

EFFEKTIVISERING OG KVALITET I SYKEHUS

Har effektivisering i sykehus påvirket kvaliteten på
tjenestetilbudet til befolkningen?

Av
Toril Karen Lillehagen

Avhandling avlagt ved
Handelshøjskolen i København for graden
Master of Public Administration 2015





HINT

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

Forfatter(e): Toril Karen Lillehagen

Tittel: Effektivisering og kvalitet i sykehus
Har effektivisering i sykehus påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet til
befolkningen?

Studieprogram: Master of Public Administration

Kryss av:

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

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre
Kan frigis fra: _____

Dato: 19.03.15

Toril Karen Lillehagen
underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

Forord

Masteravhandlingen markerer slutten på en interessant utdanning. Fra man spent møte sine med - studenter og fram til nå har det vært en lærerik tid. Det har vært en blanding av studier og full jobb og man kan si at det har vært tøffe tak iblant. Men når alt kommer til alt har det vært spennende å fordype seg i fagområder som har vært aktuelle for den profesjonen man er i. Det har vært bra å fordype seg i tema som har vært dagsaktuelle som man finner støtte i fra studiene.

Valg av temaet kvalitet til avhandlingen falt naturlig siden det har vært et fagområde som har vært av interesse i hele min yrkeskarriere. Dessuten har det vært mye fokus på kvalitet i helsevesenet både fra myndighetenes side og ikke minst fra media. Det er et område med stor kompleksitet og det er vanskelig å finne gode måleverktøy innenfor helse.

I avslutningsfasen er det nå naturlig å takke min arbeidsgiver St. Olavs Hospital og ikke minst min nærmeste sjef Kristin Ryggen som har lagt forholdene til rette slik at jeg fikk mulighet til å gjennomføre studiet. En takk også til mine kolleger for inspirerende innspill når jeg hadde behov for det, og ikke minst den støtte de har vist.

Jeg ble møtt med stor velvilje hos respondentene i min undersøkelse. Takk til dere som velvillig stilte opp for å svare på mine spørsmål. Det har bidratt til mange tanker og mye refleksjon hos meg. Og ikke minst ny lærdom.

Jeg vil også rette en takk til min veileder Leiv Opstad, uten din hjelp hadde det ikke blitt en avhandling.

Tusen takk til dere alle!

Jeg er selv ansvarlig for innholdet i denne oppgaven.

Trondheim, 20. mars 2015.

Toril Karen Lillehagen

Abstract

During a couple of years now media has focused on health - care and specially had a focus on the biggest hospitals in the country, the so called university hospitals. There are five so called regions in Norway and in the middle of Norway is one of them. Quality has for many years had a focus in the hospitals and the Norwegian government has come up with a lot of demands in the issue of quality. But it is the hospitals that have to work out the guidelines for themselves according to the demands. The authorities have begun to work with quality indicators and have so far got seven of them which the hospitals will be measured by. This is meant to be a tool for the people to helping them see which hospital to choose when they get ill. But these measuring tools do not tell the exact truth, and have to be read with care.

Quality is difficult to measure and so far there has not been found the best measuring tool to do so. The hospitals have over the years developed systems that will do their working more effective. In the survey that has been done in this discourse one wanted to look at whether these demand of effectiveness have had an impact on quality in healthcare. But first one had to define what was in the word quality. Quality can have several meanings and with a document - analysis that was based on definition of the World Health Organisation, the Norwegian parliament, and the Norwegian "Kunnskapscenteret", one could put the definition into words.

In the survey there has been an interview within the hospital one works in. But it is a big organisation and one did not have the best of knowledge in the clinic where the survey was done.

The keyword in the questions of this survey was quality, resources, economy and effectiveness.

And the answers where you have to use the resources in the right way and in the right place in the right time. You have to show that you are spending the money of the community in the right way. The respondents where not so concerned about the economy of the hospital. That could make one believe that the money spent in the hospital are under control .The effectiveness depends on how the resources are spent. And it is important that the professionals take their time to figure out what is the first end the last priority in patient care. When it comes to the quality indicator of re admission the respondents meant that in their clinic it was good quality on the healthcare. So the presumption that this was not a good quality was not true. But perhaps it is true in a few occasions.

The result of this survey due to the respondents that was available showed that one may say that the effectiveness had not and impact on quality on the healthcare in clinic. The demand of effectiveness only made them work in a smarter way, and they got solutions in how to do it that they all agreed to. So the discourse that one had in the first place was not been right.

Sammendrag

I masteravhandlingen er problemstillingen ”Har effektivisering i sykehus påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet til befolkningen.” Det er et tema som har blitt aktualisert ved at det har blitt et større fokus på dette fra myndighetene sin side. Det har fra sentralt hold i 2011 blitt igangsatt en pasientsikkerhetskampanje som har fått navnet ”I trygge hender”. Under denne overskriften jobbes det med forebygging av pasientskader som kan oppstå i sykehus, men som bør unngås.

Kvalitet er et komplekst område med mange innfallsvinkler. For å belyse tema i denne avhandlingen er det valgt å se nærmere på hva kvalitet er gjennom en dokumentanalyse. I og med at New Public Management har blitt en benevnelse hvor teorien omfavner en rekke reformer i offentlig sektor i Norge, og elementer i denne har kommet inn i styringssystemene. Det er i teorien begreper som effektivisering, kontroll, sette seg tydelige mål og resultatstyring.

Elementer som har vært vanlig i privat sektor, men som sagt har blitt mer vanlig også i offentlig sektor. Nødvendigheten av at det er blitt fokus er at det har blitt satt et tydeligere søkelys på hvordan pengene benyttes i offentlig sektor, ikke minst er det stilt spørsmålsteget fra befolkningen som gjør at politikerne må synliggjøre hva skattebetalernes penger går til, kanskje for å vise at de er legitime. Teorien er av den grunn valgt for å belyse problemstillingen. Fra teorien er det valgt å sette fokus på tre områder i undersøkelsen, effektivitet, bruk av ressurser og det økonomiske aspektet.

For å skaffe empiri til en analyse ble det valgt å foreta intervju fra et utvalg i egen organisasjon. Det var et ønske få intervjuer forskjellige profesjoner som ledere, leger og sykepleiere, og det ble det mulighet til. Det var utvalgene selv som plukket ut kandidater til intervju, så det hadde man ingen kontroll på. Utgangspunktet har vært å få en nærmere innsikt i om utgangspunktet i problemstillingen viser seg å være riktig.

Avhandlingen kan sies å være hermeneutisk, og det er en kvalitativ, deduktiv tilnærming. Det vil være en presentasjon av empiri som er samlet gjennom intervju. Dette materialet er så analysert ved å dele spørsmålene inn i kategorier som også har elementene i seg i forhold til teorien New Public Management. Kvalitet er et stort område som har et komplekst begrepsinnhold. Måleverktøy er vanskelig å finne som er gode nok. I dokumentanalysen er det derfor fokusert på kvalitetsindikatorer som et verktøy, mens det i empiri er satt fokus på en av disse som er re – innleggelses. Det er en indikator som bør tolkes med varsomhet da den kan være et bilde både på god og dårlig kvalitet. Avhandlingen kan være en tankevekkende hjelp i arbeidet med kvalitet, men kan ikke sies å være generaliserbar.

INNHold

1.0 Innledning	3
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	4
1.2 Strukturering.....	5
1.3 Presentasjon av case.....	6
2.0 Problemstilling	8
2.1 Referanseramme.....	8
2.2 Problemstillingens begrepsbruk.....	9
2.2.1 Effektivisering.....	9
2.2.2 Sykehus.....	10
2.2.3 Kvalitet.....	10
2.2.4 Tjenestetilbud.....	11
2.3 Analyse av problemstillingen.....	11
2.4 Forsknings spørsmål.....	13
3.0 Teori	13
3.1 Begrunnelse for valg av teori.....	15
4.0 Valg av metode	16
4.1 Undersøkel sesdesign.....	17
4.1.1 En forklarende studie.....	19
4.1.2 Kvalitativ eller kvantitativ.....	19
5.0 Datainnsamling	20
5.1 Valg av organisasjon.....	20
5.2 Operasjonalisering av problemstillingen.....	21
5.2.1 Operasjonalisering av forskningsspørsmål 1.....	21
5.2.2 Operasjonalisering av forskningsspørsmål 2.....	22
6.0 Dokumentanalyse	24
6.1 Analyse av dokumentet Quality of care jamfør WHO.....	26
6.2 Hva er elementer i god kvalitet sett fra myndighetenes side.....	29
6.4 Kvalitetsindikatorer.....	39
6.5 Kvalitativ eller kvantitativ undersøkelse.....	46
7.0 Datainnsamling	47
7.1 Valg av respondenter.....	47
7.3 Å konkretisere fra begrep til spørsmål.....	48
7.4 Utforming av spørsmål til spørreskjema.....	49
7.5 Datahåndtering.....	50
7.5.1 Systematisering av svarene.....	50
7.5.2 Skisse for tolkning av data.....	51
7.6 Kritisk refleksjon.....	52
7.6.1 Intern gyldighet.....	52
7.6.2 Ekstern gyldighet.....	54
7.6.3 Pålitelighet.....	55
8.0 Datafunn fra dokumentundersøkelsene	56
9.0 Analyse av spørreundersøkelsen	58
9.1 Dataanalyse.....	58
9.1.1 Gjennomføring av spørreundersøkelsen.....	58
9.1.2 Data fra spørreundersøkelsen.....	60
9.2 Funnene sett i forhold til problemstillingen.....	62
9.2.1 Krav om effektivitet sett i forhold til kvalitet.....	62

9.2.2	Krav til økonomisk budsjettbalanse i forhold til kvalitet.....	64
9.2.3	Kvalitet på tjenestetilbudet.....	65
9.2.4	Er pasientene opptatt av kvalitet.....	67
9.3	Tolkning av funnene.....	71
9.3.1	Organisasjonens rolle.....	71
9.3.2	Kvalitet sett i forhold til effektivisering og økonomi.....	73
9.3.3	Effektivitet og kvalitet.....	75
9.3.5	Er det sammenheng mellom reinnleggelser og kvalitet.....	78
9.3.6	Ressurser sett i forhold til kvalitet.....	81
10.0	Sammenfatning og konklusjon	83
10.1	Har problemstillingen et svar.....	83
10.2	Refleksjoner rundt undersøkelsens holdbarhet, relevans og læring.....	85
10.3	Sammendrag.....	87
11.0	Kildehenvisning	89

Vedlegg: Intervjuguide

Figurliste

Figur 1 Nivå for kvalitetsforbedring	34
Figur 2 Forbedringskunnskap	36
Figur 3 Modell for kvalitetsforbedring	36
Figur 4 Sammenlikning svar fra klinikk 1 og 2	62

Tabelliste

Tabell 1 Ulike tolkninger om kvalitet	57
Tabell 2 Svar fra intervju klinikk 1	61
Tabell 3 Svar fra intervju klinikk 2	61
Tabell 4 Svar fra intervju klinikk 1 om kvalitet	66
Tabell 5 Svar fra intervju klinikk 2 om kvalitet	67
Tabell 6 Svar fra intervju klinikk 1 om pasientopplevd kvalitet	69
Tabell 7 Svar fra intervju klinikk 2 om pasientopplevd kvalitet	69
Tabell 8 Svar fra intervju klinikk 1 om økonomi og budsjettbalanse	74
Tabell 9 Svar fra intervju klinikk 2 om økonomi og budsjettbalanse	74
Tabell 10 Svar fra intervju klinikk 1 om effektivisering og kvalitet	77
Tabell 11 Svar fra intervju klinikk 2 om effektivisering og kvalitet	77
Tabell 12 Svar fra intervju klinikk 1 om reinnleggelser og kvalitet	80
Tabell 13 Svar fra intervju klinikk 2 om reinnleggelser og kvalitet	80
Tabell 14 Svar fra intervju klinikk 1 om ressurser og kvalitet	83
Tabell 15 Svar fra intervju klinikk 2 om ressurser og kvalitet	83

1.0 Innledning

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for oppgavens tema og faglige forankring. I tillegg til dette vil jeg si noe om oppgavens struktur.

Tema for oppgaven handler om kvalitet i sykehus og spesifikt om kvaliteten på tjeneste - tilbudet til pasienten er godt nok, når man ser det i sammenheng med krav til effektivitet, ressursbruk og budsjettbalanse. Disse tre kravene bør ses i sammenheng med hverandre fordi de har blitt et fokus i forhold til de resultatkrav som etterspørres fra ledere og opp i hierarkiet til den statlige eieren som er Helse - og Omsorgsdepartementet representert ved sittende minister.

Den teoretiske tilnæringsmåten kan nok ses fra både en organisatorisk og økonomisk side, men jeg velger å se det fra et organisatorisk ståsted fordi det handler om hvordan en tjeneste utøves, og man kan si at det er et lederansvar å tilrettelegge tjenesten best mulig for pasientene. Kvalitet på helsetjenestene har fått større og større oppmerksomhet, og det har til dels vært store oppslag i media.

Hvordan skal man måle innsatsen i sykehus ved å måle kvalitet. Kvalitet er vanskelig å måle direkte, derfor har det blitt satset på indikatorer. Det er et mål at en kvalitetsindikator skal gi et bilde av befolkningens helsegevinst. En kvalitetsindikator kan vise en kunnskap om årsakssammenhenger mellom innsatsfaktorer, arbeidsprosesser og resultat. Det er en forskjell på faglig kvalitet og ansvar for rammer og prioriteringer, men samtidig vil de likevel ha en sammenheng i utøvelsen av helse. Hvordan denne utfordringen skal håndteres vil i første omgang være et lederansvar.

I lengre tid har det blitt fokusert på effektivitet av offentlige tjenester så også i sykehus, noe som har ført til forskjellige reformer innenfor det offentlige. Gjennom diverse oppslag i media stilles det spørsmål om kvaliteten på tjenestetilbudet er god nok. Det er et interessant tema å se på om virkeligheten er sånn som det framstilles for offentligheten. Jeg har valgt å se på hva kvalitet er ved å foreta en dokumentanalyse. Ved å bruke intervju som redskap håper jeg å få noen svar på om effektivisering i sykehus har påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet.

Det er flere definisjoner på hva kvalitet er, i en dokumentanalyse er det fokusert på de som er anerkjente standarder innenfor området helse. Det er gjort en undersøkelse ved hjelp av intervju i egen organisasjon. Størrelsen på sykehuset gjør at jeg ikke har noen inngående kunnskap om de klinikkene hvor intervjuene er foretatt. De er forespurt med bakgrunn i

kvalitetsindikatoren re – innleggelse og en antagelse om at de kan være forskjellige i forhold til hvordan tilbudet er organisert som igjen har betydning for kvaliteten. Teoretisk sett har det vært fokus på New Public Management som er sekkebeskrivelse på reformer i det offentlige. Det er av den grunn naturlig å bruke den som teoretisk forankring da effektivitet er en av ideene i denne reformbølgen som har kommet for fullt inn i den offentlige tjenesten.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Kontinuerlig endring har blitt en del av offentlig virksomhet de siste årene. Noen av endringene har lyktes, mens andre ikke har vært noen suksess. Offentlig sektor har mange oppgaver som skal løses, samtidig som kompleksiteten er stor, det gjelder spesielt de store universitetssykehusene.

Spesialisthelsetjenesten ved universitetssykehusene er en av de mest ressurskrevende sektorer i vårt samfunn. Sykehusene er komplekse, høyteknologiske og kunnskapskrevende organisasjoner med nøkkelfunksjoner i et velferdssamfunn. Hvis man legger til grunn begrepet New Public Management katalyseres stadige forsøk på å redusere kostnader, øke effektivitet og pasientgjennomstrømning i sykehusene.

Det fører til at sykehusene er i en kontinuerlig endringsprosess. Forventningene fra befolkningen om hvilke tjenester som skal tilbys til enhver tid endrer seg, og kravet til god kvalitet på tjenester som befolkningen ønsker endrer seg samtidig med forventningene. Sykehusene leter derfor etter en oppskrift på intern effektivisering i en situasjon hvor behovene hos pasientene øker sterkere enn tilgangen på eksterne ressurser.

Fra 1980-tallet og utover til i dag har begrepet New Public Management (heretter benevnt NPM) blitt en felles betegnelse på mange av endringene som har skjedd. Som en følge av denne tenkningen ble det satt fokus på effektivisering og hvordan man skulle vekte offentlige tjenester slik at det ble en slags form for "inntjening". De økonomiske ressursene fordeles til de enkelte helseforetakene gjennom regionale inntektsmodeller. Innen hvert helseforetak skjer det videre en fordeling mellom somatiske sykehus og psykiatrien og videre til de ulike avdelingene.

Offentlige tjenester får bevilgninger fra myndighetene og tjener ikke penger på samme måte

som private bedrifter gjør. For myndighetene er det viktig å synliggjøre for befolkningen at de får best mulig tjenester utav hver krone av skattebetalernes penger. Sykehusene som tidligere ble drevet av fylkeskommunene ble i 2001 egne helseforetak med staten som øverste ansvarlige ved Helse - og omsorgsministeren. Helseforetaket reguleres av helseforetaksloven av 2001. Staten hefter ubegrenset for helseforetakets forpliktelser.

Temavalget har jeg i hele min arbeidskarriere vært opptatt av, og har arbeidet med ved forskjellige anledninger. Som leder er jeg en av de ansvarlige for å ha god kvalitet på tilbudet. Krav til og fokus på temaet er en del av arbeidshverdagen.

Veien for å kunne finne gode måleparametre som kan si noe om kvalitet til befolkningen har vært lang, og den må jobbes med kontinuerlig. Målet er fortsatt langt fram, men temaet har i hvert fall blitt løftet fram av sentrale myndigheter. Ved å fordype meg i temaet kan jeg bidra til å vise hvor viktig samarbeidet mellom profesjoner er på et stort sykehus for at man skal lykkes i alle ledd i behandlingsskjeden til pasienten.

1.2 Strukturering

Denne avhandlingen er inndelt i fire hoveddeler med teori som en forklarende del til problemstillingen. Dokumentanalysen er første del hvor man har valgt å bruke dokumenter som er institusjonelle. Det er valgt dokumenter fra Verdens helseorganisasjon, Stortingsmelding nr.10 som vil representere myndighetene og dokument fra Kunnskapssenteret. Avhandlingen vil ha et teoribasert preg hvor problemstilling drøftes opp mot teori. Deretter er det forsøkt å trekke inn metode og empiri som en analyse.

Det empiriske materialet vil nok bære preg av å være teoribasert mer enn det går i dybden og bredden. I kapitel 7 vil den empiriske delen kobles til problemstillingen for om mulig å trekke noen konklusjoner i kapitel 8.

1.3 Presentasjon av case

Sykehusene er en av de mest ressurskrevende deler av offentlig sektor. Sykehusene er komplekse, høyteknologiske og kunnskapskrevende organisasjoner med nøkkelfunksjoner i velferdssamfunnet. Ved å videreføre New Public Management- tankegangen til sykehusene skal organisasjonen være mest mulig effektiv gjennom å redusere kostnader, øke effektiviteten og pasientgjennomstrømningen i sykehusene.

Hittil synes ingen sykehus å ha funnet optimale måter å oppnå god nok effektivisering på (Busch m.fl. 2005). Dilemmaet med økende pasientbehov og begrenset ressurstilgang består, sykehusene leter derfor etter en oppskrift på intern effektivisering i en situasjon hvor behovene hos pasientene øker sterkere enn tilgangen på eksterne ressurser.

Media har gjennom avisartikler og nyhetsreportasjer i fjernsynet sett på styringssystemer og effektivisering som igjen påvirker helsevesenet negativt. Disse mekanismene kan føre til forskjellsbehandling av pasientgrupper, i et system som kan være en fare for pasientsikkerheten. Det har derfor blitt satt økende søkelys på kvalitet i sykehus.

Uansett hvor store resurser vi har til disposisjon vil den teknologiske og medisinskfaglige utviklingen, og enda mer befolkningens forventninger til hva spesialisthelsetjenesten skal kunne gi av tilbud, føre til et gap opp mot det realistiske. Dette forventningsgapet vil være der selv om alle våre organisasjoner på alle nivå drives optimalt. Det vil alltid være noen pasienter vi må avvise, og noen pasientgrupper som prioriteres foran andre samtidig som det er krav om at tjenestene skal levere tilbud av god kvalitet.

Når Regjeringen og Stortinget gjennom statsbudsjettet årlig foretar en fordeling til de enkelte helseforetakene sendes også en skriftlig bestilling som sier hva som skal prioriteres i kommende budsjettår. Dette er styringsdokumentet som de regionale helseforetakene, etter å ha kommet med ytterligere presiseringer; videresender til de respektive sykehusene. De økonomiske ressursene fordeles til de enkelte helseforetakene gjennom regionale inntektsmodeller. Innen hvert helseforetak skjer det videre en fordeling mellom somatiske sykehus og psykiatrien og videre til de ulike avdelingene.

På alle hittil nevnte nivå sitter noen og gjør prioriteringer. Før man kommer ned til

behandlernivå har prioriteringen gått mellom tiltak eller pasientgrupper. Dess lenger ressursene fordeles ut i det enkelte helseforetak, dess nærmere kommer en det punktet som er hele dette systemets hensikt: møtet mellom en behandler eller behandlingsgrupper og en pasient. Det er derfor helt avgjørende at de prioriteringer som blir gjort og det samarbeidet som foregår mellom nivåene i helseforetakene, har de som arbeider med spesialisthelsetjenestenes kjerneoppgaver og de pasientene de møter i fokus.

Effektivisering har ført til at færre ansatte skal gjøre flere oppgaver, samtidig som pasientstrømmen ikke blir mindre. Det er et krav til budsjettkontroll fra myndighetene som kan ta fokus fra kjernevirksomheten. Kan dette føre til at helsepersonellet opplever at kvaliteten på tjenestene de tilbyr minker på bekostning av kravet om effektivisering og budsjettbalanse.

Min case er fra St. Olavs Hospital. Fra ca. 2008 har St. Olavs Hospital snudd budsjettoverskridelser til å ha et budsjett i balanse. Samtidig er det blitt bygget et nytt sykehus, hvor det er færre senger til pasientene enn tidligere, og det totale stillingsantallet på profesjonene som driver pasientnær behandling og pleie er redusert. I 2008 var det innsparingskravet 161 mill. kr. I 2009 var det et omstillingskrav på 100 mill. kr. Og aktiviteten ble økt med 2,8 %. Fra 2011 ble det omstilling til økt poliklinisk virksomhet noe som viser at produksjonen er effektiv. I 2012 er det en aktivitetsøkning ved sykehuset på 2,1%, og et omstillingskrav på 138 mill.kr.

Det viktigste grepet for å omstille virksomheten er at aktiviteten er vendt mer og mer mot dag - behandling av pasienter, og kortere liggetid. Antall senger er blitt redusert med 200 de siste årene. Fra 2005 til 2011 er antall årsverk ved sykehuset redusert med 450. Økonomien har vist en liten forbedring fra 2007 – 2011. Sykehuset har et budsjett på ca. 7 milliarder kr, og det er ca.8000 ansatte. Det legges inn knapt 60 000 pasienter i året, mens 370 000 pasienter får poliklinisk behandling årlig. (Hovedprogram for forbedring 2011-2016, handlingsplan:20). Hovedtanken av forbedringstiltakene er at det skal gi bedre kvalitet, logistikk og bedre ressursutnyttelse. Målsettingen for hvert forbedringsområde er ikke knyttet til en særskilt resultatmåling, men en balansert resultatrapportering på klinikk - og sykehusnivå.

Rapporteringen vil bestå av behandlingskvalitet det vil si faglig kvalitet, brukertilfredshet og kostnadseffektivitet. Ansvar for gjennomføring av Hovedprogram for forbedring legges inn i

lederavtalene. Endringer som dette fordrer at tjenestetilbudet til pasientene er like godt som før om ikke bedre, og kvaliteten på tilbudet bør være like god eller bedre slik at befolkningens forventninger blir innfridd. Man må synliggjøre god kvalitet overfor omgivelsene, og man bør ha måleparametre som kan sammenlignes over tid for å kunne forbedre kvaliteten

2.0 Problemstilling

Har effektivisering i sykehus påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet til befolkningen?

2.1 Referanseramme

Fokuset på effektivisering og krav om budsjettbalanse i helseforetakene har til tider vært stort. Spesielt har dette blitt satt på dagsorden av media hvis det har skjedd en behandlingsfeil av pasient. Media har også stilt spørsmålsteget om kvaliteten på tjenestetilbudet er godt nok. Som en del av dagens helsetjeneste har jeg alltid vært opptatt av at kvaliteten på behandlingstilbudet og den pleien pasienten får skal være av god kvalitet. I min karriere i sykehus har jeg deltatt aktivt i kvalitetsarbeid og hatt en spesiell interesse for dette. Som leder er jeg medansvarlig for at kvaliteten der jeg jobber er god. Man har etter hvert fått sentrale målingsparametre på kvalitet, men det er fortsatt en lang vei å gå, og det må jobbes kontinuerlig med kvalitetsforbedring.

Jeg har en antagelse om at krav til effektivisering, knappere med ressurser og krav til budsjettbalanse gjennom til dels store omstillinger kanskje har skjedd på bekostning av kvaliteten på tjenestetilbudet. Jeg har derfor en tanke om å finne ut av om det er holdepunkt for antagelsen eller ikke. Men det kan også være et både og i stedet for enten eller. Det kan være en felle å lete etter egen antagelse fordi man bare kan se etter holdepunkter som bekrefter sine egne antagelser. utfordringen er å lage en intervjuguide som er pålitelig.

2.2 Problemstillingens begrepsbruk

En av intensjonene til politikerne ved å legge om til helseforetak er at man gjennom målrettet arbeid og fokus på kvalitet skal gjøre et av verdens beste helsevesen enda bedre (Helse- og omsorgsdepartementet.no). Helse- og omsorgsministeren påpekte i 2011 at målet er å få gode verktøy som gir oss inntrykk av kvaliteten i hele behandlingsforløpet, fra fastlege til spesialisert sykehus. Ministeren sier videre at det er viktig å måle kvaliteten både for å styrke kvalitetsarbeidet, og gi befolkningen bedre informasjon (pressemelding nr.40/2011).

Men hva som måles når det gjelder kvalitet, sier det så langt noe om tilbudet er godt nok?

Hva mener helseprofesjonene selv om dette, er de godt nok involvert?

Dette er spørsmål man kan forsøke å finne svar på gjennom problemstillingen.

Jeg vil først forklare hva jeg legger i de ulike begrepene i problemstillingen.

2.2.1 Effektivisering

For å kunne synliggjøre effektivisering kan det være flere betydninger som ligger til grunn.. Men jeg vil ta utgangspunkt i WHO sin definisjon av hva effektivisering er med tanke på helsetjenester. De sier det så enkelt som at effektivisering er maksimal utnyttelse av de ressursene man har, og at man unngår sløsing. Definisjonen kan ses i sammenheng med å være effektiv hvor WHO definerer det som å få best mulig resultat av den helsetjenesten som blir gitt til befolkningen basert på behov. Sagt med andre ord kan man se på effektivisering som forholdet mellom ressurser som brukes i tjenesteproduksjonen og mengden og kvaliteten på tjenestene som produseres.

