



Høgskolen i Sørøst-Norge

Emne 10 Masteroppgaven

MOPP900

Predefinert informasjon

Startdato: 04-05-2017 09:00

Termin: 2017 06

Sluttdato: 15-05-2017 14:00

Vurderingsform: Norsk 6-trinnsskala (A-F)

Eksamensform: Masteroppgave

SIS-kode: MOPP900 2 MO

Intern sensor: (Anonymisert)

Deltaker

Navn: Åse Elise Nordli

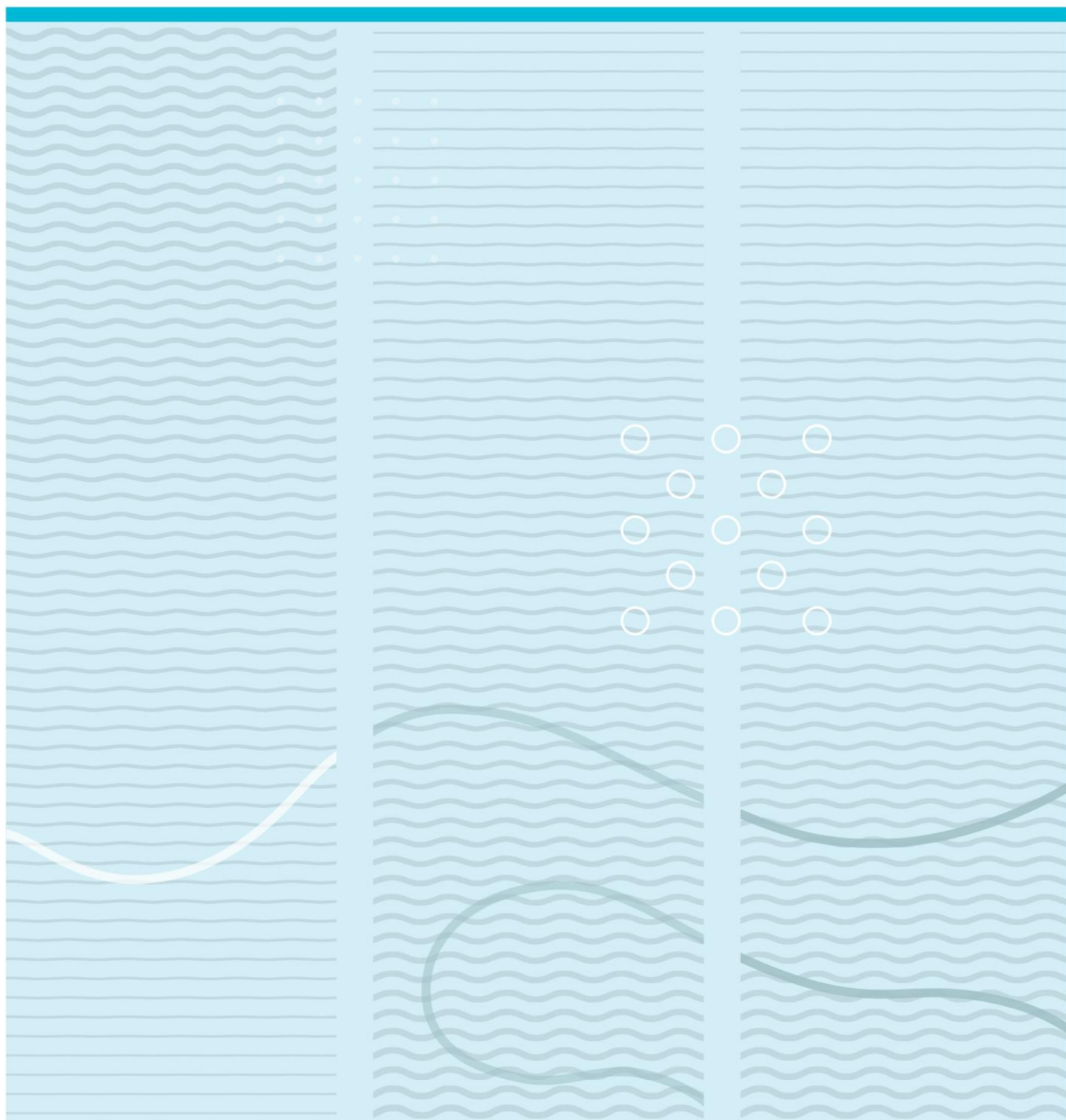
Kandidatnr.: 203

USN-id: 136260@usn.no

Åse Elise Nordli

Tavlenes inntog i helsevesenet i Norge

En kvalitativ studie som undersøker helsepersonell sine erfaringer med kvalitetstavlene i Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24 – 7».



Høgskolen i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2017 Åse Elise Nordli

Denne oppgaven representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunnen for oppgaven er at jeg som sykepleier i den geriatrike spesialisthelsetjenesten har sett behovet for å sette fokus på pasientsikkerhet. Pasientsikkerhet har de senere tiår fått økt fokus både internasjonalt og nasjonalt. Nasjonalt har dette resultert i Pasientsikkerhets kampanjen og deretter Pasientsikkerhetsprogrammet. I dette programmet bruker man aktivt kvalitetstavler som et verktøy som skal øke fokus og åpenhet om pasientsikkerheten. Det er ikke forsket på om disse tavlene oppleves nyttige i bruk for helsepersonell som anvender de.

Formålet er å bidra til kunnskapsutviklingen på dette feltet, ved å velge tavlebruk i Pasientsikkerhetsprogrammet som tema for min masteroppgave.

Metoden jeg har valgt å bruke en kvalitativ metode med fokusgruppeintervju og individuelle intervju. I tillegg har jeg gjort en observasjon i praksisfeltet ved å bivåne et tavlemøte, for å se om noe av denne konteksten støttet utsagnene fra intervjuene. Videre har jeg analysert de transkriberte intervjuene ved å gjøre en innholdsanalyse. Analysen har jeg brukt til å presentere funnene på en oversiktlig måte via kondensert meningsinnhold, koder og kategorier.

Det **teoretiske rammeverket**: Jeg har brukt en hermeneutisk tilnærming i prosessen. Jeg har sett på forbedringssirkelen som brukes i Pasientsikkerhetsprogrammet, som systematisk kvalitetsforbedringsmodell som det jobbes etter for å oppnå forbedringer i praksis. Videre har jeg tatt hensyn til Lean, som er kvalitetsforbedringsmetoden som sykehuset der intervjuene er utført på, sin kvalitetsforbedringsmetode. Implementeringsmodellen Sustainability model er brukt for å se på om ulike faktorene for å lykkes, er tilstede i stor nok grad til at man har tro på at den nye praksisen vedvarer. Videre viser det seg at ledelsen ha stor betydning i slike endringsprosesser. Derfor er teori om endringsledelse brukt for å underbygge dette.

Resultatene viser at man i ulik grad mener at tavlene er til nytte i pasientsikkerhetsprogrammet. Det er ulike årsaker til dette, som kan forklares utfra det teoretiske perspektivet som oppgaven har tatt utgangspunkt i.

Konklusjonen er at det finnes mange faktorer som kan forklare om tavlene som er innført oppleves nyttige eller ikke. Faktorer som for eksempel infrastruktur, ledelse og involvering av

alle ansatte er det grunn til å kikke nærmere på, for å øke sjansen for å lykkes med forbedringsarbeidet.

Abstract

The **background** for this task is that I, as a nurse in the geriatric specialist health service, have seen the need to focus on patient safety. Patient safety has increased focus in the past decades, both internationally and nationally. Nationally this has resulted in the Patient Safety Campaign and then the Patient Security Program. In this program, huddleboards are used as a tool that will increase focus and transparency on patient safety. It is not researched whether these tablets are found useful by healthcare professionals who use them. The **purpose** is to contribute to the development of knowledge in this field, by choosing a tablet in the Patient Safety Program as the theme of my master's thesis. The **method** I have chosen is a qualitative method with focus group interview and individual interview. In addition, I have made an observation in the field of practice by debating a huddleboard meeting to see if any of this context supported the statements from the interviews. Furthermore, I have analyzed the transcribed interviews by doing a content analysis. I have used the analysis to present the findings in a clear way via condensed content, codes and categories. The **theoretical framework**: I have used a hermeneutical approach in the process. I have looked at the improvement circle used in the Patient Security Program, as a systematic quality improvement model as it is working to achieve improvements in practice. Furthermore, I have taken into account Lean, which is the quality improvement method used in the hospital where the interviews are carried out. The implementation model, the Sustainability model, is used to see if the various factors to succeed are present enough to believe that the new practice persists. Furthermore, management is of great importance in such change processes. Therefore, theory of change management is used to substantiate this. The **results** show that the huddleboards are of various benefit to the patient safety program. There are various reasons for this, which can be explained by the theoretical perspective on which the assignment has been based. The **conclusion** is that there are many factors that can explain whether the boards that are introduced are found useful or not. Factors such as infrastructure, management and involvement of all employees are reasons to look into, to increase the chance of success with the improvement work.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

1	Innledning	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema	11
1.2	Hensikt, problemformulering og forskningsspørsmål	12
2	Tidligere forskning	15
2.1	Internasjonale og nasjonale føringer	15
3	Bakgrunn	18
3.1	Hermeneutikken	18
3.2	Lean metodikken	19
3.3	Implementering	21
3.3.1	Prosess	22
3.3.2	Personale	23
3.3.3	Organisasjon	23
3.4	Endringsledelse	24
4	Forskningsmetode	27
4.1	Kvalitativt design	27
4.2	Utvikling av intervjuguiden	28
4.3	Utvalg	28
4.3.1	Inklusjonskriterier	29
4.3.2	Eksklusjonskriterier	29
4.3.3	Rekruttering	29
4.4	Analyse av data	30
4.5	Etikk og personvern	35
4.5.1	Godkjenning og samtykke	35
4.5.2	Anonymisering og etiske overveielser	35
4.6	Studiens validitet	36
4.7	Studiens reliabilitet	36
4.8	Overførbarhet	37
5	Presentasjon av funn	39
5.1	Forberedelser	39
5.1.1	Personalets forberedelser	39

5.1.2 Ledelsens rolle.....	40
5.1.3 Motivasjon.....	40
5.2 Gjennomføring.....	41
5.2.1 Bruk av tavla	41
5.2.2 Ansvar for tavla	45
5.2.3 Synlighet av tavla	46
5.3 Evaluere.....	46
5.3.1 Personalets nytteverdi.....	47
5.3.2 Resultater for pasientsikkerhetsarbeidet	47
5.4 Følge opp.....	48
5.4.1 Integrering i arbeidshverdagen	48
5.4.2 Ledelsens oppfølgingsansvar.....	49
6 Diskusjon og implikasjoner	50
6.1 Forberedelse og planlegging	51
6.2 Gjennomføring av tavlebruken	54
6.3 Resultater og nytteverdi som er oppnådd.....	62
6.4 Den nye praksisen	65
6.5 Oppsummert om tavlene	68
6.6 Implikasjoner	70
7 Konklusjon.....	72

Referanser/litteratur

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 3: Informasjonsbrev/samtykkeskjema

Forord

Mine erfaringer med helsevesenet både som ansatt og pårørende, er at vi for en stor del har et godt helsevesen i Norge. Likevel skjer det feil. Det heter at intet system eller kjede er sterkere enn dets svakeste ledd. Vi som jobber i helsevesenet har mye å lære, både av pasienter og deres pårørende. Pårørende og pasienter har også mye å lære av oss helsepersonell. Derfor kan den nye måten å tenke på, med stadig forbedring, også gjennom pasienthistorier, være et godt utgangspunkt for læring.

