge en bestemt vei mot et mål». (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2011, s. 33).

Det handler om hvordan vi skal gå frem for å få frem informasjon om den sosiale virkeligheten. Ifølge Johannessen, Christoffersen, & Tufte (2011) er de viktigste kjennetegnene ved metode følgende: grundighet, åpenhet og systematikk.

#### ***3.1. Metodisk tilnærming***

##### ***3.1.1. Valg av metode – en kvantitativ tilnærming***

En metode viser oss hvordan vi kan gå frem for å fram informasjon om virkeligheten, hvordan denne informasjonen skal analyseres og hva den forteller oss om samfunnsmessige forhold. En del av dette er å samle inn data, analysere og tolke data. Dette er en sentral del av empirisk forskning. Både forskning og studentprosjekter starter med noe man vil vite noe mer om. Dette gjaldt også for vår undersøkelse. Vi ønsket i utgangspunktet å vite mer om hva som skulle til for at ledere og ansatte i Helse Nord kunne lykkes med implementering av kunnskap om forbedringsmetodikk, og om tiltaket QI Nord utdanningen hadde innvirkning på dette. Formålet med studien og valget av metode måtte være hensiktsmessige i forhold til hverandre slik at vi satt igjen med data som kunne hjelpe oss å studere det vi ønsket. Vår problemstilling hadde elementer som kunne fordre både kvantitative og kvalitative forskningsstrategier. Vi ønsket både å se på om det fantes ulike sammenhenger mellom avhengige og uavhengige variabler, eksempelvis ansattrolle versus igangsettelse av nye forbedringsprosjekter. Noe som peker mot en mer kvantitativ forskningsstrategi. Samtidig ønsket vi å undersøke hva som fremmer eller eventuelt hemmer implementering av forbedringsprosjekter, noe som kunne peke mer i retning av en kvalitativ tilnærming da en slik tilnærming tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2013).

Vi vurderte i en innledende fase av forskningsprosjektet å benytte oss av en kombinasjon av spørreundersøkelse og dybdeintervjuer, men måtte ta ett pragmatisk valg som vi mente gavnet vår undersøkelse best. Vi landet på at vi ønsket å benytte en kvantitativ tilnærming for best å besvare våre problemstillinger og forskningsspørsmål på en faglig interessant måte. Vi kunne valgt en kvalitativ metodisk tilnærming med dybdeintervjuer, men da sannsynligvis med ett annet datamateriale en vi ønsket for å kunne belyse våre forskningsspørsmål og problemstilling. Med dette bakteppet har vi i denne oppgaven valgt datainnsamling ved hjelp av spørreundersøkelse. Kvantitative data samles som regel inn ved hjelp av spørreskjema med faste spørsmål og oppgitte svaralternativer (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016).

Kvantitativ forskning går ut på å beskrive, kartlegge, analysere og forklare. Det er vi som skriver oppgaven som må vurdere hvem som skal delta i undersøkelsen, utvalgsstørrelse, og rekruttering. Vi må ta stilling til hvilke data som er mest relevant og pålitelig å samle inn. Ved bruk av kvantitativ metode er man opptatt av å telle fenomener eller kartlegge utbredelse. Den kvantitative tilnærmingen er inspirert av naturvitenskapelig metode, men er samtidig tilpasset for at det er mennesker og menneskelige fenomener som skal kartlegges. I kvantitativ metode er det typisk med en avstand til det som studeres, ved at forskeren gjerne er langt fra det som studeres. Dette var en utfordring i vår undersøkelse da vi begge har deltatt på ulike forbedringsutdanninger, og den ene av oss har vært deltaker på QI Nord. Vi hadde begge med oss en forforståelse knyttet til det vi ønsket å undersøke, noe vi har søkt være bevisst på gjennom hele prosessen.

I vår undersøkelse har vi også med elementer av kvalitativ metode, da vårt spørreskjema hadde fritekstfelt knyttet til problemstillingen som omhandler fremmere og hemmere, hvor respondentene kunne komme med egne data. Målsettingen med dette fritekstfeltet var å forsøke fange opp data/verdier, som vi ikke hadde forutsett som svaralternativer. Vi søkte også finne ytterligere kunnskap om hva som er viktige hemmere og fremmere knyttet til implementering av forbedringstiltak.

### ***3.1.2. Forskningsdesign***

Forskningsdesign omhandler vurderinger vi gjorde i forhold til hvordan vi ut fra vår problemstilling kunne gjennomføre undersøkelsen fra start til mål. Vi tenker derfor på forskningsdesign som et overordnet samlebegrep for gjennomføringen av forskningsopplegget. Vårt valg av forskningsdesign var avhengig av flere forhold. I tillegg til

problemstillingen var undersøkelsens formål, tiden vi har til rådighet og vår kompetanse på undersøkelsesmetoder sentrale faktorer. Vårt forskningsdesign er deskriptiv eller beskrivende da vi skal kartlegge variabler for å kunne beskrive en situasjon, og vi har landet på en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse. Typisk for dette forskningsdesignet er spørreundersøkelse basert på et representativt utvalg, utført i et begrenset tidsrom der respondentene kun spørres en gang. En kvantitativ variant, som vi har valgt, ser gjerne på ulike sammenhenger mellom variabler (Ringdal, 2013).

### **3.1.3. Analyse av data**

Kvantitative data skiller seg fra kvalitative ved at de kan måles og/eller telles, og handler om analyse og fortolkning av disse tallene. Variablenes målenivå bestemmer hvordan vi analyserer dem, også i deskriptiv statistikk. Variablene vi har valgt er på nominalnivå og ordinalnivå med få verdier, det vil si kategorivariabler (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2011). Slike variabler analyseres ut fra prosentuerte frekvenstabeller (univariat analyse), krysstabeller (bivariat analyse), modus eller grafer. Våre data presenteres derfor i frekvenstabeller og krysstabeller med påfølgende beskrivende tekst. Vi har valgt å prosentuerer fordelingene uten desimaler. I tillegg har vi kjørt kjikvadrattest for å undersøke statistisk signifikans mellom to variabler, basert på krysstabell fra vårt utvalg. Vi har valgt å presentere data knyttet til hemmere og fremmere som en egen del i vårt resultatkapittel. Årsaken til dette er todelt. Det handler om at forskningsspørsmål 2 er direkte knyttet til data på hemmere og fremmere, samt at vi ønsker å presentere våre kvantitative data fra fritekstfeltet på en ryddig måte.

Til hjelp med krysstabellene og kjikvadrattesten har vi benyttet oss av dataprogrammet IBM SPSS Statistics, prøveversjon for studenter, nedlastet fra lenke på Nord.no <https://www.ibm.com/no-en/products/spss-statistics>. Innen vi presenterte dataene i frekvenstabeller og krysstabeller valgte vi å omkode dataene med Likert-skala fra 5 til 3 verdier. Begrunnelsen for omkoding var både at datamaterialet viste få respondenter på noen av verdiene og at en av forutsetningene for kjikvadrattesten er at antall respondenter overstiger 5 i hver celle (Ringdal, 2013). Omkodingen ble foretatt i IBM SPSS Statistics. Vi valgte altså en moderne variant av kjikvadrattesten. En slik variant innebærer at de statistiske hypotesene er lik som i en mer klassisk variant, med en nullhypotese og en alternativ hypotese, men de er oftest underforstått og ikke formulert i teksten (Ringdal, 2013). Nullhypotesen vil alltid stå for at det ikke er signifikant sammenheng mellom variablene,

mens den alternative hypotesen hevder at det eksisterer en signifikant sammenheng mellom variablene som testes med kjikvadrattesten. Vi har valgt et signifikansnivå på 0,05. Dette er det mest benyttede signifikansnivået i samfunnsvitenskapelig forskning. Ifølge (Ringdal, 2013) tar testen utgangspunkt i det observerte kjikvadratet og signifikanssannsynligheten eller *p-verdien*. Dersom *p*-verdien er mindre enn 0,05 forkastes nullhypotesen.

#### **3.1.4. Validitet og reliabilitet**

En undersøkelses validitet handler om hvor troverdig undersøkelsen beskriver fenomenene man ønsker å studere (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016). Ut fra de 37 respondentene som har svart, får vi et bilde av hvilke variabler som påvirker hverandre. Vi anser de svarene vi har fått som relevant for vår problemstilling, og mener vi kan belyse problemstillingen med de dataene vi har samlet inn. Vi ser likevel at 37 respondenter er et relativt lite datamateriale i kvantitativ sammenheng og vi skulle gjerne hatt flere svar fra utvalget. *Statistisk validitet* beskriver hvordan funn er generaliserbare fra utvalg til populasjon (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2011). Vi mener at vårt utvalg er representativt for populasjonen, dersom vi definerer populasjonen som alle deltakere på QI Nord utdanningen og vårt utvalg som kull 1 og 2 på utdanningen. Det er likevel slik at det kan være en trussel mot statistisk validitet at vi har et relativt stort bortfall i utvalget (39 %). Dersom resultatene fra undersøkelsen forutsettes ha statistisk validitet, er det videre spørsmål om resultatene kan overføres i tid og rom. Dette handler om *ytre validitet* (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2011). Den beste måten å undersøke dette på er å gjennomføre samme undersøkelse i på ulike tidspunkt og i forskjellige kontekster. Man kan også sammenligne resultater fra tilsvarende undersøkelser. Helse Vest RHF skal gjøre en tilsvarende evaluering av sin forbedringsutdanning, men vi har foreløpig ingen oversikt over hvordan de tenker denne evalueringen gjennomført eller hvilke spørsmål de ønsker svar på. Evalueringen skulle etter planen være ferdig i mai 2020, men på grunn av COVID-19 utbruddet ble denne utsatt. For å konkludere om ytre validitet må man eventuelt gjennomføre samme undersøkelse på ett senere tidspunkt og/eller sammenligne denne undersøkelsen med evalueringen fra Helse Vest RHF.

Reliabilitet beskrives som dataenes pålitelighet. Høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet (Ringdal, 2013). Det knytter seg til nøyaktighet av innsamlede data, hvilke data som brukes, måten den samles inn på og hvordan de bearbeides (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016). Vi har ikke gjort «test-retest-reliabilitet» for vår undersøkelse. Det vil si å gjennomføre samme undersøkelse på samme utvalg med kort tidsrom mellom undersøkelsene. Dersom resultatet blir det samme på begge undersøkelsene, er dette ett tegn



på høy reliabilitet. Vi har brukt rådata som grunnlag for analysene, og vi har gjennom en prestudie testet begrepene i spørreskjemaet på medstudenter for å kontrollere forståelsen. Vi anser dataene som så nøyaktig som det er mulig ut fra forutsetningene. Når det gjelder spørreskjemaet kan det være ulike forutsetninger som gjør at vi kan være kritisk til dataene. Basert på tolkning av begreper, ulik vurdering av Likert-skalaen, og hva hver respondent har lagt i meningen av sitt svar kan dette ha ført til at dataene likevel ikke gjenspeiler respondentens virkelighet. Ved å ha forhåndsdefinerte svaralternativ mener vi likevel at det var den beste måten å få fram virkeligheten på. Vi anser svarene som respondentene har gitt som pålitelige da svarene er gitt ut fra deres kunnskapsgrunnlag, og vi mener det er sannsynlig at gjentatte målinger med samme undersøkelse vil gi samme resultat.

### ***3.2. Konstruering og gjennomføring av spørreundersøkelsen***

Spørreundersøkelse ble valgt som metode for innhenting av data. Det er flere grunner til valget av denne metoden. Dette gav oss en standardisering ved at spørreundersøkelser inneholder faste spørsmål og svaralternativer slik at vi kunne se på likheter og variasjon for måten respondentene svarer på. Det andre er at denne standardiseringen kunne gi oss muligheter til å generalisere resultater fra utvalg til populasjon. Det tredje er at man kan samle data fra mange individer på kort tid. Det siste var muligheten for å undersøke sammenhenger eller samvariasjon mellom fenomener ved hjelp av statistiske analyser.

#### ***3.2.1. Spørreundersøkelsen***

Spørreundersøkelsen bestod av et spørreskjema som inneholdt 21 spørsmål (8 Vedlegg 1). Spørsmålene var ulikt utformet med ja/nei svar samt gradering i Likert-skala med verdiene *ingen, i liten grad, i middels grad, i stor grad, i svært stor grad*. Likert-skalaen, etter Rensis Likert i Johannessen, Christoffersen, & Tufte (2011), er et spørsmålsformat som består av påstander som skal gi en vurdering i grader av hvor enig eller uenig respondenten er med påstanden i spørsmålet. Vi hadde i tillegg to spørsmål der vi hadde valgt ut 11 like valgalternativer for *hemmere* og *fremmere*, hvorav det ene alternativet på hvert var «Annet». Spørreskjemaet var utformet slik at respondentene ble ledet videre til *enten* hemmere eller fremmere, ut fra svaret de gav på spørsmål vedrørende implementering av forbedringsprosjekt. Bakgrunnen for at vi valgte akkurat disse variablene på hemmere og fremmere er hentet fra forskning (Konsmo et al., 2015). Vi valgte å utarbeide og benytte et

spørreskjema som i stor grad inneholdt fastlagte svaralternativer. Unntaket fra dette var valgalternativet «Annet» som åpnet for å få belyst svaralternativer eller utfyllende opplysninger vi ikke hadde med i «vår» variabelliste.