En forventning fra politikeres side er målsettingen om at ressursbruken skal tilpasses til helsetjenesten, og at man organiserer seg på en hensiktsmessig måte for å nå de mål som er satt. Politikerne har et ønske om å vektlegge klare mål og virkemidler hvor resultater og målsettinger aktivt måles opp mot hverandre.(NOU 2004, Kommunal - og moderniseringsdepartementet). Fra Helse - og Omsorgsdepartementet som representerer eier av sykehusene får de regionale helseforetakene en budsjetttramme som fordeles til de lokale foretakene. I rapporten fra OECD sitt rammeverk om kvalitetsindikatorer heter det at effektivitet er graden av ønsket resultat av behandling som er evidensbasert og som alle som behandles har utbytte av.

Begrepet effektivisering kan innebære store og små endringer i sykehus som for eksempel nye

medisiner, endring i teknologi eller organisasjonsstruktur eller endringer i drift. Effektivisering kan bestå av alle disse endringene til sammen, eller om det gjøres en endring av det ene elementet kan også den endringen føre til en effektivisering av tjenestetilbudet.

St. Olavs Hospital har redusert antall senger i nytt sykehus. I 2013 utgjør leger og pleiepersonell knapt 60 % av totalen. Redusering av antall senger er et eksempel på endring som er ønsket av både politikere og etter hvert av befolkning fordi pasienter ikke vil ligge på sykehus mer enn nødvendig dreies tilbudet mer mot dag - behandling.

Krav til budsjettbalanse er også en endring i form av innstramning og kontroll av budsjettet. Sykehuset får en ramme hvert år, og drift sørger for en form for inntjening ved hjelp av DRG-poeng. Med DRG menes diagnoserelaterte grupper som er den vektning eller tall en pasients diagnose blir satt til alt etter hvor kompleks diagnosen anses å være etter å ha vært innlagt på sykehus.. Dette gir en oversikt over aktiviteten på sykehusene, såfremt vektingen blir riktig utført av lege. Vektingen angir en sum som blir inntjening eller aktivitetsberegning. Systemet gir også en mulighet til å sammenligne sykehusene selv om de har forskjellige pasientgrupper. Økning av DRG – poeng forklares med at vekting endres hvert år, bedre registreringer av det som faktisk gjøres og endringer i pasienttyngde.

2.2.2 Sykehus

Sykehus er her definert som spesialistsykehus eller universitetssykehus. Sykehuset utgjør et eget helseforetak, St. Olavs Hospital er et foretak i Helse Midt-Norge og som jeg vil bruke som case i denne oppgaven .

2.2.3 Kvalitet

Kvalitet i denne sammenhengen kan defineres med flere ting, men enklest er å se på de nasjonale kvalitetsindikatorene som for eksempel antall sykehusinfeksjoner, pasienterfaringer

med somatiske sykehus, oppdaterte ventetider, gjennomsnittlig ventetid, fristbrudd, epikrise-tid innen 7 dager og antall re - innleggelser.

Jeg velger i denne oppgaven å bruke kvalitetsindikatoren antall reinnleggelser i universitetssykehus som et eksempel på kvalitet.

Det kan være flere årsaker til reinnleggelser. Det kan skyldes pasientens alder, at årsaken til innleggelsen forverrer seg etter å ha kommet hjem, sykehusinfeksjoner, at liggetiden er for kort eller det kan være bestemt ved utreise at pasienten skal tilbake etter en tid.

Hvis årsaken til reinnleggelsen er forverring av sykdommen er reinnleggelse et eksempel på god kvalitet. Beregninger gjort av Kunnskapscenteret viser at reinnleggelser forekommer hyppig i norske sykehus, og resultatene som senteret har kommet fram til samsvarer med tilsvarende studier fra andre land.

2.2.4 Tjenestetilbud

Med tjenestetilbud mener jeg den behandling og pleie som pasientene til enhver tid har krav på i forhold til sin diagnose ved innleggelse i sykehus. Befolkningen blir ofte brukt synonymt med folkemengde eller tall, og i denne sammenheng er det definert som nedslagsfelt for det enkelte universitetssykehus jeg har valgt å bruke. Ved St. Olavs Hospital er det de som har bosted i Midt-Norge.

2.3 Analyse av problemstillingen

Jacobsen (2010) skiller mellom tre dimensjoner i analyse av problemstilling, om den er klar eller uklar, kausal eller deskriptiv og om man ønsker å generalisere eller ikke.

Min problemstilling er kausal fordi jeg vil prøve å få en dypere forståelse av en antagelse. Jeg ønsker å se på mer enn en beskrivelse av virkeligheten.

Min problemstilling er:

Har effektivisering i sykehus påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet til befolkningen.

Gjennom forskningsspørsmål har jeg forsøkt å spisse mine valg. De skal gi en forklaring på hva som ligger i begrepet kvalitet, og hva i utvalget har påvirket kvaliteten. Alle problemstillinger består av et sett elementer som kontekst, variabler, enheter og verdier. (Jacobsen, 2010:84). Jeg ønsker å få en dypere forståelse av om effektivisering påvirker kvaliteten slik at tjenestetilbudet blir dårligere.

Problemstillingen er uklar fordi jeg vil teste en antagelse som jeg har gjennom å stille et åpent spørsmål.

Om problemstillingen er deduktiv eller induktiv avhenger av hvilken strategi jeg ønsker å bruke for å få tak i virkeligheten.

I den deduktive strategien har forskeren en oppfatning av hvordan virkeligheten ser ut, og samler empiri for å underbygge om oppfatningen av virkeligheten er slik. Bakgrunn for disse forventningene dannes gjennom tidligere empiri og teorier

Kritikken mot denne strategien er at forskeren leter etter data vedkommende finner relevant, og som understøtter de forventningene forskeren har i utgangspunktet. Dette kan føre til at man ikke er objektiv nok i forskningen. Informasjonstilgangen kan bli begrenset slik at viktig informasjon kan bli oversett.

Induktiv strategi fører til at forskeren går ut i virkeligheten med et åpent sinn, samler inn informasjon, og så går tilbake og strukturerer og systematiserer de data man har fått.

Teoriene dannes så gjennom den åpne tilnærmingen. Det å forske med åpent sinn innebærer at man ikke har låste forventninger og holdninger.

”En grunnlagt teori som er trofast mot hverdagsrealitetene på et substansielt område, er en teori som er grundig induert fra forskjellige data.”(Glaser & Strauss, 1967:238 i Jacobsen, 2010:29).

Min metode er i hovedsak kvalitativ, den vil av den grunn være induktiv, fra empiri til teori.

Jeg vil se på om effektivisering har påvirket kvalitet.

Jeg har en hypotese om at kostnadsreduksjoner ved universitetssykehusene som i denne sammenheng vil si en reduksjon av ressursene, vil påvirke kvalitet. Kritikere kan si at jeg ikke

er objektiv nok når jeg leter etter data som kan understøtte mine forventninger, men jeg får samtidig en åpen virkelighet i forskningsspørsmål 2. Spørreundersøkelsen eller intervju jeg gjør i denne forbindelsen vil være induktiv. I motsetning til den kvantitative, deduktive metoden hvor jeg må formulere forutsetningene til relevant informasjon, får jeg en mulighet til åpen fortolkning i den kvalitative, induktive delen. I en åpen tilnærming vil jeg kunne få fram de fortolkninger og forståelser for et fenomen som kan være ulike. I den deduktive tilnærmingen vil jeg kunne få mer objektive sider av virkeligheten.

Det vil være vanskelig å generalisere hvis man ikke har et stort utvalg, og i denne konteksten blir kanskje utvalget for lite. Selv om populasjonen er representativ for flere.

Når problemstillingene er enkle vil de for det meste gi gode resultater. Hvis man prøver å få med seg alt kan det bli vanskeligere å skille uviktige funn fra viktige, og man kan bli hengende ved perifere forhold som ikke vil være av så stor betydning. En problemstilling kan uansett ikke formuleres til å gjelde hele virkeligheten, men man kan undersøke en liten del av den

2.4 Forskningsspørsmål

På bakgrunn av problemstilling og hva som ligger i de enkelte begrep har jeg valgt to forskningsspørsmål..

- 1) Hva kan elementer i kvalitet være?
- 2). Har krav om effektivitet og budsjettbalanse påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet?

3.0 Teori

New Public Management (heretter benevnt NPM) er en samling metoder knyttet til organisering, ledelse og styring som skal bidra til å effektivisere offentlig virksomhet

Det som særpreger NPM - metodene er at hovedvektvekt legges på å bruke marked, konkurranse og bedriftsøkonomiske styrings- og ledelsesprinsipper på offentlig virksomhet. Derfor består NPM- metodene i å bruke de samme styringsprinsipper og metoder man bruker ved forretningsbasert virksomhet på offentlig virksomhet.

Endringer i offentlig sektor blir ofte assosiert med begrepet NPM. NPM ble sett på som en mulig løsning etter hvert som det offentlige ble mer byråkratisk og fordyrende. Kritikere hevdet at ledelse ble for svak, og det var en for svak brukerorientering.(Busch et al,2011:51) Ideen utviklet seg i Europa på 80-tallet, spesielt i Storbritannia.

I USA lot Clinton-administrasjonen seg imponere av ideer som sa at politikeres jobb er å regjere, tjenestelevering skulle overlates til andre som handlet på vegne av staten.

NPM sin filosofi er at politikere skal regjere eller bestemme retningen på politikken, mens det private skal levere tjenester. NPM fokuserer på hvor og hvordan offentlige tjenester produseres, og aspektene ligger i både den organisatoriske og den ledelsesmessige delen. Det offentlige skulle se i retning av entreprenørenes måte å levere tjenester på, altså en privatisering av tjenester. Det vil si å holde ledere direkte ansvarlig for resultatene og ikke minst, å sette seg spesifikke mål for å oppnå resultater. Fordeling av ressurser i forhold til resultatene å inngå kortvarige kontrakter og ha åpne rekrutteringsstrategier.

NPM representerer et skifte fra hierarki til marked og fra å regjere til styring.

Tilhengerne av NPM assosierer det med de 3 E-er: economy, effectivity og effektivness. Kritiske røster argumenterer med at den undergraver de offentlige tjenestene og kontrollen. Retningen tar ikke høyde for det som er spesifikt i den offentlige kontekst.

De hevder at den krever regulering og inspeksjon og at den signaliserer at den private måten å jobbe på er bedre enn i det offentlige. Virkemidler som er blitt benyttet er konkurranseutsetting, privatisering, intern prissetting og stykkprisfinansiering. NPM er et samlekonsept for en rekke del - reformer og teknikker som har det til felles at den stammer fra det private og en økonomisk rasjonell tankegang. Det forventes at det offentlige leverer tjenester som er brukerorienterte med andre ord at de er serviceorientert og differensiert eller med andre ord tilpasset den enkeltes behov, og at det som leveres er av høy kvalitet uten at man sløser med skattebetalernes penger.

Klausen hevder at målet med NPM er at endring skal føre til en forbedring, og at NPM – tankegangen gir en mulighet til å gjenoppfinne og utvikle. I tillegg kan man se en omfattende leder – og medarbeiderutvikling. Elementer fra NPM – ideologien ble tatt inn i sykehusreformen ved århundreskiftet ved at man fikk ny lovgivning og organisering av helseforetak. Det medførte blant annet at økonomer og administratorer fikk mer sentrale posisjoner innenfor ledelsen av helseforetakene.

NPM anbefaler en profesjonell ledelse av organisasjonen uten nødvendigvis å ha helsefaglig bakgrunn. Dette har ikke helt fått innpass i sykehuset. Og det hevdes at det skapte usikkerhet rundt ivaretagelsen av det faglige ansvaret. Derfor ble det i et rundskriv fra Helse – og omsorgsdepartementet «Lederansvaret i sykehus» tydeliggjort det ansvar som ledere på alle nivå har. Der står det blant annet at den øverste leder vil ha et overordnet ansvar for at enheten yter forsvarlige tjenester til den enkelte pasient. Det ytres et klarere ønske om kopling mellom fag og ledelse. «I den forbindelse har den danske forskeren Peter Kragh Jespersen (2005) beskrevet en «tredje vej», der lederen har sitt faglige fundament både i den faglige verden og i den profesjonelle ledelsesverden.» (Arntzen, Elisabeth, Ledelse og kvalitet i helsetjenesten:26).

Kritiske røster hevder at det er på tide å diskutere ulike NPM – tiltak og hvordan de fungerer. Det sies også at tankegangen er lite egnet til å håndtere grenseoverskridende og sektorovergripende problemstillinger som vi har i dag, og at det gir problemer i samarbeidsrelasjoner. (Arntzen 2014). Det bør være gleden over å få til ting sammen med andre som bør være den sentrale drivkraften for den som ønsker å ha en lederposisjon.

3.1 Begrunnelse for valg av teori

Jeg vil belyse problemstillingen ut fra teorien om New Public Management. Dette samlekonseptet mener jeg kjennetegner best de omstillingsprosessene som skjer i offentlig sektor. Min problemstilling om effektivisering har påvirket kvalitet har sammenheng med bruk av ressurser og fokus på økonomi med krav om budsjettbalanse. NPM viser til mer vekt på klare mål og virkemidler og utvikling av resultatindikatorer som blant annet innebærer resultatrettet budsjettering.(NOU 2004:2). Teorien legger også vekt på brukerstyring i forhold til servicekvalitet og tjenestekvalitet. Jeg mener at teorien på bakgrunn av dette kan forklare mekanismer som har betydning for kvaliteten på helsetjenestene.

4.0 Valg av metode

Problemstillingen har en hypotese om at effektivisering i sykehus har påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet. Effektivisering kan bestå av flere elementer, men det er et krav at St. Olavs Hospital skal ha et budsjett i balanse. Når effektivisering har et krav om budsjettbalanse kan dette kravet påvirke hvordan man bruker ressursene og hvordan oppgaveglidning i sykehuset blir håndtert. For eksempel har sammensetning av ressurser betydning for utførelsen av arbeidsoppgaver og man kan derfor tenke seg at kvaliteten på tjenestetilbudet kan bli påvirket. Behandlingsforløpet til pasienten kan antas å bli påvirket av denne typen effektivitet.

For å kunne løse mine to forskningsspørsmål har jeg valgt to forskjellige metoder. For å finne ønskelig informasjon på det første forskningsspørsmålet om hva kvalitet er har jeg valgt en dokumentanalyse.

En definisjon av hva kvalitet er i sykehus, så også på St. Olavs Hospital, er ikke entydig. Forventningen om å finne det eksakte svaret er nok ikke realistisk. Men ved å finne dokumenter som sier noe om hva kvalitet er kan man finne noen forklaringer på hva det vil innebære.

Når utgangspunktet som definerer ordet kvalitet ikke er entydig, kan jeg ved å gjøre en dokumentanalyse belyse innholdet fra forskjellig synspunkter uten at jeg som sagt forventer å finne det eksakte svaret.

God kvalitet i helsetjenestene kan være både kompleks og flerfoldig, av den grunn er det også vanskelig å finne et eksakt svar. Ved hjelp av sekundærdata i dokumenter som omhandler kvalitet søker jeg å få noen svar på hva som kan forventes. Faren ved dokumentundersøkelse er at det kan være et misforhold mellom det dokumentet man ønsker å benytte og det man skal benytte det til. Det er vesentlig at dokumentet har troverdighet i forhold til utvelgelse. Jeg har tidligere beskrevet en teoretisk ramme som problemstillingen kan forstås fra. Metoden vil da ha et induktivt utgangspunkt.

Kritikken mot denne strategien er at forskeren leter etter data vedkommende finner relevant, og som understøtter de forventningene forskeren har i utgangspunktet. Dette kan føre til at man ikke er objektiv nok i forskningen. Informasjonstilgangen kan bli begrenset slik at viktig informasjon kan bli oversett.

Når det gjelder forskningsspørsmål 2, har effektivisering i sykehus påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet har jeg valgt å bruke intervju. For å innhente svar på problemstillingen hadde jeg i spørsmålsstillingen et ønske om å tilnærme meg svar på spørsmålene med et åpent sinn.

Selv om jeg tilhører samme organisasjon som klinikkene det ble gjort intervju i. Og har mine egne erfaringer om var det et ønske å møte respondentene med mest mulig åpenhet, og et ønske om å ikke være forutinntatt. For å forsøke å finne noen svar ble det valgt et strukturert intervju med tall som svaralternativer med mulighet for å kommentere svaret man ga. Ved å bruke strukturert intervju blir dataene man får mer håndterbare og mindre ressurskrevende. Med bakgrunn i en åpen strukturert tilnærming dannes teoriene. Ifølge Jacobsen (2010) gir den som blir intervjuet sin fortolkning av virkeligheten med bakgrunn av de spørsmål som blir stilt. Den som forsker fortolker de informasjonen som respondenten har gitt. Den som leser resultatene vil fortolke informasjonene på sin måte. I og med at den induktive metoden har et fortolkningsnivå mindre enn den deduktive tilnærmingen kan det virke som den induktive er nærmere virkeligheten. Det vil si at skillet mellom induktiv og deduktiv strategi blir ifølge Jacobsen på hvor åpne de er for informasjon.

4.1 Undersøkellesdesign

I sammenheng med min problemstilling og forskningsspørsmål bør jeg finne en egnet framgangsmåte for å forsøke å finne noen svar.

Undersøkellesdesignet som velges bør fremme det, og designet vil ha betydning for påliteligheten(reliabiliteten) for de data som blir fremkalt. Man bør spørre seg om de former for undersøkelser som er valgt vil kunne påvirke de resultatene man kommer fram til.

Jacobsen(2010:87) opererer med to dimensjoner.

Om studien går i dybden (intensiv) eller om den går i bredden (ekstensiv).

Om studien er forklarende (kausal) eller beskrivende.

Veien til målet kan gjøres tilnærmet forskjellig., og designet vil også ha betydning for undersøkelsens gyldighet (validitet). Her må man stille seg spørsmålet: er det undersøkelsesdesign som velges egnet til å belyse problemstillingen?

Tematisering henviser til formuleringen av forskningsspørsmål, og en teoretisk avklaring av det undersøkte temaet. Mitt forskningsspørsmål er basert på en definert oppgave.

Kvale & Brinkmann (2010:121) opererer også med sentrale spørsmål man bør stille seg.

Hvorfor: klargjøre målet med studien

Hva: innhente forhåndskunnskap om emnet som skal undersøkes

Hvordan: innhente kunnskap om ulike intervju - og analyseteknikker, og bestemme hvilken man skal benytte for å innhente den kunnskapen man ønsker.

Med tanke på disse sentrale spørsmålene ønsker jeg å benytte intensivt design.

Ved å gå i dybden sier det noe om hvordan man skal tilnærme seg det man skal studere. Jeg har valgt å gå i dybden med tanke på at jeg forsøker å utdype forhold i to forskjellige klinikker på St. Olavs Hospital ved å bruke intervju. De valgte klinikkene ser jeg på som en representativ mulighet i forhold til hvilke indikatorer som sier noe om kvalitet, og om det er en sammenheng mellom effektivisering og kvalitet. Hvis jeg hadde valgt et ekstensivt ville det blitt relatert til antall undersøkelsesenheter man ønsket å si noe om. Jeg ønsker derimot å få fram en mer dyp helhetlig forståelse av problemstillingen uten at jeg nødvendigvis har nytte av å inkludere flest mulig.

Ved valg av avdelinger har jeg også gjort et valg når det gjelder hvilke diagnosegrupper (DRG) jeg tar stilling til i forhold til kvalitetsperspektivet. Jeg vil også av den grunn gå i dybden.

Med tanke på tidsaspektet ser jeg for meg få aktører som har en god kunnskap om min problemstilling og forskningsspørsmålet som er satt opp. Dermed kan jeg sannsynligvis velge bort en generalisering av de svarene jeg vil få.

Jeg velger å ta med to utvalg som jeg går i dybden på, for å kunne sammenligne svar, og prøve å finne ut om det er en forskjell. Her er det også få slik at det likevel kan bli vanskelig å generalisere.

Kausale studier sier noe om årsak og virkning. Når jeg har valgt en intensiv design ønsker jeg å si noe om forklaring heller enn beskrivelse. I en forklaring vil man finne årsakene til at noe skjer, man søker å avdekke sammenhenger mellom fenomener.

Jeg har en hypotese om at effektivisering påvirker kvalitet, og jeg vil teste ut om denne hypotesen er sann eller ikke.

Man antar at variabler også henger sammen på en spesiell måte, og at variablene står i et kausalt forhold til hverandre..(Jacobsen, 2010:77). En variabel er årsak og en annen variabel er virkningen eller konsekvensen. Variabelen som er årsaken er den uavhengige variabelen, og påvirker konsekvenser, mens variabelen som påvirker virkningen kalles den avhengige variabelen. Årsaken er at de verdiene den avhengige variabelen antar blir bestemt av de verdiene den uavhengige variabelen antar. (Jacobsen, 2010:77).

I min studie vil effektivisering være den uavhengige variabelen, og kvalitet vil være den avhengige variabelen. Jeg antar at effektivisering kan være endringer i drift som en årsak som

påvirker kvaliteten på tjenestetilbudet som er virkningen.

Når en variabel blir både en årsak og en konsekvens kalles de for mellomliggende variabler. (Jacobsen, 2010:79).

Sammen med forventningen om at respondentene har en kunnskap om de spørsmålene jeg vil stille, vil jeg prøve å finne en forklaring gjennom valgt teori.

”Fokus på teori som kan forklare hvorfor virkninger oppstår”(Jacobsen, 2010:119).

4.1.1 En forklarende studie

Undersøkelsens design bør tilpasses kjennetegn ved problemstillingen.

Min studie vil være kausal fordi jeg vil se på om jeg kan finne en forklaring på om effektivisering vil påvirke kvalitet på tjenestetilbudet.

Utfordringen kan være at det ikke alltid er en direkte sammenheng mellom årsak og virkning, det kan være en annen variabel som forklarer virkningen. Man kan derfor ikke med 100 % sikkerhet si at en variabel er årsaken til virkningen. Jeg kan derfor ikke si med sikkerhet at effektivisering har påvirket kvaliteten.

Min utfordring vil blant annet være om jeg finner respondenter som er sammenlignbare, det kan styrke eller svekke eventuelle funn. Jeg stiller meg også spørsmål om jeg klarer å knytte den empirien jeg finner for å analysere funnene mot valgt teori.

4.1.2 Kvalitativ eller kvantitativ

Det er ikke kun en planmessig framgangsmåte som passer for alle forskningsspørsmål.

Problemstillingen vil være avgjørende for hvilken framgangsmåte man velger, og forståelsen man legger i hvilke svar problemstillingen skal gi. Enkelt sagt er kvalitativ metode tekstenes tale mens kvantitativ er tallenes tale. Med andre ord er man i en kvalitativ metode opptatt av å produsere fortolkninger gjengitt som ordnet tekst. Mens man i kvantitativ metode i hovedsak fokuserer på å analysere og fortolke tall.(Nyeng, 2010:188). Men uansett er det forskerens stemme som blir hørt i begge tilfellene, forskjellen er målingen. I kvantitativ metode nærmer man seg svar på forskningsspørsmålet ved å måle på forhånd oppdelte variabler, mens man i

kvalitativ metode har en bredere tematisk innfallsvinkel som er åpnere. Samtidig kan kvalitative og kvantitative undersøkelser inngå i hverandre ved at de kombineres i samme forskningsprosjekt (Nyeng, 2010:194).

Jeg ønsker å bruke case – studie til å sammenligne to enheter eller gå i dybden på to forskjellige klinikker på St Olavs Hospital, min metode blir da kvalitativ. Respondentene i case – studiet kan sies å være deltakere i et sosialt system, det gjør at undersøkelsen blir ontologisk. Det ontologiske utgangspunktet får betydning for hva man leter etter når man skal gjennomføre en undersøkelse. En case – studie blir en undersøkelse av en enhet, men det kan være flere og forskjellige typer enheter som kan avgrenses i rom og tid. I min undersøkelse vil det være en kollektiv enhet. Case – studien egner seg i min undersøkelse fordi jeg ønsker en dypere forståelse av et fenomen. Ved å velge en komparativ case - studie benytter jeg meg av en strategisk utvelgelse av enheter. Valgene faller på enheter som antas å styrke det fenomenet man vil belyse.

5.0 Datainnsamling

I denne delen vil jeg forsøke å beskrive utvalg av enheter og metode for datainnsamling.

5.1 Valg av organisasjon

Jeg har valgt å gjennomføre undersøkelsen på det universitetssykehuset hvor jeg selv jobber. Faren ved det er at jeg ikke har nok distanse i forhold til undersøkelsen slik at jeg evner å se nyanser i de svarene som respondentene vil gi. Men på et såpass stort sykehus har man likevel ikke så stor nærhet fordi sykehuset er veldig spesialisert og har mange ansatte derfor vil det alltid være en viss distanse. For å forsøke å finne svar på problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i to enheter som har likheter men også forventet å ha ulikheter. Det vil gi en komparativ case – studie. Men det vil likevel være en viss variasjon. Likheter vil eksempelvis være:

- begge har en stor grad av øyeblikkelig hjelp – innleggelser.
- begge har en blanding av akutte og kroniske innleggelser.

5.2 Operasjonalisering av problemstillingen

Problemstillingen har en hypotese om at effektivisering i sykehus påvirker kvaliteten på tjenestetilbudet til pasientene. Jeg har formulert to forskningsspørsmål for å forsøke å finne en forklaring på om det stemmer eller ikke.

1. Hva kan elementer i kvalitet være?
2. Har effektivisering påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet?

5.2.1 Operasjonalisering av forskningsspørsmål 1

I forskrift om internkontroll i helse – og omsorgstjenesten står det under § 4 g at den/de ansvarlige for virksomheten skal utvikle, iverksette, kontrollere evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse – og sosiallovgivningen.

For å finne svar i forhold til spørsmål en om elementer i kvalitet har jeg valgt å foreta dokument - analyse. Jeg har valgt ut dokumenter som direkte sier noe om hva som bør legges i begrepet kvalitet i helsetjenesten. Jeg har gjort et utvalg som består av tre dokumenter som jeg mener har betydning for begrepet og har en reliabilitet i forhold til utvalg.

På bakgrunn av dette har jeg valgt å bruke en definisjon på hva effektivisering er med bakgrunn i dokument fra verdens helseorganisasjon, heretter benevnt WHO. Who er en del av FN – systemet og er en guideline for helse verden over. Dokumentet er en retningslinje for helseorganisasjoner, og er anerkjent for å være retningsgivende også i Norge. Det andre dokumentet er Stortingsmelding nr. 10 kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Det tredje dokumentet jeg viser til er fra det nasjonale kunnskapssenteret som blant annet viser til kvalitetsindikatorer og hva kvalitet er. Jeg har også brukt kvalitetsindikatoren re – innleggelser i intervjuguiden.