Min historie har gitt meg et utgangspunkt og motivasjon for å ville gjøre ting bedre. Bedre for, spesielt pasienter som er ute av stand til å snakke for seg selv. Og mange av disse finner vi innen geriatrien. Disse pasientene har helsepersonell nær seg som vil dem vel, men av og til er ikke systemene optimale, og av og til strekker ikke tiden til.

Jeg vil takke mine foreldre, som ga meg ballast og styrke for å stå stødig i storm, for å ha rustet meg med motivasjonen og viljestyrken som har tatt meg gjennom reisen som denne utdanningen har vært. De er borte nå, pappa, som under sin langvarige sykdom gav meg hele spekteret av reaksjoner og følelser underveis. Både reaksjoner på hans egen atferd underveis i forløpet, men også reaksjoner på helsepersonell sin atferd. Mamma er også borte nå. Hennes sykdom av samme art varte atskillig kortere. Underveis opplevde vi gjennom flere episoder i kontakten med helsevesenet at det sviktet litt her og der. Men i det store og hele opplevde vi mye omsorg. I oppløpet mitt, døde hun. Uten de to hadde jeg ikke vært der jeg er i dag. Det skulle bare mangle at jeg ikke var der for dere.

Takk også til mine sponsorer; -mine arbeidsgivere både innen kommune- og spesialisthelsetjeneste. Både min samboer og mine barn som har holdt ut med og vært tålmodig med meg underveis, fortjener mer enn takk. Takk til mine veiledere Tom Eide og spesielt Anne Grethe Steinsvåg, for gode råd på veien. Takk for kritisk lesning, grundige kommentarer og anbefalinger som har vært til stor hjelp. Også mine informanter fortjener en takk for deres oppriktighet og at de delte deres erfaringer med meg. Jeg håper mitt arbeid yter dere rettferdighet, og at det kan være til hjelp i videre arbeid. Tilslutt, takk til mine

medstudenter som underveis er blitt venner. Takk for faglig og sosialt påfyll underveis. Nå skal hodet få hvile litt en liten stund, før arbeidet for pasientene sin sikkerhet fortsetter.

Bjorelvnes, 15.03.17.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som sykepleier innen den geriatrike spesialisthelsetjenesten, har jeg sett behovet for å sette fokus på pasientsikkerhet. Den geriatrike pasienten kjennetegnes av helseproblemets kompleksitet og ikke først og fremst av alder (Wyller, 2011, s. 17). Når den geriatrike pasient kommer til sykehuset, er det viktig at man som helsepersonell er godt skolert til å tenke på trygghet for pasienten og ivaretagelse av mange behov samtidig. Mange må ha flere tanker i hodet på samme tid, og ikke bare den som er mest nærliggende, altså innleggelsesårsak. Ofte kan man se at det er et komplekst sykdomsbilde som virker inn på den totale situasjonen. I tillegg kommer ofte multifarmasi, det miljømessige, sosiale og familiære forhold som man må ivareta. Man må ivareta det ikke bare ved innleggelse, men man skal tenke helhetlig og undersøke og sikre at den geriatrike pasienten kommer hjem til hjemkommunen under trygge rammer. Det betyr at man har et spesielt ansvar for å tenke pasientsikkerhet for denne typen pasienter. NOU 2015:11 (NOU 2015:11, 2011, s. 52) «Med åpne kort» viser til tall fra undersøkelser i Sverige konkluderer med at pasienter over 65 år innlagt i sykehus har større andel av skader enn de under 65 år. En slik forskjell er også kartlagt i Amerika. I norske journalundersøkelse gir disse ikke innsikt i fordeling av skader basert på alder.

Tema for prosjektet mitt er tavlebruk relatert til pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7». Programmet har i Norge økt fokuset på pasientsikkerheten, og dette synes jeg er særlig viktig for denne sårbare gruppen. Noen av de innsatsområdene som den somatiske spesialisthelsetjenesten var forpliktet til å ha kommet i gang med innen utgangen av 2016, er forebygging av kateterrelaterte urinveisinfeksjoner, fallforebygging, legemiddelsamstemming og forebygging av trykksår. Fra 2017 har det kommet nye områder, som for eksempel forebygging av underernæring. Disse innsatsområdene er svært aktuelle for den geriatrike pasient. Innsatsområdene synliggjøres på en kvalitetstavle i avdelingene som har startet med disse.

Som ledd i kvalitetssikringsarbeidet på egen arbeidsplass, en geriatrik sengpost, har også vi innført en kvalitetstavle som et arbeidsverktøy. Kvalitetstavler er et visuelt verktøy som har som hensikt å vise status for pågående forbedringsarbeid, og er et utgangspunkt for dialog om

hvordan man forbedrer pågående praksis(Pasientsikkerhetsprogrammet, 2015, s. 6). Tavlene er i stor grad knyttet til Pasientsikkerhetsprogrammet. Pasientsikkerhetsprogrammets styringsgruppe har satt som klart mål at alle landets helseforetak skal innføre alle relevante tiltak i programmet. Bruk av tavler er derfor et satsingsområde innenfor alle helseforetak i hele landet. Hovedmålet er å skape forbedringer på områder som ikke er så gode som vi ønsker, via raskt å identifisere hva som skal gjøres for den enkelte, for så å gjøre noe med det. Den faglige diskusjonen som oppstår i kjølvannet av dette kan ses på som en sekundærgevinst, men også som en arena der man skaper kultur for pasientsikkerhet. På tross av at tavlenes inntog i helsevesenet i Norge har skjedd i stor fart, synes det som at man kjenner til lite forskning på om dette verktøyet oppleves nyttig for de som jobber innen helsesektoren. Dette ønsket jeg å finne ut av, ved å spørre de som jobber med tavlene.

Jeg opplever selv dette som et fint verktøy for å holde oversikten og kontroll på noen av de viktigste oppgavene som er relatert til pasientarbeidet. Dog ser jeg også visse utfordringer knyttet til bruken.

1.2 Hensikt, problemformulering og forskningsspørsmål

Tidlig på 90-tallet ble det presentert resultater fra Harvard Medical Practice Study I, som hadde en gjennomgang av 30000 pasientjournaler i USA. Denne mente at 4% av pasientene hadde opplevd en uønsket hendelse(Brennan et al., 1991, s. 370). Nesten 10 år senere kom studien «To Err is human» (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000), som hadde stor innflytelse på hvordan man så på pasientsikkerhet. Utfra dataene i Harvard studien utledet den at så mange som 98000 pasienter dør årlig i USA på grunn av uønskede hendelser i helsetjenesten. Sjokkerende nok, sammenlignet man med at dette tilsvarte at en Jumbo Jet krasjer hver dag i USA. Dette medførte raskt en økt oppmerksomhet mot uønskede hendelser, eller Adverse Events (heretter kalt AE), som det er kjent som i internasjonal litteratur. Dette er noe av bakgrunnen for at man fikk et økt fokus på pasientsikkerhet.

Bruk av tavler som et ledd i arbeidet med pasientsikkerhet er som nevnt i kapitel 1.1 et satsingsområde innenfor alle helseforetak i hele landet. Også i eget sykehus er dette oppgitt som et mål i oppdragsdokumentet for helse X, der det befestes at «Alle innsatsområder

igangsatt i Pasientsikkerhetskampanjen skal være spredt til alle relevante enheter». (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 48). Man har etter hvert noe erfaring med tavlene, og dette oppsummeres for norske forhold, i pasientsikkerhetsprogrammet. Jeg har et ønske om å bidra til kunnskapsutviklingen på dette området ved å bruke dette som tema i min mastergradsoppgave. Problemstillingen min ble:

Hvilke erfaringer har helsepersonell med bruk av tavler som verktøy i pasientsikkerhetsarbeidet for geriatriske pasienter, ved to somatiske sykehusavdelinger?

Mine forskningsspørsmål ble utviklet på bakgrunnen av kvalitetsforbedringssirkelen som man jobber etter i Pasientsikkerhetsprogrammet (Folkehelseinstituttet, 2016). Da programmet legger stor vekt på denne måten å jobbe på, mener jeg at det ble naturlig for meg også å følge denne, i utviklingen av spørsmålene rundt innføring og bruk av tavlene. Mine forskningsspørsmål ble endret noe underveis i prosessen og også redusert fra fem til fire spørsmål:

- 1) Hvilke forberedelser ble gjort i forkant av oppstart med tavlearbeidet?
- 2) Hva oppleves som hemmere og fremmere for bruken av tavlene?
- 3) Har tavlene bidratt til nytteverdi, og bedre resultater for pasientsikkerheten?
- 4) Hvilken ny praksis har blitt etablert?

For å få svar på det første spørsmålet legger jeg i intervjuguiden vekt på å få svar på om det grunnleggende for fase 1) Forberedelse og 2) planlegging i forbedringssirkelen, har vært tilstede. For fase 1) gjelder dette om det har vært et felles erkjent behov for forbedring, om forbedringsarbeidet er forankret og om kunnskapsgrunnlaget er klargjort. For fase 2) gjelder det å få svar på om avdelingene kartla daværende praksis, satte mål og valgte måleverktøy, og utviklet forbedringstiltak. Spesielt disse to fasene kan løpe mye over i hverandre, det kom også til uttrykk under intervjuene. Forskningsspørsmål to knyttes opp mot utførelsen av tavlearbeidet, fase 3) i forbedringssirkelen, og hvordan de gjennomfører dette i praksis. Det tredje forskningsspørsmålet henviser til evalueringsfasen i sirkelen, - den 4. fasen. Spørsmålene i intervjuguiden går derfor på hvordan de måler resultater, vurderer om en forbedring er tilstrekkelig og om det justeres noe underveis. Det siste forskningsspørsmålet knyttes opp mot

den femte og siste fasen i forbedringssirkelen, oppfølgingsfasen. Spørsmålene i intervjuguiden går her på hvordan man søker å implementere den nye praksisen, og hvordan de går fram for å sikre videreføring. På denne måten mener jeg at det er god sammenheng mellom mine forskningsspørsmål og spørsmålene mine i intervjuguiden.

2 Tidligere forskning

I dette kapittelet redegjør jeg for den tidligere forskningen på pasientsikkerhet, og hvilke føringer dette har gitt internasjonalt og nasjonalt.

2.1 Internasjonale og nasjonale føringer

På bakgrunn av det som fram i internasjonale studier på 90-tallet (jfr kapitel 1.2), ønsket man å øke oppmerksomheten rundt pasientsikkerhet.

For å få internasjonal oppmerksomhet, lanserte WHO i 2004 et internasjonalt pasientsikkerhetsprogram (World Health Organization, 2004). Innsatsområdene til programmet er basert på internasjonale studier over hvor man ved hjelp av Global Trigger Tool (Wachter, 2012, s. 9) har identifisert hvor i pasientforløpet det som oftest oppstår AE. I internasjonale studier (Suarez et al., 2014) og nasjonale studier (Delikås, 2014), har man ved hjelp av kategoriseringen av AE, kunnet identifisere områder der man ønsker å intensivere innsats for å unngå pasientskader.