Vi fikk hjelp fra en av våre kollegaer til å sette opp spørreskjemaet i online-løsningen Netigate som er en ledende leverandør av online undersøkelser. Helse Nord RHF bruker denne løsningen. Det er kun få personer i RHF-et som har egen tilgang til og kompetanse på nettløsningen, og vi var svært heldige som fikk benytte oss av denne.

Vi gjennomførte en prestudie av spørreundersøkelsen før vi sendte den ut til vårt utvalg. Vi sendte ut spørreskjemaet til alle på masterkullet vårt, 26 personer. I prestudien fikk vi 50 % svarrespons, og hensikten var å sjekke ut om den tekniske løsningen fungerte og om spørsmålene og svaralternativene gav mening for respondentene. Svarene på prestudien og de øvrige tilbakemeldingene vi fikk ble brukt til å justere spørreskjemaet.

### **3.2.2. Godkjenninger**

Vi sendte inn søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD), men fikk tilbakemelding om at siden undersøkelsen er fullstendig anonym trengte vi ingen godkjenning fra dem, gitt at undersøkelsen ble sendt ut som generell lenke. Netigate operer med to ulike forsendelsesmåter ved slike undersøkelser. Den ene er å sende ut spørreskjemaet via Netigate, da vil Netigate kunne spore både e-postadresse og IP-adresse. Den andre måten er via generell lenke. Det blir da sendt ut en e-post til respondentene med en lenke de trykker seg inn på. Her kan ikke e-post adresse eller IP-adresse spores. Dette kalles Computer Aided Web Interviewing (CAWI). Vi valgte det siste, da vi ikke trengte å vite hvem som har svart eller hva de ulike respondentene har svart.

Den eneste informasjonen vi har om respondentene, er e-postadressene til dem som har deltatt på kull 1 og kull 2 på QI Nord utdanningen. For å innhente e-postadressene tok vi kontakt med fagsjef i Nordlandssykehuset, som henviste oss videre til Nordlandssykehusets seksjon for pasientsikkerhet. Nordlandssykehusets fagsjef ble kontaktet tidlig i prosessen og hun var positiv og gav sin fulle støtte til masterprosjektet. Ingvilds leder, kvalitetssjef i Helse Nord støttet også prosjektet fullt ut og synes dette var en gylden mulighet til å se på hvilke faktorer som spiller inn på forbedringsarbeidet i foretakene. I tillegg er det et poeng at Helse Nord RHF ønsker at Nordlandssykehuset HF gjør QI Nord til en regional utdanning. Da vil Helse

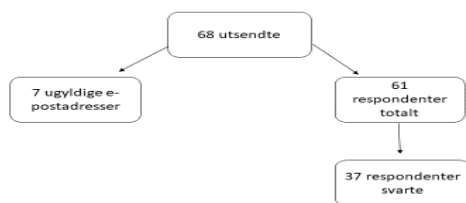
Nord RHF bistå med midler til tiltaket. Dette viser at det er interesse for prosjektet, og at det har relevans for hele regionen Helse Nord.

### **3.2.3. Utvalget**

Vi valgte å sende ut spørreundersøkelsen til alle som har deltatt på QI- Nord utdanningen i kull 1 og kull 2. Det vil si de kullene som har hatt mulighet til å bruke metodikken over tid, inn i daglig praksis. Kull 1 avsluttet sin utdanning i desember 2018 og bestod av 25 deltakere, mens kull 2 avsluttet våren 2019 og hadde 43 deltakere. Dette utgjør 68 personer eller respondenter. Vi har gjennom dette valgt en kvantitativ undersøkelse med tilfeldig utvalg. Dette er en form for *strategisk utvelgelse* av respondenter, da vi ønsket oss en målgruppe som kunne gi oss nødvendige data og samtidig velge ut hvilke respondenter i målgruppen som ville være viktigst for datainnsamlingen i vår undersøkelse (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2011). Målgruppen er i vårt tilfelle alle deltakere på QI Nord utdanningen, mens vårt strategiske utvalg er deltakere på kull 1 og kull 2. Av de 68 personene var det 7 med e-postadresser som ikke lenger eksisterte, disse tok vi ut av det totale utvalget. Vårt bruttoutvalg var da på 61 personer.

### **3.2.4. Bortfallsanalyse og svarrespons**

I Johannessen, Tufte, & Christoffersen (2016) heter det at det alltid vil være et bortfall av respondenter. Man skiller her mellom bruttoutvalget, som er alle respondenter som er valgt ut til å delta, og nettoutvalget, som består av alle som faktisk deltar. Den kan være ulike årsaker til bortfall av respondenter. Det kan være at folk ikke *kan* delta, for eksempel bytte av jobb, sykdom og annet fravær. Det kan også være at noen velger å ikke svare, eller at temaet for undersøkelsen ikke interesserer dem. I vårt tilfelle er det en kombinasjon mellom ugyldige e-postadresser, det vil si at noen har byttet jobb eller sluttet, at mange ikke leser e-post daglig og noen som har valgt å ikke svare. Vi fikk en svarprosent på 61 %, det vil si at 37 personer svarte på undersøkelsen etter utsendelse og puring. Vi har for øvrig ingen ytterligere informasjon om hvorfor de øvrige 24 (39 %) i bruttoutvalget ikke besvarte undersøkelsen.



Figur 6. Bortfallsanalyse

### 3.2.5. Datainnsamling

Vi sendte ut spørreundersøkelsen 3. mars 2020 via onlineløsningen i Netigate, og med en innledende beskrivelse til respondentene. I innledningen beskrev vi kort hensikten med undersøkelsen, hvem vi var og hvorfor de fikk undersøkelsen. Vi satte opp undersøkelsen med stoppdato 24. mars 2020. I e-post til respondentene skrev vi at svarfrist var 17. mars 2020. Dette gjorde vi fordi vi da hadde mulighet til å sende ut en purring etter omlag 14. dager, med håp om å få flere svar. Etter 14. dager var koronapandemien med spredning av covid-19 et faktum, også i Norge. Vi hadde begge nå fått beskjed av våre ledere om at alt som ikke omhandlet covid-19 skulle bortprioriteres. Helseforetakene mobiliserte for beredskap og alt annet ble satt på vent. Vi vurderte derfor om det var riktig å sende ut en purring slik situasjonen var. Vi valgte likevel å sende en purring den 21. mars 2020, og utvidet svarfristen til 27. mars 2020. Vurderingene vi da gjorde var at de som ikke ønsket eller hadde tid å svare ville overse e-posten. I tillegg var det mange avdelinger som i denne fasen som hadde bedre tid på grunn av at all planlagt aktivitet var tatt ned. Vi fikk 5 svar etter purringen.

### 3.3. Forskningsetiske vurderinger

Etikk handler om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering om en handling er riktig eller gal (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016). For vår undersøkelse kan dette handle om flere forhold knyttet til våre respondenter og oss som forskere. Vi har valgt å gjøre denne undersøkelsen helt anonym, det vil si at enkeltpersoner kan ikke identifiseres av dem som har tilgang til opplysningene, altså oss. Personopplysningsloven stiller krav til samtykke, dersom de kan identifiseres ved å være med i undersøkelsen. Selv om ikke enkeltpersoner kan identifiseres i vår undersøkelse, gav vi god informasjon i spørreskjemaet om hva svarene skulle brukes til og bakgrunnen for vår spørreundersøkelse. Respondentene kunne velge å la

være å svare, eller å avbryte undersøkelsen underveis. Siden vi ikke kunne linke svarene tilbake til hver enkelt respondent kunne de ikke trekke tilbake svaret sitt.

«Forskning foregår ikke i ett sosialt vakuum» (Ringdal, 2013, s. 452). Det er uunngåelig at vi påvirkes av egen erfaringsbakgrunn, av hverandre når vi forsker sammen og ikke minst av de systemene vi har rundt oss og er en del av. Dette har vært særlig viktige etiske vurderinger gjennom hele undersøkelsesprosessen.

### **3.4. Feilkilder**

Det kan være flere feilkilder i vår undersøkelse knyttet til selve spørreundersøkelsen. Den ene kan være at respondentene legger ulik mening bak graderingen vår. Det en respondent legger i for eksempel *i middels grad*, kan bety noe annet for noen andre. En annen feilkilde kan være knyttet til begrepsforståelse. Respondentene kan ha lagt ulik betydning bak begrepene vi har brukt i spørreskjemaet. Et eksempel på dette kan være implementering. Det kan ligge flere ulike meninger av når et forbedringsprosjekt er implementert på egen arbeidsplass. Dette har vi hatt mange diskusjoner om. Vi valgte likevel å beholde spørsmålet om implementering slik vi opprinnelig hadde det. Det er fordi vi mener at det er veldig godt beskrevet i forbedringsmetodikken og i QI Nord utdanningen hva som menes med implementering av prosjektet. At vi hadde for mange spørsmål i undersøkelsen kan også være en feilkilde. Det kan ha ført til at flere mistet interessen underveis og valgte å ikke fullføre spørreskjemaet.

Det at vi har en svarprosent på 61, med et antall på 37 svar gir et lite tallmateriale å jobbe med i kvantitativ forskningssammenheng. Det kan derfor være en feilkilde i seg selv at datamaterialet er lite. Prosentuering av fordelingen med få respondenter kan gi store utslag. Det er ingen absolutt grense for når det er hensiktsmessig å prosentueres, men det er vanlig at fordelinger med færre enn 20 enheter ikke prosentueres (Johannessen, Christoffersen, & Tuft, 2011). Spørreundersøkelser er lett å administrere og relativt lite arbeidskrevende for respondentene, men er ikke like gode på å få dype data. Siden vår undersøkelse var av det selvstyrte slaget har det ikke vært mulig å stille oppfølgingsspørsmål eller gi respondentene avklaringer underveis. Dette kan gi målefeil.

### **3.5. Oppsummering**

Vi har i dette kapitlet redegjort for metodiske valg for å kunne besvare problemsstillingen på mest mulig hensiktsmessig måte. Vi har benyttet en kvantitativ tilnærming med spørreundersøkelse som metode for innsamling av data. Det er greid ut om ulike forhold ved metodevalget blant annet feilkilder og forskningsetiske vurderinger i undersøkelsesprosessen. Vi har videre drøftet forhold rundt validitet og reliabilitet for vår undersøkelse, og sett på om funn fra undersøkelsen kan være generaliserbare fra vårt utvalg til populasjonen.

#### 4. Empiri/resultat

Vi har, som beskrevet i metodedelen, samlet kvantitative data gjennom spørreundersøkelse i Netigate, og vi vil i det følgende presentere og analysere resultater fra undersøkelsen i beskrivende/deskriptiv statistikk. Utgangspunktet for analysen er de to forskningsspørsmålene til problemstillingen «*Hvilke faktorer har betydning for i hvilken grad man utfører forbedringsarbeid med bakgrunn i forbedringsmetodikk lært gjennom QI Nord utdanningen, og hva fremmer eventuelt hemmer prosessarbeid i forbedringsprosjekt?*»

1. Innvirker ansattrolle, profesjon eller forkunnskaper på hvorvidt man mener QI- Nord utdanningen har betydning for forbedringsarbeid?
2. Hva fremmer og hva hemmer forbedringsprosjekter på egen arbeidsplass?

Vi presenterer dette kapitlet med tre hoveddeler i tillegg til en kort gjennomgang av svarprosent og sannsynlige årsaker til denne. Del en vil beskrive de variablene vi har brukt i våre analyser. Disse er nesten utelukkende forkortet til enkeltord eksempelvis Ansattrolle, noe som vil følge gjennom hele kapittel 4 og 5. Det eneste unntaket er variabelen Faglig utbytte. De ulike variablene er definert i **Tabell 1** med beskrivelse og totalt antall respondenter som har besvart. Vi har valgt å klassifisere variablene i følgende kategorier: *Bakgrunnsvariabler*, *erfaringsvariabler* og *handlingsvariabler*. Bakgrunnsvariabler i punkt 4.2.1 omhandler forhold ved respondentene som er uavhengige av deltakelse på QI Nord utdanningen. Erfaringsvariabler i punkt 4.2.2 omhandler selve QI Nord utdanningen og forbedringsprosjektet deltakerne hadde med seg inn i utdanningen. Handlingsvariablene i punkt 4.2.3 fremstiller data som dreier seg om hva som har skjedd i etterkant av QI Nord utdanningen når det gjelder forbedringsarbeid på egen arbeidsplass.