5.2.2 Operasjonalisering av forskningsspørsmål 2

Problemstillingen har effektivisering påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet på St. Olavs Hospital retter søkelys mot det jeg ønsker å finne en forklaring på. Medieoppslag om hendelser på norske sykehus har flere ganger satt søkelys på om kvaliteten er god nok. For å finne svar på dette har jeg valgt å bruke intervju, for å finne ut om påstanden i stor eller liten grad stemmer i de klinikkene jeg vil undersøke. Ved å bruke tallkonstruksjon har jeg en mulighet til å tolke empirien og forsøke å se den i sammenheng med det teoretiske perspektivet. Utvelgelsen av enheter er også gjort med tanke på kvalitetsindikatoren re – innleggelser. Klinikken som er valgt har jeg en avstand til, og liten kunnskap om hvordan de drives. Mine antagelser går også på at den ene klinikken har flere re – innleggelser enn den andre. Men om det har en sammenheng med kvalitet er foreløpig ukjent.

Jacobsen (2010) skiller mellom en fortolkningsbasert og en positivistisk tilnærming i epistemologien.

Utgangspunktet for positivistene var at alt kan studeres empirisk ved hjelp av sansedata. Alle påstander og spekulasjoner kunne betraktes som hypoteser som kunne testes gjennom sansedata. (Jacobsen, 2010:26). Undersøkelser av sansedata ble avvist som upålitelige data. Epistemologien vil handle om forholdet mellom den som forsker og den som deltar i forskningen. Min fortolkning av epistemologisk tilnærming vil være hermeneutisk. Jeg vil forsøke å forstå relasjoner og fenomen i en virkelighet som er sosialt konstruert. De data jeg vil få må fortolkes og skape mening. Med hermeneutisk tilnærming kan man se med nye øyne det man allerede kjenner.

Den fortolkningsbaserte tilnærmingen baserte seg på det å studere hvordan mennesket tenker og handler, en forståelse av samfunnsvitenskap er noe helt annet enn naturvitenskap. Det finnes ikke en objektiv forståelse av virkeligheten som er lik for alle.

Mennesket vil ha ulik forståelse av virkeligheten. ”Det finnes ikke lovmessigheter som vil gjelde på tvers av tid og rom alt må forstås i sin spesifikke kontekst. (Jacobsen, 2010:27).

Epistemologi er læren om kunnskap, det vil si at man får kunnskap om virkeligheten (Jacobsen 2010). Tilnærmingen til problemstillingen gjennom intervju vil være tidsavgrenset og avhengig av konteksten som intervjuet blir gjennomført i.

Min forståelse av hva respondenten kommer til å formidle vil gjenspeiles i fortolkningen. Jeg som fortolker bør være bevisst min egen rolle og betydning for fortolkningsprosessen.

”En grunnlagt teori som er trofast mot hverdagsrealitetene på et substansielt område, er en teori som er grundig indusert fra forskjellige data.”(Glaser & Strauss, 1967:238 i Jacobsen, 2010:29).

Min metode er i hovedsak kvalitativ, den vil av den grunn være induktiv, fra empiri til teori. Ved å gjennomføre undersøkelsen i egen organisasjon vil det kritisk sett kunne sies at jeg ikke er objektiv nok når jeg skal fortolke mine funn. Kritikken kan også være at jeg kan lete etter data som understøtter de forventninger jeg i utgangspunktet har. Samtidig vil jeg kunne få en åpen virkelighet fordi respondentene får en mulighet til å kommentere sine svarvalg. Men spørsmålsstillingen kan selvsagt påvirke hvordan en respondent vil vinkle svaret sitt. Jeg vil se på tall som finnes fra før og bruke disse, det vil si at svaralternativene er gitt. Jeg har en hypotese om at kostnadsreduksjoner ved universitetssykehusene som i denne sammenheng vil si en reduksjon av ressursene, vil påvirke kvalitet. Kritikere kan si at jeg ikke er objektiv nok når jeg leter etter data som kan understøtte mine forventninger, men jeg får samtidig en åpen virkelighet når jeg tar i bruk den kvalitative metoden i forskningsspørsmål 3.

Spørreundersøkelsen eller intervju jeg gjør i denne forbindelsen vil være induktiv. I motsetning til den kvantitative, deduktive metoden hvor jeg må formulere forutsetningene til relevant informasjon, får jeg en mulighet til åpen fortolkning i den kvalitative, induktive delen. I en åpen tilnærming vil jeg kunne få fram de fortolkninger og forståelser for et fenomen som kan være ulike. I den deduktive tilnærmingen ville jeg fått mer objektive sider av virkeligheten.

Forskningsspørsmål 1: Hva kan elementer i kvalitet være?

For å finne svar på forskningsspørsmålet om hva kvalitet er har jeg valgt en dokumentstudie. Helse – Norge.no, som er en nettside som har Helsedirektoratet som administrator, har lagt ut flere kvalitetsindikatorer som norske sykehus måles på. Helse – og omsorgsdepartementet representert ved helseministeren sa i 2011 at det er viktig å få gode måleverktøy som gir oss inntrykk av kvaliteten i hele behandlingsforløpet fra fastlege til spesialiserte sykehus. Ministeren sa videre at det er viktig å måle kvaliteten både for å styrke kvalitetsarbeidet og gi befolkningen bedre informasjon.(Pressemelding nr.40/2011).

Men det som måles gjennom de kvalitetsindikatorerne som finnes i dag sier det noe om kvaliteten på tjenestetilbudet er godt nok. Kan kvalitetsindikatorerne som ligger tilgjengelig på

nettets fortelle pasientene om de har et valg, og hva som kan velges. Har pasientene mulighet til å velge behandling der de mener tjenestetilbudet er best?

Det finnes mange artikler og litteratur som sier noe om hvilke elementer som ligger i ordet kvalitet. Under punktet om operasjonalisering av forskningsspørsmål 1 har jeg valgt hvilke dokumenter jeg vil se nærmere på.

6.0 Dokumentanalyse

En dokumentanalyse baserer seg på sekundærdata. Med sekundærdata menes data som andre har samlet og undersøkt og kommet til konklusjoner om.

I de dokumentene man ønsker å se på vil gyldighet og validitet bli sett på som viktige begrep. Det jeg må tenke over og ta hensyn til er om de dataene som andre kilder samlet og fortolket er egnet til å løse den problemstillingen man har.

I følge Jakobsen (2010) er det tre situasjoner hvor dokumentanalyse eller kildegranskning vil egne seg.

Det ene er der det kan være umulig eller vanskelig å samle primærdata. Kildene kan være i en posisjon hvor man ikke har tilgang til disse. Det kan også være informasjon som er taushetsbelagt, derfor må den som undersøker ta utgangspunkt i andres opplysninger. Kildegranskning har samme sterke side som intervjuer ved at vi får tak i hva mennesker sier og mener i en kontekst.(Jakobsen, 2010:164).

Kilder som er nedtegnet er som regel reflekterte og gjennomtenkt. Denne informasjonen kan likevel være vridd i en retning for å gi et spesielt inntrykk eller den kan være grundig bearbeidet.

Dokumenter er ofte referater på hva folk faktisk har sagt og gjort, derfor er de ofte objektive. Man kan finne ordrett hva som er blitt sagt eller fattet av vedtak i enkelte referater. Derfor ligner de ofte på observasjoner.

Når man skal velge ut dokumenter for en dokumentanalyse er det også vesentlig at dokumentet har troverdighet. Selv om de data som er samlet i et dokument kan være brukt i en annen hensikt enn det min tanke er, kan de være relevant men også en utfordring.

Dokumentene som er valgt ut er også hensiktsmessig fordi det er dokumenter so St. Olav Hospitals hovedprogram for forbedring 2011 – 2016 bygger på.

Dokumenter kan også være statistikker i form av tall og ord.

Bakdelen ved sekundærdata er at det er skreddersydd til det formål som datainnsamleren i utgangspunktet hadde. Det er ferdig transformert data som kan sees og ikke rådata.

Dataene kan være endret fra den perioden de er forsket i, til den periode du som forsker ønsker å finne ut av. Påliteligheten til kildene vil av den grunn være av stor betydning.

Dokumentanalyse er en kvalitativ metode for å finne svar på et forskningsspørsmål. Ved å benytte seg av dokumentanalyse og i mitt tilfelle en spørreundersøkelse i tillegg vil metodene kunne utfylle hverandre, og man kan få flere vinklinger på et fenomen, og muligens et mer helhetlig bilde.

Ved å gjøre en dokumentanalyse vil jeg forsøke å finne en forklaring på mitt første forskningsspørsmål om hvilke elementer som ligger i kvalitetsbegrepet. Det er en mulighet til å kunne finne forskjellige vinklinger på det fenomenet jeg vil ha svar på, hvis jeg ser på flere enn ett dokument.

Dokumentanalysen gir best relevans ved å benytte primærkilder. Ved å bruke primærkilder vil både reliabiliteten og validiteten på materiale være bedre enn om man går til sekundærkilder. Med sekundærkilder menes at man bruker kilder som henviser til primærkilden. Dataene vil derfor kunne framstå i en annen betydning enn det som opprinnelig var tenkt i primærkilden. Svakheten ved dokumentanalyse kan være at jeg som forsker velger ut de dataene jeg syns passer best til å forstå problemstillingen, uten å se bredden av forskningsspørsmålet betydning. Det kan derfor være vesentlig å vurdere tekster som har ulike perspektiver. Det er forskerens forståelse av analysen som vil framstå gjennom en fortolkning av kilden.

For å forsøke å finne et svar på forskningsspørsmål en har jeg valgt å bruke kilder for dokumentanalysen som er anerkjent innenfor området helse og sykehus.

Faren ved det er at dokumentene kan bli for ensidige. Hvis jeg hadde brukt sekundærdata kunne jeg kanskje ha fått andre synspunkter. Det kunne kanskje gitt meg et mer kritisk perspektiv på hva kvalitet er. Samtidig ville det være andres tolkning av kvalitetsspørsmålet uten at jeg ville visst hvilken kilde vedkommende har lagt vekt på.

Sekundærdata vil i stor grad være en subjektiv tolkning av et dokument mer enn objektiv. Tolkningen vil være gjort fra vedkommendes ståsted som forsker.

Jeg har som sagt valgt å bruke data fra Verdens helseorganisasjon, Kunnskapssenteret og Stortingsmelding nr. 10(2012-2013) "God kvalitet – trygge tjenester".

I dokumentanalysen vil de dokumentene som ligger til grunn være en offentlig kilde. I det legger man at kilden er ment publisert for et større publikum.(Jacobsen, Dag Ingvar, 2010).

Med andre ord er de ment for de som arbeider i aktuelle bedrifter og andre samfunnsaktører.

Dokumentene er institusjonelle fordi de kommer fra en organisasjon eller gruppe. WHO er for eksempel en verdensomspennende organisasjon innenfor helse. Den er førende for andre lands tiltak som her hvor det er fokus på kvalitet. I dokumentundersøkelsene er det fellesnevnerne i forhold til kvalitetsarbeidet som for eksempel at brukermedvirkning er en del av arbeidet. I og med at disse er offentlig kilder er de å regne for troverdige. Man vil senere se at dokumentene som er analysert her er utgangspunkt også for det kvalitetsarbeidet som gjøres i det enkelte sykehus. Disse kildene må man anse er skrevet av personer med god kunnskap og kompetanse slik at de er troverdige også av den grunn.

6.1 Analyse av dokumentet *Quality of care jamfør WHO*

Norge har vært aktivt engasjert i Verdens Helseorganisasjon siden den ble opprettet i 1948.(Regjeringen.no(/nb/id4/)). Verdens Helseorganisasjon knytter til seg nettverk av faginstusjoner og fagfolk på mange viktige fagområder. De benytter seg av ulike typer fagkomiteer og ekspertutvalg i forberedelse av de saker som behandles i styrende organer. (Regjeringen.no(/nb/id4/)). I følge artikkelen i Regjeringen.no er det et bærende prinsipp for WHO sin autoritet som kunnskapsorganisasjon at sekretariatet har ansvar for sammensetning av ekspertpaneler og lignende slik at de samler den fremste kunnskap på området. Av den grunn vil dokumentet ha troverdighet. Dokumentet er blitt til gjennom en bred sammensetning av forfattere i dokumentet. Deltakere er fra forskjellige land med stor kunnskap innenfor fagfeltet. Dokumentet er en guide som retter oppmerksomheten mot den som har et strategisk ansvar i forhold kvalitet på sitt område. Dokumentet er også en veiledning for de som ønsker å arbeide mer målrettet i forhold til hvilke momenter man vil fokusere på. Selv om denne rapporten er fra 2006 mener jeg den er høyst aktuell for å beskrive hvilke deler innenfor kvalitetsbegrepet man satser på å ha fokus på. Dokumentet er i så måte en retningslinje i kvalitetsarbeid og en støtte for land til å utvikle kvalitet innenfor egne rammer.

Dokumentet er holdt i en nøytral tone uten spesielle tendenser eller holdninger, det er forslag og forklaringer på hva en kan gjøre. Jeg er av den formening at de 6 punktene som det refereres til i dokumentet er gode alternativ for å beskrive innholdet i kvalitetsbegrepet. Jeg ser av de andre dokumentene jeg har gått inn i at beskrivelsen er lignende om enn ikke med samme ordbruk. Jeg syns derfor det er vesentlig å ta med disse punktene i forbindelse med dokumentanalysen. Tekster kan være flertydige, og jeg ser den i sammenheng med den konteksten jeg er i, mens andre kan fortolke teksten annerledes.

WHO skal kanskje beskrive den ideelle kvalitet på den helsetjenesten som skal tilstrebes.

Verdens Helseorganisasjon, WHO, har definert 6 områder hvor kvalitet har betydning for helsetjenesten. Disse områdene er:

EFFEKTIVITET

Leverer helsetjeneste til befolkningen som er evidensbasert og tilpasset befolkningen og den enkeltes behov.

EFFICIENT

Leverer helsetjenester som utnytter ressurser maksimalt og unngår sløsing.

TILGJENGELIGHET

Leverer en helsetjeneste som er til rett tid, geografisk fornuftig, og utføres på en måte som utnytter evner og ressurser basert på det medisinske behovet.

PASIENTSENTRERT

Leverer en helsetjeneste som tar hensyn til den enkeltes behov for tjeneste på bakgrunn av den kulturen der man bor.

LIKHET

Leverer en helsetjeneste hvor det personlige ikke skal ha betydning som kjønn, rase etnisitet, bosted og hvor sosialøkonomisk status er uten betydning.

TRYGGHET

Leverer helsetjeneste som utgjør minimal risiko eller skade for pasienten.

Enhver helsearbeider må forsikre seg om at deres tjenester er av høyest mulig standard, og kan imøtekomme behovet hos individet, familien og samfunnet. Samtidig må de som er brukere av tjenestene identifisere sine egne behov og preferanser, og de må ha evne til å stille kritiske spørsmål slik at det er bedre muligheter til forbedring. Kvalitet innenfor helsetjenesten er sammensatt og helsearbeidere og befolkning er gjensidig avhengige av hverandre for at den skal fungere best mulig.

WHO har definert kvalitet hvor betydningen av ordet fanger bredt. Det kan bety at det blir opp til det enkelte sykehus hva som skal vektlegges i forhold til betydning og praksis innenfor sin virksomhet. Når WHO velger seks ulike begrep for å beskrive ordet kvalitet viser det etter min mening bare til hvor komplekst det er når man skal beskrive elementer i god kvalitet.

Pasientens møte med sykehusene skal være profesjonelt og helseressursene skal utnyttes best mulig.

WHO sin definisjon ivaretar dette ved å definere kvalitet som at den skal være effektiv og efficient. Hvis det er sånn at ethvert sykehus kan definere hva kvalitet er i WHO sin betydning, og tilpasse det til egen praksis vil det kunne føre til at tjenestetilbudet til befolkningen likevel blir forskjellig. Regjeringen ved Helse – og omsorgsdepartementet har forsøkt å utjevne et helsetilbud som kan bli forskjellig ved å innføre såkalt fritt sykehusvalg. Men begrepet er ikke så fritt som det kan høres ut, og som det kan oppfattes av den enkelte borger, fordi det er knyttet regler for hvordan det kan benyttes. Samtidig med dette har det blitt opprettet flere kvalitetsindikatorer som skal være til hjelp for befolkningen når de ønsker å foreta et valg.

Etter at NPM – tankegangen ble adoptert innenfor det offentlige har tankegangen blitt synliggjort gjennom krav om budsjettbalanse i sykehusene. På 90-tallet ble det derfor innført et finansieringssystem i sykehusene som benevnes DRG det vil si diagnoserelaterte grupper. Kort sagt vektet sykdomsdiagnoser mot et beløp, som blir det som et sykehus "tjener" på å behandle pasienter. Denne form for vekting kan skape ulikhet i et system. For å få mest mulig igjen for tjenestene som gis kan sykehus fristes til å forfordle pasienter som gir høy DRG. Det utvikles systemer som kan gå på tvers av WHO sin definisjon av god kvalitet som går på likhet. I stedet utvikles det systemer som tilfredsstillende NPM – ideologien.

Men hvem er det som har ansvar for å sørge for at kvaliteten er god nok. Det kan være Regjeringen ved Helse – og omsorgsministeren som legger føringer, direktøren i helseforetaket som viderefremidler oppgaver, eller er det sykehuset selv ved direktøren som bestemmer retningslinjene som sykehuset skal jobbe etter. Slik jeg ser det vil det uansett være et lederansvar. Myndighetenes ansvar er å legge føringer for hvilken definisjon på kvalitet som bør ligge til grunn for videre arbeid. Uten å ha definert hva god kvalitet innebærer kan det være vanskelig å komme fram til systemer og målinger på god kvalitet for å kunne forbedre resultater.

Utvikling innenfor området kvalitet vil også være vanskelig. Ifølge WHO er det derfor en mulighet til å skille mellom roller, ansvar og de forskjellige deler av et system. I dette dokumentet blir rollen å støtte hvilken politikk og strategi som skal utvikles på et visst nivå. Ansvar for kvalitet mener man vil ligge både på nasjonalt og regionalt nivå. Det samsvarer med det jeg anser for å være den naturlige ansvarsfordelingen. I norsk sammenheng vil jeg si at det samsvarer med den hierarkiske tankegangen i NPM, der det øverste ansvaret er ministerens som igjen legger føringer for oppdraget til helseforetakets direktør. Den praktiske utførelsen av oppdraget blir så delegert til sykehusets direktør som

stiller krav til sine ledere. Hvis betydningen av hva god kvalitet ikke er forankret i ledelse, vil det kunne bli opp til den enkelte profesjon eller medarbeider å definere hva kvalitet innebærer i arbeidet med pasientene. Kvaliteten på tjenestetilbudet som pasientene møter vil dermed kunne arte seg forskjellig. Det er av den grunn viktig å ha et system som profesjonene på sykehuset forplikter seg til å jobbe etter.

For å få til en god kvalitet på tjenestetilbudet er man ifølge WHO sitt dokument avhengig av at det er en gjensidig forståelse av at myndigheter, sykehus, helsearbeidere og befolkning må samarbeide. Profesjonene må forstå forventningene og behovene til befolkningen for å få til et godt resultat. Befolkningen bør formidle hvilke forventninger og krav de har slik at et sykehusopphold blir best mulig. Myndighetene kan få vanskeligheter med å utvikle gode strategier for kvalitet uten tilbakemeldinger fra profesjoner og befolkning. Myndighet og profesjoner bør med andre ord lytte til hva pasientene mener og opplever i møte med sykehusene, og hvilke forbedringer de synes å ha. Det bør være et godt system for å fange opp dette.

6.2 Hva er elementer i god kvalitet sett fra myndighetenes side?

Et annet dokument som sier noe om kvalitet, og som jeg vil se nærmere på er Stortingsmelding nr. 10 (2012-2013) "God kvalitet – trygge tjenester" Kvalitet og pasientsikkerhet i helse – og omsorgstjenesten.

Dette er et dokument som er offentlig og tilgjengelig og utgitt av Helse – og omsorgsdepartementet. Det er en melding til Stortinget 2012 – 2013. Hensikten med meldingen er å utgjøre en samlet politikk for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. De nasjonale tiltakene skal ifølge meldingen bidra til en mer brukerorientert helse – og omsorgstjeneste, mer vekt på systematisk kvalitetsarbeid, og bedre systemer for å forebygge og lære av feil.

Innholdet i meldingen er delt inn i 10 kapitler med overskrifter som følger: innledning, status og utfordringer, kvalitetsarbeid i andre land og internasjonale organisasjoner, en mer aktiv pasient -og brukerrolle, strukturer som støtter kvalitetsarbeidet, kvalitetsforbedring i tjenesten, større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet, mer systematisk utprøving og innføring av nye behandlingsmetoder, bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon, og det siste kapitlet omhandler økonomiske og administrative konsekvenser.

I denne meldingen står det blant annet at kvalitet består av elementer som endres over tid, og som vektlegges og vurderes ulikt avhengig av ståsted og egne oppfatninger.

Videre sier dokumentet at det ofte vil være mangelfull kunnskap om flere av elementene som inngår i kvalitetsbegrepet, noe som gjør at kvalitet er vanskelig å måle.

Det er like oppfatninger av hva kvalitet innebærer i WHO sitt dokument og i dette. I dette dokumentet er også involvering av pasienter et viktig utgangspunkt. Dette dokumentet definerer kvalitet etter norsk standard som ” i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav” Krav er angitte behov eller forventning som vanligvis er underforstått eller obligatorisk. (Stortingsmelding nr.10:11).

I dette dokumentet er kvalitet vurdert etter definisjonen til ” Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse – og sosialtjenesten – og bedre skal det bli” En veileder med formål som skal gi kvalitetsbegrepet et innhold som bygger på samfunnets føringer, lovverkets krav og faglige vurderinger, for å gi best mulige tjenester til pasientene.(Stortingsmelding nr.10,2012-2013:11).

I denne strategien har de brukt de samme begrepene som i WHO sitt dokument ved hjelp av seks dimensjoner. Disse er:

- være virkningsfulle
- være trygge og sikre
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte og de skal være tilgjengelige og rettferdig fordelt

Videre sies det i Stortingsmeldingen at disse strategiene er sammenfallende med strategier i WHO, OECD og EU, og kvalitetsdimensjonen til Institute of Medicine i USA.

Stortingsmeldingen legger vekt på å styrke brukerdimensjonen slik at den fanger målene om aktiv medbestemmelse og egenomsorg.

Myndighetene ønsker å nå målene i kvalitetsarbeidet ved at det gjennomføres tiltak på disse områdene:

- mer aktiv pasient - og brukerrolle.
- strukturer som støtter kvalitetsarbeidet
- kvalitetsforbedring i tjenestene
- større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet
- mer systematisk utprøving av nye behandlingsmetoder
- bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon

Regjeringen ønsker at kvalitetsarbeid skal være integrert i virksomhetene. Det betyr at det handler om å utvikle kultur for kvalitetsforbedring og læring ved å styrke kompetansen hos ledere og ansatte. Det handler om forbedring av rutiner, å forebygge og lære av feil. Det bør være systematikk i å ta i bruk ny kunnskap og faglige retningslinjer og annen kompetanse. Det skal måles og etterspørres resultater på kvalitet av ledere på alle nivåer.

Dokumentet er politiske føringer for arbeidet med å forbedre kvalitet for helsearbeid for befolkningen. Samtidig bygger det på prinsipper fra internasjonale retningslinjer som ikke er entydig politisk rettet. Innholdet anser jeg derfor for å være pålitelig og troverdig. Innholdet har en forståelig forklaring på hva kvalitet er og hvilke mål man skal sette seg i kvalitetsarbeidet. Dokumentet angir retning for ledere på alle nivåer i et sykehus.

Universitetssykehusene er store og komplekse organisasjoner hvor det arbeides døgnet rundt hele året hvor det er ansatt flere typer profesjoner. Ledere har et stort kontrollspenn når det gjelder antall ansatte som skal utføre et arbeid av god kvalitet i alle ledd. For å få god kvalitet bør det være vesentlig for en leder at vedkommende har kunnskap om hvor god faglig standard den enkelte har. Ledere har ofte et sammensatt personell som består av både deltidsansatte, vikarer og fremmedspråklige medarbeidere som sammen skal tilby et en god nok kvalitet for den enkelte pasient.

Selv om en leder har medarbeidere med gode kvalifikasjoner, kan det være vanskelig å kontrollere om kravene til kvalitet etterlevs av den enkelte. Det sies at man ikke er bedre enn det dårligste ledd i en kjede, så det kan være vesentlig å få implementert de krav som kommer fra Regjeringen. Innenfor NPM – tenkningen er kontroll et element for å kunne måles på resultater, men for å kunne kontrollere bør man ha kunnskap om hva profesjonene kan og hvordan et samarbeid best skal fungere.

Et eksempel er fra en undersøkelse FAFO har gjort i 2012 for kommunene som viser at viktig informasjon går tapt når det er vaktskifter, og at kvaliteten på tjenesten reduseres når pasientene må forholde seg til mange ansatte. Problemstillingen vil nok også kunne overføres til sykehus. Skiftarbeid kan noen ganger føre til at man blir avhengig av små stillingsprosenter, dette kan igjen føre til problemer med å rekruttere god nok kvalifisert

arbeidskraft. Det er momenter som kan gjøre det vanskelig å drive systematisk kvalitets – og utviklingsarbeid. Men samtidig er det momenter som også gjør behovet for systematisk styring tydelig.

Sykehusene kan være god på planlegging og sette i verk tiltak som forbedrer kvaliteten. Det som kanskje kan forbedres er å kontrollere at tiltakene blir gjennomført som planlagt. Dette handler mye om kultur og tradisjoner og bruken av ressurser. Når det er sagt er jeg av den mening at sykehusene fortsatt har en vei å gå i å involvere pasienter i kvalitetsarbeid, og også når det gjelder tverrfaglig samarbeid. Det er et punkt som det fokuseres på i de dokumentene jeg har sett.

En av forutsetningene for godt systematisk arbeid i kvalitetsforbedring er å ha klare mål for denne typen arbeid, og at resultatene brukes i styring og forbedring. Hvis det er forankret i ledelsen blir det ikke bare opp til den enkelte profesjon å ta initiativ og ansvar for kvalitetsforbedring.

Mikrosystemtenkning betyr at kvalitetsforbedring skapes på grunnplanet, og at kvaliteten ikke kan bli bedre enn summen i alle mikrosystemene. For å få til et godt resultat kan det kreves et brudd med gamle vaner og rutiner, et sånt brudd kan også defineres som et gjennombrudd. Det vil være viktig å legge vekt på lederfokuset for å kunne få til presise målformuleringer og dokumentasjon av målbare forbedringer.