I Norge fikk spesialisthelsetjenesten allerede i 1993 en plikt (NOU 2015:11, 2015, s. 26) til å rapportere hendelser som kunne føre til personskade. Ifølge Braut og Holmbo (2015, s. 55), kom dette som et tillegg til sykehusloven i 1993 (Braut & Holmbo, 2015). I 1995 kom den første nasjonale strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (Helsetilsynet, 2003), der man også innførte internkontrollsystemer. Braut og Holmbo (2015, s. 57) henviser til at dette kom som et rundskriv (IK-2482) fra Helsetilsynet. Helsedirektoratets kvalitetsstrategi «Og bedre skal det bli» fra 2005 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) innehar en bred tilnærming til kvalitet. Dette innebærer betydningen av kunnskap av hva som skal til for å oppnå endringer og hva som faktisk fører til endring, bedre forklart som forbedringskunnskap. I Meld.St. 10 (2012-2013) «God kvalitet – trygge tjenester» (Meld. St. 10 (2012-2013), 2013), la man grunnlaget for det videre arbeidet med pasientsikkerhet, ved at man planla å etablere et femårig program for pasientsikkerhet. Programmet skulle bygge på erfaringer man hadde fra pasientsikkerhetskampanjen (mellom 2011 – 2013) og internasjonale anbefalinger. Meldingen har blitt etterfulgt av årlige meldinger, den første i 2014 (Meld. St. 11 (2014 - 2015), 2014). Fra 2012 ble forvaltningen av rapporterte hendelser som kunne føre til personskade overført til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester (NOU 2015:11, 2015, s. 27), samtidig som

meldingene ble gjort anonyme og sanksjonsfrie. Alvorlige hendelser skal likevel meldes til Statens Helsetilsyn (Braut & Holmbo, 2015, s. 55). Fra 01.01.2017, ble gjeldende en ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2016). Denne tydeliggjør virksomhetenes ansvar for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere i det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» strekker seg fra 2014 – 2018. I dets strategi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014) pekes det på at forbedringsmodeller og måling av forbedringer er en viktig del av arbeidet med å implementere en pasientsikkerhetskultur framover. Den systematiske kvalitetsforbedringsmodellen (figur 1) som Meld.St 10 tar utgangspunkt i, er en forenklet modell over hvordan man systematisk kan jobbe for å oppnå forbedringer i praksis i organisasjonen. Modellens utvikling er oppsummert hos Kunnskapssenteret i et notat om kvalitetsutvikling (Konsmo et al., 2015). I 2007 ble den første versjonen lansert. Den tok utgangspunkt i Edward Demings PDSA sirkel, også kalt Plan-Do-Study-Act (Graban, 2016, s. 34), for kvalitetsforbedring, og dertil erfaringer med prosessforbedring. Sirkelen ble revidert i 2013, 2014 og 2015 (Konsmo, 2015; Konsmo et al., 2015) til slik den ser ut i dag (Folkehelseinstituttet, 2015).



Figur 1: Forbedringssirkelen

Forbedringssirkelens faser starter med forberedelsesfasen. Det er her man kommer fram til en felles erkjennelse av behovet for forbedring. Arbeidet forankres og man sikrer at tjenesten

bygger på kunnskapsbasert praksis. I den andre fasen begynner man å planlegge forbedringsarbeidet. Man starter gjerne med å kartlegge den praksisen som allerede eksisterer, og dermed forsøker å avdekke det som må forbedres. Man vil også sette mål for å kunne måle effekten av arbeidet, samt velge riktig måleverktøy. I denne fasen forsøker man også å samle inn forslag til hvordan man kan forbedre praksisen. I den tredje fasen, utførelsesfasen, prøver man ut de nye tiltakene i praksis. I evalueringsfasen, som er den fjerde fasen, måles resultatene og man forsøker å finne ut om det har skjedd noen bedring eller ikke. Man vil også se på om det er slik at forbedringen er tilstrekkelig eller justere retning. I den siste fasen, oppfølgingsfasen, vil man forsøke å sikre at tiltakene, dersom de viser seg å fungere, opprettholdes i vanlig drift. Man må sikre videreføringen ved å få på plass et system som overvåker at den nye praksisen fungerer optimalt. Om man har fått til et godt forbedringsprosjekt, er det fint om man i denne fasen også kan spre dette til andre organisasjoner innen helsetjenesten (Folkehelseinstituttet, 2015).

Tavlene som brukes i pasientsikkerhetsprogrammet stammer fra andre organisasjoner, eksempelvis luftfart (Thomassen et al., 2011, s. 4). Der brukes sjekklister for å sikre rutiner og forhindre feil. Likens brukes sjekklister og tavler innen helsesektoren for å øke pasientsikkerheten (Wachter, 2012, s. 27). De brukes ulikt mellom ulike avdelinger innen helsesektoren. Det er også i tråd med programmet, der man tenker at man ønsker å unngå variasjon ved standardisering, men også at tiltak må implementeres i lokal kontekst. Fellestrekket er likevel der, da de alle fokuserer på innsatsområdene. De skal gjøres ekstra synlig for de ansatte, slik at de kontinuerlig jobber for å oppnå målet som er satt. Effekten av bruk av tavler som verktøy innen helsesektoren, har jeg ikke funnet noen forskning på. På tross av dette, anbefales og brukes verktøyet i Pasientsikkerhetsprogrammet. Det er også trukket fram i nasjonale pasientsikkerhetskonferanser, som et nyttig verktøy i bruk for å skifte fokus på hvordan man kan jobbe ved å vurdere risiko i forkant heller enn å se tilbake på det som har skjedd. Maureen Bisognano, tidligere visepresident i Institute for Health Care Improvement (IHI), dro frem «huddle boards», som et eksempel på hvordan en enkel ting kan forbedre arbeidet rundt pasienten (Bisognano, 2016). IHI mener disse gjør det enklere for de som jobber i frontlinjen å delta, da dette er en kjapp måte å oppdatere seg på, i stedet for lange forbedringsteam møter (Institute for Health Care Improvement, 2004).

3 Bakgrunn

3.1 Hermeneutikken

I mitt prosjekt har jeg valgt hermeneutikken som mitt vitenskapsteoretiske ståsted. En av hovedtradisjonene innen den kvalitative forskningen er hermeneutikken. Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster. Hermeneutikken kan i alle fall føres helt tilbake til den greske antikken, og grekernes sans for å tolke tekster. Den ble på 1600-tallet videreutviklet til en teologisk disiplin. Etter hvert så utviklet hermeneutikken seg til en filologisk metode, som under romantikken på 1700 – 1800-tallet utviklet seg noe, da man oppdaget nødvendigheten av å sette seg inn i forfatterens situasjon. Georg Gadamer representerer den moderne hermeneutikken. Han var opptatt av at man aldri vil kunne frigjøre seg fra sin egen forståelseshorisont (Bondevik & Bostad, 2003, s. 300). Kvale og Brinkmann (2009, s. 69) viser til Gadamer som mener at forståelse er avhengig av visse for-dommer. Det vil si den forforståelse som man sitter med. Dette gjelder så vel de erfaringer man som menneske innehar, så vel som den kultur og den historiske konteksten man er en del av. Den som intervjuer og analyserer vil ikke kunne separeres fra den hun er i rollen som intervjuer og fortolker. Likens vil intervjuobjekter være farget av den bakgrunnen som de har. Man forsøker å møte sine intervjuobjekter med åpent sinn, og frigjøre seg fra sine for-dommer underveis i intervjuene og også under analysen og det videre arbeidet med oppgaven. Jeg vil dog påstå at det aldri vil være mulig å frigjøre seg fullstendig fra egen bakgrunn. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009, s. 69), er fortolkning av mening det sentrale tema fra et hermeneutisk perspektiv. Formålet er å oppnå en gyldig mening av hva teksten betyr. I min oppgave fortolker jeg den transkriberte teksten som er resultatet av intervjuene som jeg har gjort. Summen av alle for-dommer kalles ens forståelseshorisont (ibid). Forståelseshorisonten betegner alle forutsetninger vi har for å forstå noe. Innen hermeneutikken har man med seg forståelsen av at man er i stadig bevegelse mellom helhet og deler. Det er dette som betegnes som den hermeneutiske sirkel. Forståelse av teksten i hermeneutikken vil være preget av denne prosessen, der intervjuer med sin for-forståelse, skifter mellom å ha fokus på delene, til å se intervjuene som en helhet.

At man ikke kan klare å frigjøre seg fra sin egen forståelseshorisont støttes av Gadamer. Han mener at i stedet for at mennesket skal sette seg utenfor sirkelen, vil man oppnå en helt annen

forståelse om man ikke hadde denne forforståelsen. I følge Gadamer, er veien til kunnskap gjennom samtalen. For å forstå verden rundt oss, fører vi samtaler med andre. Fokuset er vår samtale, hva vi lærer av det, samt hvordan vi forandres av det vi lærer. Bondevik og Bostad (2003, s. 300) refererer til Gadammers utsagn om at: «Alle detaljers harmoni med helheten er kriterier på korrekt forståelse». I dette henspiller det til en sammenheng mellom delene og helheten som det viktige, og at helheten ikke kan reduseres til de enkelte delene eller omvendt. Det vil si at vi først har forstått en tekst når delene henger sammen og harmoniserer med hverandre.

3.2 Lean metodikken

Sykehuset som jeg har innhentet dataene mine på, støtter seg på Lean metodikken i sitt kontinuerlige kvalitets- og forbedringsarbeid. Lean er utviklet i bilindustrien. På 1980 tallet ble det kjent at det var noe spesielt med japansk kvalitet og effektivitet innen bilindustrien. På 1990 tallet kom det klarere fram at Toyota stakk seg mer fram enn andre japanske bilmerker. Toyota utviklet først begrepet «Lean Produksjon», også kjent som «Toyota Production System (TPS)» (Womack, Jones, & Roos, 1990), der det handlet om å forbedre prosesser ved å forstå hva som tilfører verdi og hva som er sløsing. Lean har etter hvert blitt overført til andre sektorer, og har også nådd helsesektoren (Andersen & Røvik, 2015, s. 1). Lean er basert på fem prinsipper, og syv kategorier sløsing. De fem Lean prinsipper er ifølge Andersen (2015, s. 9):

1. Klarlegg hva som skaper verdi for kunden.
2. Kartlegg og tegn opp verdistrømmen/materialflyten (for hvert produkt).
3. Skap flyt i prosessene - uten hindringer.
4. Lag bare det som kunden etterspør (dra-system).
5. Streb etter å oppnå perfeksjon gjennom kontinuerlig eliminering av sløsing.

De syv kategorier sløsing er overproduksjon, unødvendig venting, transport, urasjonell bearbeiding, lagring, unødvendige bevegelser, defekter.

Det finnes etter hvert endel forskning på Lean innen helsesektoren. Mest forskning finnes internasjonalt, men også etter hvert noe i Norge. En relativt ny systematisk review studie fra Canada, om Lean i helsesektoren, konkluderer med at det fortsatt mangler bevis for at Lean

intervensjoner fører til kvalitetsforbedringer i helsesektoren (Moraros, Lemstra, & Nwankwo, 2016, s. 163). I helsevesenet har Lean blitt introdusert som en kvalitetsforbedringsmetode, men det mangler fortsatt klare bevis på effekten av konseptet (Andersen, Røvik, & Ingebrigtsen, 2014, s. 1). I sin doktorgradsavhandling skriver Andersen (Andersen, 2015, s. 10), at Lean opprinnelig var utviklet som en produksjonsfilosofi, mens i praksis blir Lean i helsevesenet ofte sett på som et verktøyskrin, hvor slike verktøy som for eksempel verdistrøms kartlegging og 5S'er (som er organisering av arbeidsplassen for effektivitet) er brukt til å øke kvaliteten av helsetjenestene. I Lean som metode for kontinuerlig forbedring, ligger også det ustabile elementet nettopp fordi det er en kontinuerlig prosess for å oppnå forbedringer. Det er en utfordring i det skape en forbedringskultur og å standardisere arbeidsmetoder, som på nytt og på nytt blir gjenstand for kontinuerlige tilbakemeldinger om mulighet for endring. Lean innen helsesektoren fokuserer hovedsakelig på tre områder (Poksinska, 2010). Det er for det første å definere verdi ut fra pasientperspektivet. Dernest å observere verdistrømmen for å kunne se på hvilken del av prosessen som er av verdi for kunden, -her i helsevesenet; pasienten. Når man vet hva som skaper verdi for pasienten, kan man også eliminere sløsing. Slik kan man skape flyteffektivitet, som ifølge Poksinska (2010) er det tredje hovedfokuset. Modig og Åhlström (2014, s. 26) definerer flyteffektivitet som «summen av verdiskapende aktivitet i forhold til gjennomløpstiden» (Modig & Åhlström, 2014). Det blir av kritikere hevdet at mange mener å ha implementert Lean som forbedringsmotor, mens man egentlig ikke har nådd det riktige abstraksjonsnivået, og heller fokuserer på og tar i bruk verktøy innen metoden (Radnor, Holweg, & Waring, 2012, s. 370). Også Modig og Åhlström (2014, s. 88) peker på at dersom man ikke klarer å få organisasjonen til å forstå at Lean er mer enn bare verktøy, risikerer man at de som skal anvende dem, ikke forstår hva Lean handler om. At Lean slik Andersen (2015, s. 10) sier, i praksis blir sett på som et verktøyskrin innen helsesektoren, kan derfor, i lys av dette, synes som en ikke egnet metode for forbedring innen sektoren.