Videre vil vi presentere variablene i frekvenstabeller ut fra kategoriene vi har valgt, med underliggende tekstanalyse av resultatene. Del to vil gjennom bivariat analyse se på ulike sammenhenger mellom faktorer som vi mener er mest interessante for vår problemstilling og forskningsspørsmål 1. I del tre ser vi på resultatene knyttet til fremmere og hemmere i de gjennomførte forbedringsprosjektene, noe som står sentralt i problemstilling og er knyttet til forskningsspørsmål 2.

#### **4.1. Svarprosent og vurdering av bortfall av respondenter**

Av bruttoutvalget på 61 fikk vi svar fra 37 (N) respondenter. Dette gir en svarprosent på 61 %. 5 respondenter svarte etter purring. Vi nevnte i metodedelen at koronapandemien traff Norge og helsevesenet rett før utsendelse av purring, noe vi tror kan ha ført til færre svar enn under normale forhold. Det viste seg også at flere av mailadressene spørreundersøkelsen ble utsendt til, ikke lenger er gyldig. Sannsynlig årsak er jobb-bytte til annen arbeidsgiver eller pensjonering. Ingen av respondentene har trukket seg i etterkant av svar, men 11 % har valgt å ikke svare på alle spørsmålene.

#### **4.2. Presentasjon av variablene og frekvenstabeller**

Vi har, som nevnt i metodekapittelet, valgt å gjøre om variabler med Likert-skala med fem graderinger: Ingen – I noen grad – I middels grad – I stor grad – I svært stor grad. Disse er omkodet til tre graderinger hvor de to nederste og de to øverste er slått sammen. Vi vil likevel kommentere på noen av funnene fra den opprinnelige Likert-skalaen i de tilfeller hvor vi mener omkodningen gir store utslag på funnene.

**Tabell 1: Presentasjon av variablene og deres betydning i undersøkelsen**

<b>Tittel</b>	<b>Definisjon</b>	<b>Total</b>
<b>Bakgrunnsvariabler:</b>		
Ansattrolle	Defineres som leder med personalansvar eller øvrig ansatt.	37
Profesjon	Defineres som sykepleier, lege eller annet.	37
Deltaker	Defineres som om du har tatt utdanningen på eget initiativ, eller blitt oppfordret av leder.	37
Forkunnskaper	Defineres som ja eller nei om respondenten hadde forkunnskaper i forbedringsmetodikk før oppstart på utdanningen.	37
Enhet	Defineres som ja eller nei om det var flere fra samme enhet som deltok samtidig på utdanningen og jobbet med et felles forbedringsprosjekt.	37
<b>Erfaringsvariabler:</b>		
Faglig utbytte	Defineres som svaralternativ fra ingen til i svært stor grad (skala på 5) på om utdanningen har gitt faglig utbytte.	37
Nettverk	Defineres som svaralternativ fra ingen til i svært stor grad (skala på 5) på om utdanningen har ført til utvidet nettverk innen forbedringskompetanse.	37



Kompetansespredning	Om respondenten har bidratt aktivt til kompetansespredning om forbedringsmetodikk i etterkant av utdanningen. Svaralternativ fra ingen til i svært stor grad (skala på 5)	37
Kunnskap	Om utdanningen har gitt tilstrekkelige kunnskaper til å sette i gang nye forbedringsprosjekter. Svaralternativ fra ingen til i svært stor grad (skala på 5)	37
Forbedringsteam	Defineres som ja eller nei om respondenten etablerte et forbedringsteam for sitt prosjekt.	37
Forbedringsprosjekt	Defineres som ja eller nei om respondenten kom i mål med sitt forbedringsprosjekt.	37
Implementering	Defineres som ja eller nei om forbedringsprosjektet er implementert på egen arbeidsplass.	37
<b>Handlingsvariabler:</b>		
Igangsatt	Defineres som ja eller nei om nye forbedringsprosjekter er igangsatt etter på egen arbeidsplass endt utdanning.	33
Forbedringsmøter	Defineres som ja eller nei om respondentens enhet har et forbedringsteam som møtes jevnlig og drøfter mye kvalitetsforbedringer.	33
Nettverksdeltaker	Defineres som ja eller nei om respondenten er en del av et forbedringsteam eller nettverk for forbedring i dag.	33
Forbedringsmetodikk	Defineres som svaralternativ fra ingen til i svært stor grad (skala på 5) om respondenten bruker forbedringsmetodikken fra utdanningen på egen arbeidsplass i dag.	33
Endringer	Defineres som svaralternativ fra ingen til i svært stor grad (skala på 5) om kunnskapen fra utdanningen har endret måten respondenten mener det er smart å gjøre kvalitetsforbedringer på.	33
Tilrettelegging	Defineres som svaralternativ fra ingen til i svært stor grad (skala på 5) om nærmeste leder legger til rette for å gjøre forbedringsarbeid.	33
Metodebruk	Defineres som svaralternativ fra ingen til i svært stor grad (skala på 5) om kunnskapen fra utdanningen benyttes på egen arbeidsplass når det skal gjøres endringer.	33
Oppfordring	Defineres som ja eller nei om respondenten har oppfordret andre i sin enhet til å delta på utdanningen.	33

#### 4.2.1. Bakgrunnsvariabler uavhengige av deltakelse på QI Nord utdanning

Tabell 2: Bakgrunnsvariabler

Variabel		Prosent		Prosent	Antall	Total %
Ansattrolle	Leder	54	Øvrig ansatt	46	37	100
Profesjon	Sykepleier/lege	49	Annet	51	37	100
Deltaker	Eget initiativ	57	Oppfordret	43	37	100
Forkunnskaper	Ja	49	Nei	51	37	100
Enhet	Ja	35	Nei	65	37	100

**Tabell 2** viser at 54 % av respondentene var Leder med personalansvar. Det viste seg at bakgrunnsvariabelen Profesjon gav oss en overraskelse, da gruppen som ikke er sykepleier eller lege utgjorde så mye som 51 %. I denne gruppen med Annet vil det etter all sannsynlighet være eksempelvis radiografer, sosionomer, psykologer og bioingeniører. Det var kun 4 respondenter som var leger (11 %) og vi har derfor valgt å slå denne verdien sammen med sykepleier, etter råd fra veileder. De fleste har søkt seg til QI Nord utdanningen på eget initiativ, 57 % mot 43 % som ble oppfordret til å søke av leder. 49 % av våre respondenter hadde Forkunnskaper om forbedringsmetodikk innen de startet på utdanningen. Dette kan tyde på at det i kull 1 og 2 var flere deltakere som i utgangspunktet hadde interesse for metodikken og tankesettet som ligger bak. 35 % av respondentene hadde flere fra samme enhet med i utdanningen og noen også i et felles forbedringsprosjekt.

#### 4.2.2. Erfaringsvariabler fra QI Nord utdanningen

Tabell 3: Erfaringsvariabler

Variabel	Ingen/I liten grad	I middels grad	I stor/svært stor grad	Antall (N)	Total %
Faglig utbytte	3	14	84	37	101
Nettverk	22	30	49	37	101
Kompetansespredning	24	43	32	37	99
Kunnskap	5	22	73	37	100

Variabel	Ja	Nei	Antall (N)	Total %
Forbedringsteam	87	14	37	101
Forbedringsprosjekt	27	73	37	100
Implementering	62	38	37	100

Erfaringsvariablene er knyttet til skåringer på erfaringer med utdanningen QI Nord og forbedringsprosjektet deltakerne på utdanningen måtte ha med seg inn i denne. De fleste respondentene, hele 84 %, opplever i stor/svært stor grad å få Faglig utbytte av utdanningen. Ingen av respondentene oppga at de *ikke* har hatt noe Faglig utbytte av utdanningen, mens 3 % oppgir i liten grad Faglig utbytte. Ett stort antall respondenter oppgir at de har fått ett utvidet Nettverk innen forbedringskompetanse gjennom utdanningen. Ser vi på dem som oppgir fra i middels grad til i svært stor grad utgjør dette 79 %. I tillegg er det et stort prosentvist antall som har bidratt til Kompetansespredning av kunnskapen etter endt utdanning, mens 24 % oppgir at de i ingen/liten grad har bidratt til Kompetansespredning. Kun 3 % oppgir at de ikke har bidratt til Kompetansespredning i det hele tatt. Etablering av Forbedringsteam er en sentral del av utdanningen. Det er likevel 14 % som aldri kom så langt i sitt forbedringsprosjekt. 73 % av respondentene kom ikke i mål med sitt Forbedringsprosjekt i løpet av normert tid på utdanningen. Det er på tross av dette 62 % som har klart Implementering av forbedringsprosjektet på arbeidsplassen. Dette kan tyde på at implementeringsprosessen tar lengre tid enn tidligere antatt.

### 4.2.3. Handlingsvariabler fra tiden etter QI Nord utdanningen

Tabell 4: Handlingsvariabler

Variabel	Ja	Nei	Antall (N)	Total %
Igang satt	61	39	33	100
Forbedringsmøter	36	64	33	100
Nettverksdeltaker	58	42	33	100
Oppfordring	85	15	33	100

Variabel	Ingen/I liten grad	I middels grad	I stor/svært stor grad	Antall (N)	Total %
Forbedringsmetodikk	21	52	27	33	100
Endringer	6	21	73	33	100
Tilrettelegging	21	24	54	33	99
Metodebruk	39	33	27	33	99

Handlingsvariablene er i knyttet til hvorvidt respondentene bruker kunnskapen om forbedringsmetodikk videre i kvalitetsforbedring, og om det tilrettelegges for forbedringsarbeid ved respondentenes daglige arbeidsplass. Så mange som 61 % av respondentene oppgir at de har Igang satt nye forbedringsprosjekter etter endt utdanning. 36 % oppgir at de har faste Forbedringsmøter på egen arbeidsplass, mens 58 % er Nettverksdeltaker på svartidspunktet.

Det er kun 21 % av respondentene som oppgir at nærmeste leder i ingen/i liten grad bidrar til gode rammer for Tilrettelegging for forbedringsarbeid, mens 54 % oppgir at leder bidrar med Tilrettelegging i stor/svært stor grad. Det er noe sprik i respondentenes svar som omhandler Metodebruk ved endringsprosesser. Kun 6 % av respondentene oppgir ingen/i liten grad å ha tiltro til at forbedringsmetodikk er smart å bruke ved kvalitetsforbedringer. Likevel er det kun 27 % som oppgir at metoden benyttes i stor/svært stor grad når det skal gjøres endringer. Det er hele 77 % som oppgir at de i middels, stor eller svært stor grad bruker forbedringsmetodikken de lærte på utdanningen på egen arbeidsplass i dag. Her må det bemerkes at leger trekker opp snittet, da alle de 4 legene som svarte valgte høyeste skåringsverdi «I svært stor grad». 85 % av respondentene har kommet med Oppfordring til

kollegaer om å delta på QI Nord utdanningen, noe som kan tyde på en høy grad av opplevd nytte.

### **4.3. Analyse med krysstabeller**

Analysen skal bidra til å besvare vår problemsstilling og forskningsspørsmål 1. I denne delen av analysen har vi 33 respondenter. Dette utgjør 89 % av vårt totale antall og vi har altså 11 % manglende svar i denne analysedelen ut fra den totale svarprosenten på 37 respondenter.

Antallet respondenter er lavt i forhold til en kvantitativ analyse, og dette er et viktig forbehold når vi ser på sammenheng mellom variabler. Vi velger å presentere prosenterte resultater i krysstabellene, og tar med frekvens i parentes. Hensikten med krysstabeller er å undersøke sammenhenger mellom variabler, og ofte er det en retning på disse sammenhengene. Vi snakker her om avhengige og uavhengige variabler. Dette handler ikke om lovmessigheter, men om grad av sannsynlighet for at variablene påvirker hverandre. Eller sagt på en annen måte; vi ønsker å undersøke hvorvidt enhetenes verdi på en variabel har en tendens til å gå sammen med en bestemt verdi på en annen variabel.

For å undersøke om en påpekt sammenheng mellom to variabler er signifikant eller ikke, har vi gjennom dataprogrammet SPSS kjørt en kji-kvadrattest av krysstabellene. Kjikvadrattesten er nærmere beskrevet i metodekapittelet punkt 3.1.3. Vi vil presentere noen av resultatene på disse testene i det videre. Det er vanlig å bruke et signifikansnivå på  $p < 0,05$ , og det er dette signifikantnivået vi har valgt. Med dette menes at det er mindre enn 5 % sannsynlighet for at det ikke er noen sammenheng mellom våre to variabler i krysstabellen (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2011).

#### **4.3.1. Samvariasjon mellom variabelen Igangsatt og valgte bakgrunnsvariabler**

De første variablene vi ønsker å se på mulige sammenhenger mellom er den avhengige variabelen Igangsatt, mot de uavhengige variablene Ansattrolle, Profesjon og Forkunnskaper. Frekvens på respondenter står i parentes.