I et samarbeid har Helse- og omsorgsdepartementet, arbeidstakerorganisasjonene og brukerorganisasjonene kommet fram til åtte prinsipper for gode omsorgstjenester.(Stortingsmelding nr.10,2012 – 2013:82)

De åtte prinsippene:

- Omsorgstjenesten bygger på et helhetlig menneskesyn
- Omsorgstjenesten er basert på medbestemmelse, respekt og verdighet
- Omsorgstjenesten er tilpasset brukernes individuelle behov
- Omsorgstjenestene skal vise respekt og omsorg for pårørende
- Omsorgstjenesten består av kompetente ledere og ansatte

- Omsorgstjenesten vektlegger helsefremmende aktivitet og forebyggende arbeid
- Omsorgstjenesten er fleksibel, forutsigbar og tilbyr koordinerte og helhetlige tjenester
- Omsorgstjenesten er lærende, innovativ og nyskapende

Kort oppsummert mener myndighetene at det er av betydning at ledere har god kompetanse i forbedringsarbeid for å kunne gi pasienter et tilbud med god kvalitet. Ledere må kunne bruke tilgjengelige verktøy og implementere prosesser for forbedring på grunnplanet. Resultatene bør måles slik at de kan brukes til ytterligere forbedringer og endringer.

Kvalitet, Kunnskapssenteret sin versjon.

Kunnskapssenteret er nasjonalt kunnskapssentersenter for helsetjenesten. Kunnskapssenteret har en rolle som tilrettelegger for å kunne håndtere den store mengden kunnskap som finnes. Deres visjon er at god kunnskap bidrar til gode helsetjenester. Oppgavene som utføres er oppsummering av forskning, helseøkonomiske analyser, måling av kvalitet på utvalgte tjenester, forvalter kunnskap, utvikler metoder og underviser, fremmer bruk av forskningsresultater og arbeider for bedre pasientsikkerhet. Med tanke på dokument er Kunnskapssenteret et nettbasert virksomhet. Man søker etter den kunnskap man ønsker å finne noe om. I min søken etter dokumenter som sier noe om hva kvalitet er, vil Kunnskapssenteret være et naturlig valg. Dokumentet er offentlig og organisatorisk er Kunnskapssenteret en etat som tilhører Helsedirektoratet. Det er et forvaltningsorgan uten selvstendige myndighetsoppgaver, men er faglig uavhengig og kan ikke instrueres i faglige spørsmål. (Kunnskapssenteret.no/Organisasjon, leing og styring.)

Innholdet på Kunnskapssenterets sider mener jeg er troverdig. Forklaringer og tekster er forståelige, og innholdet i teksten samsvarer med de tanker jeg har gjort etter å ha sett på andre dokumenter.

Min forståelse kan selvsagt preges av mitt ståsted som arbeidstaker i sykehus og min forståelse av hva som ligger i kvalitet. Det som blir omtalt på Kunnskapssenterets sider er basert på kompetanse fra andre troverdige og pålitelige dokumenter.

Tendensen på sidene til Kunnskapssenteret er basert på kunnskap og viser til forskning på området. Litt av innholdet som jeg finner formålstjenlig er den delen som omhandler kvalitet.

I følge Kunnskapssenteret er det ingen enkle svar på hva kvalitet i helsetjenesten er. De har tatt utgangspunkt i stortingsmeldingen "Og bedre skal det bli". De punktene er nærmere

beskrevet under dokumentet om regjeringens definisjoner som også er i samsvar med de internasjonale definisjonene.

For å sikre kvaliteten på tjenestene, er det nødvendig å jobbe med flere tilnærminger og tiltak på ulike nivåer; samfunns- og systemnivå, organisasjons- og institusjonsnivå, på mikrosystemnivå (bruker og hjelpeteam) og i forhold til den enkelte utøver og bruker. Figuren nedenfor er hentet fra Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring (2005-2015).



Figur 1 Nivå for kvalitetsforbedring.

På alle disse nivåene arbeides det med forbedring av kvaliteten i tjenesten. Dette omfatter for eksempel:

- arbeidet med kvalitetsregistre og – indikatorer på nasjonalt nivå,
- kartlegging av kvalitet og brukertilfredshet
- lokale kvalitetsforbedringsprosjekter,
- styring og ledelse,
- utdanning og utvikling av den enkeltes kunnskap og ferdigheter,
- hvordan tjenestene organiseres
- brukermedvirkning på ulike nivåer

Hvordan de ulike nivåene arbeider mot samme mål har også betydning for kvaliteten på tjenestene (Kunnskapssenteret.no).

Forbedring av kvalitet er et felles ansvar for de som er ansatt i sykehusene. Det er ikke bare at arbeidet gjøres hver dag, men de som arbeider på sykehusene må tenke kvalitet som en del av det arbeidet som utføres. Kvalitetsarbeid skal med andre ord gjenspeile en grunnleggende holdning hos den enkelte i måten man arbeider på. Det vil med andre ord si at når en ansatt er

på jobb har vedkommende to måter å tenke på. Det ene er å gjøre jobben, og det andre er å tenke forbedring slik at resultatet av den omsorgen som gis til pasientene på alle nivå i behandlingsskjeden er av god kvalitet.

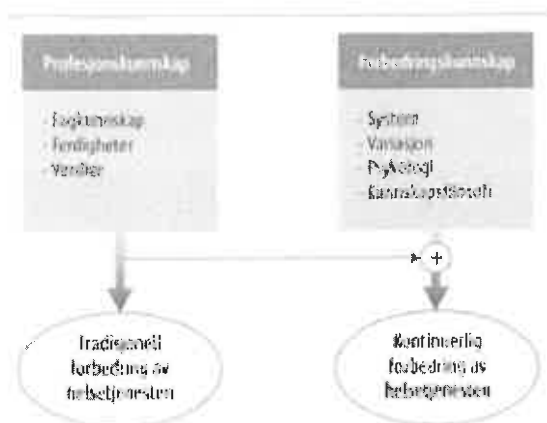
En måte å gjøre det på er å gi alle som ansettes skriftlig hvilke krav som settes for å kunne utøve god kvalitet på tjenesten, og deretter veilede gjennom samtaler med den ansatte. Kvalitetsforbedringsarbeidet må gjøres kontinuerlig fordi krav og muligheter endres til enhver tid ikke minst endres kravene fra pasientene. Gjennom "Lov om pasientrettigheter" har pasientene fått sine perspektiver styrket. Betydningen av pasientenes erfaring skal tas hensyn til når kvaliteten skal forbedres.

Prosjekter som har fått internasjonal oppmerksomhet har konkludert med at elementene som forskning har vist må til for å lykkes med forbedringsarbeid. Eksempelvis vil dette være ledelsesforankring, at pasienter/brukere gis innflytelse, måling av resultat for å finne ut om endringer virkelig er ønskede forbedringer. Sosial- og helsedirektoratet har samlet anbefalingene fra arbeidsgruppene nedsatt på strategiens innsatsområder; styrke brukeren, styrke utøveren, forbedre ledelse og organisasjon, styrke forbedringskunnskapenes plass i utdanningene, og følge med og evaluere tjenestene i ett felles dokument – "Fra visjon til handling. Sosial og helsedirektoratets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene. Implementering av "og bedre skal det bli!".

Noen av de mest sentrale anbefalingene i forhold til kontinuerlig forbedringsarbeid er å:

1. involvere brukerne mer aktivt i egen sak/behandling
2. og i forbedring av tjenestene lære opp brukere og ansatte i individuell plan
3. øke kompetansen i kvalitetsforbedring, lette tilgang på evidensbasert og oppsummert kunnskap
4. innarbeide forbedringskunnskap i alle ramme- og fagplaner
5. at studentene gjennomfører forbedringsarbeid under studiet i forbindelse med praksisperioder
6. rapportering fra tjenestene på kvalitet ut fra målene i kvalitetsstrategien.

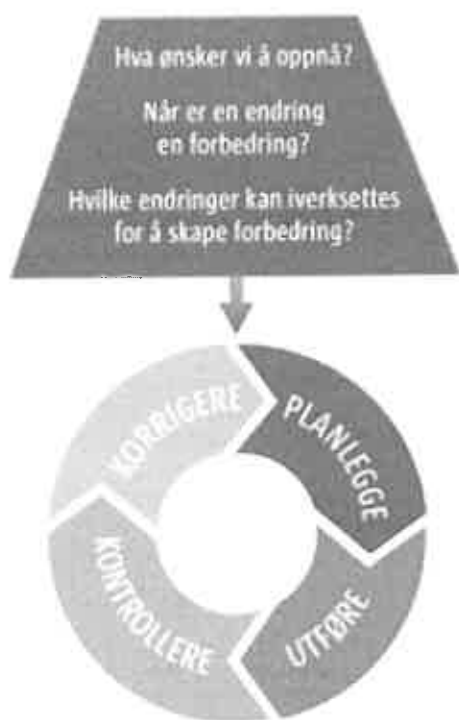
Kontinuerlig forbedring oppnås når man forener profesjonell kunnskap med forbedringskunnskap. Dette illustreres gjennom figur 2.



Figur 2. Forbedringskunnskap (fra Kunnskapsenteret)

Det finnes ingen universalformel for hvordan man skal gå frem for å få bedre tjenester med forbedringer som vedvarer over tid. Dette er fordi forbedringsarbeidet gjennomføres i komplekse systemer, det vil si organisasjoner med ulike strukturer, mennesker, oppgaver, prosesser og kontekst som endrer seg over tid.

Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?



Figur 3 Modell for kvalitetsforbedring

(modell for kvalitetsforbedring hentet fra Seksjon for kvalitetsforbedring – GRUK.)

Kvaliteten på helsetjenesten blir ikke bedre enn den kvaliteten som skapes i alle de små enhetene som helsetjenesten består av.”

Kunnskapssenteret sier at det de siste 5 årene har vært forsket mye på hva som kjennetegner de enheter som utmerker seg med å levere helsetjenester av spesiell høy kvalitet. Denne forskningen har gitt noen kjennetegn som karakteriserer de enheter (mikrosystemer) som utmerker seg:

forståelse av hva de ønsker å oppnå (visjon og mål)

det satses på forbedringsarbeid (skape kontinuerlig læring forbedring og, som også innebærer en åpen kultur for rapportering av feil og avvik)

det sørges for at de ansatte får den opplæring og trening som er nødvendig for å gjøre en god jobb (både fagkunnskap og forbedringskunnskap)

gode på samhandling (tverrfaglig og mellom ulike enheter (mikrosystem)) for å imøtekomme pasientenes behov (pasientene en del av systemet)

gode informasjonssystemer integrert i arbeidsprosessene (eks. gode journalsystemer – rask tilgang til strukturert informasjon)

løpende registrering av resultatene av behandlingen

god støtte fra sykehuset som helhet

god samhandling med helsevesenet/helsepersonell i opptaksområdet
(KLoK Profesjonsutøvelse, Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring. 2009,s 9-12).

Disse kjennetegnene legger ikke spesifikk vekt på ledelsens betydning i et mikrosystem for å kunne tilrettelegge for at det som utmerker seg lar seg gjennomføre. Ifølge NPM – tenkningen bør ledere måles på resultat i forhold til måloppnåelse, det burde kanskje vært noe om ledelsens betydning i forhold til måloppnåelse av disse kjennetegnene.

Min oppfatning er at det er kontinuerlig oppmerksomhet rettet mot kvalitetsforbedring i sykehus.

Tilsyn som er utført i Norge av Riksrevisjonen og Statens helsetilsyn varsler også om økt oppmerksomhet fordi det er store utfordringer på området (Sykepleien 2011 99(01):32-34). Definisjonen av kvalitet i denne artikkelen er å forstå som ”i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får

en ønsket helserelatert velferd, og tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap.” Denne definisjonen er også hentet fra Kunnskapssenteret.

Definisjonen setter søkelyset på profesjonenes utøvelse av helsetjenester til pasientene for å at pasientene skal være best mulig rustet til å ivareta egen helse. Det økonomiske perspektivet som NPM peker på blir ikke vektlagt i en slik definisjon. Men samtidig vil økonomi indirekte spille en rolle hvis behandling og forebygging virker, fordi det kan føre til færre innleggelse i sykehus og lavere sykefravær som koster det offentlige store summer årlig med de gode velferdsordningene Norge har.

Ved å skille det faglige fra det økonomiske slik at det økonomiske får mindre fokus vil profesjonene kunne være mest opptatt av å gi god helsehjelp som holder høy faglig standard i stedet for fokus på et budsjett i balanse. God utøvelse av tiltak basert på kunnskap, erfaring og forskning og nye og bedre metoder å utøve helsehjelp på, er kanskje den beste måten å involvere profesjonene på i kvalitetsarbeidet. Profesjonene er avhengig av et godt samarbeid for å kunne utøve en praksis med god kvalitet. Rammevilkår for hvordan man skal utøve dog praksis vil få større betydning enn det økonomiske perspektivet. Kjennetegnene fra forskningen ifølge Kunnskapssenteret er det dette som er av vesentlig betydning for å lykkes. Det kan være av betydning å synliggjøre den enkelte profesjons kjerneoppgaver. Det er vesentlig at alle profesjonene en pasient møter i behandlingsskjeden på sykehuset utøver god kvalitet på sin tjeneste.

Profesjonsutøvere må tenke kvalitet på en enkel måte. Oppgavene som skal gjøres planlegges slik at pasienten får best mulig hjelp. Så utføres de og kontrolleres for om pasienten har fått god nok hjelp, så kan tilbudet korrigeres hvis kvaliteten ikke er god nok.

Kvalitetsindikatorer som resultatmål kan være en parameter som beskriver kvalitet. For å få god kvalitet på tjenestene vil det kunne være viktig å involvere profesjonene samtidig med god kommunikasjon. (Klausen i Busch et al 2010 Modernisering av offentlig sektor) viser til at NPM hviler på to søyler hvor den ene handler om intern organisering og ledelse. I denne er det en antagelse om at ledelse har en betydning for å lykkes. God kommunikasjon og involvering av ansatte er viktig for at en leder skal lykkes med å nå de mål som er satt. Men pasientene som er avhengig av et godt tjenestetilbud må også gi uttrykk for hva som finnes av behov, og stille krav til tjenestetilbudet. Det oppstår et avhengighetsforhold mellom tjenestetilbudet og pasientene. På den ene siden er helsetjenesten avhengig av tilbakemeldinger fra pasientene for å kunne gi et godt tilbud, mens på den andre siden er pasientene avhengig av at tilbudet er av god kvalitet og at det forekommer en viss transparens slik at kvaliteten er synliggjort uten at det nødvendigvis er erfart. Et tiltak som er blitt gjort i sykehus er opprettelse av brukerutvalg, og at det er representanter for pasienter i

sykehusstyret. Det er da mulighet til å påvirke øverste ledelse i forhold til adekvate forbedringer.

St. Olavs Hospital sammenligner seg med Helse Bergen, og et av målene ifølge direktøren på St. Olavs Hospital er å gjøre kvalitetsmålene mer synlige, og gi målene mer plass i rapporteringer.

Sykehusenes faglige kompetanse er standard som sier noe om kvaliteten, og er med på å gi pasientene trygghet i møte med sykehuset. Derfor er åpenhet om kvalitet så viktig. Kunnskapssenteret er behjelpelig gjennom å legge kvalitetsindikatorer ut på nettet slik at alle som ønsker det kan se hvordan det enkelte sykehus ligger i forhold til de parametre som er en måling på kvalitet.

Flere begreper blir brukt for å beskrive kvalitetsfremmende tiltak som kvalitetsstyring, systematisk kvalitetsarbeid, kvalitetskultur, kontinuerlig kvalitetsforbedring og kvalitetsledelse. Forklaringer på dette kan være at kvalitet favner bredere enn før, det har fått mer oppmerksomhet og at ordet anvendes mer ukritisk enn tidligere for å gi ulike tiltak legitimitet. Er kvalitet blitt et honnørord, ja vil noen svare. Men når kompleksiteten er såpass stor kan begrepet brukes i mange sammenhenger. Men er det ikke hvilken betydning profesjonene selv legger i ordet som vil være av betydning. Det er fra profesjonenes handlinger standarden settes i tillegg til retningslinjer som bør følges. Organisering av et tilbud og medisinsk utstyr vil også tillegges vekt.

Begrepet kvalitet kan favne bredt i forhold til hvordan det blir definert alt etter hvilket perspektiv man ser det fra. Perspektivene vil endre seg i takt med samfunnets endringer. Dokumentene jeg har sett på viser at det ikke er en enkel forklaring på begrepet, men ganske sammensatt.

6.4 Kvalitetsindikatorer

Regjeringens dokumenter om forståelsen av hva kvalitet er blir viktig for sykehus. I og med at innholdet av hva som er god kvalitet består av flere perspektiver kan man snakke om en total kvalitetsledelse. Dette begrepet innebærer at ledelsen bør se helheten og sette seg mål på hvilken retning man skal gå for å oppnå kvalitet.

Hvordan dette skal måles kan være en utfordring. For å kunne si at det skjer en forbedring, bør man ha målt hvordan nivået er på dagens tjenestetilbud, og deretter finne ut hvordan man ønsker at nivået skal være. Ved å definere ønsket nivå kan man definere hvilke standarder man ønsker på kvaliteten. I begrepet standard ligger det en forventning om hvilke ressurser som bør være tilgjengelige og hva som skal gjøres. Skal standarder ha en mening bør det indikere en systematisk måling av nå - situasjonen for å kunne angi en forbedring. Resultater av målinger bør følges opp av en ansvarlig leder for å kunne implementere forbedringer. Målinger kan gi en baseline og etablere noen referanseverdier. Prestasjonene kan sammenlignes med andre så lenge alle benytter de samme målingene, såkalt benchmarking.

Man kan måle kvalitetskrav objektivt eller subjektivt, en objektiv måling kan måles direkte gjennom registreringer eller indirekte gjennom indikatorer. Eksempler på objektive målinger kan være ventetid, epikrise - tid eller økonomiske størrelser. Indirekte målinger kan gjøres ved indikatorer som man antar sier noe om kvaliteten. Eksempler på subjektiv måling kan være profesjonenes, ledelsens eller pasientenes vurderinger eller politikernes. Slike vurderinger kan være spørreundersøkelser, arbeidsprosesser, rutiner eller ulike sider av tjenesten.

Før utviklingen av indikatorer fikk Helsedirektoratet i oppdrag å lage et rammeverk for kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten. Hensikten med rammeverket var å beskrive hvem målingene var ment for og hvordan de skal brukes, hvilke kvalitetsaspekter som skal måles og på hvilken måte. (Rapport IS-1878 ,2010 Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten. Primær - og spesialisthelsetjenesten). Det var en mangel på sammenlignbare data. Rammeverket vil legge konkrete føringer om hvilke kriterier som bør legges til grunn ved utvikling av nye indikatorer.

Videre heter det i rapporten at det anbefales å sikre at kvalitetsindikatorene er godt forankret hos de ulike målgruppene. OECD sitt rammeverk for utvikling av indikatorer var basert på tre hovedkriterier: viktigheten av hva som blir målt, målingene bør være forskningsbaserte og de skulle vise gjennomførbarheten og kostnadene av indikatorene som ble målt.

Indikatorer er et redskap for å måle indirekte, man kan si at en indikator er en indirekte antyder. En kvalitetsindikator blir et mål på noe man antar sier noe om kvaliteten på prosessen eller et resultat av tjenesten. For å kunne være valid bør en indikator være objektiv det vil si at begrepet er entydig og personuavhengig. Når en indikator er definert bør den kunne måles til ulike tider, og kunne repeteres, og de skal ha en relevant tolkning i forhold til formålet. Statistiske variabler som ikke kan begrunnes med at de har en relativt klar tolkning i forhold til et slikt formål, vil ikke kunne tjene som indikatorer, det være seg alene eller i et system av indikatorer(NOU 2004:2).

Indikatorene bør ha relevans og kunne tolkes klart, og være reliabel i tillegg til valid. Indikatorer vil kunne gi en beskrivelse av en tilstand til et utvalgt tidspunkt. Ifølge Helsedirektoratet defineres kvalitetsindikator som et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet og sier noe om kvaliteten på det området som måles.

I Nasjonal Helseplan (2007-2010) sies det at

"det er et mål å videreutvikle det nasjonale indikatorsystemet, slik at det blir et sett av overordnede nøkkeldata som sier noe om praksis i norsk helsetjeneste ut fra de seks dimensjonene ved god kvalitet. Dataene bør illustrere endringer over tid og ulikheter på tvers av fagfelt og geografiske områder."

Kunnskapscenteret har benyttet følgende definisjoner i sin kartlegging av nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorsystem:

Kvalitetsindikatorer:

"Målbare variabler som anvendes for å registrere viktige aspekter av tjenestenes kvalitet. Med hjelp av slike måleverktøy kan man identifisere forhold og områder som bør studeres nærmere når det gjelder årsakssammenhenger og muligheter for forbedring"

Kvalitetsindikatorsystem:

"Et unikt system bestående av et sett av indikatorer, som er etablert med et bestemt formål innenfor en avgrenset kontekst, herunder organisasjon, infrastruktur og prosedyrer knyttet til systemets utvikling og drift"

Eksterne kvalitetsindikatorer:

"Målbare variabler som anvendes for å registrere viktige aspekter av tjenestenes kvalitet, og som benyttes som grunnlag for å vurdere om virksomheter i helsetjenesten yter det som forventes i forhold til sitt samfunnsmessige oppdrag og mandat. Indikatorene velges med sikte på å være grunnlag for det styringsmessige arbeidet ved å beskrive geografiske variasjoner og utviklingstendenser og trender"

Interne kvalitetsindikatorer:

"Målbare variabler som anvendes i det praksisnære feltet for å registrere om de oppfyller tjenesteytneres egendefinerte kvalitetsmål"

For å bidra til gode kvalitetsindikatorer bør det legges vekt på legitimitet og faglig forankring i seleksjonsprosessene ifølge Kunnskapssenteret. Det bør være en form for transparens. For å sikre validitet og reliabilitet bør utvikling og innføring av indikatorer være systematisk. Det er viktig å gjøre et grundig forarbeid i utvikling av kvalitetsindikatorer ved å skaffe seg eksisterende relevant informasjon i forhold til aktuelle indikatorer.

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet har vært kritisert for å ha en mangelfull, overordnet helhetstenkning, og en varierende grad av transparens når det gjelder helsepolitiske og faglige prioriteringer og valg. Derfor mener Kunnskapssenteret at det er viktig med et overordnet rammeverk i forkant av systemutvikling. (Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr.16-2010. Kvalitetsmåling). For å kunne lede helsetjenestene best mulig er det av betydning at leder i helseforetakene kan følge med på hvilken kvalitet helsetjenesten har ved å benytte måleparametre. I tråd med innholdet i begrepet NPM har målingene tidligere vært fokusert på input og output. Det har vært mest fokus på helseøkonomiske investeringer og resultater fra aktivitet og produktivitet, og mindre på hvilken kvalitet det er på behandlingen pasienten har fått eller om hvilke behandlingsresultater man oppnår.

Rapporten fra Kunnskapssenteret sier videre at behovet for kvalitetsindikatorer avhenger av den kontekst systemet skal fungere i, hvilke alternative muligheter man har for å følge med på tjenestekvaliteten, hvor velutviklet systemet er og hvor godt de kan utfylle hverandre og fungere som en helhet.

Etablering av kvalitetsindikatorsystem kan styres av ulike behov i samfunnet som eksemplvis:

- demokratisk prinsipp: økende krav om innsyn i tjenestenes faglige kvalitet og resultatoppnåelse og ansvarliggjøring av aktørene (*accountability*)
- pasientrettigheter: økende krav til informasjon og medvirkning
- økende "markedsmekanismer" i helsevesenet
- økt medieoppmerksomhet på pasientsikkerhet og hva som oppfattes som dårlig og variabel kvalitet
- ønske om å få kontroll med kostnadsveksten
- fremskritt innen IKT: større muligheter til å utnytte innsamlede rutinedata til nyttig informasjon

Prinsippet om "accountability" er vesentlig for å opprettholde tillit som helsesystemet er avhengig av å ha, og at formålet med å ha indikatorsystem er kompleks.

Hensikten med kvalitetsindikatorerne er at alle som er tjenesteytere i sykehus skal kunne måles for å gjøres ansvarlig for kvaliteten og resultatene på sine tjenester. Kvalitetsindikatorerne er under stadig utvikling ved at det blir flere indikatorer til å måle kvaliteten.

Nylig vedtok Stortinget å videreføre den eksisterende Pasientsikkerhetskampanjen til å gjelde for nye fem år.

En av dagens kvalitetsindikatorer er antall re - innleggelser. Denne indikatoren kan som sagt være et mål på både god og dårlig kvalitet alt etter årsak til reinnleggelsen. Reinnleggelser er ifølge Kunnskapssenteret en belastning både for pasienter og pårørende og kostbart for samfunnet. Når indikatoren reinnleggelser blir brukt i denne sammenhengen er det ikke planlagte reinnleggelser det refereres til. Beregninger som er gjort viser at reinnleggelser har en hyppig forekomst ved sykehusene, og for noen diagnosegrupper reinnlegges 20 % av pasientene mellom 8 timer og 30 dager etter utskrivelse. Noen sykehus avviker betydelig, men de fleste forskjellene er beskjedne i forhold til gjennomsnittet. Resultatene er i samsvar med tilsvarende studier i andre land. (Reinnleggelser av eldre i Norge. Notat fra Kunnskapssenteret (april 2012). Som reinnleggelse betraktes "enhver etterfølgende akutt innleggelse som finner sted innenfor 30 dager etter utskrivelse betraktes som en reinnleggelse. Definisjonen er fra en internasjonal konvensjon på området sitert fra samme notat i foregående linje. For lettest å kunne sammenligne vil reinnleggelser som oftest beregnes for spesifikke diagnosegrupper, men også fordi det kan være enklere å gjøre målrettede kvalitetsforbedringer.

Beregning av antall reinnleggelser gjort av Kunnskapssenteret i 2012 viser at St. Olavs Hospital har en sannsynlighet på 15,9 %, mens for eksempel Haukeland universitetssykehus har en sannsynlighet på 15,3 %. Det vil si at de er relativt like. Hvis jeg ser på en diagnosegruppe som kan være en reinnleggelse på grunn av kvalitetssvikt er det nærliggende å bruke diagnosen lungebetennelse. Dette er en diagnose som pasientene bør bli friske av etter adekvat behandling i sykehus. Der er sannsynligheten for reinnleggelser for St. Olavs Hospital på 19,1 % mens det for Haukeland er 18,9. Det er her også liten forskjell på disse to sykehusene.

Hvis man ser på populasjonen som sykehusene har pasienter fra er den henholdsvis ca 450 000 for St. Olav og ca.500 000 for Haukeland. Betyr dette at Haukeland har bedre kvalitet på sitt tjenestetilbud enn St. Olavs Hospital har, i og med at de har større populasjon, men færre reinnleggelser. Det er vanskelig å si, men tallene kunne tilsi at Haukeland er bedre på kvalitet enn St. Olavs Hospital når man forholder seg til denne indikatoren.. Hvis jeg ser på de forskjellige diagnose gruppene som er registrert i denne undersøkelsen i forhold til antall

reinnleggelser viser det seg at de to sykehusene ligger relativt likt i forhold til reinnleggelser etter brudd, mens det er større forskjell når det gjelder astma/KOLS og hjertesvikt.