Å kvalitetssikre alle steg i pasientarbeidet er viktig, -blant annet ved hjelp av visuell styring. Om det visuelle elementet i Lean er det gjort noe forskning innen industrien (Jaca, Viles, Jurburg, & Tanco, 2014). Jaca et al (2014, s. 1757), nevner en rekke fordeler med bruk av visuelle verktøy. Man fokuserer oppmerksomheten på det som er viktig, og det pekes på at det visuelle har bedre påvirkning på kognisjon og hukommelse. Den visuelle styringen i Lean legger vekt på at alle jobber for en felles målsetning, og at det er en kommunikasjon om hvordan målene skal nås via synlige prosedyrer, synlig status og målinger som gjøres (Torgersen, 2011).

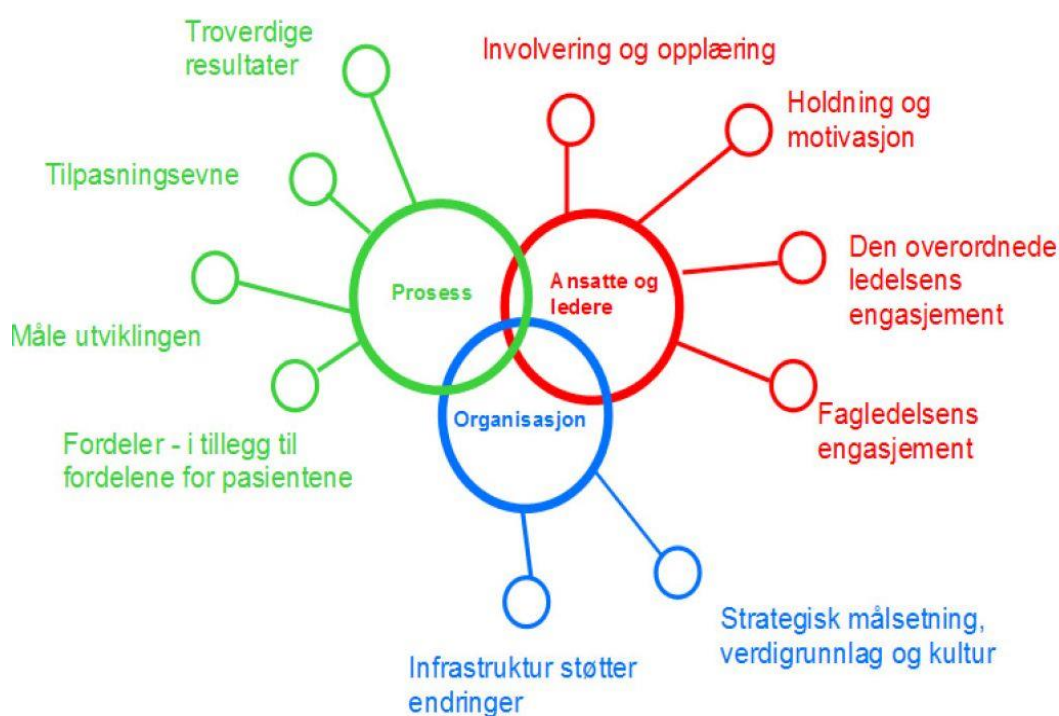
3.3 Implementering

Å implementere betyr ifølge Store norske leksikon (Store Norske Leksikon, 2009), å iverksette eller å realisere. Innen helsevesenet har det et litt videre begrep, da det her dreier seg om å innføre kunnskapsbasert praksis inn i den vanlige kliniske praksisen for å bedre kvaliteten på denne. Leegaard (2016) henviser i sin lederartikkel i Sykepleien Forskning til Terje Ogden sin definisjon av implementering: «Aktive strategier for å iverksette intervensjoner og endre praksis i bestemte miljøer» (Leegaard, 2016). Leegaard henviser videre til at Ogden mener at om det ikke følger strategier med for hvordan implementere ny praksis, skal det mye til for at praksis endres. I denne sammenheng vil man også se at fagkunnskap ikke er nok, men må også ha forbedringskompetanse, og derigjennom vite noe om hvordan man skal klare å endre atferd hos mennesker og organisasjoner.

Forskningsfunn rundt spredning og adopsjon av innovasjoner ble dokumentert for første gang i 1962, i boken «Diffusion of innovations» av Everett Rogers (Nilsen, 2011, s. 18). Begrepet Evidensbasert medisin dukket opp på starten av 1990 tallet (ibid). Det har dog vist seg vanskelig å adoptere den evidensbaserte medisinen, eller den forskningsbaserte kunnskapen inn i praksis. Hvordan man skal gå frem for å få til dette, har derfor blitt et stort forskningsområde de senere tiår. Ergo finnes det etter hvert mange teorier om endring av atferd både på individnivå og i organisasjoner. Særlig når det kommer til endringer i helsevesenet, er teoriene i liten grad testet empirisk (Flottorp & Aakhus, 2013, s. 187)

Med eldrebølgen rett rundt hjørnet vil presset på helsesektoren øke, i tillegg vil man mangle mye helsepersonell (Texmon & Stølen, 2009, s. 41). Man vil være nødt til å tenke nytt for å øke effektiviteten og kvalitet av pasientbehandlingen. Ny teknologi vil sannsynligvis være viktig i fremtidens helsevesen. Også implementering av nye løsninger på gamle spørsmål vil trenge seg fram. Dagens helsevesen ser annerledes ut enn for bare få år siden, og nye krav trer stadig fram. Man kan tenke seg at det kan finnes ulike årsaker til at implementering av tavler er en suksess, eller det motsatte. Det er her implementeringsvitenskapen kan hjelpe til å identifisere faktorer som er med å øke sjansen for suksess. Andersen (2015, s. 20) har sett på en rekke teoretiske rammeverk som har blitt utviklet for å evaluere kvalitetsforbedrings intervensjoner og evidensbasert klinisk praksis, men peker på at alle disse fortsatt er i en testfase som måleinstrument for praktisk bruk. Den sistnevnte nevner å ha sett på både PARISH modellen

og ORCA modellen, og enda flere. Selv har jeg vurdert PARISH modellen, som har med seg mange av de samme faktorene som er viktig for å kunne lykkes med implementering, som den modellen som jeg har valgt. Modellen som jeg har landet på er en forskningsbasert modell, «Sustainability model», utviklet av National Health Service (NHS), som har identifisert ti faktorer, fordelt på tre områder, som er ekstra viktig for å lykkes i implementeringen av evidensbasert behandling eller teknologiske innovasjoner (Doyle et al., 2013, s. 2). Denne modellen er oversatt til norske forhold i modell for vedvarende forbedring, ved Folkehelseinstituttet. Faktorene fordeler seg som sagt på tre områder, som er prosessen, ansatte og ledere, og organisasjonen. Modellen presenteres nedfor.



Figur 2: Modell for vedvarende forbedring (Konsmo, 2015).

3.3.1 Prosess

Dette området fordeler seg på fire faktorer. Den ene gjelder at ansatte opplever fordeler med forandringen, utover det at det er fordeler for pasientene. Det kan være fordeler som gjør at jobben flyter litt lettere for de selv i den daglige arbeidshverdagen. Det andre gjelder at de

resultater man oppnår, dokumenteres slik at man kan tydelig se at forandringer fører til troverdige resultater. Det tredje kalles tilpasningsevne, det vil si at de endringer som gjennomføres ikke blir for personavhengige, ved at de nedfelles i nye rutiner og retningslinjer. Slik vil de vedvare også etter at individer som har drevet med forbedringsarbeidet, slutter. Det fjerde dreier seg om at organisasjonen må måle utviklingen. Om man har et slikt system, vil man kunne se om den nye arbeidsmetoden fungerer. Den fortløpende tilbakemeldingen som bør gis til de involverte, kan gi ny inspirasjon til videre jobb med forbedringer.

3.3.2 Personale

Også dette området fordeler seg på fire faktorer. Involvering og opplæring dreier seg om at nøkkelpersonell og ansatte får mulighet til opplæring og føler seg verdsatt og inkludert slik at de vil være motiverte til å delta i arbeidet. Det andre er at man kan forsøke å styrke personalets eierskap til endringen, slik at deres holdning og motivasjon er positiv. For det tredje er den overordnede ledelsens engasjement veldig viktig. Denne regnes kanskje som en av de aller viktigste, og er viktig for å gjøre forbedringer legitimert og ikke minst prioritert. Den kliniske ledelsens engasjement er også veldig viktig i forbedringsarbeidet, og er den fjerde faktoren som det her pekes på. De må forstå sin egen rolle i arbeidet, og må delta aktivt i gjennomføringen.

3.3.3 Organisasjon

Det forbedringsarbeidet som pågår, må være i tråd med organisasjonens strategiske målsetting, verdigrunnlag og kultur. Kultur omfatter de verdier, oppfatninger og normer som påvirker de ansattes handlinger. Det andre er at infrastrukturen må støtte de endringer som skal gjennomføres. Dette innebærer at de som leder prosjektet bør ivareta planlagte endringer gjennom organisasjonens systemer. Dette innebærer blant annet å finne spesifikke og målbare prosedyrer, og også gjennomgå ressursbruk i forhold til den nye måten å jobbe på. Det bør reflekteres over positive og negative sider ved den nye arbeidsformen for personalet, og hvordan dette vil ivaretas. Man må altså vurdere om personalet, fasilitetene, utstyret og prosedyrer er tilstrekkelig til å støtte den nye prosessen.

I drøftingen av data vil denne modellen bli anvendt til å diskutere resultater.

3.4 Endringsledelse

I dette kapitlet fokuserer jeg på ledelsen i endringsprosesser. I boken «Endringsledelse og ledelsesendring» av Hennestad et. al (2012, s. 231) sies det at en av de viktigste årsaker til at endringsprosjekter ofte ikke fører fram, er at de ikke ledes.