**Tabell 5: Igangsatt og Ansattrolle**

		Ansattrolle		Total
		Leder	Øvrig ansatt	
Igangsatt	Ja	61 (11)	60 (9)	61 (20)

	Nei	39 (7)	40 (6)	39 (13)
	Prosent	100 (18)	100 (15)	100 (33)

I **Tabell 5** ser vi på om ansattrolle har en påvirkning på om respondentene har Igangsatt nye forbedringsprosjekter etter endt utdanning. Tabellen viser at det er svært liten differanse i fordelingen om du er leder eller øvrig ansatt for om nye forbedringsprosjekter er Igangsatt etter endt utdanning. Dette tyder på at igangsettelse av nye prosjekter ikke samvarierer med Ansattrolle. Resultatene viser at variablene etter all sannsynlighet er statistisk uavhengige.

**Tabell 6: Igangsatt og Profesjon**

		Profesjon		Total
		Sykepleier/lege	Annet	
Igangsatt	Ja	56 (9)	65 (11)	61 (20)
	Nei	44 (7)	35 (6)	40 (13)
	Prosent	100 (16)	100 (17)	100 (33)

Her har vi, som tidligere beskrevet, slått sammen verdiene sykepleier og lege til en ny verdi sykepleier/lege. I denne krysstabellen ser vi at det er en større andel av respondentene med Profesjon Annet som har kommet i gang med nye forbedringsprosjekter enn dem med Profesjon Sykepleier/lege. Forskjellene er likevel ikke store nok til å være signifikante dersom vi kjører variablene i en kjiqvadrattest. I testen blir p-verdien beregnet til 0,619. Dersom sammenhengen mellom variablene skulle vært statistisk signifikant måtte p-verdien vært mindre eller lik 0,05.

**Tabell 7: Igangsatt og Forkunnskaper**

		Forkunnskaper		Total
		Ja	Nei	
Igangsatt	Ja	77 (13)	44 (7)	61 (20)
	Nei	24 (4)	56 (9)	39 (13)
	Prosent	101 (17)	100 (16)	100 (33)

I **Tabell 7** har vi sett på om Forkunnskaper vedrørende forbedringsarbeid hadde noe å si for om respondentene har Igangsatt nye forbedringsprosjekter etter endt utdanning. Som vi ser av

tabellen er det en betydelig høyere andel (77 %) av dem som hadde Forkunnskaper i forbedringsmetodikk som har Igangsatt nye forbedringsprosjekter. Det fremkommer også at 56 % av respondentene som ikke hadde Forkunnskaper, ikke har satt i gang nye prosjekter. Dette sannsynliggjør at den uavhengige variabelen Forkunnskaper samvarierer med den avhengige variabelen Igangsatt, og at det finnes en statistisk sammenheng mellom variablene. Vi undersøker gjennom kjikvadrattest om denne sammenhengen er signifikant. Beregninger i SPSS viser at p-verdien = 0,055. Det er kun avrundingsregler som kan gjøre at sammenhengen ikke vurderes som signifikant mellom variablene.

#### 4.3.2. Samvariasjon mellom variabelen Forbedringsmetodikk og valgte bakgrunnsvariabler

I **Tabell 8**, **Tabell 9** og **Tabell 10** vil vi se på mulige sammenhenger mellom er den avhengige variabelen Forbedringsmetodikk, mot våre valgte bakgrunnsvariabler Ansattrolle, Profesjon og Forkunnskaper. Her ser vi på om de ulike uavhengige variablene har sammenheng med om respondenten bruker Forbedringsmetodikk fra utdanningen på egen arbeidsplass i dag. Vi har valgt å ikke kjøre kjikvadrattest på disse variablene da 66,7 % av cellene har lavere verdi enn 5 og maksimalt 20 % bør ha dette dersom vi skal kunne stole på denne testen (Ringdal, 2013).

**Tabell 8: Forbedringsmetodikk og Ansattrolle**

		Ansattrolle		Total
		Leder	Øvrig ansatt	
Forbedringsmetodikk	Ingen/I liten grad	11 (2)	33 (5)	21 (7)
	I middels grad	56 (10)	47 (7)	52 (17)
	I stor/svært stor grad	33 (6)	20 (3)	27 (9)
	Prosent	100 (18)	100 (15)	100 (33)

Det første vi ser på er om Ansattrolle har noen sammenheng med bruk av Forbedringsmetodikk på egen arbeidsplass i etterkant av utdanning. Her ser vi at det er flere ledere enn øvrige ansatte som svarer at de i stor/svært stor grad (33 %) bruker Forbedringsmetodikk på egen arbeidsplass. For øvrige ansatte ligger resultatet på 20 %. For å støtte opp om dette ser vi at det er færre ledere enn øvrige ansatte, 11 % mot 33 %, som i liten/ingen grad benytter seg av Forbedringsmetodikk på egen arbeidsplass. Når vi ser på

verdien «I middels grad» er det mindre forskjeller mellom ledere og øvrig ansatte. Det kan tyde på at bruken av Forbedringsmetodikk i noen grad samvarierer med hvorvidt leder har kunnskap om metoden, og selv benytter seg av den.

**Tabell 9: Forbedringsmetodikk og Profesjon**

		Profesjon		Total
		Sykepleier/ lege	Annet	
Forbedringsmetodikk	Ingen/I liten grad	31 (5)	12 (2)	21 (7)
	I middels grad	31 (5)	71 (12)	52 (17)
	I stor/svært stor grad	38 (6)	18 (3)	27 (9)
	Prosent	100 (16)	101 (17)	100 (33)

I **Tabell 9** ønsket vi å se på om Profesjon hadde noen samvariasjon med bruken av Forbedringsmetodikk. I middel grad er også den kategorien med absolutt mest prosentvis besvarelse. Hele 52 % av respondentene valgte dette alternativet. De fleste med profesjon Annet, 71 %, oppgir at forbedringsmetodikken brukes i middels grad, mot 31 % av Sykepleier/lege. Vi ser av krysstabellen viser at 31 % av Sykepleier/lege oppgir at forbedringsmetodikken brukes i Ingen/I liten grad mot 12 % i kategorien Annet. I stor/svært stor grad viser også ulikheter da 38 % av Sykepleier/lege har valgt disse svaralternativene mens det resultatet for Annet er 18 %. Dette kan tyde på at det er flest med annen profesjon enn sykepleier/lege som opplever å bruke metodikken.

**Tabell 10: Forbedringsmetodikk og Forkunnskaper**

		Forkunnskaper		Total
		Ja	Nei	
Forbedringsmetodikk	Ingen/I liten grad	6 (1)	38 (6)	21 (7)
	I middels grad	53 (9)	50 (8)	52 (17)
	I stor/svært stor grad	41 (7)	13 (2)	27 (9)
	Prosent	100 (17)	101 (16)	100 (33)

**Tabell 10** viser at det er klart flere som svarer «Ja» på Forkunnskaper som oppgir at Forbedringsmetodikk brukes på egen enhet i stor/svært stor grad, 41 % mot 13 %. Dette



samsvarer også når vi sammenligner skåringer på bruk av Forbedringsmetodikk i ingen/liten grad og hvorvidt respondentene hadde Forkunnskaper eller ikke. Her ser vi ut fra krysstabellen at kun 6 % av dem med Forkunnskaper bruker Forbedringsmetodikk i ingen/i liten grad, mot 38 % av respondentene uten Forkunnskaper. Vi har i mente at antallet respondenter er relativt få og at tallene derfor må tolkes med forsiktighet. Det kan ut fra denne krysstabellen være vanskelig å konkludere entydig med at det er en sammenheng mellom variablene. Årsaken er at et flertall av respondentene har svart i middels grad på bruken av Forbedringsmetodikk samtidig som svarprosenten på Forkunnskaper også fordeler seg nesten likt på denne verdien 53 % mot 50 %. Samtidig er det interessant at fordelingen kan tyde på sammenhenger når vi holder respondentene som svarer at de bruker Forbedringsmetodikk «i middels grad» utenfor.

#### 4.3.3. Samvariasjon mellom variabelen Metodebruk og valgte bakgrunnsvariabler

I **Tabell 11**, **Tabell 12** og **Tabell 13** vil vi se på mulige sammenhenger mellom er den avhengige variabelen Metodebruk ved endringer, mot våre bakgrunnsvariabler. Her søker vi finne sammenhenger knyttet til om de ulike uavhengige variablene kan synes å påvirke om kunnskapen fra QI Nord utdanningen benyttes på egen arbeidsplass når det skal gjøres endringer. Vi velger her å ikke kjøre kjikvadrattest på disse variablene da 33,3 % av cellene har lavere verdi enn 5 og maksimalt 20 % bør ha dette dersom vi skal kunne stole på testen (Ringdal, 2013).

**Tabell 11: Metodebruk og Ansattrolle**

		Ansattrolle		Total
		Leder	Øvrig ansatt	
Metodebruk	Ingen/I liten grad	28 (5)	53 (8)	39 (13)
	I middels grad	44 (8)	20 (3)	33 (11)
	I stor/svært stor grad	28 (5)	27 (4)	27 (9)
	Prosent	100 (18)	100 (15)	99 (33)

Krysstabellen ser ut til å sannsynliggjøre at flere i lederrolle anser at forbedringskunnskap benyttes ved endringer på egen arbeidsplass, særlig dersom vi ser på verdiene «i middels grad» til «i svært stor grad» samlet. 72 % av respondentene i lederrolle mot 47 % blant øvrige ansatte svarer at kunnskapen fra QI Nord benyttes i middels til svært stor grad ved endringer.

Dette kan tyde på at det er en statistikk sammenheng mellom variablene metodebruk og ansattrolle. Likevel er det påfallende at fordelingen blant de som svarer i stor/svært stor grad er tilnærmet lik, 28 % mot 27 %, uavhengig av om de er ledere eller øvrige ansatte.

*Tabell 12: Metodebruk og Profesjon*

		Profesjon		Prosent
		Sykepleier/ lege	Annet	
Metodebruk	Ingen/I liten grad	38 (6)	41 (7)	39 (13)
	I middels grad	25 (4)	41 (7)	33 (11)
	I stor/svært stor grad	38 (6)	18 (3)	27 (9)
	Prosent	101 (16)	100 (17)	99 (33)

I denne krysstabellen ser vi at Metodebruk synes å ha liten sammenheng med Profesjon dersom vi ser på verdien ingen/i liten grad mot skåringer på verdiene i variabelen Profesjon. Samtidig er det relativt flere som svarer i stor/svært stor grad av Sykepleier/lege, 38 % mot 18 % Annet. Her har vi 11 % leger som har svart positivt som kan tenkes å dra opp snittet. Det er med denne fordelingen vanskelig å sannsynliggjøre en statistisk samvariasjon mellom variablene.

*Tabell 13: Metodebruk og Forkunnskaper*

		Forkunnskaper		Total
		Ja	Nei	
Metodebruk	Ingen/I liten grad	24 (4)	56 (9)	39 (13)
	I middels grad	41 (7)	25 (4)	33 (11)
	I stor/svært stor grad	35 (6)	19 (3)	27 (9)
	Prosent	100 (17)	100 (16)	99 (33)

Når det gjelder Forkunnskaper og Metodebruk kan det synes som om **Tabell 13** indikerer en viss sannsynlighet for at det har betydning for Metodebruk ved endringer om ansatte har Forkunnskaper. 24 % av dem som svarer «ja» på Forkunnskaper mener metodikken benyttes i ingen/i liten grad. Det vil si at hele 76 % oppgir at kunnskapen fra utdanningen brukes i middels grad eller mer ved endringer. Samtidig viser tabellen at 56 % av respondentene som

svarte «nei» på Forkunnskaper oppgir Metodebruk i ingen/liten grad. Dette kan tyde på at det er sannsynlig at Forkunnskaper og utvidet kunnskap om metodikken, har betydning for metodebruk ved endringer.

#### ***4.4. Presentasjon av hemmere og fremmere for implementering av forbedringsprosjekt***

Respondentene ble bedt om å svare på hva de mente var de tre viktigste fremmere eller hemmer for implementering av eget forbedringsprosjekt. Som nevnt i metoddelen ble respondentene automatisk ledet videre til fremmere dersom de svarte ja på spørsmålet vedrørende implementering av eget forbedringsprosjekt og til hemmere dersom de svarte nei på det samme spørsmålet. Vi velger derfor å starte med å presentere dette i **Tabell 14**. I tillegg til å søke finne svar på hva som hemmer eller fremmer implementering av forbedringsprosjekter relatert til Forskningsspørsmål 2, var vi interessert i å se på om det er mulig å finne ulikheter blant respondenter som er ledere med personalansvar og øvrige ansatte på dette. Vi har derfor valgt å presentere egne kolonner med Leder/Øvrig ansatt i **Tabell 15** og **Tabell 16**.

Respondentene kunne velge mellom like variabler på fremmere og hemmere. På fremmere fikk vi totalt 73 valgte variabler, mens vi på hemmere fikk 31 valgte variabler. Antallet respondenter som har besvart på hver av kategoriene hemmere/fremmere tilsier ikke en slik skjævfordeling i antall valgte variabler. Dette kan tyde på at de forhåndsvalgte variablene for hemmere ikke helt traff målet. Vi velger derfor å presentere en del av uttalelsene fra fritekstfeltet i spørreskjemaet i denne delen av oppgaven, da svært mye handlet om hva som fremmet eventuelt hemmet implementering av forbedringsprosjektet.