I alle diagnosegruppene som er tatt med i denne rapporten har St. Olavs Hospital en høyere frekvens av reinnleggelser enn Haukeland. Det kan være mange forhold som gjør at det er en forskjell, men i og med at St. Olavs Hospital ligger jevnt over høyere vil det si at sykehuset har en dårligere kvalitet på tilbudet i forhold til de nevnte diagnose gruppene enn Haukeland. I følge rapporten er det vanskelig å finne indikatorer som best skiller de gode og dårlige sykehusene. Ingen enkeltindikator kan gi uttrykk for den generelle kvaliteten i komplekse organisasjoner som et sykehus er.

En kvalitetsindikator som reinnleggelse blir en liten del av et totalt bilde, og bør sees i sammenheng med andre indikatorer som eksisterer som et mål på kvaliteten i sykehus. Men for å følge en utvikling over tid er indikatoren et nyttig redskap.

Indikatoren egner seg ikke for rangering av sykehus. Til tross for at en del sykehus har signifikant lavere eller høyere reinnleggelses sannsynlighet enn andre, er forskjellen mellom sykehusene såpass beskjedne og tallene små slik at det er usikkert om forskjellene er reelle. (Rapport Kunnskapssenteret).

Utviklingen av indikator for reinnleggelser er basert på en tilsvarende studie utført av Sundhedsstyrelsen i Danmark i 2009. En av ulempene med en slik undersøkelse kan være at det er vanskelig å gå i dybden. Det indikerer for så vidt de som har lagt fram data til denne indikatoren når de sier at det blir en liten del av det totale bildet. Det er ikke mulig å få fram alle variasjoner som man kan finne i en kvalitativ undersøkelse. Det man undersøker eller etterspør er det man får svar på, andre forhold som kan påvirke er ikke med. Den kvantitative metoden er best egnet når vi ønsker å beskrive hyppigheten eller omfanget av et fenomen. Metoden egner seg hvis vi vil finne ut hvor ofte et fenomen forekommer. (Jacobsen, 2010:134). I følge Jacobsen er det først og fremst summen av for eksempel et flertall eller et mindretall man kan si noe om. I og med at undersøkelsen av antall re – innleggelser dreier seg om et flertall fordi utvalget er antall pasienter som blir re - innlagt over en bestemt periode som er undersøkt er den kvantitative metoden god.

FORSKNINGSSPØRSMÅL 2: Har effektivisering i sykehus påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet?

For å forsøke å finne svar på forskningsspørsmål 2 vil jeg foreta en kvalitativ undersøkelse ved å bruke en komparativ casestudie. Jeg vil intervjuet et utvalg på 2 enheter på valgt

sykehus. For å kunne få et bilde på om kvalitet påvirkes av effektivitet og budsjettbalanse velger jeg informanter med bakgrunn i hvilken profesjon de har. Det vil kanskje gi et nyansert syn på om det er en påvirkning. For å kunne synliggjøre effektivisering og budsjettbalanse vil jeg definere hva som er begrepenes innhold slik jeg ser det.

Definisjon på effektivisering:

Det vil være naturlig å ta utgangspunkt i WHO sin definisjon av hva effektivisering er med henblikk på helsetjenester. De sier det enkelt som at det er maksimal utnyttelse av de ressursene man har, og at man unngår sløsing. En mer detaljert definisjon finnes i dokumentanalysen. Definisjonen kan ses i sammenheng med å være effektiv hvor WHO definerer det som å få best mulig resultat av den helsetjenesten som blir gitt til befolkningen basert på behov. En forventning fra politikeres side er at målsettingen som blir formulert som den at ressursbruken skal tilpasses til helsetjenesten, og at man organiserer seg på en hensiktsmessig måte for å nå de mål som er satt. Politikerne har et ønske om å vektlegge klare mål og virkemidler hvor resultater og målsettinger aktivt måles opp mot hverandre. (NOU 2004, Kommunal- og moderniseringsdepartementet) Fra Helse- og Omsorgsdepartementet som representerer eier av sykehusene får de regionale helseforetakene en budsjettamme som fordeles til de lokale foretakene. I rapporten fra OECD sitt rammeverk om kvalitetsindikatorer heter det at effektivitet er graden av ønsket resultat av behandling som er evidensbasert og som alle som behandles har utbytte av.

Definisjon på budsjettbalanse:

Det forutsettes et budsjett som er i balanse hvert år. Det blir sykehuset som må løse de utfordringer som finnes i forhold til aktivitet og krav om budsjettbalanse. Sykehuset må finne balanse mellom tildelt ramme, aktivitet og ressurser for å utføre aktiviteten, behandling og tilbud til pasientene.

Man bør finne differansen mellom inntekter og utgifter. Inntekter vil innebære tildelt ramme og antall DRG som blir produsert, i den grad men kan snakke om produksjon i et sykehus hvor syke mennesker skal få adekvat behandling og pleie.

Som utdypet i dokumentanalysen er det vanskelig å finne gode måleparametre på kvaliteten til tjenestetilbudet fordi det er et komplekst system. Sykehus som St. Olavs Hospital har sitt eget kvalitetssystem hvor ansatte oppfordres til å melde avvik fra gjeldende prosedyrer. Noen avvik er lovpålagt å melde fra om, men det er viktig å ha et avvikssystem for kvalitet hvor man kan ha fokus på kontinuerlig forbedring. Det gir læring og kompetanse for ansatte, og alle har en mulighet til å foreslå forbedringer. Det å tilrettelegge for en kultur med et fokus på god kvalitet og forbedringer er et lederansvar.

6.5 Kvalitativ eller kvantitativ undersøkelse

I kvantitativ metode nærmer man seg svar på forskningsspørsmålet ved å måle på forhånd oppdelte variabler, mens man i kvalitativ metode har en bredere tematisk innfallsvinkel som er mer åpen. Samtidig kan kvalitative og kvantitative undersøkelser inngå i hverandre ved at de kombineres i samme forskningsprosjekt.(Nyeng, Frode, 2010 s.194).

I denne undersøkelsen sammenlignes to utvalg i en case - studie. Respondentene i case – studiet vil som sagt tidligere være deltakere i et sosialt system, på bakgrunn av det blir undersøkelsen er ontologisk. Det er menneskets tolkning av virkeligheten som kommer til uttrykk ved at man finner svar på forskningsspørsmål 2. Det vil være en forståelsesbasert tilnærming fordi det er hva respondenten forstår med eller legger i spørsmålet som vil komme til uttrykk (Nyeng, Frode, 2010 s.203) I forklarende og eksperimentelle design er det viktig å merke seg at uavhengige variabler bare er uavhengige innenfor rammen av egen modell. Modellen som er den valgte fortolkningsrammen fanger alltid bare en del av et større sosialt system. All forståelse er betinget av den kontekst noe forstås innenfor.

Undersøkelsen blir satt inn i en teoretisk ramme som antagelsene og de spørsmål som stilles i undersøkelsen vil holde seg innenfor. Analysen av undersøkelsen vil være induktiv. Det er en hypotesetestende metode som tar utgangspunkt i påstander som utledes av teori(Nyeng, Frode, 2010, s.208). I problemstilling nr.2 ligger det en forventning om at effektivisering i sykehus har påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet. Ved å bruke spørreskjema er det et ønske om å finne ut om denne hypotesen stemmer.

Metoden i denne oppgaven er kvalitativ. Det er utformet intervju i form av spørsmål som har en svarskala fra 1 til 6 hvor 1 er i svært liten grad og 6 tilsvarer i svært stor grad. I tillegg til å kunne rangere svaret kan respondentene utdype svaret på spørsmålet med ord eller en refleksjon av forståelsen av spørsmålet. Ved å benytte en skala med tall kan respondentene sette sin forståelse av virkeligheten i et svaralternativ som er forhåndsbestemt av den som forsker. Forutsetningen for å bruke definerte tall er at den som forsker har kunnskap om det fenomenet det skal forskes i. På bakgrunn av det blir det meningsfullt for de som skal svare på undersøkelsen, og fenomenet bør være strukturerbart. I og med at respondentene har mulighet til å reflektere over sin forståelse av spørsmålet og dermed også i forhold til svaralternativet, mener jeg at man kan få fram de variasjoner og nyanser som ligger i fortolkningen av spørsmålet. På den måten kan an minimere at det er forskerens forståelse som kommer til uttrykk.

7.0 Datainnsamling

7.1 Valg av respondenter

Det er liten tvil om at kvaliteten skal være god på de tjenestetilbud som sykehus gir. På St. Olavs Hospital satses det på kontinuerlig forbedring av kvaliteten. Men er kvaliteten god nok eller går krav om effektivisering og stadige endringer i sykehuset på bekostning av kvaliteten.

I den tiden som har vært til rådighet er det valgt ut to klinikker hvor intervju gjøres. De to utvalgene er noenlunde lik i forhold til for eksempel størrelse, begge har stor andel akutte innleggelser, og begge er en andel kronikere som pasienter. Det var en antagelse om at begge har en viss andel re – innleggelser uten at jeg har fått eksakt antall. Re – innleggelser er den kvalitetsindikatoren som er plukket ut for om mulig å kunne si noe om kvaliteten på tjenestetilbudet. Indikatoren er også et av de måleparametre sykehus måles på, på landsbasis. Som bakgrunn for mine spørsmål har jeg brukt myndighetenes krav om effektivitet på tjenestetilbudet. Man kan på bakgrunn av dette gi en indikasjon på hvordan kvaliteten operasjonaliseres i sykehuset. Til syvende og sist er det lederne på sykehuset som setter standarden for hvilken kvalitet tjenestetilbudet ved deres klinikk eller avdeling skal være. I begrepet standard legges en spesifisering som beskriver hvordan en arbeidsmetode skal kunne ha en definisjon som er entydig.

Sykehusets direktør definerer de overordnede mål for kvalitet i sykehuset. Klinikksjefene operasjonaliserer de overordnede målene i sin klinikk. Lederne for de forskjellige profesjonene bør på bakgrunn av de mål som settes definere sine standarder for kvalitet. Til sammen kan klinikken i fellesskap nå de mål som blir satt. Det vil senere bli sagt noe om at det ser ut til at klinikkene løser disse utfordringene forskjellig. I undersøkelsen kan man tolke det som at lojaliteten til bestemmelsene om standarder er sterkere i den ene klinikken enn i den andre.

Det kan jo ha en sammenheng med hvordan mål kommuniseres til de ansatte og hvordan kommunikasjon fra ansatte går tilbake til leder. I utvalgene som er to klinikker på St. Olavs Hospital var det et ønske å intervju forskjellige profesjoner. Det var derfor et ønske om å intervju ledere, leger og sykepleiere. Ved henvendelsen om intervju bestemte leder hvor mange som kunne intervjues, og intervjuene ble foretatt i vedkommendes arbeidstid. På bakgrunn av det ble det respondenter fra ledere av to fagprofesjoner, fagansvarlige og medarbeidere. I og med at klinikken selv fikk bestemme antall respondenter og man fikk foreta intervju i arbeidstiden er det klart at antall respondenter begrenser seg. Det ble da 15 intervju hvor to av disse ble syke på det aktuelle tidspunkt, derfor ble det til sammen 13 som ble intervjuet. Man har valgt å utelate intervju med sykehusets direktør og kvalitetssjef fordi

begge så tydelig har satt mål på hvilken kvalitet sykehuset skal ha. Direktøren har uttrykt at kvalitet er et satsningsområde og en kontinuerlig prosess i det daglige arbeidet. Man har også valgt å utelate pasientens perspektiv, fordi sykehuset driver en kontinuerlig spørreundersøkelse av pasientens opplevelse av tjenestetilbudet på sykehuset. Det har kommet fram i de undersøkelsene at pasientene jevnt over er fornøyd med tilbudet eller den behandlingen de har fått på sykehuset. Det som har framkommet som en kilde til forbedring er hvordan den enkelte helsearbeider møter pasienten ved en innleggelse som for eksempel høflighet og hvordan man henvender seg til pasienten i en samtale.

Spørreskjema har til hensikt å se om respondentene har forskjellig syn på spørsmålene eller om man får et mer ensartet svar. Man kunne i utgangspunktet ha en hypotese om at refleksjon rundt temaet kan være lik i sykehuset som har et felles mål for kvalitet. Ved å gjennomføre spørreundersøkelsen som intervju kan man få en refleksjon ved utdyping av svaralternativet eller en forklaring av svaret som man ellers ikke ville ha fått. Man øker dermed sin forståelse av hva som ligger bak svaralternativene, og man kan få eksempler på kvalitetsarbeidet. Det ønsket man har hatt i forhold til profesjoner som respondenter er man er av den formening at de er en del av kjernen i kvalitetsarbeidet når det gjelder tjenestetilbudet til pasientene. Ved at de er relevante aktører viser man dybde dimensjonen i undersøkelsen. Skulle man ha foretatt en mer omfattende undersøkelse hadde spørsmålene blitt stilt annerledes og antallet respondenter hadde blitt større. Usikkerheten ligger blant annet i om tolkning og konklusjon ville blitt så mye annerledes med et større utvalg. Det ville vært avhengig av hvordan spørsmålene ble framstilt. Man har valgt å bruke ordet respondenter i denne undersøkelsen. Forskjellen på respondent og informant i en undersøkelse er at respondentene har opplevd det man ønsker å undersøke, mens informanten har god kunnskap om temaet men har ikke opplevd det selv. I denne undersøkelsen har de som svarte både opplevd det selv og kan sies å ha god kunnskap om temaet. Selv om kunnskapen er antas å være bedre hos noen enn andre. En begrunnelse for det kan være at de forskjellige profesjoner har forskjellig fokus på hva som vektlegges når det gjelder kvalitets spørsmålet.

7.3 Å konkretisere fra begrep til spørsmål

Problemstillingen har to konkrete spørsmål. Det ene "hva er kvalitet" er blitt operasjonalisert i en dokumentanalyse. Det andre spørsmålet "har effektivisering i sykehus påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet" skal operasjonaliseres i et spørreskjema. Ved hjelp av spørreskjema kan begrepene i den andre problemstillingen konkretiseres. Spørreskjema er et instrument for å få fram om hypotesen i det andre spørsmålet har en sannhet i seg eller om det overhodet ikke stemmer overens med virkeligheten.

Utgangspunktet i forhold til respondentene er at deres synspunkter etter all sannsynlighet kan være preget av organisasjonens tankesett, egen utdanningsbakgrunn og rolle i organisasjonen og personlige meninger i forhold til temaet. Det kan av den grunn være vanskelig med direkte konkret måling man ikke vet hva som er den dominante egenskapen som preger respondenten mest. Begrepsgyldighet det vil si om vi måler det vi tror vi måler. I et spørreskjema er det vesentlig at spørsmålene kan måle det teoretiske fenomenet vi vil ha tak i. Ved å bruke spørreskjema som gir mulighet for refleksjon for respondenten vil det kunne sies at tilnærmingen har høy begrepsgyldighet til tross for at svaralternativer er angitt i en rangordning. Den som blir intervjuet vil være den som definerer den rette forståelsen av spørsmålet.

7.4 Utforming av spørsmål til spørreskjema

Spørsmålene har blitt utformet for å prøve å få fram konkrete svar. Spørsmålene har rom for tolkning slik at svarene ikke nødvendigvis blir for ensartet. Men spørsmålene er forsøkt formulert at den som svarer ikke kan vri spørsmålet i uønsket retning. Spørsmålene er også forsøkt formulert slik at de er forståelige for den som skal svare.

I denne antagelsen ligger det en forutsetning av en felles forståelse bak de ord og begrep som er blitt benyttet i spørsmålsstillingen, såkalt intersubjektivitet (Jacobsen, Dag Ingvar, 2010, s.251). Spørreskjema bærer preg av å bestå av direkte spørsmål som skal være enkle å svare på, fordi respondentene bør ha kunnskap om emnet med tanke på hvilken profesjon de innehar. Selv om spørsmålene kan synes enkle og klare med svaralternativ kan de oppfattes og tolkes ulikt med tanke på hvilken bakgrunn den enkelte respondent har. I spørsmålsstillingen er det forsøkt å avgrense spørsmålenes gyldighet til en nær tidsperiode med tanke på at respondentens hukommelse kan være begrenset og selektiv. Svaralternativ er fra 1 med betydningen i svært liten grad til 6 med betydningen i svært stor grad.

Valget av spørsmål er gjort på bakgrunn av ønsket om åpne spørsmål. Man kunne utformet spørreskjema med påstander, men man ville kanskje ikke fått de refleksjoner i forhold til forståelsen av svaralternativet som man kan oppnå med åpne spørsmål. Dessuten kan man med påstander stå i fare for at man med spørsmålsstillingen får fram det svaret forskeren ønsker. Alle respondenter får de samme spørsmålene de bør derfor være forståelige for de forskjellige profesjonene som blir intervjuet. Respondentene må avgi et svar etter rangordning, det er mulighet for verken eller – svar hvis man ikke skal tolke svaret 3 som blir midt imellom som et verken eller. Respondentene kan velge å ikke svare på spørsmålet av ulike grunner. Spørsmålsskjemaet er inndelt i ulike tema som kvalitet, effektivisering og

økonomi. Når spørsmålene er litt likt formulert innenfor de ulike tema kan det for respondenten synes som om spørsmålene er like selv om de ikke er det. Det kan for respondenten være vanskelig å sortere tankene slik at svaret ikke blir nok nyansert. Det er gjort et forsøk på å unngå ledende spørsmål.

7.5 Datahåndtering

7.5.1 Systematisering av svarene

Spørreskjemaet består av spørsmål som er utformet for å kunne rangere svar med tall på en skala fra en til seks. Samtidig er det gitt mulighet for utdyping av svaret noe som gir bedre forståelse av svaralternativet. Når svaralternativene er rangert fra 1 til 6 med 1 i svært liten grad og 6 i svært stor grad, kan 3-4 bli tolket som verken eller. 4 vil da helle mot stor grad og 3 mot liten grad.

Spørreskjema er delt inn i 3 hovedområder hvor spørsmål 1-10 er rettet mot kvalitet på tjenestetilbudet, spørsmål 11-14 dreier seg om effektivitet i forhold til kvalitet og 15-18 dreier seg mest om økonomi i forhold til kvalitet. Målet er å få svar på forskningsspørsmålene ved å definere noen valg i forhold til spørsmålene. Ved å rangordne svaralternativene er det enklere å se likheter og ulikheter i svaralternativene i motsetning til om man skulle tolket det fra et svar som inneholder en refleksjon av spørsmålet. Når man har intervjuet et mindre utvalg av respondenter på til sammen 13 personer vil et skjematisk oppsett kunne gi en god oversikt. Sammenligningen av respondentene i klinikkene synes å framkomme enklere på den måten. I en skjematisk framstilling vil det kanskje lettere framheves om det er stor eller liten variasjon i svarene som er gitt.

Med en koding av svaralternativene hvor 6 er høyest og 1 er lavest kan tallene være noe lettere å tolke i en analyse. Måling, tallfesting av et fenomen er bare en måte å uttrykke presisjon på” (Nyeng 2010).

Gjennom utdyping av svaralternativene kan man muligens finne forskjellige synspunkter fra den enkelte respondent. For selv om det tallmessige svaralternativet vil være det samme som en annen har svart vil refleksjonen avdekke om det er forskjeller. Forståelsen av tallverdien blir noe mer konkret enn om man skulle tolket et svar i for eksempel en indeksverdi. Man kan se om svarene har en modus som er et svaralternativ flest respondenter har svart på det samme spørsmålet.

7.5.2 Skisse for tolkning av data

Det er foretatt en undersøkelse blant 2 av sykehusets 16 somatiske klinikker som er relevant med tanke på problemstillingen. Selv om respondentene er et representativt utvalg i forhold til de yrkesgrupper man har ønsket å intervjuer kan man ikke si at det er samvariasjon i forhold til resultatet man har fått. Med samvariasjon menes at man kan generere resultatet til å gjelde alle andre somatiske klinikker. Man kan ved de funnene som er kommet fram anta en hypotese om at det kan gjelde for andre klinikker hvis man gjør en utvidet og større undersøkelse ved en senere anledning. En kan se i begge klinikker at de er opptatt av å tilby god kvalitet på de tjenestene de har i og med at de yrkesgruppene som har uttalt seg har lagt en høy score på denne delen.

Man kan også se at økonomi og kvalitet ikke er det som det er fokus på. Dermed kan man anta at økonomien ikke vil påvirke det faktum at kvaliteten blir ivaretatt og blir prioritert høyt. Når man snakker om effektivitet i forhold til kvalitet blir det forskjell i score. Det framkom av kommentarer til spørsmålene om effektivitet at respondentene tenkte forskjellig i forhold til hva det innebar. Intervjuer prøvde bevisst å ikke legge egne tanker i betydningen av ord, men at det ble opp til hver enkelt respondent.

Det kom fram av kommentarene at kvalitet på tjenestetilbudet er en kontinuerlig prosess som er med å prege det daglige arbeidet. En kvalitetsindikator som jeg har valgt i spørsmål - stillingen er re - innleggelser i sykehus. Denne indikatoren kan tolkes forskjellig i forhold til hva som er god kvalitet. Re – innleggelse kan være av god kvalitet med tanke på at årsaken er å justere behandling det vil si at re- innleggelsen er planlagt. Men hvis den derimot er forårsaket av for tidlig hjemreise eller at man har fått mindre behandling enn antatt på grunn av tidspress vil det kunne sies å være av mindre god kvalitet. Man kan av den grunn anta at kvalitetsindikatoren re – innleggelser er en måleindikator som ikke sier så veldig mye om kvaliteten på tjenestetilbudet. Noe som betyr at befolkningen som leser det ikke er nok opplyst om kvaliteten. Denne indikatoren gir ikke de riktige opplysningene hvis man legger de score undersøkelsen viste til grunn. Man kan anta når man ser statistikken at mange re - innleggelser angir en dårlig kvalitet på tjenestetilbudet, mens få re – innleggelser angir en god

kvalitet. Men av undersøkelsen kom det fram at innholdet i denne indikatoren er mer sammensatt det den egentlig viser.

I og med at kvaliteten på tjenestetilbudet er en kontinuerlig prosess er det rimelig å anta at målinger må gå over tid eller også kontinuerlig. Det vil kunne gjøres ved å bruke panelundersøkelser som følger de samme utvalgene over tid. I måling av kvalitet på nasjonalt nivå måles de samme sykehusene over tid ved anvendelse av de samme kvalitetsindikatorerne. Ser man kritisk på dette sier det kanskje ikke så mye om kvaliteten som myndighetene liker å tro. En av respondentene i undersøkelsen sa at kvalitetsindikatorerne på nasjonalt nivå ikke hadde noen mening. Og kritisk sett hvis man forholder seg til kvalitetsindikatoren re – innleggelser som det er gjort i denne undersøkelsen så kan man si at vedkommende har rett i sine uttalelser.

Skal man kunne finne variabler i forhold til kvalitet bør man foreta målinger som går over tid, det er ikke mulig å få til i denne undersøkelsen. Den er gjort i en tidsbegrenset periode, hvis man hadde stilt de samme spørsmålene i dag til de samme personene kunne svarene ha blitt forskjellige.

7.6 Kritisk refleksjon

For å kunne håndtere de konklusjonene man har fått i undersøkelsen er det ifølge Jacobsen (2010) tre forhold som bør være tilstede, Det er intern og ekstern gyldighet og pålitelighet eller reliabilitet. Ved fravær av en av overnevnte kan ikke undersøkelsen regnes som gyldig eller valid.

7.6.1 Intern gyldighet

Med intern gyldighet menes at vi måler det vi ønsker å måle. Man kan tenke seg at det man måler kan oppfattes som relevant for flere. Ved utforming av spørreskjema er spørsmålet om det formuleres på en slik måte at man måler det som man ønsker å få tak i. Ved å først finne et teoretisk perspektiv i forhold til problemstillingen, kan man utforme spørsmål med teorien

som bakgrunn. Ved intern gyldighet handler det om beskrivelsen av fenomenet er riktig i den undersøkelsen som er foretatt. Finnes det en beskrivelse som er sann? Hvis flere personer er enige om at beskrivelsen er sann er sannsynligheten for at den er riktig større. Når man velger teori begrenser denne valget av tilnæringsmåte og tolkning, spesielt hvis man velger en teori man mener passer som utgangspunkt for en undersøkelse. For å bekrefte den interne gyldigheten i undersøkelsen er det vesentlig at den som har foretatt undersøkelsen ser på den med et kritisk blikk. Den andre muligheten for å teste intern gyldighet er at undersøkelsen blir kontrollert av noen andre sammen med de konklusjoner man har kommet fram til.

I undersøkelsen er respondentene gode kilder for å få svar på problemstillingen. Den kritiske delen er om spørsmålene er formulert godt nok til å få fram de svar og nyanser som er viktig for at tolkningen skal bli så bra som mulig. Kildene eller respondentene har også en nærhet til problemstillingen og er førstehåndskilde, dette bidrar også til valideringen positivt. Ikke minst forventes respondentene å ha god kunnskap om temaet, men man kan stille et kritisk spørsmål om hvordan viljen hos respondenten er. Det kan være at vedkommende ønsker å framstille sine svar bedre enn det som er virkeligheten, slik at det blir et skjevt bilde av undersøkelsen.

I denne undersøkelsen har ikke respondenten noe å vinne på å ikke svare riktig, så den feilkilden kan man muligens legges til side. Et annet avvik å være oppmerksom på er at respondenten kan svare uten å ha veldig interesse av problemet i spørsmålsstillingen. Dermed kan svaret kanskje ikke være helt korrekt. Det er større mulighet for feilkilde i svar fra respondenten hvis vedkommende skal "synse" om noe. I følge Jacobsen, 2010 kan dette gjelde blant annet spørsmål om kvalitet. I dette tilfelle kan man gjøre en re – test etter 2-3 uker etter intervju, men tidsperspektivet gjør at dette ikke blir mulig i denne undersøkelsen. Samtidig har man både laget spørsmålene og gjort intervjuet slik at enkelte feilkilder i forhold til respondent kanskje ikke er aktuelt. Man bør likevel forholde seg til dette med et kritisk blikk.

7.6.2 Ekstern gyldighet

Man kan generalisere konklusjonene. Man kan med andre ord si at de konklusjoner som har kommet fram i undersøkelsen på et område som kan være avgrenset, kan være gyldig på flere lignende områder. For å muliggjøre dette må den undersøkelsen som er gjort være representativ for den sammenhengen man kan overføre den til (Jacobsen, Dag Ingvar, 2010: 20). Denne undersøkelsen burde da kunne overføres til andre av landets universitetssykehus. For å kunne generalisere burde man ha valgt en større undersøkelse som hadde inkludert mange respondenter, som for eksempel en kvantitativ undersøkelse ved å sende ut spørreskjema til et bredt utvalg. Generaliseringen kan betraktes ved å begrunne muligheten for at resultatene kan ha relevans for andre sykehus i analysen. Man kunne brukt teori og tilnærming til temaet i andre sykehus og deler av helsevesenet. I så måte kan man si den har ekstern gyldighet. Konklusjonene man kommer fram til kan ha relevans for andre universitetssykehus ved å bruke den som et grunnlag til å gå videre på. Den kan muligens være en tankevekker til helsemyndighetene når det utformes flere indikatorer for kvalitet. Det å få fram indikatorer er et arbeid som pågår kontinuerlig. Men man kan ikke si at undersøkelsen som er sterkt begrenset kan generaliseres for mer enn den teorien og de begrep som er brukt.