Vi lever i et samfunn i stadig endring. Vårt samfunn har endret seg vesentlig, og så også i Norge. Den første bosetningen som kom til landet karakteriseres først og fremst av å være et fangst- og fiskesamfunn. Videre utviklet Norge seg via et jordbrukssamfunn, til et industrisamfunn og nå til et postindustrielt samfunn. Det norske samfunn i dag, befinner seg imellom den industrielle og postindustrielle periode, hevdes det (Hennestad, Revang, & Strønen, 2012, s. 24). Denne utviklingen viser at mennesker og samfunn alltid har endret seg. Mennesket har tilpasset og endret seg etter de forutsetninger og muligheter som er gitt de. Trenden i Norge i dag er at flere og flere tar utdanning utover grunnskole. Om man trekker den slutningen at økt andel av befolkningen som tar utdanning, resulterer i økt kunnskapsnivå, medfører dette innflytelse også på styring og ledelse. Kunnskap og kompetanse har blitt beskrevet som usynlige aktiva, ifølge Hennestad et. al (2012, 36). Kunnskap den enkelte sitter med kan gis fra seg, men samtidig sitter man igjen med denne også selv. Sammenlignet med det industrielle samfunn, var arbeidskraften likevel mer utbyttbar da enn nå. Den kompetansen den enkelte besitter forsvinner om denne personen slutter. Dette har betydning for hvordan organisasjonene bør betrakte sine ansatte. Dette betyr at organisasjonen ofte er mer avhengige av sine medarbeidere enn de er av den. Med økende andel av ansatte med høyere utdanning, fører dette igjen til økende kompleksitet. Det pekes spesielt på at ansatte med høyere utdanning krever større autonomi i jobben. I dette spenningsfeltet får ledelsesfaget en utfordring med å balansere «Standardisering som grunnlag for indre effektivitet og forutsigbarhet, og individuell autonomi som grunnlag for fleksibilitet og innovasjon for å opprettholde ytre effektivitet» (Hennestad et al., 2012, s. 38). Videre ser man at fremveksten av ny teknologi kan hjelpe oss å treffe bedre beslutninger. Spredningen av datamaskiner, smarttelefoner og nettbrett bidrar til at alle har mye mer informasjon enn før. Denne informasjonen er dog ikke annet enn data, som uten retningslinjer og fortolkninger ikke bidrar til å hjelpe med å fatte beslutninger, om denne ikke settes inn i en kontekst. Innsikt i abstrakte teoretiske sammenhenger og i tillegg evne til reflektering og bruk av informasjonen blir her viktig for å skape mening og også handling.

Hennestad et. al (2012, s. 41,) hevder at en av de største utfordringene mange virksomheter har, er at heller enn å bruke ny informasjonsteknologi til å utvikle nye organisasjonsformer, brukes den på å bevare de gamle.

Jeg har vist til at virkeligheten endrer seg. Organisasjoner som ikke gjør det, vil komme i utakt med virkeligheten. Det er nødvendig å finne nye handlingsmønstre for å komme i takt med tiden og virkeligheten forøvrig. I dette spennet skal ledelsen sørge for å endre organisasjonen. Ledelsen skal sørge for å endre organisasjonen ved å implementere nye ideer for en ny og ønsket virkelighet, gjennom en styrt og planlagt endring. Hennestad et. al (2012, s. 87), betegner endringsledelse som styrt endring av organisasjoner. Organisasjonsendring betyr at folk endrer seg, og endringsledelse handler om å få folk til å endre seg.

Dette betyr en rekke ting for å få til en vellykket endring. Det ene er at erkjennelsen av behov for endring må være tilstede. Dette betyr at man må klargjøre forskjellen mellom nåsituasjonen og den ønskede. Jo mer utydelig dette er, jo vanskeligere blir det å gripe fatt i endringsoppgavene. Endringsledelse betyr også å lede prosessen fra nåværende virkelighet til den ønskede virkelighet. Dette vil si å skape tilslutning i hverdagen for den ønskede retningen. For å gjøre dette må den ønskede fremtidsvisjon kommuniseres på en tydelig måte. Et utydelig mål gjør det vanskelig å ferdes mot det nye målet. Uten en forståelse for hva som ønskes oppnådd, kan man ikke stake ut kursen. Å ha en visjon om hva man ønsker å oppnå, har vist seg mange ganger å ha betydning i historien. Jeg nevner Henry Ford som ville demokratisere bilen; at alle med vanlig inntekt skulle kunne ha mulighet til å bevege seg fra sted til sted. Kennedy hadde en visjon om at USA skulle ha en mann på månen før 1970. Med disse eksemplene viser jeg til at om en leder evner å skape og formidle visjoner, kan dette ha stor innvirkning på organisasjonen. Å kunne skape oppslutning til visjonen kan være vanskelig, ikke minst i praksis. En ide skal omsettes i tenkning, tolkning og handling. Den største motivasjonen til å lykkes med dette, er om man klarer å få ansatte å se at det finnes en krise (altså et behov for endring om man ønsker å overleve), og om man i tillegg har en god ide (Hennestad et al., 2012, s. 175). Som leder må man også kjenne til motstand mot endring som en del av menneskets natur. Men motstand er også energi, oppgaven blir å omforme den fra negativ til positiv energi. Det heter seg at man ikke kan endre folk, men at de kanskje kan endre seg selv. Det betyr at man må få folk til å ville endre seg. Hennestad et. al (2012, s. 199) sier at ledelsen

må involvere seg i den sosiale prosessen det er å skape et nytt handlingsmønster. Denne prosessen innebærer å finne ny mening. Endringer omfatter ikke bare å få inn fakta og ekspertløsninger, men også å gi eksempler på hva endringen betyr. Hvordan påvirker en pasienthendelse denne personen, og systemet. Eller hva betyr det for pasienten å oppleve trygghet på sykehuset. Kunnskap og innsikt er god hjelp å på veien til endring. Det pekes på at for at endringen skal implementeres i organisasjonen, er det ikke nok at den er beskrevet i formelle dokumenter. Hva leder vektlegger og signaliserer via sine handlinger, er minst like viktig. Hvis endringen skal bli den nye måten man gjør ting på i organisasjonen, må den både være innvevd i den formelle, men også den reelle strukturen.

4 Forskningsmetode

I dette kapitlet beskrives studiens metode og forskningsdesign. Det redegjøres for utvalget, datainnsamlingen og analyseprosessen. Det reflekteres også over etiske spørsmål knyttet til datainnsamlingen.

4.1 Kvalitativt design

Metoden kan ses på som veien mot målet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 99). I dette prosjektet har jeg valgt et kvalitativ design for å få svar på problemstillingen. Målet er å finne helsearbeidernes opplevelse og erfaringer knyttet til bruken av tavlene, for å finne svar på om dette er et nyttig verktøy. Da er et kvalitativt, eksplorerende design en godt egnet metode. Johannessen et al (2010, s. 32) sier at denne metoden er særlig egnet til å undersøke fenomener som vi ikke kjenner veldig godt eller det ikke finnes så mye forskning på.

Som metode har jeg brukt fokusgruppeintervju med helsearbeidere som bruker tavlene til daglig. I tillegg foretar jeg individuelle intervju av to ledere ved avdelingene og en fagutviklingssykepleier. Bakgrunnen for at disse ikke ble gjort som fokusgruppeintervju, er av praktisk karakter, da intervjuene ble utført på ulike lokalisasjoner. Målet med intervjuene var å framskaffe data fra informantene ved at de delte fra sine erfaringer.

Fokusgruppeintervjuer som metode kan få frem en bredde av erfaringer og fremkalle en dynamikk mellom intervjupersonene som kan skaffe mye informasjon. Individuelle intervjuer med ledere og fagutviklingssykepleier, kan gi interessante tilleggsopplysninger og man kan se om dette gir informasjon utover de som fremskaffes i fokusgruppeintervjuene. Man kan se om opplysningene samsvarer med hverandre, eller om de ulike ståsteder gir flere perspektiver.

I tillegg til intervjuene har jeg vært deltager under et tavlemøte, for å se om det som kommer fram i denne konteksten støtter de funn som jeg kommer fram til under intervjuene. Det er også med på å bedre grunnlaget for fortolkningen. Johannessen et al (2010, s. 118) hevder at observasjon som metode, egner seg godt når man ønsker direkte tilgang til det som undersøkes. Selv om jeg her ikke har brukt observasjonen som en direkte del av datainnsamlingen, men som et grunnlag for å se sammenheng i konteksten, hevder jeg at den er med på å danne grunnlaget for den fortolkningen som jeg har gjort underveis.

En kombinasjon av disse metodene, gir god informasjon om bakgrunn, gjennomføring og evaluering.

4.2 Utvikling av intervjuguiden

Prosjektet sin hensikt og forskningsspørsmål, som redegjort for under kapitel 1.2, var utgangspunkt for utvikling av intervjuguiden. Spørsmålene fulgte en logisk tenking rundt forbedringssirkelen i Pasientsikkerhetsprogrammet, slik det er forklart i kapitel 1.2. Før intervju med informantene i studien, ble det gjennomført et pilotintervju. Det ble i etterkant av dette gjort små justeringer av guiden. Pilotintervjuet ble tapet, men ikke transkribert. I etterkant av intervjuet ble intervjuet slettet. Intervjuet er ikke brukt som en del av datainnsamlingen. (Vedlegg 1: Intervjuguiden).

4.3 Utvalg

Det ble foretatt et strategisk utvalg bestående av 4 - 5 informanter fra to sykehusavdelinger for de to fokusgruppeintervjuene. Med strategisk utvalg siktes det til at jeg valgte informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2010, s. 106). Tilsvarende gjorde jeg individuelle intervjuer av ledere på de respektive avdelingene, og med fagutviklingssykepleier på en av avdelingene. Informantene jobber ved avdelinger som har hovedvekt av geriatriske pasienter, da det er disse som er mitt interessefelt. Jeg ønsker et homogent utvalg, i den forstand at de har et felles praksisfelt, for at deltagerne lettere kan snakke seg imellom om felles erfaringer. Størrelsen på fokusgruppene gjorde det greit for meg som fersk intervjuer å styre, samtidig ble størrelsen stor nok til at erfaringsutvekslingen mellom informantene skled lett.

Observasjonen ble utført på en av avdelingene med de som deltok på tavlemøtet samme dag. Den andre avdelingen hadde enda ikke etablert tavlemøter, det ble derfor ikke gjennomført noen observasjon som støtte for kontekst der.

4.3.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriet i fokusgruppene er helsepersonell som jobber daglig med tavlene i en sykehusavdeling, med hovedvekt av geriatiske pasienter. Stillingen er 75 % eller mer. Min erfaring tilsier at man minst må jobbe 75 % for å kunne få en god kontinuitet i arbeidet. Derfor er det nærliggende å tro at nettopp disse kan gi den beste informasjonen. I tillegg ble ledere på de tilsvarende avdelingene inkludert for de individuelle intervjuene om disse ga sitt samtykke. Også fagutviklingssykepleier på en av avdelingene var naturlig å innlemme i studien, da hun er en av de som er pådriver for tavlearbeidet.

Informantene måtte også ha jobbet med tavlene i et år eller mer, for å kunne gi god nok informasjon til å bidra med data til mitt prosjekt.

4.3.2 Eksklusjonskriterier

Jeg ønsket at helsepersonellet i dette prosjektet skulle ha en viss erfaring med bruk av tavlene, derfor ble de som hadde under et års erfaring med bruk, ekskludert. Også de med stilling under 75 prosent, ble ekskludert.

4.3.3 Rekruttering

Rekrutteringen skjedde gjennom kontakt med sykepleieledere på de aktuelle avdelinger der jeg ønsket å få tak i informanter. Fra sykepleielederne innhentet jeg først tillatelse og velvillighet til å utføre studien. Lederne var involvert i å finne en dag som passet for intervjuet, i en ellers så hektisk sykehushverdag. I utgangspunktet kunne man tenke at dette ikke er bra for validiteten, da leder kan ha påvirket utvalget. Men jeg vurderer det slik at det kun dreide seg om velvillighet overfor meg og mitt ønske om å skaffe informanter til studien. Jeg ønsket også at de som jobbet med tavlene skulle kunne dele av sine erfaringer uten forbehold. Slik virket det også under mine intervju med dem.