***Tabell 14: Frekvenstabell av variabelen implementering***

	<b>Frekvens</b>	<b>Prosent</b>
<b>Ja</b>	23	62
<b>Nei</b>	14	38
<b>Total</b>	37	100

Det er 62 % av respondentene som har fått sitt prosjekt implementert, mens 38 % av ulike årsaker ikke har fått dette til. Vi ser av analysen at det er kun 35 av 37 respondenter som har besvart spørsmålene om hemmere og fremmere videre i spørreundersøkelsen. Begge respondentene som ikke har svart videre i spørreskjemaet på fremmere og hemmere, er blant

dem som har fått implementert forbedringsprosjektet. Ser vi litt bak tallene på valgte variabler og respondenter, ser vi at 22 av respondentene har valgt seg 3 svaralternativer. De øvrige fordeler seg med 9 som har valgt færre enn 3 alternativer på hemmere eller fremmere og 4 har valgt flere.

#### 4.4.1. Fremmere

*Tabell 15: Fremmere presentert med frekvensfordeling på variablene*

Variabel	Alle (21)	Leder (11)	Øvrig ansatt (10)
Motivasjon/engasjement øvrige ansatte	11	5	6
Motivasjon/engasjement fra ledelse	10	6	4
Måling og formidling av resultat	9	4	5
Involvering av alle de viktigste i forbedringsarbeidet	9	5	4
Lederforankring toppledelse	7	4	3
Kunnskap om metoden	7	2	5
Forbedringsarbeidet er integrert i arbeidsplassens daglige arbeid for alle ansatte.	7	4	3
Lederforankring nærmeste leder	6	2	4
Brukermedvirkning	4	3	1
Arbeidet er forankret i arbeidsplassens mål og visjoner	2	1	1
Annet	1		1
Sum	73	36	37

**Tabell 15** viser de 11 mulige fremmere respondentene kunne velge mellom i spørreskjemaet. Nedover i tabellen ser vi hvor mange av respondentene som har valgt de ulike fremmerne, for eksempel beskriver tallet 11 øverst i tabellen hvor mange av respondentene som har valgt denne fremmeren. Ut fra tabellen ser vi at motivasjon/engasjement blant øvrige ansatte og ledelse rapporteres som de viktigste fremmere for å lykkes med implementering av forbedringsprosjektet. Det kan synes som at lederne i noe større grad enn øvrige ansatte vektlegger motivasjon/engasjement fra ledelse. Det kan også tyde på at ledere i mindre grad enn øvrige ansatte vektlegger kunnskap om metoden som en viktig fremmer. Til sitt forbedringsprosjekt er det en av respondentene som uttaler: «*Det lyktes vel rimelig bra, men skulle ha vært mer oppmerksom på tidlig etablering av forbedringsteam og arbeid med felles målsetting*». I tillegg viser tabellen at måling og formidling av resultat og involvering av alle de viktigste i forbedringsarbeidet fremheves som viktige fremmere, både blant ledere og

øvrige ansatte. En respondent skriver: «*Lyktes med implementeringen fordi det var en svært enkel forbedring å gjennomføre, og folk så på det som nyttig*».

En respondent svarer at en viktig fremmer at det er *mange pasienter med behov for endring i pasienttilbudet*. Dette er en fremmer vi ikke hatt med blant de 11 utvalgte, men som likevel kan tenkes være viktig for motivasjon og engasjement blant både ledelse og øvrige ansatte i helsetjenester. Flere av respondentene som har fått implementert sitt prosjekt oppgir i fritekstfeltet at de fortsatt jobber med selve forbedringen. En skriver: «*Vi jobber fremdeles med forbedringen. Endring tar tid, og ekstra tid hvis en ikke har dedikert ressurs for å følge det opp aktivt*». En annen respondent sier det i klartekst: «*God informasjon til alle kollegaer, og aktiv deltagelse blant alle. Inkludering skaper implementering*».

#### 4.4.2. Hemmere

**Tabell 16: Hemmere presentert med frekvensfordeling på variablene**

Variabel	Alle (14)	Leder (7)	Øvrig ansatt (7)
Annet	11	5	6
Motivasjon/engasjement øvrige ansatte	6	4	2
Involvering av alle de viktigste i forbedringsarbeidet	5	3	2
Måling og formidling av resultat	4	2	2
Lederforankring nærmeste leder	2	1	1
Forbedringsarbeidet er integrert i arbeidsplassens daglige arbeid for alle ansatte.	2		2
Motivasjon/engasjement fra ledelse	1	1	
Lederforankring toppledelse	0		
Kunnskap om metoden	0		
Brukermedvirkning	0		
Arbeidet er forankret i arbeidsplassens mål og visjoner	0		
Sum	31	16	15

**Tabell 16** viser de 11 mulige hemmere respondentene kunne velge mellom i spørreskjemaet. Nedover i tabellen ser vi hvor mange av respondentene som har valgt de ulike hemmere. Når det gjelder hemmere viser tabellen at de fleste respondentene har svart i kategorien «Annet». Så mange som 11 av 14 respondenter har valgt seg dette svaralternativet. I tillegg til dette feltet ser vi i tabellen at *Motivasjon/engasjement hos øvrige ansatte*, *Involvering av alle de viktigste i forbedringsarbeidet* og *Måling og formidling av resultat* er de hemmere flest har

valgt. Fordelingen på variablene i tabellen mellom Leder og Øvrig ansatt er relativt lik, og med bakgrunn i relativt få respondenter (14) velger vi å ikke vektlegge dette noe utover å konstatere dette faktum.

Flere beskriver ressursmangel til primæroppgaver, samtidig som forbedringsarbeid skaper merarbeid. En skriver: *«Det skal gjøres på "toppen" av alle de daglige/kliniske oppgavene. Ble svært vanskelig å få tid og kunne jobbe systematisk med prosjektet»*. Flere nevner at tidsaspektet var en utfordring, samt at pasientrelatert arbeid skulle prioriteres først. *«Pasientbehandling gikk foran arbeidet»*, skriver en av respondentene. Det er ett gjennomgående funn, også blant dem som har valgt andre hemmere i tillegg. En av respondentene skriver følgende: *«Hadde ikke tid på min arbeidsdag til å være aktivt ute å informere og lære opp de på virkede partene til å endre sin arbeidsmetode»*. En annen skriver med tydelighet: *«Mangel på tid! I den kliniske hverdagen på sykehuset der hvor jeg jobber var det ikke mulig å få dette gjennomført uten at det ryddet tid til det»*.

Tekniske vansker, forhold utenfor forbedringsagentens makt og at prosjektet var for stort og omfattende til prosjektperioden, er også nevnt. En skriver: *«Krever tid og ressurser. Vanskelig å greie å holde «trykket» over tid. Kanskje for stort prosjekt»*. Forhold utenfor forbedringsagentens makt som særskilt trekkes frem er ulike fravær hos sentrale aktører på arbeidsplassen. Fraværet førte til endrede prioriteringer og alt som ikke var i kategorien «kritiske arbeidsoppgaver» blir lagt på is. Når det gjelder tekniske vansker handler dette i stor grad om vansker med innhenting av data på målinger og systemer rundt datainnsamling. I tillegg kan det se ut som om mangel på motivasjon/engasjement blant ansatte og mangel på mulighet til involvering av alle de viktigste i ett forbedringsarbeid, er sentrale hemmere. En skriver blant annet: *«Det som eventuelt kan hemme implementering er kunnskap om forbedringsmetodikk og vilje til endring i organisasjonen ("vi har ikke tid til å endre atferd")»*. En av respondentene oppgir at prosjektet ble implementert i en periode, men at man falt tilbake til tidligere arbeidsmetoder etter kort tid. Årsak til dette oppgis å være mangel på eierskap til prosjektet blant ansatte og merarbeid for andre enheter. Fritekstfeltet har gitt oss en del flere opplysninger enn de forhåndsvalgte svaralternativene respondentene kunne velge mellom. Dette gjorde at vi fikk et kvalitativt perspektiv i vår undersøkelse. Flere av respondentene har ikke valgt de forhåndsdefinerte svaralternativene, men informasjonen i fritekstfeltet «Annet» har likevel gitt oss utfyllende svar.

#### **4.4.3. Samsvar og oppsummering av hemmere og fremmere**

I spørreskjemaet stilte vi spørsmålene om hemmere og fremmere slik at de som hadde lyktes med sitt forbedringsarbeid skulle svare hvilke fremmere som gjorde at de lyktes. De som ikke hadde lyktes skulle svare på hvilke hemmere som førte til at de ikke lyktes. Med lyktes mener vi at forbedringsprosjektet ble gjennomført og implementert i løpet av QI Nord utdanningen. Ser vi på de fire viktigste hemmere og fremmerne (bortsett fra «Annet») er det tre som er sammenfallende i begge grupper. Den viktigste i begge grupper er *Motivasjon/engasjement øvrige ansatte*. De to andre er *Måling og formidling av resultat* og *Involvering av alle de viktigste i forbedringsarbeidet*. Det vil si at disse blir hevdet som de viktigste både hemmere og fremmerne for å implementere forbedringsprosjektet.

I spørreskjemaet hadde vi også et fritekstfelt der respondentene kunne skrive mer om hva som gjorde at de lyktes/mislyktes med implementeringen. 18 av 37 respondenter hadde fylt ut dette feltet. 12 av disse hadde ikke flere fra samme enhet som deltok samtidig på QI Nord utdanningen og jobbet med et felles forbedringsprosjekt. 15 av de 18 som fylte ut fritekstfeltet kom ikke i mål med forbedringsprosjektet sitt innen planlagt tid. 9 av disse 15 hadde ikke implementert sitt forbedringsprosjekt.

Av de 6 som hadde implementert sitt forbedringsprosjekt oppsummer disse stikkordene hvorfor de lyktes; felles ønske om å nå målet, kontinuerlig arbeid, aktiv deltakelse, god informasjon til deltakere i prosjektet, lederforankring og avsatt tid. Hos de 9 som sier at de ikke har implementert prosjektet beskriver de hva som gjorde at de ikke lyktes slik; ikke tid, mangel på eierskap hos de andre ansatte, mangel på kunnskap om metode og manglende vilje til endring i organisasjonen, lederansvar, kapasitetsutfordringer, ikke prioritert, kjennskap til metodikken og sykefravær.

#### **4.5. Oppsummering av sentrale funn i undersøkelsen**

De mest sentrale funnene i undersøkelsen fra erfaringer med QI Nord utdanningen og forbedringsprosjektet er følgende: Hele 84 % av respondentene opplevde stort/svært stort faglig utbytte av utdanningen. Ett stort antall respondenter oppgir at de har fått ett utvidet nettverk innen forbedringskompetanse gjennom utdanningen. Det er kun 3 % som oppgir at de ikke har bidratt med kompetansespredning av kunnskapen etter endt utdanning. Svært

mange, 73 %, av respondentene kom ikke i mål med sitt forbedringsprosjekt i løpet av normert tid på utdanningen. Det er på tross av dette 62 % som har klart implementering av forbedringsprosjektet på arbeidsplassen innen vår undersøkelse ble foretatt. Dette kan tyde på at implementeringsprosessen tar lengre tid enn tidligere antatt.

Vår undersøkelse ser også på om deltakelse på QI Nord fører til endringer etter endt utdanning. Våre mest sentrale funn er følgende: Så mange som 61 % av respondentene oppgir at de har satt i gang nye forbedringsprosjekter etter endt utdanning, og 58 % er del av ett nettverk innen forbedringskompetanse. De aller fleste oppgir at nærmeste leder bidrar til gode rammer for tilrettelegging for forbedringsarbeid. Det er noe sprik i respondentenes svar som omhandler metodebruk ved endringsprosesser. Kun 6 % av respondentene oppgir ingen/i liten grad å ha tiltro til at forbedringsmetodikk er smart å bruke ved kvalitetsforbedringer. Likevel er det kun 27 % som oppgir at metoden benyttes i stor/svært stor grad når det skal gjøres endringer. Det er hele 77 % som oppgir at de i middels, stor eller svært stor grad bruker forbedringsmetodikken de lærte på utdanningen på egen arbeidsplass i dag. Her må det bemerkes at leger trekker opp snittet, da alle de 4 legene som svarte valgte høyeste skåringsverdi «I svært stor grad». Hele 85 % av respondentene har oppfordret kollegaer om å delta på QI Nord utdanningen, noe som kan tyde på en høy grad av opplevd nytte.