Undersøkelsen kan sies å være en teoretisk generalisering ved at man har mindre utvalg som man kan generalisere til et mer teoretisk nivå. Dette utvalget er plukket ut fordi respondentene i utvalget antas å ha god informasjon og kunnskap. De er med andre ord trukket ut for et spesielt formål. På bakgrunn av at det er trukket ut et mindre utvalg vil det være skjevt i forhold til populasjonen. Men med et mindre utvalg kan man enklere gå i dybden. Ifølge Jacobsen, 2010 kan man ikke være sikker på at man har et representativt utvalg med den følge at funn ikke kan bevises og dermed heller ikke generaliseres. Det kan kun sannsynliggjøres. Det er likevel mulig å generalisere ved å hente støtte i andre undersøkelser i samme type kontekst ved for eksempel å se på vitenskapelige artikler. Når det gjelder hyppighet og omfang er en kvalitativ undersøkelse svak, men sterk fra empiri til teori.

7.6.3 Pålitelighet

Hvordan man utformer spørreskjema er en kritisk faktor når det gjelder undersøkelsens pålitelighet. Utformingen av spørsmål bør være preget av teorien og forskningsspørsmål. Spørreskjema bør være generelt og ikke være preget i noen stor grad av den som har forfattet spørsmålene. Utfordringen er å stille spørsmål som er forståelige for den som skal svare. I intervjuet som ble foretatt er det gjort en forenkling av svarene for å kunne håndtere dette lettere ved å rangordne svarene fra 1 til 6. Utdyping av spørsmålet ble derfor opp til den enkelte. Denne utdypingen vil kunne være til hjelp når det gjelder analysen av funnene og konklusjonen. Det har betydning for å kunne gå mer i dybden på svaralternativet. Spørsmålene kan likevel ha blitt oppfattet ulikt fordi respondentene var ulik i forhold til profesjon og hvilken rolle eller funksjon de har på arbeidsplassen. Utdanning og arbeidserfaring kan også ha bidratt til å påvirke svarene. En annen utfordring er konteksten i forhold til intervjusituasjonen. Man kan få fram et bilde der og da av situasjonen som kanskje ville vært forskjellig om de samme spørsmålene hadde blitt stilt senere for eksempel om ½ år.

I undersøkelsen er respondentene intervjuet på sin respektive arbeidsplasser, og det ble satt av tid til å la seg intervjuet. Dette bør minimere det faktum at respondentene kan endre seg hvis de er i andre omgivelser enn de vant. Man kunne i tillegg sitte uforstyrret gjennom intervjuet. Et annet aspekt er at respondentene ble forespurt på forhånd av sin leder dermed inngir intervjusituasjonen en form for legitimitet.

Endringer kan skje hurtig innenfor sykehuset, det kan føre til andre forutsetninger. Ved dette sykehuset er det kommunisert fra øverste ledelse at endring vil være en kontinuerlig prosess. Man bør derfor ta i betraktning at de svar man har fått i undersøkelsen sier noe om nå - situasjonen og hvilken stemning den enkelte var i når intervjuet ble foretatt.

Det handler også om holdningene som den enkelte står for, men som ikke er relevant for undersøkelsen. Et annet "drawback" kan være at den enkelte vil framstå som bedre enn det som gjenspeiler seg i virkeligheten. Det er mange faktorer som kan påvirke undersøkelsens resultater og man kan vanskelig gi noen klare svar på hvordan ulik kontekst kan påvirke resultatene samtidig som man har forsøkt å formulere seg på en måte som gjør at de data som kommer fram i undersøkelsen er gyldige. Man kan selvsagt når man skal transkribere et

intervju gjøre feil underveis, men når man har råmaterialet på opptak kan andre sjekke om de konklusjonene som er trukket er riktige.

Den beste testen ifølge Jacobsen, 2010 er å triangulere. Da kontrollerer man data og konklusjoner ved å kombinere forskjellige metoder, kontekster og forskjellige personer som registrerer og analyserer data. Det er ikke en mulighet i denne undersøkelsen også fordi en kvalitativ undersøkelse er kontekstavhengig. Man vil dermed med andre ord få en konklusjon som kan være en studie av et nytt fenomen i stedet for det eksisterende fordi fenomener ikke kan kopieres.

Troverdigheten i forbindelse med denne undersøkelsen vil være et utslag av forskerens evne til refleksjon og kritisk drøfting av funn. Hvis det er en slik åpenhet i undersøkelsen kan den som ser funnene selv tenke om de metodene som er brukt er troverdig.

8.0 Datafunn fra dokumentundersøkelsene

Svar på forskningsspørsmål en ”hva er elementene i kvalitet ” er forsøkt belyst ved å foreta en dokumentanalyse av tre gjeldende dokumenter. Dokumentene regnes som pålitelige kilder. Under ser man en tabell som viser de forskjellige dokumentenes svar på hva kvalitet er.

WHO	Kunnskapssenteret	Stortingsmelding nr.10
Effektivitet	Arbeid med kvalitetsregistre - og indikatorer på nasjonalt nivå	Være virkningsfull
Efficient	Kartlegging av kvalitet og brukertilfredshet	Være trygge og sikre
Tilgjengelighet	Lokale kvalitetsforbedringsprosjekter	Involvere brukerne
Pasientsikkerhet	Styring og ledelse	Være samordnet og preget av kontinuitet

Likhet	Utdanning og utvikling av den enkeltes kunnskap og ferdigheter	Utnytte ressursene på en god måte
Trygghet	Hvordan organisere tjenesten	Tilgjengelig ressurser med rettferdig fordeling.
	Brukermedvirkning på ulike nivåer	

Tabell 1 Ulike tolkninger om kvalitet

Dokumentene har stikkord som innebærer et felles syn på hva god kvalitet er. Det sier noe om at det kvalitetsarbeidet som det satses på underbygges av WHO sin definisjon. De kvalitetsindikatorene som er opprettet så langt og som det jobbes kontinuerlig med å få laget flere som kan være målbare kan være et hjelpemiddel til å få på plass en kvalitetsforbedring. Hvis man sammenligner dokumentanalysen med empiri vil man kunne si at det kvalitetsarbeidet som gjøres er i tråd med stikkord som kommer fram her. I empiri er det spesifikt fokusert på effektivitet, ressurser og økonomi sett i forhold til kvalitet. Det vil av den grunn bli en sammenheng med dokumentanalysen.

Man kan sammenfatte begrepene i de tre dokumentene og se av figuren at arbeidet med kvalitet som Kunnskapssenteret legger opp til innbefatter begrepene i dokumentene fra WHO og Stortingsmeldingen. Mest overordnet i kvalitetsarbeidet er kanskje punktet om styring og ledelse sammen med utdanning og utvikling av den enkeltes kunnskap og ferdigheter. Dette er deler av kvalitetsarbeid som bør ligge til grunn for hele kvalitetsarbeidet. Det vil påvirke resultatene i arbeidet med de andre punktene i de to andre dokumentene.

Man ser at alle tre dokumentene har et fokus på utnyttelse av ressursene, og det kan nok være en viktig del for å ha god kvalitet. Hvordan man organiserer tjenesten man til enhver tid har tilgjengelig gir seg uttrykk i hvor god effektiviteten blir. Hvis man sammenligner med empiri kan det se ut som om den klinikken er bedre organisert i forhold til å utnytte ressursene på best mulig måte med tanke på de refleksjonene man fikk. Men samtidig blir det en tolkning av data som er usikker da det ikke er gått dypere inn i akkurat dette.

Kunnskapssenteret har lokale kvalitetsforbedringsprosjekter som en del av sin satsning. Ved å gjennomføre den type prosjekter forbedres kvalitetsarbeidet på det enkelte sykehus med den følge at pasientene kan oppleve trygghet og sikkerhet i møte med sykehuset. Involvering av

brukerne er et felles punkt hos alle tre. En måte å gjøre det på er å gjennomføre pasientundersøkelser lokalt slik som det gjøres ved St. Olavs Hospital. I denne undersøkelsen går man på detaljnivå i spørsmålene. Det kan gjøre det enklere å sette inn tiltak der det behøves og det kan være en kilde til styringsverktøy som sier noe om i hvilken retning man skal jobbe.

9.0 Analyse av spørreundersøkelsen

Kapitlet vil bestå av funn som er gjort i undersøkelsen. Funnene vil bli koblet opp mot problemstillingen og den teorien som er lagt til grunn. På grunnlag av analysen vil man kunne komme til en konklusjon eller hvordan man ser for seg veien videre.

9.1 Dataanalyse

Man vil i dette kapitlet beskrive dataene fra spørreundersøkelsen som er gjort ved å foreta intervju. Man vil kunne forklare om det er likheter og forskjeller mellom klinikkene det har blitt foretatt intervju i.

9.1.1 Gjennomføring av spørreundersøkelsen

Intervju av utvalgte profesjoner ble valgt som gjennomføring av undersøkelsen. Profesjoner som ledere, fagansvarlige, leger og sykepleiere var ønsket som respondenter i utvalget. Utvalget på 2 klinikker ble gjort med tanke på kvalitetsindikatoren re – innleggelser i sykehus. Det lå en antagelse om at den ene klinikken benevnt som klinikk 2 hadde flere re – innleggelser enn klinikken benevnt som klinikk 1. Det var opp til den enkelte klinikk å velge ut personer etter henvendelse og ønske om få til et intervju. Intervjuene i de to klinikkene ble foretatt over en tidsramme på 3 uker. 15 personer totalt ble forespurt om intervju. Av de 15 ble 2 syke ved avtalt tidspunkt. Nytt tidspunkt med disse to ble ikke avtalt. Det ble derfor 13

personer som ble intervjuet. Lengden på intervjuet som ble gjennomført var tilnærmet det samme, ca 1 time. Tidsbegrepet på 3 uker er man av den formening er holdbar med tanke på pålitelighet. Man kan dessuten anta at kvalitet på tjenestetilbudet er noe det er kontinuerlig fokus på. Kvalitetsfokus har i hvert fall blitt tydelig kommunisert fra sykehusets direktør.

Svarene kunne kanskje blitt forskjellige hvis et annet tidspunkt ble valgt. Respondentene fikk liten mulighet til å tenke seg lenge om før de svarte eller på noen måte overveie eller endre svar når spørsmålet ble stilt. De fikk alle en kort versjon av hva undersøkelsen dreide seg om og muligheten til å lese spørsmålet samtidig med at det ble stilt. De fikk utdelt spørreskjemaet idet intervjuet startet slik at de kunne både høre spørsmålet og lese selv. Dette ble gjort for å unngå misforståelser eller misoppfatning av spørsmålet. Når intervjuet var ferdig hadde de ingen flere muligheter til å påvirke svarene sine. Det ble samtidig gjort opptak av intervjuet. Man kan derfor si at man fikk et øyeblikksbilde med tanke på den situasjonen og det ståsted de var i der og da. Men de hadde muligheten til å reflektere over sine svar, det lot jeg være opp til den enkelte respondent.

Flere faktorer kunne teoretisk påvirke svarene som for eksempel konsentrasjon, hvilke arbeidsoppgaver de forlot når de gikk til intervju og hvilke de skulle tilbake til.

Som diskutert i kapittel 5.4.3 er det mange faktorer som spiller en rolle. En annen faktor som kunne spille en rolle var hvilke pasienter som lå i avdelingen på det tidspunktet. Det er grunn til å tro at det kunne påvirke svarene til noen av respondentene. Man kan stille spørsmålstegn ved om utvalget er representativt, og om man skulle ha utført en mer omfattende undersøkelse. Men med den tiden man har til rådighet og formen på undersøkelsen som ble valgt ble ikke det en mulighet.

Formuleringen på noen av spørsmålene erfarte man kunne være vanskelig å forstå for noen. Samtidig er det vanskelig å forklare en forståelse av spørsmålet uten at intervjuer påvirket respondenten til å tenke på samme måte. Det vil kunne påvirke reliabiliteten på undersøkelsen hvis respondenten ble farget av intervjuers meninger. Utvalget preges av at det ble flere intervjuer fra en profesjon enn fra en annen. Det kan være med på å prege utfallet av undersøkelsen. En årsak til hvorfor det ble slik kan være tidsperspektivet. Man vil kanskje

ikke bruke verdifull tid fra andre arbeidsoppgaver man syns er viktigere for å møte til intervju. Det kan jo være en årsak selv om klinikkene selv fikk bestemme tid for intervju. Det hadde kanskje vært enklere å svare på en spørreundersøkelse via data med en svarfrist hvor man kunne bestemt helt selv. Da kunne man ha fått et større utvalg, men svarprosenten ville være mer usikker. Men det hadde muligens gjort det enklere å svare.

I intervjusituasjonen forsøker man som intervjuer å opptre mest mulig objektiv og nøytral for ikke å påvirke respondenten. Samtidig vil den som intervjuer ha sin egen stil, kan improvisere underveis om nødvendig og følge opp fornemmelser. Dette for å kunne ha bedre betingelser under intervjuet. ”En for sterk fokusering på reliabilitet kan motvirke kreativ tenkning og variasjon”. (Kvale, Steinar og Brink, Svend, det kvalitative forskningsintervju, 2.utgave, 3.opplag, 2012).

Skjevheten i antall profesjoner kan medføre at resultatet av undersøkelsen vil kunne bli for ensidig. Samtidig vil svarene vise at det var like meninger selv om profesjonene var forskjellige. Utvalget av respondenter har man til en viss grad ikke vært i stand til å påvirke, bortsett fra ønske om profesjoner. I forespørselen om intervju ble det opp til den enkelte klinikk å plukke ut respondenter på bakgrunn av ønsket om forskjellige profesjoner. Ønsket om hvilke profesjoner man ønsket har sin bakgrunn i en antagelse om at man kanskje ville få mer variasjon i svarene på den måten.

9.1.2 Data fra spørreundersøkelsen

Jeg vil først presentere en oversikt over svarene den enkelte respondent ga i klinikk 1 og klinikk 2. Der hvor det ikke er angitt en tallverdi, men en strek kunne ikke respondenten angi noe tall.

Deretter presenterer jeg undersøkelsen med tanke på kategoriene i spørsmålsstillingen. Denne oversikten er delt inn i 4 kategorier. Spørsmål 1 – 5 omhandler kvalitet, spørsmål 6 – 7 tar for seg re – innleggelser sett i forhold til kvalitet, spørsmål 8 – 12 er fokus på kvalitet i forhold til effektivitet og ressurser. Spørsmål 13 – 17 handler det om effektivitet, ressurser og budsjettbalanse har påvirkning på kvaliteten på tjenestetilbudet. Jeg har valgt å sette spørsmål 18 i en egen kategori fordi det handler om respondentene tror at pasientene er opptatt av kvaliteten på tjenestetilbudet. Jeg velger å kommentere svarkategoriene under hver tabell fordi jeg synes at det gir en bedre oversikt.

Klinikk 1

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Spørsmål 1	6	6	6	6	5	6
Spørsmål 2	5	6	6	6	5	6
Spørsmål 3	5	6	6	6	5-6	6
Spørsmål 4	4	5	6	4	4	-
Spørsmål 5	6	6	6	6	6	6
Spørsmål 6	2	2	1	2	2	-
Spørsmål 7	4	1	6	4	5	5
Spørsmål 8	5	2	-	-	5	-
Spørsmål 9	5	2	2	-	2	3
Spørsmål 10	6	6	6	-	5	6
Spørsmål 11	6	6	6	5	5	5
Spørsmål 12	5	1	6	-	-	-
Spørsmål 13	6	6	6	5	3	5
Spørsmål 14	6	6	6	-	5	5
Spørsmål 15	4	-	6	-	3	4
Spørsmål 16	5	-	6	-	4	2
Spørsmål 17	5	-	5	2	-	-
Spørsmål 18	6	-	6	5	5	6

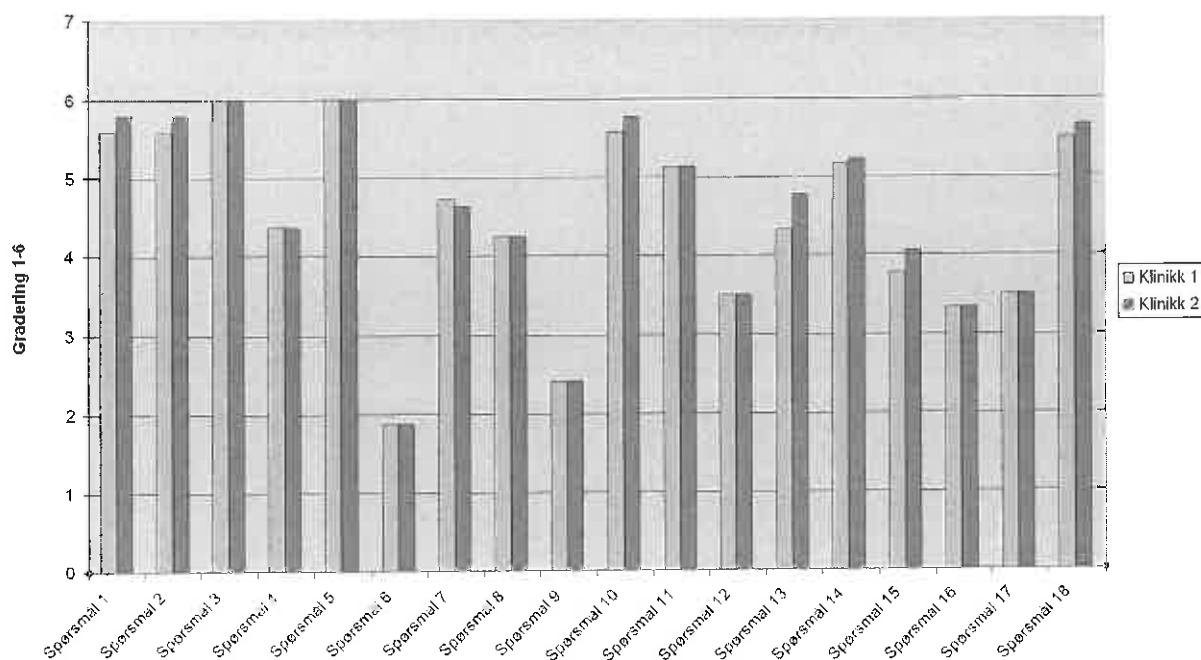
Tabell 2 Svar fra intervju klinikk 1

Klinikk 2

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6	Respondent 7
Spørsmål 1	3-4	5	6	5	5	5	6
Spørsmål 2	3-4	5	4	4	6	4	5
Spørsmål 3	4	-	5	6	5	4	6
Spørsmål 4	5	4	6	5	3	5	4
Spørsmål 5	5	4	6	6	6	5	5
Spørsmål 6	6	-	2-3	4	1	2	2
Spørsmål 7	4-5	5	-	6	6	5	-
Spørsmål 8	5	6	6	3	5	6	4
Spørsmål 9	5	4	6	3	4	5	2
Spørsmål 10	-	5	6	4	6	5	-
Spørsmål 11	5	4	4	5	6	4	-
Spørsmål 12	4	-	5	4	-	3	-
Spørsmål 13	-	3	5	4	2	4	3
Spørsmål 14	3-4	5	6	6	6	4	-
Spørsmål 15	-	2-3	6	4	6	4	-
Spørsmål 16	3	2	5	-	2	4	-
Spørsmål 17	-	2	4	-	1	2	-
Spørsmål 18	-	5	5-6	4	6	6	5-6

Tabell 3 Svar fra intervju klinikk 2

Svar intervju klinikk 1 og 2



Figur 4 Sammenlikning svar fra klinikk 1 og 2

9.2 Funnene sett i forhold til problemstillingen

I denne delen vil funnene bli drøftet i forhold til problemstillingen. Her vil man forsøke å komme fram til fortolkninger som kan knyttes opp mot det teoretiske rammeverket som ligger til grunn for forskningsspørsmål 2 "Har krav om effektivitet og budsjettbalanse påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet." Jeg har valgt å dele kapitlet inn i deler av problemstillingen fordi det faller naturlig i forhold til hvordan spørsmålene er formulert og rekkefølgen av spørsmålene.

9.2.1 Krav om effektivitet sett i forhold til kvalitet

Er det mulighet for at de funn som er gjort kan gi noen svar på spørsmålsstillingen som er reist. Hva den enkelte respondent legger til grunn for innholdet i begrepet effektivitet gir seg utslag i hvilken tallkode respondentene velger å svare med. Hvis forsker hadde spesifisert innholdet i begrepet effektivitet eller effektivisering i de spørsmål som omhandler dette ville man muligens fått andre svar. Hvis det hadde vært tilfelle ville svaret fra respondenten blitt

styrt i den retningen som forskeren ville. Denne indirekte påvirkningen forsøker man å unngå.

Man lager heller så åpne spørsmål man kan for ikke å påvirke undersøkelsens retning og dermed dens troverdighet. Undersøkelsen viser at respondenten likevel reflekterer over begrepet i retning av den teorien som er lagt til grunn. Samtlige respondenter ga en score på stor eller i svært stor grad på spørsmålet om leder har fokus på effektivitet. Men hva legger de til grunn for svaret sitt. Man ser at svarene blir mer sprikende når man spør om effektiviteten påvirker kvaliteten på tilbudet. I den ene klinikken svarer en overvekt i stor eller svært stor grad. Mens man i den andre klinikken har mer spredning i svarene på fra liten grad til svært stor grad med en spredning fra 2 til 5. Spredning av svar kan tillegges den samme tolkningen her at det er innholdet i begrepet effektivitet som kan bli forskjellig hos den enkelte respondent.

Hvis jeg ser i transkripsjonen av svarene på refleksjonen de har delt i forhold til valgt tallverdi er det stikkors som hurtighet i arbeidet, faglig kvalitet, ivareta samfunnets midler best mulig sett fra et pasientperspektiv og ressursbruk.

Flere av respondentene ga uttrykk for at det nødvendigvis ikke er noen motsetning mellom effektivitet og god kvalitet på tjenestetilbudet. Det handler mer om hvordan arbeidet blir tilrettelagt og hvordan ressursene utnyttes i forhold til effektiviteten. I begrepet ressurser tenker man både på menneskelig kapital og det utstyret som sykehuset til enhver tid har i bruk. I klinikk 1 viser svarene at det kan være større enighet i dette prinsippet om at det ikke er noen motsetning. Mens respondentene i klinikk 2 viser større variasjon. Man kan tolke det i den retning at hva som er effektivitet for å oppnå god kvalitet i den ene klinikken prioriteres i forhold til oppgavefordeling og bruk av ressurser. Mens den andre klinikken har andre prioriteringer den fokuserer på for å oppnå god kvalitet på tjenestetilbudet. I denne klinikken er det større fokus på dokumentasjon av tjenestetilbudet det fokuseres sterkest på ifølge respondentene. I en arbeidsprosess vil fokus endre seg i forhold til hva som er sterkest akkurat da. Hadde intervjuet blitt gjort et ½ år etterpå ville fokuset ha vært et annet fordi klinikken kanskje hadde nådd de mål de satte seg da intervjuet ble utført.

9.2.2 krav til økonomisk budsjettbalanse i forhold til kvalitet

Kan funn som er gjort i intervjuet si noe om økonomi har betydning for kvaliteten på tjenestetilbudet. I spørsmål som omhandler økonomi og budsjettbalanse er det forsøkt å finne svar på om dette har betydning på kvaliteten i det daglige arbeidet, eller har det bare fokus i forbindelse med planlegging av de årlige budsjettene. Forventningen i forhold til spørsmålet er om det er forskjell i klinikkene eller om det er forskjell på profesjonene. Man kan forestille seg at sykehusets klinikker har et valg i forhold til kvalitet hvis man skal være økonomisk effektiv. Tenker man økonomi i forhold til effektivitet forestiller man seg at budsjettet holdes, og at aktiviteten som utføres holder seg innefor de rammer den enkelte klinikk har til rådighet. Det kan lede til at en prioritering som blir gjort i forhold til tjenestetilbudet gjør at man må prioritere bort noe annet.

Hva som er god kvalitet handler også om hva profesjonene har som oppfatning at det innebærer mens pasientene i motsetning til profesjonene har en annen mening om hva kvalitet innebærer. I den ene klinikken varierer svarene fra liten grad til i svært stor grad. Det ser ikke ut til å være profesjonsavhengig, men 2 av 7 har svart i liten grad mens de andre har svart i svært stor grad. En er tvilende på 3. Det kan kanskje bety at krav om å holde budsjettet fører til at tilbud som profesjonene mener høyner kvaliteten ikke kan skaffes eller bli tatt i bruk.

Det er en antagelse i New Public Management at ledere er opptatt av økonomi og blir målt på økonomiske krav. Svar fra respondentene tyder på at det er stor variasjon her. Av 13 respondenter er det 7 som velger å sette en score på spørsmålet om leder har fokus på økonomi i forhold til kvalitet på tjenestetilbudet. Med andre ord er det 5 som synes det er vanskelig å score dette spørsmålet. De 7 som har svart scorer fra i liten grad til i svært stor grad med en overvekt av i stor grad. Der hvor det er scoret høyest på at leder har stor fokus på økonomi sier de som har scoret i sine kommentarer at det er en av leders oppgaver å ha dette fokuset. Og at det er leders ansvar og utnytte ressursene slik at kvaliteten er god i forhold til den rammen man har fått tildelt. I klinikk 1 har tre valgt å ikke svare på spørsmålet. Årsaken til det kan være fordi de ikke vet så mye om det eller at sammenhengen mellom kvalitet og økonomi ikke er signalisert ut til de ansatte. Det kan være annet fokus i det daglige arbeidet. Kun to i klinikk 1 og tre i klinikk 2 mener lederen har fokus på dette. Men det er slik at flertallet mener at økonomi har påvirkning på kvaliteten. Det kan tolkes dit hen at lederne er gode på å håndtere det økonomiske perspektivet. Det er liten variasjon i score på om

økonomi har påvirkning på kvaliteten. Respondentene svarer på begge klinikkene at økonomi påvirker i stor grad. Det kommenteres med innkjøp av utstyr og hvordan utstyr og menneskelige ressurser blir utnyttet.

Det er større variasjon på om det oppleves økt press på økonomisk effektivitet og balanse i budsjettet. I klinikk 1 har 4 av 6 svart fra liten grad til svært stor grad. Her er det muligens forskjell på hvilken profesjon som har svart. En sykepleier opplever kanskje ikke dette i lik stor grad som en leder med økonomisk ansvar. Klinikk 2 er mer lik i sine svar av de fem som har satt score. Det oppleves av 3 av 5 i liten grad. Det kan bety at det er mindre fokus på problemstillingen i denne klinikken.

Om presset på effektivitet og budsjett - balanse har endret seg de siste 5 år svarer de fleste i liten grad. Respondentene som har svart i stor grad gir uttrykk for at det har endret seg i den forstand at det har blitt mer fokus på temaet. Utover dette kan det se ut som om det ikke er den store endringen. Innenfor dette spørsmålet kan det også være forskjell på om man er leder med ansvar for økonomi eller om man ikke er så opptatt av det som sykepleier eller lege.