De som var innenfor inklusjonskriteriene og som sa seg villige til å være med på intervjuene, fikk tilsendt et informasjonsskriv om studien i forkant. På dagen for intervjuet, sikret jeg meg at alle hadde lest informasjonsskrivet, som de så skrev under på.

4.4 Analyse av data

Analysen skal skape en sammenheng mellom rådata og resultatet, ved at materialet blir tolket og analysert systematisk. I analysen av mine data har jeg brukt Kvale og Brinkmann (2009, s. 212) sin 5 trinns analysemodell. Da Kvale og Brinkmann beskriver denne nokså generelt, har jeg i tillegg hentet inspirasjon fra Graneheim og Lundman (2004), og Bengtsson (2015). De siste to beskriver den konvensjonelle innholdsanalysen på en mer detaljert måte. En manifest innholdsanalyse er en egnet metode dersom man ønsker stor grad av beskrivelse av teksten og mindre tolkning (Bengtsson, 2016, s. 10) og (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). I en slik manifest analyse, holder forskeren seg tett opp til teksten. Dette er også i tråd med mitt vitenskapsteoretiske ståsted, der Gadamer mener at teksten, slik den foreligger, er det som er det sentrale.

Jeg har selv valgt å gjøre transkriberingen, både for å gjøre meg godt kjent med eget materiale, men også for å sikre validiteten. Når jeg selv er den som både har observert, utført intervjuene og også transkribert, vil jeg også ha større grad av innblikk i hvordan ting kommer til uttrykk. Transkriberingen av alle intervjuene utgjorde 27.000 ord. Det vil alltid være noen grad av tolkning når man leser en tekst og man må alltid være var for at en tekst kan inneholde ulike meninger. I stegene fra å finne sammenheng mellom rådata og resultater, har jeg har lyttet til opptakene, transkribert og lest teksten mange ganger. I den første fasen med å finne meningsbærende enheter, bruker jeg informantenes egne ord. For hver fase i analysen har jeg laget jeg meg en tabell for å gjøre veien fra råmateriale til resultater så transparent som mulig, for å sikre kvaliteten av analysen. De meningsbærende enhetene blir så forkortet uten at meningsinnholdet går tapt. Jeg foretar en tekstkondensering. Den kondenserte teksten har jeg så gitt en kode. Totalt ble det 17 koder. Alle intervjuene ble analysert hver for seg inntil denne fasen. Eksempel på en slik tabell ses på neste side:

Side	Meningsbærende enhet	Kondensert meningsenhet	Sub tema	Koder
s.9	<p>Men hvis vi får det for tre måneder (ref til tall), f.eks. hvor mange fall vi har hatt, hva skjedde hva kan vi gjøre for at det ikke skjer igjen, ...ja...vi aner jo egentlig ingenting.</p> <p>Jeg har ikke fått svar (ref til om det er gjort en analyse av årsaken til fall). Jeg har ikke fått svar på om dem har tatt med personalmengden....jeg har spurt i flere forskjellige vinkler...</p> <p>I jula var jeg fastvakt på en med kraftig falltendens. Jeg måtte ut å hjelpe de andre fordi de var så få på jobb. Da falt den her pasienten og knakk håndleddet. Og hvem sitter her og føler skyld og skam og forferdelig....man får jo den følelsen.</p> <p>...når det har vært fall, så får jo lederne beskjed på dagen. Hvis det skjer på kvelden.....da er det spørsmål er det ført fallskjema, ja det er ført, ok...Og da vil du ikke høre mer (ref til ovenfor).</p> <p>De er i hvert fall veldig flink til at det ikke blir personrelatert.</p> <p>Vi gjør så godt vi kan, noe bedre enn det kan vi ikke gjøre.</p>	<p>Hvis vi bare får oppgitt tall, uten sammenhengen, så lærer vi ikke noe av det.</p> <p>Har spurt om for lite bemanning kan være årsaken til episoder, men har ikke fått svar.</p> <p>Det oppsto en pasientskade, fordi jeg måtte hjelpe de andre.</p> <p>Føler skyld når det oppstår hendelser med pasientene.</p> <p>Etter en skade, er det spørsmål om skjema er ført, og er det gjort, så får man ikke høre mer.</p> <p>Det er ikke fokus på at det er personalet som er skyld i hendelser.</p> <p>Gjør så godt vi kan.</p>	<p>Tall tatt ut av sammenhengen, lærer ikke av det.</p> <p>Satt spørsmålstegn ved om for lite bemanning kan være årsak til episoder, ikke fått svar.</p> <p>Konkrete skader har oppstått pga for lite bemanning.</p> <p>Skyldfølelse ved pasienthendelser.</p> <p>Ved fall etterspørres rutinen, om den er fulgt, høres ikke mer.</p> <p>Ikke fokus på personrelatert skyldspørsmål.</p> <p>Personalet gjør sitt beste.</p>	<p>Gjennomføring</p> <p>Erfaringer/følelser</p> <p>Erfaringer/følelser</p> <p>Erfaringer/følelser</p> <p>Gjennomføring</p> <p>Ledelse</p> <p>Motivasjon</p>

Tabell 1: Eksempel på fra meningsfortetting til koder.

Kodeskjemaet har jeg så sett på, i lys av mine forskningsspørsmål, for å finne fellestrekk for så å kunne sortere de i kategorier for å kunne gi svar på min problemstilling. Kategoriene framtrådte også som en naturlig vei fra først forberedelser til sist oppfølging av tavlene. Jeg opprettet 4 kategorier. Noen av kodene fikk plass under flere kategorier, da for eksempel «motivasjon» er et tema som gikk igjen i flere faser. Inndelingen i kategorier ses under her:

Forberedelser	Gjennomføring	Evaluer	Følge opp
FORBEREDELSE	GJENNOMFØRING	GRAD AV BEVISSTHET	LEDELSE
LEDELSE	LEDELSE	RESULTATER	STANDARDISERING
STYRING/TILRETTEL.	STYRING/TILRETTEL.	NYTTEVERDI	IMPLEMENTERING
INTENSJON/FORMÅL	GRAD AV BEVISSTHET	ROLLER/OPPGAVER	
NYTTEVERDI	INTENSJON/FORMÅL		
MOTIVASJON	NYTTEVERDI		
ROLLER/OPPGAVER	PRIORITERING		
	MOTIVASJON		
	SPRIK I FORVENTN.		
	ERFARINGER/FØLELSER		
	KOMPETANSE		
	ROLLER/OPPGAVER		
	SYNLIGHET		

Tabell 2: Fra koder til kategorier

Kategoriene delte jeg så opp i subkategorier, og puttet de ulike kodene inn i disse, for enklere å komme videre i analysen. Eksempel på hvordan dette er gjort for kategorien «Gjennomføring» vises på neste side:

Kategori	Gjennomføring.....		
Sub-kategori	Bruk av tavla	Ledelse av tavla	Synlighet
Koder	Gjennomføring	Ledelse	Synlighet
	Intensjon/formål	Styring/tilrettelegging	Grad av bevissthet
	Nytteverdi	Sprik i forventninger	
	Motivasjon	Prioriteringer	
	Kompetanse		
	Roller/oppgaver		
	Erfaringer/følelser		
	Prioriteringer		

Tabell 3: Kategorier

Jeg har gått systematisk gjennom alle intervjuene og puttet inn kodene med de tilhørende kondenserte meningsbærende enheter som tilhører kategoriene. Eksempel på dette kan ses på neste side for kategori «Gjennomføring», der jeg har tatt for meg koden «Synlighet»:

Kategori: gjennomføring	
Forskningsspørsmål: hva oppleves som hemmere og fremmere for bruken av tavlene?	
Kode: synlighet	Kondensert meningsbærende enhet
Kilde: leder avdeling 1	
Synlighet av tavla synes jeg er viktig.	
Kilde: fokusgruppe 1	
<p>Når jeg begynte her fikk jeg beskjed om tavla var plassert sånn at den var synlig for både pårørende og pleiere.</p> <p>Alle ser tallene som kommer ut til avdelingen.</p>	
Kilde: leder avdeling 2	
<p>Innsatsområdene i PS kampanjen synliggjør vi på ei kvalitetstavle.</p> <p>Jeg ble fasinert av måten de tenkte rundt forbedringsarbeid i Sverige, å slå ting stort opp.</p> <p>Dette er oss på godt og vondt, det tåler dagens lys.</p> <p>Det er store endringer, vi mottar klager, og vi blir sett i kortene hele tiden.</p> <p>Man må se til at ens egen praksis tåler dagens lys, sånn stort sett.</p>	
Kilde: fagsykepleier avdeling 2	
<p>Vi ville at tavla skulle være synlig for at man kan se at vi jobber med PS.</p> <p>PSP anbefaler åpenhet og synlighet.</p>	
Kilde: fokusgruppe 2	
<p>Synliggjøre det man kan forbedre.</p> <p>Før drev vi «old fashion sykepleie», nå er det mer synliggjort sykepleie.</p> <p>Besøkende får et innblikk i hvordan vi er som avdeling.</p> <p>Noen besøkende stopper opp for å se på tavla.</p> <p>Jeg synes det er bra når vi ser den, det sier jo at vi gjøre en god jobb.</p>	

Tabell 4: Kondenserte meningsbærende enheter i kategoriene

Dette har ikke vært en lineær prosess. Jeg har beveget meg mellom deler og helhet jamfør den hermeneutiske sirkel (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 216). Min forståelse av teksten har vært

preget av denne prosessen, der jeg med min for-forståelse, har skiftet mellom å ha fokus på fragmenter, til å se intervjuene som en helhet.

I lys av formålet med studien, binder jeg tilslutt emnene sammen i resultatdelen av oppgaven. Jamfør den konvensjonelle innholdsanalysen blir resultatene mine diskutert opp mot relevante teori og litteratur i diskusjonsdelen av oppgaven.

4.5 Etikk og personvern

4.5.1 Godkjenning og samtykke

Prosjektet er godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata). (Vedlegg 2: Godkjenning). Bakgrunnen for at jeg søkte NSD og ikke REK (Regional Etisk Komite) er at dette er en undersøkelse som skal gjøres blant ansatte, og ikke pasienter.

I forskning er informert samtykke et viktig prinsipp, og som man må sørge for å innhente i forkant av intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 88). Deltagerne fikk et informasjonsskriv i forkant av intervjuene der det ble opplyst om at de er med på frivillig basis og har mulighet til å trekke seg fra studien, om de skulle ombestemme seg (Vedlegg 3: Informasjonsbrev/Samtykkeskjema). Alle som kom til intervjuene skrev under på skjemaene før gjennomføring av intervjuene. I forkant av observasjonen ble det opplyst at jeg var der i regi av at jeg skrev en masteroppgave om tavlebruk i pasientsikkerhetsprogrammet. Jeg innhentet ikke skriftlig samtykke av den enkelte deltager her. Jeg fikk samtykke til dette på avdelingsnivå. I tillegg informerte jeg om formålet med min observasjon direkte til de som deltok på tavlemøtet.

4.5.2 Anonymisering og etiske overveielser

Anonymisering av data etter lydopptak av intervjuene, ble gjort under transkriberingen. Her brukte jeg bokstaver på informantene heller enn navn. For ytterligere å sikre anonymitet, har jeg konsekvent valgt å bruke «hun» når jeg refererer til hva enkeltpersoner har sagt. Båndopptakeren blir oppbevart i låsbart skap etter intervjuene, der kun jeg har tilgang til koden. I forkant av intervjuene fikk jeg tilgang til deltagerens e-postadresser, der jeg sendte informasjon til. Disse har ikke blitt koblet til øvrige opplysninger.