Igangsettelse av nye forbedringsprosjekter synes ikke å samvarierer med hvorvidt den som leder prosjektet er leder med personalansvar eller øvrig ansatt. Det som kan se ut som har en større betydning er at den som leder prosjektet har en annen profesjon enn sykepleier/lege. I tillegg er det en tydeligere sammenheng mellom om respondentene hadde forkunnskaper om forbedringsmetodikk før QI Nord utdanningen og om de har igangsatt nye forbedringsprosjekter etter utdanningen. Når det gjelder bruken av forbedringsmetodikk viser funnene at det er flere ledere enn øvrige ansatte som rapporterer at de bruker metodikken på egen arbeidsplass etter endt utdanning. Funnene i vår undersøkelse tyder på at det er flest med annen profesjon enn sykepleier/lege som opplever å bruke metodikken. Det er også slik at forkunnskaper om metodikken ser ut til å ha stor betydning for om ansatte opplever at de bruker forbedringsmetodikk på egen arbeidsplass. I den siste krysstabellanalysen har vi fokusert på respondentenes opplevelse av om kunnskapen fra utdanningen benyttes på arbeidsplassen når det skal gjøres endringer. Ut fra våre funn kan det se ut som om det er en samvariasjon mellom dette og ansattrolle. En større del av respondentene i lederroller mener metoden benyttes ved endringer. Hvilken profesjon respondentene har synes å ikke influere på



metodebruken. Igjen er det slik at forkunnskaper synes å ha større betydning for opplevelsen av om man bruker kunnskapen fra utdanningen på egen arbeidsplass.

Når det gjelder de viktigste funn for hva som fremmer eller hemmer implementering av forbedringsprosjekt viser vår undersøkelse at den viktigste i *begge grupper* er *Motivasjon/engasjement øvrige ansatte*. De to andre er *Måling og formidling av resultat* og *Involvering av alle de viktigste i forbedringsarbeidet*. Det vil si at disse blir hevdet som de viktigste både hemmere og fremmerne for å implementere forbedringsprosjektet. Når det gjelder hemmere er det flere respondenter som oppgir at ressurser avsatt til forbedringsprosjekt er mangelvare, og det blir hele tiden en prioritering av forbedringsarbeid mot daglig drift.

## **5. Drøfting**

I denne delen av oppgaven ønsker vi å drøfte noen av våre funn med bakgrunn i det presenterte teorigrunnlaget, inkludert relevant forskning. I vår studie var det mange typer teori som var relevant. Vi har valgt å fokusere på teori om organisasjonskultur, endringsledelse og implementering. Diskusjonen tar utgangspunkt i undersøkelsens problemsstilling gjennom forskningsspørsmålene, og vi har derfor valgt å dele dette kapitlet i to hoveddeler. Del en omhandler forskningsspørsmål 1, og del 2 omhandler forskningsspørsmål 2.

### **5.1. Forskningsspørsmål 1**

I denne delen vil vi drøfte våre hovedfunn opp mot forskningsspørsmål 1 og relevant teori. Vi gjentar forskningsspørsmålet her: *Innvirker ansattrolle, profesjon eller forkunnskaper på hvorvidt man mener QI Nord utdanningen har betydning for forbedringsarbeid?*

#### **5.1.1. Lederrollen i forbedringsarbeid (Ansattrolle)**

Våre funn viser at det er flere ledere enn øvrige ansatte som bruker metodikken på egen arbeidsplass etter endt utdanning, og at en større del av ledere bruker metodikken ved endringsprosesser i avdelingen. Dette kan ha ulike årsaker. Vi velger ikke å tolke hva dette betyr, men heller se på hvilken rolle leder har i endringsprosesser. Endringsprosesser er ofte krevende og tar lang tid. Tydelig ledelse og struktur er viktig for enhver virksomhet og en forutsetning for å oppnå kultur for forbedring og utvikling. Lederens oppgave er at alt som kan planlegges skal planlegges, gjennomføres, evalueres og forbedres når det trengs. Alt skal være gjennomtenkt og nødvendige forbedringer satt i verk, samt at planlegging er nøkkelen til suksess (Arntzen, 2014). Jacobsen & Thorsvik (2019) mener derimot at kontinuerlig endring er noe som skjer hele tiden og beskrives som inkrementelle. De mener også at det er et tankesett som må innføres. Dette støtter opp om vår forforståelse, der forbedringsmetodikk er noe som må læres, men det å bruke det i klinisk hverdag handler om å endre måten vi gjør det på, altså en endring av tankesett. Jacobsen (2018) skriver om planlagt endring og forbedringsagenter. Han mener at planlagt endring alltid handler om handlende aktører som initierer endring. Ser vi på våre funn om ansattrolle, kan det tenkes at det er lederne som er forbedringsagentene i de enhetene der lederne bruker forbedringsmetodikken, og har kunnskap om denne. Det er de som ser behovet for endring, og det er de som setter i gang endringsprosessene. Vi vet av vår erfaring, at det kan være vanskelig å starte et forbedringsprosjekt i egen enhet dersom ikke lederen støtter eller bidrar i endringsprosessen.

Drivkrefter for endring kan være en årsak til at ledere lettere initierer endring. Det kan være lettere for en leder å informere tidlig om behovet for endring, involvere ansatte i beslutningsprosesser, samt bygge relasjoner og tillit som gjør det enklere å akseptere endringen (Jacobsen & Thorsvik, 2019). På denne måten kan det være enklere for lederen å initiere endring, enn de øvrige ansatte.

Samtidig beskriver en interessant artikkel *The bottom-up approach* som oppsummerer forskning fra Powell, Rushmer, & Davies (2009) fem ulike forbedringsmodeller, hvorav Model for Improvement (forbedringsmodellen), var en av dem. Her sier de blant annet om forbedringsmodellen: «*The bottom-up approach increases the likelihood that staff will own the changes, a key requirement for successful organisastion change*». Forskerne viste til at forbedringsmodellen hadde blandet suksess i ulike studier. Noen organisasjoner stoppet ved Plan-Do delen av sirkelen og kom ikke videre delvis på grunn av problemer med målinger og delvis fordi man gikk tilbake til tradisjonelle fremgangsmåter, som var mer top-down og hierarkisk styrt. Noen ledere var også tilbakeholdende med å gi kontroll over forbedringsprosjekter til forbedringsteam, og det var noen ganger konflikter mellom de forandringene forbedringsteamene ønsket å gjøre og de overordnede styringslinjene. Det var i tillegg utfordringer med at forbedringer en plass i organisasjonen forskyvde utfordringer til andre deler av organisasjonen. Denne artikkelen beskriver riktignok organisasjonsendringer, men vi ser likevel sammenheng mellom dette og vår egen erfaring. Det initiativet som kommer fra «folket på gulvet» er en essensiell del av det å lykkes med forbedringsarbeid. Vi vet ikke på hvilket ledernivå de lederne som har svart sitter, men vi kan anta at de sitter i mellomlederposisjoner. Vårt funn viser at det per i dag er flere ledere enn øvrige ansatte som bruker metodikken. Dette står i kontrast til *The bottom-up approach*. QI Nord utdanningens metodikk er tuftet på at initiativet skal kunne komme fra alle ansatte, uansett rolle- og helst fra dem som er tettest på utfordringene. Så hvorfor er det da seg slik at flest ledere bruker metodikken?

I motsetning til dette sier Jacobsen & Thorsvik (2019) at endringsledelse kan utøves av andre enn dem som har formelle lederposisjoner- som betraktes som pådrivere eller utvikling for forbedring. Disse forbedringsagentene, som vi har valgt å kalle dem, klarer å skape et opplevd behov for endring, samtidig som de kan håndtere den motstand som oppstår mot endring. Våre funn står da i kontrast med det Jacobsen & Thorsvik (2019) sier at endringsledelse kan også utøves av øvrige ansatte. Det finnes mange forbedringsagenter i helseforetakene i Helse

Nord, og flere av disse er vanlige ansatte. Spørsmålet vårt blir da, lykkes de som er ledere bedre som forbedringsagenter enn de øvrige ansatte? Ut fra våre funn er svaret sannsynligvis ja, men som vi vil komme tilbake til senere er det flere faktorer som kan spille inn.

### **5.1.2. Viktigheten av profesjon i forbedringsarbeid (Profesjon)**

Vår bakgrunnsvariabel profesjon ga oss noen overraskelser. Våre resultater viser at det er av større betydning om du har en *annen* profesjon enn lege/sykepleier. Dette var noe overraskende for oss, da vi fra egen erfaring kunne tenke oss at det var flest leger og sykepleiere som jobbet med forbedringsarbeid i klinikken. Vi hadde en forforståelse av at leger og sykepleiere var de største profesjonene i HF-ene som jobbet mest pasientnært og nettopp derfor hadde best innblikk i hva som burde gjøres endringer på. Det man kan lure på er om det faktisk er slik at de som ikke er mest travel i daglig arbeid med pasientbehandling, kan tenkes å være dem som har størst mulighet til å sette av tid til forbedringsarbeid? Samtidig er det ingen tvil om at sterke faglige og sentrale profesjoner er helt nødvendige forbedringsagenter i en organisasjon, dersom man skal kunne klare innføre forbedringsmetodikk som en vanlig og varig arbeidsmetode for endringer. Det vil derfor være et stort paradoks dersom rammene er slik at det er komplisert for de fagpersonene som står nærmest pasientbehandlingen å prioritere forbedringsarbeid. De er i kraft av sitt fag bærere av standarder for hva som er gode løsninger og god atferd. Det kan tenkes at dette kan medføre en motstand mot endringer fra disse sterke fagpersonene, og kanskje i en slik grad at vi kan snakke om etablerte subkulturer som i verste fall motvirker forbedringsarbeidet. Dersom sterke fagpersoner ikke deltar i forbedringsarbeidet er det sannsynlig at det kan oppstå faglig uenighet om hvordan virkeligheten ses og hvilke løsninger som vil være de beste. Graden av motstand er avgjørende for om endringer lykkes, og det er i tillegg av betydning for denne motstanden hvem som «eier» ideen og om denne personen har stor grad av legitimitet og autoritet i organisasjonen.

Arntzen (2014) skriver at det hevdes at 70 – 90 prosent av forbedringsområdene i helsetjenesten er organisatoriske, mens 10 – 30 prosent er faglige. Kvaliteten på helsetjenestene handler altså om et mye større og komplekst bilde enn den enkelte klinikers individuelle egenskaper, og det er i denne erkjennelsen kvalitetsforbedring gjennom eksempelvis kontinuerlig forbedringsmetodikk kan være ett viktig bidrag i arbeidet for å øke kvaliteten i helsevesenet. For å gi den enkelte mulighet til å yte helsetjenester av god kvalitet er det nødvendig at systemet vi jobber i som helhet fungerer. Eller sagt på en annen måte; det

som må forbedres er *tilretteleggingen for den faglige utøvelsen*. Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som krever at det jobbes helhetlig og systematisk i hele organisasjonen for å oppnå definerte målsettinger for kvalitet. Hensikten med kvalitetsforbedring kan enkelt sagt være å minske gapet mellom hva vi vet vi bør gjøre, hva vi er blitt enige om å gjøre og det vi faktisk gjør. Det er en erkjennelse av at det noen ganger eksisterer en avgrunn mellom klinisk praksis og kunnskapsbasert praksis. Det er når en endring av praksis er gjennomført med et resultat som er i henhold til ønsket resultat eller til og med overgår forventningene til de involverte, at denne endringen kan sies å være en kvalitetsforbedring. Det er i forbedringsprosjekter ønskelig å prioritere områder der det er registrert stor gjennomgående svikt eller betydelig variasjon, og de tiltakene vi forventer gir de største forbedringer.

### **5.1.3. Felles kunnskapsgrunnlag (Forkunnskaper)**

Ut fra våre hovedfunn er det å ha forkunnskaper i forbedringsmetodikk en stor del av nøkkelen for å lykkes med forbedringsarbeidet. Samtidig kan vi ikke underslå at det er sannsynlig at deltakerne på de to første kullene på QI Nord utdanningen er ansatte som i utgangspunktet har *interesse* for metodikken, og derfor i stor grad hadde forkunnskaper om forbedringsmetodikk før deltakelse på utdanningen. Helse Nord RHF og Nordlandssykehuset HF ønsker at så mange som mulig skal inneha kunnskap om forbedringsmetodikk. Hvordan skal vi få gitt flest mulig en type forkunnskap, slik at de bedre kan lykkes med utdanningen? En forskningsartikkel som er interessant relatert til vår undersøkelse er en casestudie av en annen forbedringsmodell (LEAN) ved Universitetssykehuset Nord-Norge (Andersen & Røvik, 2015). Viktig funn fra denne studien tydet på at metoden fikk ett endret innhold på reisen fra toppledelsen i sykehuset til de øvrige ansatte, gjennom ulike fortolkninger og lokale tilpasninger. Dette førte til flere lokale varianter av LEAN innad i sykehuset, og hvor selve tanken bak metodikken ble delvis utvasket i prosessen med å «selge inn» metoden. Forskerne hevder videre at disse fortolkningene og lokale tilpasningene er mye av årsaken til at det er vanskelig å finne bevis for metodens effektivitet og for de varierende resultatene av slike intervensjoner i sykehus. Dette underbygger viktigheten av en felles forståelse av forbedringsmetodikken som søkes innført i en organisasjon slik at man unngår uønsket variasjon i metodebruken. Dette kan tyde på at en felles regional utdanning, som QI Nord, blir sentral for om innføring av felles forbedringskunnskap i Helse Nord.