Sykehusets direktør har i allmøter gitt uttrykk for at god økonomi og budsjettbalanse er to av kravene sykehuset må jobbe mot å oppnå. I 2014 har direktøren i møter og i sin blogg gitt klart uttrykk for at kvalitet på tjenestetilbudet er et mål, og at det er forskjellige måter å komme til målet på. Senest i et nylig intervju gir direktøren uttrykk for at driften skal videreutvikles ved å se på om kvaliteten på tjenestetilbudet kan bedres ved bedre utnyttelse av bygningsmassen og flytting av funksjoner. Og det er satt i gang en utredning med fokus på dette. Ledere vil måtte forholde seg til spørsmålet om økonomi og budsjettbalanse i større grad, mens de andre profesjonene kanskje har mer fokus på å gi god behandling direkte til pasienten.

9.2.3 Kvalitet på tjenestetilbudet

Spørsmålene 1 til 5 omhandler variabelen kvalitet sammen med spørsmål 18.

Når man leser svaralternativene på spørsmålene er det stort sett enighet om at kvalitet blir prioritert på begge klinikkene. Det er spørsmålet om prioritering av kvalitet skyldes nasjonale

føringer som har størst variasjon i klinikk 2. En respondent er usikker på om kvalitet blir godt nok prioritert i klinikk 2. Svarene spriker kanskje litt i og med at vedkommende svarte at det i stor grad er kvalitetsforbedring. Men utover svar fra denne respondenten synes det å være enighet om at kvalitet er prioritert i stor eller svært stor grad. Når det gjelder spørsmål 18 om de tror at pasienten tenker på kvaliteten på behandlingstilbudet er det liten variasjon i svarene.

Alle er av den oppfatning at pasienten er opptatt av dette i stor eller svært stor grad.

Det vil si at på dette spørsmålet er et deskriptiv statistisk mål. Ved at det er brukt svaralternativer fra 1-6 i det enkelte spørsmål er det rangordnet. Når det gjelder spørsmålene 1-5 sammen med 18 er svaralternativet i modus fordi respondentenes flertall har krysset av for det samme svaralternativet.

Problemstillingen er ” har krav om effektivitet og budsjettbalanse påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet?” Svaralternativene på spørsmål som omhandler kvalitet er såpass entydige og med liten variasjon at man kan være enig om at kvaliteten på tjenestetilbudet er profesjonene opptatt av. Utfordringen er hvordan dette synliggjøres overfor pasientene. Kommentarene kan tyde på at klinikkene har forskjellig ståsted når det gjelder hva som prioriteres og hvordan men jobber mot det mål den enkelte klinikk har satt, og hvor synlig er og tydelig er ledelsen for å komme til målet. Noen få av respondentene visste ikke om nasjonale retningslinjer eller kvalitetsindikatorer. Men med de svar som er gitt i undersøkelsen kan de likevel sies å være opptatt av kvaliteten. Kan prioritering i forhold til hva som er god kvalitet være profesjonsavhengig. I dette materialet er det for få respondenter til å si noe eksakt om akkurat dette.

Kvalitet klinikk 1

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Spørsmål 1	6	6	6	6	5	6
Spørsmål 2	5	6	6	6	5	6
Spørsmål 3	5	6	6	6	5-6	6
Spørsmål 4	4	5	6	4	4	-
Spørsmål 5	6	6	6	6	6	6

Tabell 4 Svar fra intervju klinikk 1 om kvalitet

Kvalitet klinikk 2

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6	Respondent 7
Spørsmål 1	3-4	5	6	5	5	5	6
Spørsmål 2	3-4	5	4	4	6	4	5
Spørsmål 3	4	-	5	6	5	4	6
Spørsmål 4	5	4	6	5	3	5	4
Spørsmål 5	5	4	6	6	6	5	5

Tabell 5 Svar fra intervju klinikk 2 om kvalitet

Både i klinikk 1 og klinikk 2 er det score på i stor grad i forhold til fokus på kvalitet. Det kan tyde på at det er rettet stor oppmerksomhet mot kvalitet på tilbudet de tilbyr pasientene i begge klinikkene. En av respondentene i klinikk 2 synes å være av den formening at fokus på kvalitet er verken liten eller stor grad. Det kan kanskje forklares med at vedkommende har et annet fokus i sitt daglige arbeid uten å tenke spesifikt på kvalitet. Men et behøver ikke bety at kvaliteten på arbeidet som utføres ikke er godt nok. En score hos de fleste på i stor grad er kanskje ingen overraskelse i og med at det er profesjoner med forholdsvis høye krav til sin yrkesutøvelse, og det å ville pasientens beste. Jeg tolker svarene som at de fleste respondentene er enig om at kvalitet på tjenestetilbudet er en viktig del av tjenestetilbudet til pasientene.

9.2.4 Er pasientene opptatt av kvalitet

På spørsmålet om pasientene er opptatt av kvalitet på behandlingstilbudet svarer 11 av 13 respondenter at det tror de i stor grad eller svært stor grad. 2 valgte å ikke tallfeste svaret sitt fordi de mente at det er vanskelig å svare på hva andre tror. Men i pasienttilfredshetsundersøkelser framkommer det at pasientene er opptatt av kvalitet. Siden det gjennomføres slike undersøkelser på landsbasis har jeg valgt å ikke ha med pasientens perspektiv i denne undersøkelsen. Skulle man ha foretatt en undersøkelse av pasientperspektivet ville det vært en helt egen spørreundersøkelse. Når det jevnlig gjennomføres denne type undersøkelser både nasjonalt og ved St. Olavs Hospital

kan man se på disse brukerundersøkelsene for å få det perspektivet.

Refleksjonen til respondentene gjenspeilet at det kanskje forventes at et universitetssykehus har nok ressurser og er effektive i møte med den enkelte pasient. Det blir kanskje sett på som en selvfølge av pasientene at tilbudet er av god kvalitet. Tidligere undersøkelser har vist at pasienten er mer opptatt av møtet med enkeltmennesket i kraft av profesjonen enn hvordan utstyret og ressursene er. Et eksempel er å bli møtt med høflighet og bli sett som menneske, og ikke bare å se sykdommen eller de symptomene pasienten har.

Den siste undersøkelsen er det kommet svar på. Den ble utført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Under er en sammenfatning av undersøkelsen, men man kan se på det enkelte sykehus i rapportene.

”Tilfredse pasienter

Sykehusene i Helse Midt-Norge har forbedret sitt møte med pasientene det siste året og har flere tilfredse pasienter sammenlignet med landsgjennomsnittet. Det viser en nasjonal undersøkelse gjort av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som har spurt om pasienters erfaring med sykehusopphold i 2013.

Spesielt er pasientene fornøyd med pasientsikkerheten ved sykehusene i regionen.

Resultatet viser også at pleiepersonell og leger i Helse Midt-Norge gjør seg forstått og viser omsorg for den enkelte pasienten.

Pasientene opplever i stor grad at personellet er faglig dyktig, men undersøkelsen gir også et signal om at legene ikke har tid nok når pasientene trenger det og at pårørende ønsker å bli bedre ivaretatt.

Det har også vært en forbedring i ventetid siden 2012, men pasientene i Helse Midt-Norge er mindre tilfredse med ventetiden i regionen sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Undersøkelsen gjennomføres årlig og ble sist gjennomført i 2013 som en nasjonal spørreskjemaundersøkelse blant voksne pasienter (16 år og eldre) som hadde et opphold på sengeposter ved norske somatiske sykehus. Undersøkelsen ble gjennomført i tidsperioden september til desember 2013. Oppdragsgiver for undersøkelsen er Helsedirektoratet”.
(Klipp fra nyhetssiden til Helse Midt-Norge.)

Pasientopplevd kvalitet klinikk 1

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Spørsmål 18	6	-	6	5	5	6

Tabell 6 Svar fra intervju klinikk 1 om pasientopplevd kvalitet

Pasientopplevd kvalitet klinikk 2

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6	Respondent 7
Spørsmål 18	-	5	5-6	4	6	6	5-6

Tabell 7 Svar fra intervju klinikk 2 om pasientopplevd kvalitet

Når det gjelder spørsmålet om pasientene var opptatt av kvaliteten på tjenestetilbudet mener 10 av 13 at de er det i stor grad. 3 velger å ikke tallfeste fordi de vanskelig kan vite hva pasientene tenker om dette.

De datafunn som er gjort har kommet fra kilder som antas å ha god kunnskap om emnet, samtidig vil respondentene ha en nærhet til tematikken i spørsmålene. Av den grunn vil man kunne si at undersøkelsen anses for å være pålitelig. I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å svare med tall fra 1 til 6 hvor 1 er i svært liten grad og 6 er i svært stor grad. Man kan da få et mer ensartet utgangspunkt for å kunne sammenligne svarene.

I undersøkelsen var det forskjellig reaksjon fra respondentene, de fleste gangene svarte de med tall uten å reflektere. Andre spørsmål følte de behov for å reflektere over eller utdype svaret uten at intervjuer oppfordret til dette. Ifølge Jacobsen kan den informasjonen som kommer uoppfordret fra respondenten bli tillagt større gyldighet. Med uoppfordret informasjon kom muligheten for intervjuer til å følge opp fornemmelser underveis, noe som

kan være til hjelp ved sammenligning av empiri og teori. Liten spredning i en del av svarene viste seg å være et typisk trekk, mens det var spredning i noen. I ytterste konsekvens ble det unnlatt å gi svar med tall, men man fikk likevel en refleksjon rundt spørsmålet. I den ene klinikken var det 3 som valgte å ikke angi tallkode på flere spørsmål. Den ene på sju av spørsmålene, mens de to andre valgte det på henholdsvis fem og fire alternativ. Den ene respondenten valgte å avstå på forskjellige spørsmål, mens den som valgte bort flest valgte dette på spørsmål som omhandlet ressurser, økonomi og økonomisk effektivitet i forhold til kvalitet, se tabell 2.

Økonomi og kvalitet kan det være vanskelig å svare på hvis interessen din ikke er på det feltet.

I klinikk 2 var det derimot få spørsmål som ikke ble tallfestet. Respondentene i denne klinikken tilhørte samme type profesjoner som klinikk 1. I klinikk 2 var det i utgangspunktet to som valgte å ikke tallfeste svaret flest ganger. Den ene respondenten valgte bort spørsmål om leders fokus på ressurser, effektivitet og økonomi. Hvis man skulle tolke det i en retning var kanskje vedkommende uenig med sin leders prioriteringer i så måte eller kanskje det var vanskelig å uttale seg om en annens prioriteringer. Det kan også være noe med intervju situasjonen i og med at intervjuer er godt orientert om hvem som er leder for vedkommende.

Den andre respondenten som valgte bort tall i svaret ser man gjelder de samme spørsmålene selv om de to hadde forskjellig profesjoner. Man har sett spesifikt på spørsmålet om re – innleggelser siden det er en av de nasjonale kvalitetsindikatorene. Kan spørsmålene om dette knyttes til kvalitet på tjenestetilbudet eller skyldes det andre faktorer. Som man vil se av figur 6 framkom det at klinikk 1 og klinikk 2 var rimelig samstemte på dette. Med andre ord liten variasjon. Med bakgrunn i utdypingen av svaret på dette er de av den oppfatning at antall re – innleggelser skyldes andre faktorer. Det kan være rimelig å anta at dette kan generaliseres til resten av sykehuset i og med at det er såpass liten variasjon på akkurat dette.

Når man gjorde utvalg av klinikker ble det valgt en med antatt få reinnleggelser og en med antatt flere. På bakgrunn av det var det en antagelse om at man ville svare forskjellig. Men sånn ble det ikke.

Hvis man ser på svarene i begge klinikker som helhet uten å gå inn i de enkelte svarene ser

man at begge klinikker i stor eller svært stor grad har fokus på kvalitet på tjenestetilbudet. Mulig at dette bør tale for seg selv på et universitetssykehus, men det er likevel ingen selvfølge. Begge klinikker svarte også at fokus på kvalitet i stor grad skyldes nasjonale føringer. I flere av de andre spørsmålene gir nok forståelsen av hva som ligger i spørsmålet utslag på hvordan de venter tallet. Men refleksjonen rundt valg av svaralternativ kunne være forskjellig med samme tall.

Man fikk som intervjuer forståelse av at noen spørsmål var vanskelige å svare på eller at de synes at noen var for like. Det kan selvsagt ha med formuleringen av spørsmålet å gjøre, og man ser at man kunne ha testet spørsmålene på noen andre først for å justere. Det er mulig de var for lite spesifikke, men samtidig er det vanskelig å formulere spørsmål slik at de ikke preges av den som forsker. Man kan da få fram det som forskeren ønsker skal være svaret på funnet noe som kan føre til at undersøkelsen ikke blir helt troverdig. Man finner det man ønsker i dataene uten å sette et kritisk blikk på funnene.

9.3 Tolkning av funnene

I dette kapitlet vil svarene bli knyttet opp mot teorien som er lagt til grunn for oppgaven. Kan teorien New Public Management utdype noen av de funn som er gjort i undersøkelsen. Vesentlige trekk i teorien er lederfokus, effektivitet og kontroll av resultater.

9.3.1 Organisasjonens rolle

Ser man på New Public Management heretter benevnt NPM, som hevder at man skal se på organisasjonen og organisering som et vesentlig aspekt., kan man knytte det mot hvordan sykehuset som organisasjon velger å utvikle sine tjenester og sette seg mål. Hvis det er sånn at politikere skal bestemme retning ved å regjere blir sykehuset som organisasjon kanskje prisgitt bestillingene fra politikerne og får i mindre grad bestemme selv hvordan man skal nå målet. Hvis man ikke når det målet som myndighetene har satt, må man kanskje kjøpe dyre tjenester i det private helsemarkedet. Hvis tjenestetilbudet i det offentlige sykehuset på en måte forringes fordi man ikke når målet kan organisasjonens kvalitet være god likevel eller er den dårligere. I følge NPM holdes lederne ansvarlig for resultater og for å sette spesifikke mål

for virksomhetens kvalitet.

Er ledere i privat helsetjeneste bedre til dette enn ledere som arbeider i offentlige sykehus?

En mulighet kan være at ledelse er avhengig av hvilken profesjon vedkommende i utgangspunktet er utdannet til. Hvis man er avhengig av yrkesbakgrunn, utdanning og erfaring for å bli en leder som sykehuset har mest nytte av, kan man da si hevde at kvaliteten på tilbudet er avhengig av lederens erfaringsbakgrunn.

Hvis man ser på funnene i undersøkelsen i forhold til spørsmålene som direkte omhandler kvalitet vil man se at det er like score blant et flertall av respondentene om at alle er opptatt av kvalitet på tjenestetilbudet i stor eller svært stor grad. Hvordan lederne organiserer ressursene i sin klinikk er kanskje det vesentlige for å oppnå målet om god kvalitet.

I den ene klinikken var det flere av respondentene som ga uttrykk for at det nødvendigvis ikke var noen motsetninger mellom kvalitet og effektivitet. Bakgrunn for denne uttalelsen hevdet de hadde en sammenheng med hvordan ressursene ble brukt og hvordan organiseringen av arbeidet var. Lederne var opptatt av at man skulle utnytte ressursene på best mulig måte, slik at pasientene fikk det tjenestetilbudet de hadde krav på. De så på hele klinikken og ikke bare de delene den besto av. De så det som vesentlig å utnytte den kapasiteten som fantes best mulig.

Det handlet om å utnytte ressurser på tvers av det som var naturlig. Med tanke på det som ble uttrykt under intervjuet virket det som at tankegangen gjenspeilet hele organisasjonen. I den andre klinikken reflekterte de lite over denne problemstillingen, de var mest opptatt av å organisere oppgavene slik de mente de kom til målet.

Hver del i klinikken arbeidet på den måten de syntes egnet seg best i forhold til måloppnåelse. De utnyttet ikke ressursene på tvers av enhetene i klinikken, men man kan tolke de utsagn de kom med at de var mer spesialisert innenfor de enhetene de var på til daglig. Man skulle tro at dette ikke skal være til hinder for kvaliteten snarere det motsatte. Men effektiviseringen av tjenestetilbudet kunne man tenke seg hadde et forbedrings – potensial. St. Olavs Hospital er et helt nytt sykehus, og hvordan det har blitt bygd har tvunget fram ny tenkning i forhold til organisering av den enkelte klinikk.

En av tankene i New Public Management handler om organisering og ansvarliggjøring av ledere på de enkelte nivå. Samhandling innenfor den enkelte klinikk og på tvers av klinikker vil kanskje være en vesentlig del for å lykkes. Innenfor denne sekkebenevnelsen er lederaspektet hvor etablering av team - ledelse og strategisk ledelse er en del av det

(Modernisering av offentlig sektor: 54). Det er en utfordring å lede en klinikk som består av profesjoner med sterke meninger.

9.3.2 Kvalitet sett i forhold til effektivisering og økonomi

Påvirkes kvaliteten av kravet om økonomi og budsjettbalanse. En av retningene innenfor NPM er at økonomien i det offentlige skulle få bedre styring. Dermed fikk man sykehusreformen med helseforetak og St. Olavs Hospital er ett av helseforetakene. Et av målene er bedre økonomistyring, i det ligger blant annet at budsjettet bør være i balanse. Man bør ha god kontroll i forhold til det eksisterende budsjettet. Det opprettes systemer for å kunne ha denne kontrollen. Det er helt på linje med NPM - tankegangen. For å ha et tidsperspektiv som man kan anta at respondentene ville huske ble det i spørsmål 17 spurt om fokus på økonomisk effektivitet og budsjettbalanse har endret seg siste 5 år. 4 av 13 svarte i liten grad, med den begrunnelse at det var større fokus før.

En av respondentene visste ikke så mye om det, noe som kan tyde på at fokuset er mindre nå enn før. Man kan kanskje tenke seg at systemene for å takle dette er gode nok og at det derfor ikke er et tema. Av de 3 som svarte i stor grad ble det ikke gitt noen begrunnelse for svaralternativet. Så om presset har endret seg er det kanskje like vel ikke det store fokuset i det daglige. Det kan være mulig at de økonomiske målene fungerer.

Fokuset på effektivisering og kostnadseffektivitet er ikke så framtrødende på dette nivået som hypotesen om dette skulle tilsi. Om det ikke har vært en endring de siste 5 år oppleves det likevel press i forhold til dette? Svar fra 4 av 13 opplever det i stor grad mens 3 opplever det i liten grad. Hva slags forskjell er det de legger til grunn for sine svar. Det oppleves forskjellig alt etter hvilket nivå i klinikken man er på.

Om det oppleves press på økonomien går så dette utover kvaliteten. I den grad det skulle være færre av den menneskelige ressursen tilstede for pasienten kan det gå utover kvaliteten. Men om det oppleves press på økonomi synes det ikke som kvaliteten blir dårligere. Økonomien håndteres av systemet, mens den enkelte sørger for at det er god kvalitet på tilbudet.

NPM har fokus på leders ansvar for blant annet økonomi og det å sette seg mål for virksomheten, og bli målt på resultater. Det er naturlig at svaralternativet på om leder har fokus på økonomi i forhold til kvalitet er i stor grad. Det er en av de som oppga svaralternativ som mente det var i liten grad. Det ble sett på som positivt at leder har fokus på økonomi og man kan si at det lå en forventning om at det var slik. Kanskje det oppleves som greit for det første at det er en trygghet i det at andre har kontroll, for det andre er det ikke nødvendig å

tenke på for medarbeidere med mindre man på et eller annet vis blir konfrontert med økonomien.

Økonomi og budsjettbalanse klinikk 1

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Spørsmål 9	5	2	2	-	2	3
Spørsmål 12	5	1	6	-	-	-
Spørsmål 15	4	-	6	-	3	4
Spørsmål 16	5	-	6	-	4	2
Spørsmål 17	5	-	5	2	-	-

Tabell 8 Svar fra intervju klinikk 1 om økonomi og budsjettbalanse

Økonomi og budsjettbalanse klinikk 2

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6	Respondent 7
Spørsmål 9	5	4	6	3	4	5	2
Spørsmål 12	4	-	5	4	-	3	-
Spørsmål 15	-	2-3	6	4	6	4	-
Spørsmål 16	3	2	5	-	2	4	-
Spørsmål 17	-	2	4	-	1	2	-

Tabell 9 Svar fra intervju klinikk 2 om økonomi og budsjettbalanse

I den siste delen av spørsmålene er det fokus på om respondentene mener kvalitet har påvirkning i forhold til effektivitet, ressurser og økonomi. Hvor stort er presset på budsjettbalanse og på om det har endret seg siste år. Når det gjelder egne standpunkter mener 8 av 13 respondenter at effektivitet har en påvirkning på kvaliteten i stor grad. En mener i liten grad, mens en er verken eller. Når det gjelder ressurser og om det påvirker kvaliteten i stor grad mener 11 at det er riktig. Det kan muligens sees i sammenheng med antallet som er på jobb til enhver tid av tilgjengelige ressurser. 7 av 12 mener at økonomi har påvirkning på

kvalitet i stor eller svært stor grad. Når jeg ser på kommentarer i forhold til svaralternativer handler det om innleie av ressurser ved fravær, og hvilken arbeidsbelastning det er i forhold til oppgaver som skal utføres. To av respondentene er usikre. Når det kommer til spørsmålet om det er økt press på effektivitet og budsjettbalanse varierer svarene mer. 4 av de som angir svar mener at det stemmer i liten grad, mens 5 mener det stemmer i stor grad. Når det gjelder spørsmål om dette har forandret seg siste 5 år velger 3 å svare i stor grad mens 4 svarer i liten grad, og 6 velger å ikke svare. Med tanke på kommentarene jeg fikk husket ikke alle om det var tilfelle og synes det var vanskelig å svare. Mens andre kommenterte med at det hadde blitt bedre, med andre ord at presset ikke opplevdes så stort lenger, men at det det er en selvfølge at budsjettet skal være i balanse.

9.3.3 Effektivitet og kvalitet

I dokumentanalysen ble effektivitet innenfor begrepet helse definert som at det tilbys tjenester som er evidensbasert og tilpasset befolkningen og den enkeltes behov. På sykehus er det meste av tjenestene evidensbasert, det drives kontinuerlig forskning i stor grad. Og nye behandlingsmetoder blir tatt i bruk. Tenker man som NPM kan man si at effektivitet handler om bruken av ressurser og ressursinnsats, og ikke så mye fokus på den enkeltes behov. Her er det kanskje mer en dreining mot økonomisk effektivitet. Effektivitet kan også defineres som forholdet mellom produksjonsverdi og ressursinnsats.(Busch et al., 2009). Men her hevdes det at det er vanskelig å beregne effektivitet i offentlig virksomhet som ikke selger sine tjenester på et marked.

Respondentene fikk spørsmål om lederen hadde fokus på effektivitet. 12 av 13 svarte at leder hadde det i stor eller svært stor grad. Her var det små variasjoner mellom klinikkene så man kan si at de var samstemte på dette punktet. Respondentene brukte begrepene ressursutnyttelse, økonomi, planlegging av arbeidet som et bilde av effektivitet. Disse stikkordene kan man si gjenspeiler WHO sin definisjon om at tjenestetilbudet skal være tilpasset befolkningen og den enkeltes behov.

Svaralternativene gir liten variasjon slik at man på bakgrunn av det kan si at leder har tilpasset seg tankegangen til NPM om at man skal tilby en effektiv tjeneste og ha en styring på hvordan ressursene brukes. Noen kritikere hevder at dette fokuset har blitt for stort og at pasienten sine behov glemmes oppi det hele fordi profesjonene ikke får gjort arbeidet på en god måte. I

denne undersøkelsen ser det ut til at de legger vekt på at ressursene utnyttes best mulig til beste for pasienten. Kanskje man kan hevde at det her er snakk om en dyktig leder.

Ser man på svaret på spørsmålet om effektivitet har påvirkning på kvaliteten svarer 8 av 13 at den har det i stor eller svært stor grad. 3 av de som ble intervjuet har svart tallverdien 3, noe som kan indikere at de er litt usikre. Her gir refleksjonen seg uttrykk i at det kan være personavhengig, tilgang på lege til rett tid på rett sted, hvor hurtig skjer en leges vurdering av pasienten. Det er liten tvil om at det avhenger av mange faktorer det kan derfor være vanskelig å se om det påvirker kvaliteten, men i klinikk 2 var det samsvar mellom effektivitet og kvalitet i en positiv retning. I klinikk 1 handler det om å bruke ressursene sånn som de anser det riktig, og få behandlet pasientene innenfor et gitt tidsperspektiv slik at det blir plass til den neste som kommer inn.

Begge klinikkene har en stor andel akutte innleggelser som gir en uforutsigbarhet i arbeidshverdagen. Det blir derfor viktig å ha systemet på plass som håndterer dette i forhold til pasientens behov. Det var liten variasjon i forhold til profesjonene som var til intervju.

Kan man på bakgrunn av undersøkelsen si at klinikkene har god effektivitetsstyring. Ifølge Busch et al, 2009 defineres det som å sammenligne ressursbruk med verdiskaping.

Verdiskaping i denne sammenhengen vil være å gi pasient og pårørende et godt tilbud, skape gode arbeidsbetingelser for de ansatte, og ”produsere” god helse i forhold til myndighetenes bevilgninger og ivareta andre interesser på en god måte. Man bør hele tiden avveie det ene mot det andre. Til syvende og sist er det befolkningen som avgjør om tilbudet har god nok kvalitet på bakgrunn av det de opplever.

Selv om undersøkelsen viser at effektivitet ikke påvirker kvaliteten i noen stor grad kan man ikke si det for sikkert uten at man har et perspektiv fra interessentenes side. Som nevnt tidligere tyder den siste pasientundersøkelsen på at de er fornøyd med tilbudet på St. Olavs Hospital uten dermed å si annet enn at en del likevel kan bli bedre. Man burde kanskje foretatt flere undersøkelser for å kunne gi en god nok indikasjon på effektiviteten.

Effektivisering og kvalitet klinikk 1

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Spørsmål 11	6	6	6	5	5	5
Spørsmål 13	6	6	6	5	3	5

Tabell 10 Svar fra intervju klinikk 1 om effektivisering og kvalitet

Effektivisering og kvalitet klinikk 2

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6	Respondent 7
Spørsmål 11	5	4	4	5	6	4	-
Spørsmål 13	-	3	5	4	2	4	3

Tabell 11 Svar fra intervju klinikk 2 om effektivisering og kvalitet

I spørsmål 8 – 12 er det satt fokus på effektivitet i sammenheng med ressurser, og effektivitet i sammenheng med økonomi. I spørsmålsstillingen framgår det hvordan leder forholder seg til dette. På spørsmål om det var samsvar mellom tilgjengelige ressurser og kvalitet var ikke variasjonen i svarene så stor. De fleste mente det var en sammenheng i stor grad. I klinikk 1 mente en respondent at det var liten sammenheng, mens i klinikk 2 helte en mot verken eller. Kanskje har det sin forklaring i at de ressursene som finnes i begge klinikker er gode og at det er nok ressurser tilgjengelig for å kunne gi god kvalitet. Eller det kan være slik at ressursene disponeres på en slik måte at det oppleves som god kvalitet på tjenestetilbudet.