Jeg har valgt meg avdelinger i eget sykehus, med arbeidstagere som jeg ikke har noe forhold til på forhånd. Derfor mener jeg at selv om jeg er leder på en annen enhet, vil ikke det gi noen føringer for svar som gis.

4.6 Studiens validitet

I følge Kvale og Brinkmann (2009, s. 256) er validitet i samfunnsvitenskapen et spørsmål om metoden som er valgt er egnet til å undersøke det den skal undersøke. Og om dataene jeg har samlet inn bidrar til å svare på problemstillingen. I dette prosjektet ønsket jeg å undersøke erfaringene til helsepersonell som jobbet med tavler i pasientsikkerhetsprogrammet. For å gjøre dette antok jeg at det beste ville være å gå direkte til kildene og spørre disse. Derfor valgte jeg intervju som metode, da jeg mener at dette ville kunne få fram mange flere nyanser enn andre alternative undersøkelser. Jeg valgte også å gjøre en observasjon under et tavlemøte for å se på konteksten rundt der hvor tavlene ble anvendt.

Jeg har i tidligere kapitler sagt at ledere på avdelingene har valgt dag for intervjuene. Ut fra dette har det gitt føringer for hvem som er spurt om å være med på fokusgruppeintervjuene. Jeg tror ikke valg av dag er gjort ut fra ønske om å ha spesielle personer med på intervjuene. Jeg har tiltro til at dag er valgt av praktiske årsaker.

Transkriberingen har jeg utført selv. Dette er ordrett etter lydbånd. Dette anser jeg å ha øke studiens validitet.

4.7 Studiens reliabilitet

En studies reliabilitet henger sammen med om man tror at det resultatet som man får, vil kunne gjenskapes av en annen forsker på et annet tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250).

For dette prosjektet må man ta med seg at jobben er gjort av en mastergradsstudent. På tross av ønske om å gjøre en så god forskningsmessig jobb som mulig, er det ikke til å komme i fra at man mangler erfaring fra tidligere forskning.

For å gjøre spørsmålene så tydelige som mulig har jeg gjennomført et pilotintervju. Etter dette, ble noen spørsmål endret for å få til en ytterligere presisering av det som jeg ønsket å spørre om. Under intervjuene jeg har lagt vekt på å forsøke å ikke gi noen føringer for svar. Jeg har derfor også forsøkt å være bevisst eget kroppsspråk, selv om jeg ikke har vært uten respons på det som har vært sagt. Dette har vært gjort på bakgrunn av at det er ønskelig å oppnå god kontakt med intervjuobjektene. Det har også vært responser i form av oppfølgingsspørsmål på interessante ting som trer fram underveis, som jeg har ønsket å ha med videre. Det har også vært gjort med hensikt for å ikke lukke samtalen med intervjuobjektene.

Analysen har vært svært arbeidskrevende for en «førstegangsforsker». Det er mulig at en mer erfaren forsker ville funnet og lagt vekt på andre ting i materialet enn jeg. Men i analysen av intervjuene har jeg laget tabeller for å synliggjøre prosessen fra transkribert materiale til koder og kategorier. Dette gjør det lettere for leseren å følge gangen i analysen. Dette vil gjøre det lettere også å gjenskape studien på ny. Jeg mener derfor at studien har en tilfredsstillende grad av reliabilitet.

4.8 Overførbarhet

Ved kvalitative undersøkelser snakker man om overføring av kunnskaper heller enn generalisering (Johannessen et al., 2010, s. 231). Har jeg lyktes i å skape noen fortolkninger og forklaringer som kan være nyttige på andre sykehus? All forskning har vel som mål å være mer enn de umiddelbare opplysninger som samles inn. Jeg har tidligere i denne oppgaven ytret ønske om å bidra til kunnskapsutviklingen på dette feltet. Da mitt datagrunnlag er lite, er jeg likevel klar over de begrensninger dette gir for generaliserbarhet. Man kan ikke generalisere fra et så lite utvalg. Kvalitative studier kan gi et vitenskapelig innsyn i prosesser likevel. Hensikten med studien er å få en innsikt i hvilke erfaringer helsepersonell har med tavlene. I slike studier er det av betydning å få tilgang til erfaringer for å berede grunnen for videre forskning og utvikling av nye forbedringer på området pasientsikkerhetsarbeid. Jeg vil derfor anse at studier som min vil kunne ha betydning i dette arbeidet. Avdelingene jeg har valgt, kunne vært tilsvarende avdelinger på sykehus andre steder i landet. Man kan kjenne seg igjen i samme kontekst samme hvor i landet man jobber som helsearbeider, og også for de som har

kjennskap til pasientsikkerhetsarbeid i sykehus. Jeg mener at denne studien derfor har høy grad av overførbarhet.

5 Presentasjon av funn

I denne delen presenterer jeg resultatene slik de fremkommer etter analysen av rådata. Noen koder går igjen i de ulike fasene, der dette er naturlig. For eksempel vil «ledelse» være et aspekt som nødvendigvis vil ha innflytelse på flere av fasene, og går derfor igjen som en kode i tre av delkapitlene. Det som jeg også ser som viktig å ha med, er hvordan man forholder seg til pasientsikkerhetsprogrammet generelt. Det er programmet sine innsatsområder som innføres og måles og som gir dataene til tavlene.

5.1 Forberedelser

I dette kapittelet fortelles det hvordan forberedelsene i forkant av innføringen av tavlene og pasientsikkerhetsprogrammet ble gjennomført. Det kommer fram ulike synspunkter på hvordan denne prosessen har foregått.

5.1.1 Personalets forberedelser

I fasen der man forberedte å etablere et system for Pasientsikkerhet, og deriblant innføringen av tavler, ser det ut til at det har vært varierende i hvor stor grad de ansatte har vært involvert. Det er en merkbar forskjell mellom de to avdelingene for hvordan de har valgt å gå fram for å integrere denne måten å jobbe på i avdelingen. Dette avspeiler seg i svarene fra alle informantene. På en av avdelingene hadde man noe kjennskap til bakgrunnen for pasientsikkerhetsprogrammet og tavlene, mens på den andre viser svarene at man kjenner til dette i liten grad. Lean som en del av sykehusets strategi for forbedringer, ble ikke nevnt av noen av informantene. På den ene avdelingen hadde man satset på å få noen som kunne påta seg ansvaret med å igangsette programmet, og der disse gjennom utdanning hadde fått med seg viktigheten av å få med seg alle og var opptatt av å gjøre det kjent. Dette kommer til uttrykk slik: «vi skjønnte at før vi setter i gang så var vi opptatt av det her med å være veldig kjent i personalet».

Fagutviklingssykepleier nevnes av flere til å ha hatt en viktig jobb i utviklingen av tavla på denne avdelingen. Også på den andre avdelingen var det en som underveis hadde hatt et spesielt ansvar for tavla. På begge avdelingene syntes de ansatte at tavla kom litt brått. Begge

fokusgruppene uttrykte dette: «..og plutselig fikk vi ei tavle». Og: «den var nå her plutselig. Jeg gikk nå hjem fra jobb, neste dag så var den nå der».

5.1.2 Ledelsens rolle

Utfra informantene kan det virke som at starten av pasientsikkerhetskampanjen og senere pasientsikkerhetsprogrammet, heller ikke var klart definert fra sykehusets ledelse. Dette blir beskrevet fra fagsykepleier slik: «Det her, det gikk sånn i det skjulte nesten. Sånn som for mange andre....Vi begynte å sjekke litt rundt...men det var ingen som visste hva vi spurte etter.»

Dette jamfører med det leder på en av enhetene uttaler: «De oppover i systemet kunne vel heller ikke si noe om vi var på rett kurs».

På en av fokusgruppene kom det fram at de mente at pasientsikkerhetsprogrammet kom som et krav fra Helsedepartementet. På den andre fokusgruppen, kom det et utsagn som sier noe om hva de mente om innføringen: «Det var en ting til de klaska på oss».

På en av avdelingene kommer det fram at leder har fått lite starthjelp, men noe veiledning fra en person ved sykehuset med ansvar for pasientsikkerhetsprogrammet. Denne lederen kjenner også lite til bakgrunnen for pasientsikkerhetsprogrammet og tavlene.

5.1.3 Motivasjon

Motivasjonen for å drive pasientsikkerhetsarbeid, kom til uttrykk på ulikt abstraksjonsnivå. Leder på en av enhetene gikk helt tilbake til Hippokrates og hans «ikke skade» prinsipp, og uttrykte at det ved starten, hadde vært på tide å gjøre noe mer ut av det, også fordi hun mente det var en kjensgjerning at vi skader våre pasienter når de er inneliggende i spesialisthelsetjenesten. Hun mente at i starten så var det også veldig lite oppmuntring fra de på golvet, noe som kanskje har sin bakgrunn i sitatet fra fagsykepleier: «For det er ikke enkelt. Det betyr skjema, det betyr ja..ganske stor motstand....da det oppfattes som merarbeid i en travel hverdag».

Dette betyr at de som jobber med direkte pasientarbeid, ikke var veldig motivert for denne jobben i utgangspunktet, da det ble oppfattet som merarbeid.

Fagsykepleier peker på at det er dette som er forskjellen på forbedringsarbeidet som ble satt i gang, fra å ha oversikt til å ha konkrete mål. Og derfor at dette vil gjøre jobben mer oversiktlig i hverdagen for alle. Derfor burde alle være interessert og motivert i å jobbe mot dette.

På avdelingen som ikke hadde tavlemøter på dato for informasjonsinnsamling, ble det av de ansatte nevnt at de trodde at tavlemøter ville kunne gi mer innsikt i pasientsikkerhetsprogrammet. Leder på denne avdelingen mener det er viktig å ha fokus på pasientsikkerheten, å screene og å igangsette tiltak. Og dette er en viktig motivasjon i seg selv.

5.2 Gjennomføring

I dette kapittelet presenterer jeg hvordan bruken av tavla og jobben som gjøres for å få tallene på tavla utføres. Da det kommer fram i intervjuene at synlighet er et viktig poeng, har dette blitt viet et eget underkapittel.

5.2.1 Bruk av tavla

Bruken av tavla arter seg ulikt fra den ene avdelingen til den andre. På den ene avdelingen bruker de tavla hver ukedag, ved at de avholder tavlemøter. En av disse dagene er ledelsen også med. På den andre avdelingen er det leder som hver uke summerer opp tallene fra skjemaene for uken som har gått, og oppdaterer så tavla ukentlig. Her hender det også at andre ansatte oppdaterer tavla, om det for eksempel har vært fall i avdelingen. På denne avdelingen mente leder at de ikke hadde endret målene på tavla siden hun hadde begynt. Da hun begynte var tavla ikke oppdatert. Hun hadde startet med å forenkle skjemaene som de ansatte fyller ut ved screening av pasientene. Noen av de ansatte følte at det var mindre sannsynlig at tiltak ble iverksatt etter dette. En mener at det er få som kjenner tiltakene som kan iverksettes ved risiko. Derfor sa de det hadde vært fint med en mal bakpå skjemaene. En av de sa likevel at de var blitt flinkere til å fylle ut skjemaene, men at de ofte ikke fulgte opp med tiltak i pasientens behandlingsplan. Det var sagt at de var snare til å registrere med begrunnelse av at dette

kanskje kunne utløse ekstra ressurser i form av flere folk på jobb: «Jeg prøver i alle fall å få unna registreringene i full fart. Ja spesielt det her med ortostatisme, man vet jo da at det skal ikke så mye til».