Jacobsen & Thorsvik (2019) beskriver organisasjonskultur som noe som lærer nye medlemmer hva som er de riktige verdiene og normene i gruppen. Vi har også beskrevet

Helse Nord sine verdier i teorikapitlet. Så hva skal til for at forbedringsmetodikk skal bli en integrert del av vårt verdsett? Vår erfaring tilsier at helsesektoren er flink til å sette i gang forbedringsprosjekter, men er mindre god på å evaluere om det vi har gjort har ført til en forbedring. Vår undersøkelse viser også at forbedringsarbeidet blir «en ting på siden» av alt det andre vi skal gjøre. Så hvordan kan vi da få forbedringsmetodikk som et tankesett og en verdi - heller enn ekstraarbeid? Her kan endringsledelse dras inn i diskusjonen. Jacobsen & Thorsvik (2019) beskriver tre faser for å lykkes med organisasjonsendringer. Allerede i fase en, opptiningsfasen, viser våre funn at vi trenger mer kunnskap om metode og metodikk. Dette henger også sammen med forskningsspørsmål 2, og motivasjon. Dette vil vi komme tilbake til i neste del. Vi tenker at hele forbedringsmetodikken er et tankesett, og for å kunne skape endring må hele organisasjonen endre sitt tankesett. Dette støttes opp av Jacobsen & Thorsvik (2019) som mener at kultur er noe mer skjult og vanskelig å få tak på. Kanskje er det derfor det er så vanskelig å få forbedringsmetodikk integrert som en del av daglig drift? Det kan også tenkes at dersom flere ansatte får kompetanse og kunnskap om forbedringsmetodikk vil tankesettet og kulturen endres slik at flere enes om at *slik gjør vi det her hos oss?*

Det er som vi har nevnt tidligere, mange ulike definisjoner på begrepet *Kvalitet*. Vi har tatt med Grepperud (2009) sin artikkel om kvalitetsbegrepet, som er beskrivende for hvordan man fra ulikt ståsted kan ha ulike meninger av begrepet. Det som er slående er at det oppleves så ulikt. Vi, som helsearbeidere opplever at begrepet handler om kvalitet i pasientbehandlingen, mens en økonom vil se på det på en annen måte. Jacobsen (2018) beskriver at innad i enheten vil ulike mennesker gjøre ulike fortolkninger av drivkreftene, og at virkeligheten ser ulik ut for ulike mennesker. Det er derfor særlig sentralt at man får en felles forståelse av samme forbedringsmetodikk, slik at vi har et felles utgangspunkt for kvalitet- og forbedringsarbeid. Helseforetakene er store organisasjoner, og kan man med rimelighet forvente at alle skal kunne forbedringsmetodikk i slike store organisasjoner? QI Nord utdanningen er en av mange tiltak for kvalitetsheving i helsetjenesten, og vi mener det er et godt tiltak for å kunne spre metodikken for å få en lik regional tilnærming. Det er likevel vanskelig å tro at dette tiltaket i seg selv vil føre til at alle har tilstrekkelig kunnskap om forbedringsmetodikk. Vi tror at man i tillegg på en eller annen måte må få metodikken inn i grunnutdanningene til alt helsepersonell.

Jacobsen & Thorsvik (2019) beskriver begrepet endringskapasitet. Det må være balanse mellom endringsprosesser og den daglige driften. Det er det vi har sett gjennom vår

undersøkelse byr på utfordringer. En av våre respondenter skriver: *«Det skal gjøres på "toppen" av alle de daglige/kliniske oppgavene. Ble svært vanskelig å få tid og kunne jobbe systematisk med prosjektet»*. To andre skriver: *«Vi jobber fremdeles med forbedringen. Endring tar tid, og ekstra tid hvis en ikke har dedikert ressurs for å følge det opp aktivt»*. *«Hadde ikke tid på min arbeidsdag til å være aktivt ute å informere og lære opp de på virkede partene til å endre sin arbeidsmetode. Jobber fortsatt med å endre arbeidsmetoden til å få den mer effektivt. Men det går sakte fremover»*.

Det vi ser ut fra noen av utsagnene i fritekstfeltet er at det er en vanskelig balansegang å drive fram forbedringsarbeid, samtidig som man skal ha normal drift. Dette sammenfaller med egne erfaringer. Turnuser som ikke samsvarer med behov, krav om leveranser med korte frister og budsjetter i ubalanse er noe av det som oppleves krevende i daglig virke i helsetjenestene. Det å endre kultur og derigjennom handlinger er en langsiktig oppgave, og kanskje det er for tidlig å si noe om effekten av QI Nord utdanningen på nåværende tidspunkt? Det er enda relativt få som har tatt utdanningen og det er en relativ liten andel som har forbedringskompetanse i helseforetakene. Vil det da, dersom flere får kompetanse i forbedringsmetodikk, bre seg en ny kultur i helseforetakene?

## **5.2. Forskningsspørsmål 2**

I denne delen av oppgaven vil vi diskutere rundt våre funn på fremmer/hemmer relatert til teori og relevant forskning. Vårt forskningsspørsmål er følgende: *Hva fremmer og hva hemmer forbedringsprosjekter på egen arbeidsplass?* Vi ønsket å se på hvilke hemmere og fremmere som er viktig for dem som har tatt QI Nord utdanningen når de skal jobbe videre med forbedringsarbeid på egen arbeidsplass. Det som kanskje var litt overraskende var at tre av de fire viktigste hemmere og fremmere som ble valgt, var sammenfallende. Grunnen til at det var overraskende er at vi hadde mange forhåndsdefinerte svaralternativer, som vi mente var relevant for respondentene. Likevel er respondentene enige om topp tre og de sammenfaller uavhengig av om man lyktes med implementering av prosjektet. Samtidig gir det mening at de samme variablene velges da man kan se for seg at hvorvidt man lykkes eller mislykkes med implementering av forbedringsprosjekt nettopp kan omhandle samme faktorer. Vi gjentar disse her: Den viktigste i begge grupper er *Motivasjon/engasjement øvrige ansatte*. De to andre er *Måling og formidling av resultat* og *Involvering av alle de viktigste i forbedringsarbeidet*. Det vil si at disse blir hevdet som de viktigste både hemmere og

fremmerne for å implementere forbedringsprosjektet. Eksempelvis: Vi kan se for oss en skala fra høy motivasjon/engasjement hos øvrige ansatte til lav motivasjon/engasjement. Er motivasjonen og engasjementet hos øvrige ansatte høy vil dette nødvendigvis fremme en implementering, mens dersom vi har lav motivasjon/engasjement vil samme årsak være en hemmer for prosjektet.

Jacobsen & Thorsvik (2019) nevner blant annet motivasjon og tillit som positive faktorer i en organisasjonskultur. Motivasjon er noe vi vil trekke frem som en viktig del av kulturbegrepet. Michie, van Stralen, & West (2011) sin modell COM-B har vi funnet interessant i denne sammenhengen. Vi ser på det slik at dersom en ansatt eller leder skal kunne ha evne til å engasjere seg i forbedringsarbeidet i egen enhet, må den også inneha nødvendige kunnskaper om metodikken. Det er derfor vi ser det som viktig at flest mulig kan delta på QI Nord utdanningen og få disse kunnskapene. Områdene i modellen som påvirker hverandre viser oss at de faktorene som påpekes som fremmere, er særdeles viktig for å kunne lykkes med forbedringsarbeidet. To av de viktigste fremmerne som respondentene svarte hører til i denne modellen, nemlig motivasjon/engasjement fra de øvrige ansatte og involvering av de viktigste i forbedringsarbeidet. Disse to henger sammen med hverandre, da involvering fra de øvrige ansatte vil kunne tilsi at de har kunnskap om metoden. Har de det, vil også involvering, engasjement og motivasjon få større plass. Motivasjon i modellen kan tolkes som at det handler om kultur og endring av et tankesett som gjør at man får metodikken inn som en del av måten man handler på og ikke som et ekstra arbeid på siden av alt annet. Sentralt er også at man har fokus på perspektivet på motivasjon som omhandler den enkeltes *indre motivasjon* når man jobber med ett forbedringsprosjekt. Det er tilfredsstillelsen og gleden med å arbeide med noe man selv tenker er viktig, interessant og nyttig som gir fagfolk og andre indre motivasjon for jobben. Aktivitetene er belønnende i seg selv og mange motiveres særlig når man ser at det man jobber med gjør en forskjell for andre.

Drivkrefter for endring hentet fra Jacobsen (1998) kan også beskrive hvorfor motivasjon/engasjement og involvering både beskrives av respondentene som en hemmer og en fremmer. Det handler om hvordan forbedringsagenten fortolker drivkreftene de har rundt seg. Kanskje har noen satt i gang et forbedringsprosjekt der ikke kollegaene ser behovet for endring, eller hva slags løsning som er nødvendig? Dermed er motivasjonen til de andre fraværende. Eller i motsatt fall, noen har satt i gang et forbedringsarbeid der flere ser behovet for endring, og er enig i løsningen. Hvis da kollegaene har kunnskap om metodikken, ser vi



det som mer sannsynlig å lykkes med prosjektet. I tillegg er det sentralt også for motivasjon at det gjøres målinger som viser om tiltak virker. Dette innebærer at måling og resultatpresentasjon i forbedringsprosjekter er sentralt også for å motivere og engasjere til videre arbeid og sikre at man fortsatt involverer alle som er sentrale i forbedringsarbeidet. En av respondentene skrev dette under fritekstfelt for fremmere: *«Kontinuerlig arbeide, oppfølging og resultatpresentasjoner - relatert til mål. Ønske om å nå målsettingen på tvers av klinikker og en god porsjon gjennomføringsevne»*.

I Kongsmo et al., (2015) vises til at Walley og Gowland (2004) har evaluert bruken av PDSA-sirkelen i den engelske helsetjenesten. Deres funn gikk blant annet på at manglende lederforankring var en stor utfordring i arbeidet. Lederne hadde heller ikke den nødvendige prosessforståelsen for å lykkes med systematisk forbedringsarbeid. I tillegg viste deres forskning at medarbeiderne fikk for dårlig opplæring i metoder og verktøy noe som igjen medførte manglende videreføring av kunnskapen. Dette er ifølge Kongsmo et al., (2015) i tråd med erfaringer fra Norge. De viser videre til fem nødvendige forutsetninger for å sikre en vellykket gjennomføring av kvalitetsforbedring. Disse er:

1. Forbedringsarbeid er forankret i ledelsen på alle nivåer.
2. Helsepersonell må være aktive og engasjerte i forbedringsarbeidet på tvers av fag og profesjon.
3. Tilnærmingene som benyttes må være helhetlige og tilpasset konteksten i den enkelte organisasjon.
4. Forbedringsarbeidet må være integrert og sammenfalle med organisasjonens mål og visjoner.
5. Forbedringsarbeidet må være integrert i organisasjonens daglige arbeid på alle nivåer. Inkludert i dette er også at ansatte får tilstrekkelig opplæring i forbedringsarbeid.

De viser videre til at ledere for å ivareta sin nøkkelrolle i forbedringsarbeid må besitte allsidig lederkompetanse, det vil si kunnskap om forbedring, ledelse og helsetjenesten (Stiftelsen GRUK, del av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006) .

Så hvor viktig er egentlig lederforankring når det kommer til forbedringsarbeid? Vår forforståelse tilsa at leders forankring ville være en forutsetning for å lykkes med et forbedringsprosjekt. Overraskende nok kom dette langt ned på listen over valgte variabler på både fremmer og hemmer. Vår undersøkelse viser at det er viktigere for respondentene at

kollegene er engasjert og motivert. Aase (2018) mener leders holdning og handling bidrar til engasjement og prioritet i organisasjonen. Så kanskje leders involvering er en indirekte årsak for å lykkes med forbedringsarbeid? Når leder har en positiv, støttende og engasjerende holdning til forbedringsarbeid så er det sannsynlig at dette smitter over på de øvrige ansatte som så i større grad lar seg engasjere av forbedring? Vår erfaring med forbedringsprosjekter i helseforetakene er at de som lykkes best, nettopp har en leder som er engasjert og medvirkende og gjerne har kompetanse i forbedringsmetodikk. Arntzen (2014) mener også at tydelig ledelse og struktur er viktig for å oppnå kultur for forbedring og utvikling. Så hvordan kan det da ha seg at så få av våre respondenter har valgt *lederforankring nærmeste leder* som viktig hemmer eller fremmer? Det kan tenkes at lederforankringen er implisitt gjennom det sterke fokuset på forbedringsarbeid, og at dette derfor ikke velges som en sentral fremmer eller hemmer. Lederforankringen blir rett og slett en «usynlig» fremmede faktor så lenge lederen ikke åpent er motstander av forbedringsarbeidet.