Hvis sykehuset må velge mellom økonomisk effektivitet og kvalitet var de fleste enige i at det var tilfelle i svært stor grad i klinikk 2. Klinikk 1 var av en annen mening, der svarer flertallet at det er en sammenheng i liten grad. Forskjellen på svar mellom de to klinikkene har kanskje sin forklaring i hva som oppfattes som økonomisk effektivitet. Respondentene i klinikk 1 ser kanskje ingen motsetninger fordi det er en selvfølge at budsjettet skal overholdes og at ressursene fordeles deretter. Metodene som man arbeider etter gjør at kvaliteten blir ivaretatt likevel.

Respondentene i klinikk 2 kan muligens tenke at fokus på økonomi er for stort, og at kvaliteten på tjenestetilbudet kommer litt i bakgrunnen.

De neste spørsmålene handler om leder sitt ståsted i forhold til effektivitet, ressurser og økonomi. Det er nok ingen overraskelse at svarene fra respondentene viser at leder har fokus på disse faktorene. Det er i hovedsak snakk om hvordan man utnytter de ressursene man har til rådighet til enhver tid. Effektivitet og kvalitet er ikke nødvendigvis en motsetning så en av respondentene snarere tvert imot. Det kan være en fordel for pasientene at det er et godt behandlingsforløp som er raskt og effektivt. Det ser ut til å være enighet blant respondentene at fokus på effektivitet i forhold til kvalitet er framtrødende hos leder i stor grad. Når det gjelder spørsmål om økonomi i forhold til kvalitet har leder stort fokus. Der svaret blir i liten grad kan det kanskje skyldes at leder ikke kommuniserer om økonomi til ansatte, men at leder velger å håndtere det på en slikt måte at det ikke snakkes om i hverdagen.

9.3.5 Er det sammenheng mellom reinnleggelser og kvalitet

Av de 13 som ble intervjuet svarte 9 i liten grad at det er en sammenheng, 2 svarte at det er en sammenheng i stor grad. Når det gjelder de to sistnevnte er begrunnelsen for svaralternativet at pasientene blir utskrevet før de er helt klar for å reise hjem, derfor kommer de raskere tilbake. Dette kan være en årsak til at de sier at det har en sammenheng med kvaliteten.

Utover det er det lite variasjon i svarene. Definisjon på kvalitetsindikatoren er at pasienten blir innlagt igjen før det er passert 30 dager etter sykehusoppholdet. Reinnleggelsen mener altså flertallet ikke har sammenheng med kvaliteten på oppholdet på sykehuset. Med tanke på hva respondentene ga uttrykk for handler det om nødvendige planlagte innleggelser i forhold til den behandling pasienten skal ha.

Begge klinikker sa at de hadde såkalte svingdørspasienter som var forventet med tanke på diagnose. Derfor er det stor samvariasjon i svarene på om re – innleggelser skyldes andre faktorer. Men det er klart skyldes reinnleggelsen at pasienten har fått dårlig eller feil behandling er det ikke god kvalitet. Reinnleggelse er en av de nasjonale kvalitetsindikatorne hvis man skal tro at utsagnet fra denne undersøkelsen gjelder andre sykehus måler da denne indikatoren det riktige bilde på nasjonalt nivå. Hvis pasienten går inn på nettet og finner

denne så tenker vedkommende kanskje at på dette sykehuset vil jeg ikke. Men indikatoren sier ikke sannheten fordi det er mange hensyn som ligger bak.

Kanskje er det som kritikerne av NPM gir uttrykk for at det er mye i sykehusene som ikke kan måles, men at det likevel pålegges av myndighetene.

Det hevdes at det må stilles strenge krav til kvalitetsindikatorerne slik at de er pålitelige, gyldige og anvendbare. I en artikkel i tidsskriftet Den norske legeforening hevder forfatterne at:

”Myndigheter og eiere av helseinstitusjoner har forventninger om at kvalitetsindikatorer skal gi relevant styringsinformasjon og bidra til en åpenhetskultur knyttet til sykehusenes faglige standard og resultatoppnåelse. Like viktig er det at arbeidet på dette området kan bidra til at helsepersonell kontinuerlig følger med på klinisk praksis og forbedrer kvaliteten på det de leverer

Utvikling av gode indikatorer fordrer således bruk av åpne og etterprøvbare metoder med grundig vurdering av eksisterende dokumentasjon. Dette kan igjen bidra til økt legitimitet og at fagmiljøene føler eierskap til systemene.”

Kvalitetsindikatorerne bør tolkes med varsomhet og sees på med åpenhet. Kompleksiteten er stor med tanke på hva som ligger bak en kvalitetsindikator. Kan den befolkningen som ikke er kjent med sykehuset vurdere dette. Som navnet tilsier en indikator er noe man benytter når noe er vanskelig å måle direkte. Hvilke indikatorer man velger er avhengig av hensikten man ønsker å få. Indikatorer er kunnskap om årsakssammenheng mellom innsatsfaktorer, arbeidsprosesser og resultat.

Kvalitet er leders ansvar og indikatorer kan bidra til at det kan bli lettere for en mellomleder å kommunisere begge veier.

Re – innleggelser og kvalitet klinikk 1

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Spørsmål 6	2	2	1	2	2	-
Spørsmål 7	4	1	6	4	5	5

Tabell 12 Svar fra intervju klinikk 1 om re-innleggelser og kvalitet

Re – innleggelser og kvalitet klinikk 2

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6	Respondent 7
Spørsmål 6	6	-	2-3	4	1	2	2
Spørsmål 7	4-5	5	-	6	6	5	-

Tabell 13 Svar fra intervju klinikk 2 om re-innleggelser og kvalitet

Reinnleggelser er en av kvalitetsindikatorerne St. Olavs Hospital blir målt på. Respondentene i klinikk 1 var enige i ser det ut til at antall reinnleggelser i liten grad kan kobles til kvaliteten på tjenestetilbudet. Men ser man på klinikk 2 ser det ut til at respondentene var mer uenige, hvor svarene varierte fra svært stor grad til liten grad. Men flertallet mener det har en sammenheng i liten grad. Respondent som antyder i stor grad var kanskje av den formening at noen av pasientene ble utskrevet for tidlig. Reinnleggelse vil i den sammenheng gjenspeile kvalitet fordi pasienten kanskje fikk hurtig tilbakefall ved hjemkomst. Når de ble spurt om antall reinnleggelser skyldtes andre faktorer var det liten variasjon i svar hos respondentene både i klinikk 1 og 2. I sine kommentarer sa flere at det ikke skyldtes dårlig kvalitet, men at det var en del av sykehusforløpet hos pasienten.

9.3.6 Ressurser sett i forhold til kvalitet

Effektivitet handler om å allokere ressurser i riktig mengde til de oppgaver som skal utføres. Høy effektivitet er viktig i rasjonell styring (Johnsen, Åge, 2007, Resultatstyring i offentlig sektor, s 46). Sammenlignet med NPM som blant annet handler om styringsprinsipper for å oppnå effektivitet det vil si leder skal ha kontroll og blir målt på resultater.

Hva legges i begrepet ressurser? Begrepet inneholder flere betydninger, men i denne sammenheng forholder man seg til de menneskelige ressursene. Ressurser i en kunnskapsbedrift som et sykehus er vil bestå av profesjoner med delvis høy kompetanse og et ønske om utvikling (Regjeringen.no NOU:23). Stor tilgang på kompetente ressurser vil kunne føre til en produksjon av høy kvalitet. Spørsmålet respondentene fikk var er det sammenheng mellom tilgjengelige ressurser og kvalitet. I undersøkelsen svarte 8 av 13 at det er sammenheng i stor eller svært stor grad. Svaralternativet ble gitt på bakgrunn av hva de mente begrepet ressurser dekket. I refleksjonene handlet det mye om fordelingen av ressurser i det daglige. En av respondentene snakket om at kompetansen på den personen som er på jobb er har betydning.

Ved god organisering gjennom å utnytte de ressursene man har, vil kvaliteten på tilbudet være god. Et par av respondentene nevnte tilgang på legeressurser som et bilde på kvalitet. Kompetansen til den legen som er i arbeid teller. På sengepost vil det ofte være en lege med mindre erfaring innen det aktuelle fagområde. Det kan føre til at bestemmelsene i forhold til pasientens behandling ikke blir tatt til riktig tid, den kan være for dårlig slik at den må endres. Det kan føre til at pasientens opphold blir lengre enn antatt. Kvaliteten på pasientoppholdet kan da være dårligere, enn om det hadde vært en erfaren kompetent lege tilstede. Man kan si at systemet rundt pasientbehandlingen kan bli bedre.

Dette er et godt eksempel på at rett kompetanse på rett plass er et viktig element i det daglige arbeidet på sykehuset. Det vil si hvis man ser på kompetanse som et viktig element for å oppnå god kvalitet. Systemet er ofte sånn på sykehus at legens avgjørelse i forhold til pasientbehandlingen påvirker andre profesjoners handlinger i forhold til pasienten. Den ene klinikken ser det som viktig at profesjonen innehar høy kompetanse. Det gjør det enklere å benytte ressursene på tvers av avdelinger. For å få dette til er det viktig at leder lager standarder om de krav og den forventning profesjonene skal handle etter.

I en standard bør det kanskje også synliggjøres hvilke krav som stilles til kompetansen. Ikke bare er kompetansen viktig, men liksom viktig er den personalpolitikk som blir ført. God personalpolitikk vil være med på å øke kvaliteten på tjenestetilbudet. Hva er kjennetegnet på en god leder? I denne forbindelse kan man støtte seg til Bolman og Deal, 2010 som sier at effektive ledere er med på å utforme en visjon og setter standarder for prestasjoner samtidig som de gir arbeidet i organisasjonen retning og fokus. Her blir også trukket fram evnen til å formidle et budskap. De trekker fram to dimensjoner som utgjør effektiv ledelse som interesse for oppgaven og interesse for mennesker.

Ser man på en den andre søylen hos Klausen, 2010 er dette i tråd med noe av det som tillegges NPM som organisasjon og ledelse og mål - og resultatstyring. Hvis man ser på refleksjonen rundt svarene respondentene har gitt ser det ut som om de er inne på deler av den samme tankegangen. En undersøkelse som ble gjort av Respons for UNIO i 2012 støtter påstanden om at kompetanse er viktig og tidsperspektivet spiller en rolle.

I forhold til tidsperspektivet oppgir respondentene at de ikke alltid synes det er tid nok til å utføre de oppgavene de er pålagt, og at tiden de har til disposisjon må prioriteres etter hva som er viktigst å få utført. Undersøkelsen fra Respons støtter opp om at det mangel på tid som kan være problemet. Men igjen henger det sammen med som Kunnskapssenteret sier organisering av tjenesten, Stortingsmeldingen kaller det rettferdig fordeling av tilgjengelige ressurser og i versjonen til WHO har det sammenheng med tilgjengelighet og effektivitet og at aktiviteten skal være pasientsentrert.

Alle elementene som framkommer av dokumentanalysen kan man sammenligne med en spiral som går rundt og rundt. Alle elementer har en sammenheng og påvirker hverandre gjensidig må man kunne si. Man kan også si at empiri støtter opp om dette gjennom de refleksjoner som respondentene har gjort.

Ressurser og kvalitet klinikk 1

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Spørsmål 8	5	2	-	-	5	-
Spørsmål 10	6	6	6	-	5	6
Spørsmål 14	6	6	6	-	5	5

Tabell 14 Svar fra intervju klinikk 1 om ressurser og kvalitet

Ressurser og kvalitet klinikk 2

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6	Respondent 7
Spørsmål 8	5	6	6	3	5	6	4
Spørsmål 10	-	5	6	4	6	5	-
Spørsmål 14	3-4	5	6	6	6	4	-

Tabell 15 Svar fra intervju klinikk 2 om ressurser og kvalitet

10.0 Sammenfatning og konklusjon

10.1 Har problemstillingen et svar

I problemstillingen ligger det en hypotese om at effektivisering i sykehus har påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet. Begrepet effektivisering ble definert som en maksimal utnyttelse av de ressurser man har, og at man unngår sløsing. På bakgrunn av mange media-oppslag om et det de til tider kalte et skakk – kjørt helsevesen ble det interessant å se på om det virkelig er så dårlig som man vil ha det til. Det ble ikke gjennomført en større undersøkelse, man kan av den grunn ikke si at funnene er generaliserbare. Hvis man hadde hatt et annet utvalg enten i forhold til størrelse eller en annen type respondenter ville man

kanskje ha fått helt andre svar. Derfor må denne avhandlingen ta utgangspunktet i den undersøkelsen som er gjort og sees på bakgrunn av det grunnlaget.

Dokumentanalysen viser at innholdet i kvalitetsbegrepet er komplekst. Hvilken definisjon man tar tak i har betydning for hvilken retning man velger å gå når det gjelder kvalitetsforbedringer. Undersøkelsen som ble foretatt viste at begge klinikkene var opptatt av kvalitetsforbedring, og det å ha god kvalitet på sine tjenestetilbud. Men man kanskje si at retningen på forbedringsarbeidet var litt forskjellig. Man kan også si at veien for å nå målet var ulik. På bakgrunn av at det ble stilt åpne spørsmål i spørreundersøkelsen ble det en mulighet til å finne ut hva den enkelte vektla i begrepene i forhold til svaralternativene. Av den grunn kan man si at de var forskjellige. Som kritikk kan man si at faren ved å stille såpass åpne spørsmål er at man ikke fant noen svar på problemstillingen. Hvis spørsmålene hadde hatt en mer tydelig retning for eksempel ved å legge inn eksakt hva man la i betydning av begrepet effektivitet eller ressurser kunne også svarene man fikk gått i en annen retning. Det ville muligens helle mot det man som forsker mente var av betydning og fått det svaret man ville ha. Undersøkelsen ville dermed kunne vært lite troverdig hvis man ikke testet ut det resultatet man fikk i tillegg til det som var utført.

Et annet kritisk punkt kan være det fakta at man forsker i egen organisasjon. Det kan lede til mange fallgruver som kan påvirke funnene. Også det at man har en tilsvarende profesjon kan påvirke troverdigheten. Det er uenighet i miljøer om at det kan føre til perspektivforskyvninger. Kritikere hevder at analysen kan bli skjev og subjektiv. Det kan være riktig hvis den som forsker ikke er seg dette bevisst. Andre hevder at det kan ha sine fordeler. Årsaker til at man velger ut egen organisasjon kan være engasjement og et ønske om endring fordi man har en nysgjerrighet og åpenhet overfor organisasjonens problemer. Det kan være en ulempe som forsker å kjenne organisasjonen for godt fordi det kan være vanskelig å være objektiv nok.

I en intervjusituasjon kan den som blir intervjuet være i den tro at intervjueren er like godt orientert som en selv og unnlater å si alt som vedkommende burde. Og er man en erfaren kollega kan det være vanskelig å påberope seg legitim uvitenhet. (Nyeng, Frode og Wennes, Grete, 2006, Tall, tolkning og tvil). Det kan være vanskelig å ikke la seg påvirke av forutinntatte meninger bevisst eller ubevisst. I og med at undersøkelsen er gjort i egen

organisasjon er dette tanker man gjør seg før man foretar et intervju. Det ble derfor viktig å finne utvalg som man ikke hadde så god kjennskap til de interne forhold i.

Organisasjonen har ca 8000 ansatte så man lærer ikke alt og alle å kjenne. Man tror at man ikke har latt seg påvirke men man kan ikke påstå det med sikkerhet. Gjennom undersøkelsen har man belegg for å si at effektivisering ikke har påvirket kvaliteten. St. Olavs Hospital har gjennomgått mange endringer, og bygging av nytt sykehus hvor det er færre senger til rådighet har tvunget fram nye løsninger i forhold til tidligere.

Profesjonene er opptatt av å ha god kvalitet og kanskje kan man si at endringene har ført til effektivisering i form av at nye standarder har vokst fram. Ledelsen har blitt tvunget til å finne løsninger og etter det man kan forstå har de kommunisert dette godt til de ansatte og fått de til å bidra til gode løsninger. Undersøkelsen har som sagt fått fram at effektivisering ikke har forringet kvaliteten snarere tvert imot, men undersøkelsens omfang kan ikke generalisere resultatet til å gjelde andre universitetssykehus.

10.2 Refleksjoner rundt undersøkelsens holdbarhet, relevans og læring

Kan man stole på svaret om at det er tilfelle at effektivisering ikke har påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet., og har den relevans for andre enn forfatteren av avhandlingen?

Den metodiske holdbarheten er drøftet tidligere, men hvordan er undersøkelsens totale gyldighet. Påliteligheten handler om flere fakta som kan skje underveis det kan være at spørsmålsstillingen er ledende eller respondenten er påvirket under intervjuet. Man kan ha notert ned feil fra intervjuopptak eller analysert feil. Den eksterne og interne gyldighet er gjennomgått tidligere i avhandlingen. Påliteligheten kan i et intervju være vanskelig å si noe eksakt om i forhold til gyldighet så lenge den ikke er etterprøvd av andre eller det er gjort en supplerende undersøkelse. I noen få av intervjusituasjonene ble respondenten forstyrret av noe man ikke kunne forutse, det kan selvfølgelig ha påvirket resten av intervjuet. Det er en av grunnene til at man ikke kan si at påliteligheten er god.

Det jobbes mye med kvalitetsarbeid i alle deler av helsevesenet, det kan man påstå uten å ha vitenskapelige holdepunkter for det. Det arbeides også jevnlig med å utvikle kvalitetsindikatorer som man vil tro blir bedre etter hvert som man får bedre erfaring med arbeidet. Ved å gjennomføre intervju er informasjonen relevant for den som svarer på spørsmålene.

Undersøkelsen bærer preg av den teorien som er valgt, og teorien er valgt av den grunn at den har gradvis blitt en måte å organisere tjenestetilbudet i offentlig sektor på, og det gjelder også sykehusene. Men teorien er med på å skape forutinntatte meninger og holdninger i forhold til i forhold til de data som samles inn og den vil prege konklusjonene. I forbindelse med denne undersøkelsen har man valgt å forholde seg til en teori fordi den som sagt er for en stor del med på å farge organiseringen i offentlig sektor. Men man ville kanskje fått en større holdbarhet rundt undersøkelsen hvis man fant støtte i flere teorier.

Man kan kanskje ikke påstå at undersøkelsen er egnet til læring for andre. Men den kunnskap man har fått selv som forsker i forhold til tema kan man overføre til andre interessenter. I løpet av intervjuene har forfatteren av denne avhandlingen fått gode ideer som man kan ta med seg videre og overføre til egen arbeidsplass.

Selv om funnene ikke kan overføres direkte til andre, er det gledelig å oppdage at man tross alt har hatt en læring selv. Man arbeider i en kunnskapsbedrift som er i kontinuerlig utvikling derfor er ny kunnskap viktig å ta med seg å formidle videre. Endringer og raske skiftninger gjør at organisasjonene er nødt til å lære kanskje bedre enn før. I kvalitetsarbeidet vil organisasjonene utvikle sine mål og endrer seg etter hva som kommer av krav fra myndigheter og befolkning. Den informasjon som en organisasjon får vil også endres.

Problemstillingen vil være allmenngyldig, men undersøkelsen som sådan vil nok være interessant for deltakere og meg som har utført den. Med en større undersøkelse og andre spørsmål i forhold til temaet kunne nok funn blitt generaliserbare og være gyldig for andre sykehus. Det kunne kanskje også vært opplysende for befolkningen i fall resultatet hadde blitt det samme som i denne.

10.3 Sammendrag

Kvalitet har begrepsmessig et komplekst innhold. For å kunne arbeide godt i forhold til forbedring bør man ta steg for steg, og ikke tro at man skal ivareta alt på en gang. Man bør sette seg mål og jobbe suksessivt mot dette før man setter seg nye mål å jobbe mot. Selvsagt kan det forekomme uventede ting underveis som man også må ta i betraktning. Men man bør likevel holde fast på målet.

Lederinvolvering er viktig for å finne gode strategier for å oppnå et godt resultat. Leder er også viktig i forhold til hva som skal prioriteres i arbeidet. Så kan man støtte seg til undersøkelser som er gjort av andre og de pasienttilfredsundersøkelser som er gjort. Gjennom undersøkelsen er det kommet fram at ressursene er viktig for å få til en god kvalitet. Det går på å benytte ressursene på en riktig måte og organisere disse uten å sløse med pengene man har fått tildelt. Som en av respondentene sa at jeg må tenke på hvordan jeg forvalter fellesskapets midler. Dette er i tråd med de dokumentene som ble analysert tidligere.

I undersøkelsen kom det fram at økonomi påvirket kvaliteten til en viss grad, men ikke på hvilken måte. De profesjonene som arbeidet nærmest pasienten hadde ikke fokus på budsjettbalanse og økonomi. Det kan kanskje ha noe med at sykehuset som organisasjon har etter hvert fått god styring på økonomien slik at det ikke er fokus på dette. Noen av respondentene svarte også at det var mer fokus på dette tidligere.

Man kan kanskje konkludere med at sykehuset som helhet drives mer effektivt når det gjelder økonomi enn tidligere.

Når det gjelder kvalitetsindikatoren reinnleggelse var ikke respondentene av den formening at dette skjedde på grunn av dårlig kvalitet. Snarere var det ingen motsetning mellom kvaliteten på tjenestetilbudet og antall reinnleggelser. I disse to klinikkene var de fleste i denne kategorien planlagt slik at de mente at det var tvert imot god kvalitet av den grunn. Det kan tyde på at kvalitetsindikatorer ikke alltid er som det kan oppfattes av andre. Denne form for informasjon bør leses med varsomhet. Kanskje kan man konkludere med at de ikke er gode nok all den tid de kan leses med tvetydighet. Men så lenge man ikke har gode måleverktøy for å måle kvaliteten virker det som om myndighetene som setter i gang arbeid med disse via Kunnskapssenteret må ha noe å vise til av resultater, Og kanskje er det som nevnt tidligere et styringsverktøy for den øverste ledelsen ved sykehuset.

Ser man på spørsmålet om i hvilken grad de tror pasienten tenker på kvaliteten trodde de fleste at det var tilfellet. Og enkelte respondenter sa at det var tilbakemeldinger som tydet på det. Mens andre igjen fant det vanskelig å svare på det fordi de ikke kunne vite andres meninger. Men hvis man støtter seg til pasienttilfredshetsundersøkelser kan man konkludere at de er opptatt av kvalitet. Har man så fått svar på forskningsspørsmålet man i utgangspunktet ønsket å finne svar på? Ja, man kan si at effektivisering ikke har påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet som et svar på denne undersøkelsen, men den kan ikke generaliseres til å gjelde andre.

11.0 Kildehenvisning

Arntzen, Elisabeth, (2014) *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten* Gyldendal Norsk Forlag AS

Bolman LG, Deal TE, (2010) *Organisasjon og ledelse* Gyldendal Norsk forlag AS

Heywood, A (2007) *Politics* Palgrave macmillan

Busch, T, Johnsen E, Klausen K, Vanebo JO (2011) *Modernisering av offentlig sektor* Universitetsforlaget

Busch, T, Johnsen E, Vanebo (2009) *Økonomistyring i det offentlige* Universitetsforlaget

Jacobsen, DI (2010) *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Høyskoleforlaget

Johnsen, Å (2007) *Resultatstyring i offentlig sektor* Fagbokforlaget

Kvale, S, Brinkmann, S (2012) *Det kvalitative forskningsintervju* Gyldendal Norsk forlag AS

Nyeng, F og Wennes G (2006) *Tall, tolkning og tvil* Cappelen Akademisk forlag

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

Den norske legeforening (2013) *Kvalitet og kvalitetsforbedring – begrepsavklaring*

Den norske legeforening (2013) *Kvalitetsforbedring – hva er det og hvordan gjøres det?*

Grepperud, S (2009) *Kvalitet i helsetjenesten – hva menes egentlig?* Tidsskrift for Den norske legeforening

Helsedirektoratet, (2005 – 2015) *Nasjonal Strategi for helse- og sosialtjenesten*

Helse Midt – Norge.no (2013) *Sykehusene kan – og må bli mer effektive*

Helse- og Omsorgsdepartementet (2011) *Pressemelding nr.40*

Kommunal – og moderniseringsdepartementet (2004) *NOU*

Kunnskapssenteret, *Variasjon i omfang av uplanlagte re – innleggelser ved norske sykehus*

Kunnskapssenteret.no (2005 – 2015) *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring.*

L.H. Rygh, B. Mørland, (2006) *Jakten på de gode kvalitetsindikatorene,* Tidsskrift for Den norske legeforening

Mathisen L, Nordbø, Ø (2011) *99(01) Verd å vite om kvalitetsindikatorer.* Sykepleien.no

NOU (2004)

Rapport IS – 1878 (2010) Rammeverk for kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten

Stortingsmelding nr 10 (2012 – 2013) ”God kvalitet - trygge tjenester”

Unio nyheter (2012) Mangel på tid og ressurser gir lavere kvalitet på offentlige tjenester.

WHO (2014) www.who.int/en/ Quality of care, a process for making strategic choices in health systems.

Intervjuguide

1) I hvor stor grad er kvalitet et tema ved din avdeling?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad.

2) I hvor stor grad blir kvalitet prioritert?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad.

3) I hvor stor grad skyldes prioritering av kvalitet avdelingens målsetting?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad.

4) I hvor stor grad skyldes prioritering av kvalitet nasjonale føringer?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad.

5) Er det fokus på kvalitetsforbedring i din avdeling?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad.

Har du eksempler på kvalitetsforbedring

6) I hvor stor grad mener du re – innleggelser kan kobles til kvaliteten på behandlingstilbudet?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad.

7) I hvor stor grad skyldes re – innleggelser andre faktorer enn kvalitet?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad

8) Er det sammenheng mellom tilgjengelige ressurser og kvalitet?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad

9) I hvor stor grad må sykehuset velge mellom økonomisk effektivitet og kvalitet på tilbudet?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad

10) I hvor stor grad har din leder fokus på bruk av ressurser i forhold til ønsket kvalitet på tilbudet?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad

11) I hvor stor grad har din leder fokus på effektivitet?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad

12) I hvor stor grad har din leder fokus på økonomi i forhold til ønsket kvalitet på tjenestetilbudet?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad

- 13) Hvis du tenker på elementet effektivitet, i hvor stor grad har det påvirkning på kvaliteten på tjenestetilbudet i din avdeling?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad
- 14) Hvis du tenker på elementet ressurser, i hvor stor grad har de påvirkning på kvaliteten på tjenestetilbudet i din avdeling?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad
- 15) Hvis du tenker på elementet økonomi, i hvor stor grad har den påvirkning på kvaliteten på tjenestetilbudet i din avdeling?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad
- 16) I hvor stor grad oppleves det økt press på økonomisk effektivitet og balanse i budsjettet?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad
- 17) I hvor stor grad har presset på økonomisk effektivitet og budsjettbalanse endret seg siste 5 år?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad
- 18) I hvor stor grad tror du pasientene tenker på kvaliteten på behandlingstilbudet i avdelingen?
Svar 1 – 6 hvor 1 er liten grad og 6 er svært stor grad