Forskning på kompetansehevingsprogrammer som består av eller inkluderer forbedringsmetodikk i helsetjenestene, og ser på effekten av slik kompetanseheving i daglig arbeid har vi ikke klart å finne mange eksempler på. Vi vet at Helse Vest planla å gjøre en evaluering av sin regionale forbedringsutdanning denne våren, men det foreligger ingen resultater fra denne enda. Vi har gjennom drøftingen presentert forskning som vi likevel finner relevant til vår undersøkelse og som vi har benyttet som bakgrunnskunnskap for utarbeidelse av vår spørreundersøkelse. Blant annet er våre valgte variabler til hemmere og fremmere hentet fra denne forskningen. Stiftelsen GRUK, del av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) har skrevet et sammendrag av en omfattende evaluering av et toårig utviklingsprogram for de femtiåtte øverste lederne i den britiske helsetjenesten (NHS). Utdanningen gikk over 18 måneder, og etter dette arrangerte gruppen selv videre samlinger i ett år for å fortsette læringen. Selve evalueringen ble gjennomført av en gruppe på 10 personer fra ulike universiteter og bestod av fokusintervjuer enkeltvis og i grupper, samt fem studier av regionale helseforetak hvor medarbeidere som hadde deltatt i forbedringsarbeidet under ledelse av deltakerne i programmet ble intervjuet. Programmet skulle utvikle ledere med best mulig overlappende kompetanse på ledelse, forbedringskunnskap og forståelse av helsetjenestesystemer. I løpet av utdanningsforløpet skjedde det en forandring hos deltakerne i forståelsen av kompetanseområdene. Forståelsen av helsetjenestesystemer nærmet seg kompleksitetsteori, det vil si teorier som beskriver komplekse systemer. Ledelse beveget seg mot endringsteori og situasjonsbestemt ledelse, mens forbedringskunnskap nærmet seg

kreativiteten i forbedringsarbeid. Denne forskningen kan tyde på at tiltak som QI Nord utdanningen over tid vil kunne endre deltakernes forståelse av virkeligheten og gjennom dette skape endringer, men det er en viktig forutsetning at dette skjer under rammer som muliggjør det og at trykket på forbedringsarbeid og forbedringskunnskap integreres i daglig drift.

## 6. Konklusjon og videre forskning

I denne undersøkelsen var vi opptatt av å finne hvilke faktorer som er viktig for å kunne lykkes med forbedringsarbeid på egen arbeidsplass etter å ha tatt forbedringsutdanningen QI Nord, samt å se på hvilke hemmere og fremmere som bidrar til å lykkes med forbedringsprosjekter. Det var flere hovedfunn i vår undersøkelsen, men de tre mest interessante funnene er:

- i) at man har forkunnskaper i forbedringsmetodikk før man gjennomfører utdanningen ser ut til å gi et bedre utbytte i form av at flere av lyktes med implementering av forbedringsprosjektet.
- ii) det kan se ut som at ledere er forbedringsagenter.
- iii) kollegastøtte og interesse fra kolleger er særlig viktig for å kunne lykkes med forbedringsprosjekter.

Ut fra våre funn og drøftingen kan vi anbefale at flest mulig bør gjennomføre QI Nord utdanningen, slik at det etter hvert er mange i organisasjonen som har kunnskap om metodikken. Dette gjelder særlig dersom man skal ta på alvor at forbedringsmetodikk er sentralt sammen med fagkunnskap for å ha helsetjenester som er i kontinuerlig forbedring. I tillegg kan man tenke seg at et forkurs før QI Nord utdanningen kan være et godt tiltak slik at de som tar kurset har forkunnskaper før oppstart og bedre kan nyttiggjøre seg utdanningen og metodikken i videre arbeid.

Avslutningsvis ønsker vi å si noe om videre forskning på området. For å undersøke mer rundt generaliserbarheten av vår undersøkelse kan man eventuelt gjennomføre samme undersøkelse på ett senere tidspunkt og/eller sammenligne med evalueringen fra Helse Vest RHF. Det hadde vært særlig interessant å se på om samme undersøkelse på kull 3 og 4 gir sammenfallende resultater. I tillegg ville det vært spennende å se på viktigheten av at det er lege med i forbedringsprosjektet for implementering. Vi hadde dessverre for få leger med til å kunne trekke noen konklusjoner vedrørende dette. Ett annen mulig forskningsprosjekt er å forske på tidsrammen for implementering av forbedringsprosjekter. Mye tyder på at dette tar lengre tid enn man forutsetter i oppstartsfasen.

## 7 Referanser

- Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet - Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Andersen, H., & Røvik, K. A. (2015, 09). Lost in translation: a case-study of the travel of lean thinking in a hospital. *BMC Health Services Research*, 15(1), ss. 401-401.  
doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-015-1081-z>
- Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten: arbeidsglede og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Batalden, P. B., & Stoltz, P. K. (1993). A Framework for the Continual Improvement of Health Care: Building and Applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in Daily Work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, ss. 424-447.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Einarsen, S., Martinsen, Ø. L., & Skogstad, A. (2017). *Organisasjon og ledelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2017, 01 01). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Grepperud, S. (2009). Kvalitet i helsetjenesten - hva menes egentlig? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(11). doi:10.4045/tidsskr.08.0377
- Helsedirektoratet. (2019). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023). Oslo. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/\\_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a)
- Jacobsen, D. I. (1998, 01). Motstand mot forandring, eller: 10 gode grunner til at du ikke klarer å endre en organisasjon. *MAGMA Econas tidsskrift for økonomi og ledelse*. Hentet fra <https://www.magma.no/motstand-mot-forandring-eller-10-gode-grunner-til-at-du-ikke-klar-aa-endre-en-organisasjon>
- Jacobsen, D. I. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johannessen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Konsmo, T., de Vibe, M. F., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, E., & Norheim, G. A. (2015, 05). Modell for kvalitetsforbedring: utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-fo/>

- Langley, G. J. (2009). *The Improvement guide : a practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass.
- Lov om spesialisthelsetjeneste m.m. (1999). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=lov%20om%20spesialisthelsetjeneste>
- Michie, S., van Stralen, M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*.
- Moen, R., & Norman, C. (2006). Hentet fra <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.470.5465&rep=rep1&type=pdf>
- Nordlandssykehuset HF. (2018). *Nordlandssykehuset.no*. Nordlandssykehuset HF. Hentet fra [https://nordlandssykehuset.no/Documents/Nordlandssykehuset%20for%20framtiden/Sstrategisk%20utviklingsplan%20for%20NLSH,%202017-2035/NS\\_StrategiskUtviklingsplan-Hoveddokument160518.pdf](https://nordlandssykehuset.no/Documents/Nordlandssykehuset%20for%20framtiden/Sstrategisk%20utviklingsplan%20for%20NLSH,%202017-2035/NS_StrategiskUtviklingsplan-Hoveddokument160518.pdf)
- Powell, A., Rushmer, R., & Davies, H. (2009). *A systematic narrative review of quality improvement models in health care*. Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland.
- RHF, H. N. (2015, Desember 16). *Helse Nord RHF*. Hentet fra [helsenord.no: https://helsenord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Kvalitetsstrategi/Helse%20Nords%20kvalitetsstrategi%202016-2020.pdf](https://helsenord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Kvalitetsstrategi/Helse%20Nords%20kvalitetsstrategi%202016-2020.pdf)
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015): til deg som leder og utøver. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjek>
- Stiftelsen GRUK, del av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2006). Allsidig lederkompetanse. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/221850.cms>
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.

## 8 Vedlegg

### Vedlegg 1: Spørreskjema

*Du vurderer din enhet/ditt nære arbeidsmiljø*

*Med «her» i spørreskjemaet menes ditt nære arbeidsmiljø. Det er dette miljøet du vurderer når du svarer på undersøkelsen. Her betyr det samme som «i min enhet» eller «der jeg jobber».*

### Bakgrunnsvariabler

#### 1. Hva er din ansattrolle?

Svar:

Leder med personalansvar

Øvrig ansatt

#### 2. Hva er din profesjon?

Svar:

Sykepleier

Lege

Annet

#### 3. Hvordan ble du deltaker på QI Nord utdanningen?

Svar:

Eget initiativ

Oppfordret av leder

#### 4. Hadde du noen forkunnskaper om forbedringsmetodikk før du startet på QI Nord utdanningen?

Svar: Gradering? Ingen – i noen grad – i middels grad – i stor grad – i svært stor grad.

#### 5. Var dere flere fra samme enhet som deltok samtidig på QI Nord utdanningen og jobbet med et felles forbedringsprosjekt?

Svar:

Ja

Nei

## **Del 1 QI Nord utdanningen**

### **6. Har du hatt faglig utbytte av QI Nord utdanningen?**

Svar: gradering. Ingen – i noen grad – i middels grad – i stor grad – i svært stor grad.

### **7. Har QI Nord utdanningen ført til at du har fått et utvidet nettverk innen forbedringskompetanse?**

Svar:

Gradering: Ingen – i noen grad – i middels grad – i stor grad – i svært stor grad.

### **8. Har du bidratt aktivt til kompetansespredning om forbedringsmetodikk på egen arbeidsplass i etterkant av deltakelsen?**

Svar:

Gradering: Ingen – i noen grad – i middels grad – i stor grad – i svært stor grad.,

### **9. Har utdanningen gitt deg tilstrekkelige kunnskaper til å sette i gang nye forbedringsprosjekter?**

Svar:

Gradering? Ingen – i noen grad – i middels grad – i stor grad – i svært stor grad.

## **Del 2 Forbedringsprosjektet i utdanningen**

### **10. Etablerte du et forbedringsteam for ditt prosjekt?**

Svar:

Ja

Nei

### **11. Kom du i mål med ditt forbedringsprosjekt innen planlagt tid?**

Svar:

Ja



Nei

**12. Er ditt forbedringsprosjekt implementert på din arbeidsplass?**

Svar:

Ja

Nei

**13. Hvis ja: Hva var de tre viktigste fremmerne som gjorde at du lyktes med implementeringen?**

Lederforankring toppledelse

Lederforankring nærmeste leder

Motivasjon/engasjement fra ledelse

Motivasjon/engasjement fra øvrige ansatte

Kunnskap om metoden

Målinger og formidling av resultater

Brukermedvirkning

Involvering av alle de viktigste samarbeidspartene i forbedringsarbeidet

Arbeidet er forankret i arbeidsplassens mål og visjoner

Forbedringsarbeid er integrert i arbeidsplassens daglige arbeid for medarbeidere og ledere

Åpent svaralternativ/fritekstfelt.

**Hvis nei: Hva var de tre viktigste hemmere for at du ikke lyktes med implementeringen?**

Lederforankring toppledelse

Lederforankring nærmeste leder

Motivasjon/engasjement fra ledelse

Motivasjon/engasjement fra øvrige ansatte

Kunnskap om metoden

Målinger og formidling av resultater

Brukermedvirkning

Involvering av alle de viktigste samarbeidspartene i forbedringsarbeidet

Arbeidet er forankret i arbeidsplassens mål og visjoner

Forbedringsarbeid er integrert i arbeidsplassens daglige arbeid for medarbeidere og ledere

Åpent svaralternativ/fritekstfelt

**14. Åpen felt: Her kan du skrive mer om hva som gjorde at du lyktes/mislyktes med implementeringen.**

### **Del 3 Videre arbeid med kontinuerlig forbedring på egen arbeidsplass**

**15. Har du satt i gang nye forbedringsprosjekter på egen arbeidsplass etter endt utdanning?**

Svar:

Ja

Nei

**16. Har din enhet et forbedringsteam som møtes jevnlig og drøfter nye kvalitetsforbedringer?**

Svar:

Ja

Nei

**17. Er du del av et forbedringsteam eller et nettverk for forbedring i dag?**

Svar:

Ja

Nei

**18. Bruker du forbedringsmetodikken du lærte på utdanningen på egen nærmeste arbeidsplass i dag?**

Svar:

Gradering? Ingen – i noen grad – i middels grad – i stor grad – i svært stor grad.

**19. Har kunnskapen du har fått gjennom QI Nord utdanningen og forbedringsarbeid endret måten du mener det er smart å gjøre kvalitetsforbedringer av helsetjenester?**

Svar:

Gradering: Ingen – i noen grad – i middels grad – i stor grad – i svært stor grad.

**20. Legger din nærmeste leder til rette for at du skal få mulighet til å gjøre forbedringsarbeid?**

Gradering: Ingen – i noen grad – i middels grad – i stor grad – i svært stor grad.

**21. Har du oppfordret andre i din enhet til deltakelse på QI Nord utdanningen?**

Svar:

Ja

Nei

**22. Benyttes metodikken fra QI- Nord utdanningen på din nærmeste arbeidsplass når det skal gjøres endringer eller utfordringer oppstår?**

Svar:

Gradering: Ingen – i noen grad – i middels grad – i stor grad – i svært stor grad.