På denne avdelingen mente både leder og de ansatte at pasientsikkerhet var viktig. Leder mente at om ikke pasientsikkerhetskampanjen hadde vært, så hadde det vært mindre fokus på det. Mens de ansatte gjerne skulle ønsket mer informasjon. De peker på at de ikke vet hva som skjer med skjemaene etterpå, og etterlyser også konsekvensene av å bruke både skjema og tavla. De synes det er for lite å bare vite antall dager siden siste fall. De synes ikke tavla er nyttig eller har noen funksjon sånn som den er i dag, men lurte på om de kanskje kunne lært noe av tavlemøter. At de ikke føler at tavla er nyttig som den er nå, bekreftes også av at de ikke er helt kjent med hva som egentlig henger på den. Det som er forbedringsdelen av tavla, kjenner de ikke helt. De vet at dette er en del av tavla som er åpnet for at de kan stille spørsmål til smittevernvisitten. Dette har noen ganger vært kilde til usikkerhet fra pasienter og pårørende, med spørsmål om de ikke vet hva de holder på med. Denne utryggheten fra pasient og pårørende har også noen ganger resultert i at tallene har blitt visket bort fra tavla. Leder mener at de ansatte da heller burde tatt den samtalen med dem og forklart intensjonen med tavla. Noen savner at tavla kunne vært brukt også til positive ting, så hadde de kanskje blitt mer bevisste. Noe som støttes av utsagnet: «men selve tavla har ikke hjulpet meg til å ha mer fokus på pasientsikkerhet, det har den ikke».

En av de ansatte synes at det er rart at i dag som det finnes så mye teknologi, skal gå tilbake til ark og ei tavle som ikke er elektronisk. Hun tenker at elektroniske løsninger hadde vært enklere tilgjengelig enn skjemaene.

Personalet savner tid til å sette seg inn i og oppfølging i nye oppgaver som blir fordelt til de, slik som for eksempel rollen som fallkontakt. De oppfatter at det er merarbeid, og at dette tar de bort fra pasientene. De sier at de får belønning om de oppnår målet som er satt på tavla, men mener at det hadde vært fint med flere positive tilbakemeldinger. Ulik kompetanse hos de som fyller ut skjemaene, da de forteller at alle ansatte foretar screeningen, blir nevnt som en mulig årsak til at skjemaene ikke blir fylt ut riktig og tiltak ikke blir iverksatt. Skader som oppstår på pasient, selv om tiltak er iverksatt, blir gjenstand for skyldfølelse hos noen, selv om de ansatte

er klar på at ledelsen ikke er ute etter syndebukker. Både leder og ansatte forteller at tavla blir nedprioritert i hektiske perioder, da drifta alltid kommer først for leder, og pasientene alltid blir prioritert før skjemaene for de ansatte. De ansatte bringer på bane at de mener at for eksempel fall kan tilskrives det at de har for lite folk på jobb.

«Vi gjør så godt vi kan noe bedre enn det kan vi ikke gjøre», sier en av de ansatte. Leder har tanker om at dersom alle ansatte var mer opptatt av tavla, så ville den blitt mer brukt. Samtidig tror hun at de ansatte blir motiverte av høye tall.

På den andre avdelingen fokuserte de på tavla hver ukedag. De samles til tavlemøte der de har gjennomgang av tallene. Da må de som kommer til tavlemøtet ha oversikt. Den ansvarlige som stiller til tavlemøtet, må innhente opplysninger. Deres skjema er blitt betydelig forenklet siden de startet. Det er kun tre spørsmål å svare på. Nå er det i hovedsak tavla som brukes til innsamling av informasjon. Igangsetting av tiltak, mener de skjer før tavlemøtene, - de ansatte mener at tavla skjerper de og gjør de mer bevisste for eksempel på dette med kateterbruk. De sier at det alltid er et mål å ha bedre tall til tavlemøtene, og at gode tall på tavla motiverer de. En av de ansatte er ganske tydelig på at hun ikke liker skjema, mens hun liker tavla og den digitale dokumentasjonen. Fagsykepleier tenker at det å ha tavlemøter hver dag, er med å gjøre de ansatte bevisst på tidlig forebygging. Hun er klar på at risiko må følges av tiltak i behandlingsplanen. Hun mener at overgangen fra den gamle måten å jobbe på til at de nå bruker forbedringssirkelen og tavla, er å gå fra å ha oversikt til å ha konkrete mål å jobbe mot. I tillegg har de mange av de faglige diskusjonene rot i tavlebruken. Dette viser observasjonen i tavlemøtet, der det blir et faglig fokus på om de rette ting er gjort. En av de ansatte sier at en av de tingene som kom ut av tavla, er faggruppene som er et jevnlig møtested for fagutvikling. I starten opplevde de tavla først som en ting som tok helsearbeiderne bort fra pasienten. Etter hvert har de sett at tavla har gitt utspring til faglig virksomhet og utvikling som kommer pasientene til gode. Det kommer frem at også her kan det være perioder der man ikke kan prioritere tavlearbeidet. Tidsnød og lite personale på jobb, trekkes fram av flere som faktorer som kan hemme tavlebruken. Mulig dette kan være årsaken til at legene, spesielt de kirurgiske, i liten grad prioriterer tavlemøtene. Dette kommer fram i intervjuene. Fokusgruppen har også tanker om at legene nok ikke har samme forhold til tavla som de. Min observasjon under tavlemøtet, kan tyde på akkurat dette. Der den erfarne legen ikke synes engasjert med det som

skjer på tavla. Turnuslege derimot virker veldig interessert. Det nevnes senere av leder, at det jobbes spesielt med å få de yngre legene med i den jobben som gjøres med pasientsikkerheten. Leder ved denne avdelingen, mener at vi må være åpen for ny viten, og sier at man er nødt til å tenke på alternative måter å jobbe på fremover. Hun peker på at vi vil få store utfordringer i helsevesenet i årene som kommer, med mangel på mange pleieårsverk, og at man derfor ikke kan ha som svar på alt å øke bemanningen. Hun peker også på at dette er et overordnet budskap fra sykehusledelsen.

«Verdien for pasienten i framtiden, vil skapes ved at man gir best mulig kvalitet, med minst mulig ressursinnsats», hevder hun. Hun sier samtidig at det å få anerkjennelse og skryt i sykehussammenheng, fremmer tavlebruken.

På tross av at de har innført tavlemøtene og at dette øker fokuset på kvaliteten av tjenestene som leveres, opplever hun likevel at det er flere som mener at ting var bedre før. Men disse, sier hun «kan sjelden skilte med data fra tidligere», som viser dette.

Hun tenker også at det kan bunne i manglende innsikt i hvorfor man driver med tavlearbeid. Som leder så opplever hun at hun ikke alltid strekker til. Hun har veldig stor tillit til de som har drevet fram tavlearbeidet, og har ikke tro på at hun hadde lyktes uten fagsykepleierne. Hun mener at det er vesentlig å få med alle yrkesgruppene, og at legene må ta mer eierskap. Og at man i samspillet mellom leger og sykepleiere, kan spille hverandre gode. Hun sier at det er personalet som er faget, og derfor må man bli bedre på å få de ansatte til å bli mer aktiv i avdelingen. Dette gjøres ved å belønne heller enn å straffe. Det prøves med ros, da hun tror personalet ofte føler at det blir mye pisk. I tillegg belønnes det med feiringer av ulike slag.

«Pasientsikkerhet må være noe man gjør, ikke i tillegg til», sier leder. Hun mener at helsevesenet aldri har vært bedre enn det er i dag, men heller har det aldri vært mer presset. Det er åpenhet om at de har mangler, -at dette viser at de har fokus på kvalitet, også dårlig kvalitet, for å forbedre den. Denne åpenheten viser seg også her, har ført til noe usikkerhet hos pasienter. Fagsykepleier er opptatt av at man må forsøke å finne en balanse her. Hun har veldig tro på denne måten å jobbe på, og ønsker at alle skjønnte hvor bra dette er, at dette blir viktig for hele personalet.

Forbedringsdelen av tavla, blir også her lite brukt. Både personalet og fagutviklingssykepleier mener at de må bli flinkere til å reklamere for denne.

5.2.2 Ansvar for tavla

På avdelingen hvor de ikke har tavlemøter, er det leder som primært oppdaterer tavlen, men leder ønsker at de ansatte også kan gjøre det. Hun erkjenner at de burde satt i gang med tavlemøter, i mellomtiden blir det brukt stadige påminninger til de ansatte, ved at hun etterspør informasjon om de har screenet pasientene. Leder her tror nok at de ansatte tenker på dette som enda en ting som de er nødt til å gjøre i tillegg til det andre. Også leder kommer i konflikt med andre oppgaver, da hun i arbeidet i avdelingen, også har ansvar for driften og denne alltid kommer først. Dette kan være en av årsakene til at de ansatte her også sier at tavla ikke blir oppdatert som den skal. De mener dog at den forenklingen av skjemaene som leder har gjort, har gjort de lettere å bruke, og de tror de er blitt flinkere på pasientsikkerhetsprogrammet etter dette. De ansatte savner dog gjennomgang av rutiner etter hendelser, da de mener at å bare vite at det er så og så mange dager siden siste fall, ikke er nok. De er klar på at ledelsen likevel ikke har fokus på personrelaterte skyldspørsmål ved hendelser. En av de hevder at ledelsen likevel er klar over at det som må til er mer folk på jobb.

På avdelingen der de bruker tavlemøter, er det fagsykepleier som leder disse, i tillegg er det et ukentlig tavlemøte der leder sammen med de ansatte har kvalitet på agendaen. Også her forteller leder at det mases på de ansatte om viktigheten og hva de må gjøre. Hun mener det er en sånn type daglig styring som må skje. Også fagsykepleier tror at pasientsikkerhet må snakkes om hver dag. Og det må være en dedikert person som tar initiativet. – om de ansatte ikke kommer til tavlemøte, må det ringes rundt og etterlyse de. Begge er de enige om at tavla må sikres daglig, og leder mener det er et lederansvar om man ser en dalende frekvens. Det krever utholdenhet hos lederne, at de aldri slutter å etterspørre resultater. Fagsykepleier sier: «Jeg tror ikke dette er mulig å gjøre uten at det er forankret i ledelsen».

5.2.3 Synlighet av tavla

I pasientsikkerhetsprogrammet anbefales det full åpenhet, fordi man skal ha en kultur som løfter fram, heller enn å skjule de feil som skjer. Innføring av full åpenhet ble tydeliggjort i en pressemelding fra 2011 av daværende helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Åpenhet ble anbefalt fordi det skulle være tydelig for både helsepersonell og pasienter, å få fram at man jobber med kvalitet. Det menes at på denne måten får man analysert bakgrunnen for feil, og det vil også skje en læring underveis. Begge lederne mener at denne synligheten av tavla er viktig. Det den ene lederen peker på, er at hun tror at ved å ha tallene på tavla, har man fokus på at de skal være bra. En av de ansatte på denne avdelingen sier at da hun begynte fikk hun beskjed om at tavla var plassert der for at den skulle være synlig for både pårørende og pleiere. Det blir også sagt at alle ser tallene som kommer ut til avdelingen. Samtidig kommer det fram at de ansatte her ikke er helt bevisst på, eller husker alt som henger på tavla. På den andre avdelingen hevder leder at innsatsområdene som er synliggjort på tavla, er de på godt og vondt, og det tåler dagens lys. Hun sier at bevissthet alltid er av det gode, og at man må ha som praksis at man lærer av sine feil og justerer retning. Fagsykepleier her, sier at pasientsikkerhetsprogrammet anbefaler åpenhet og synlighet, og at de likens ville at tavla skulle være synlig for at man skal se at de jobber med pasientsikkerhet. Hun sier også at det er ei bevisstgjøring å ha møter hver dag. En av personalet på denne avdelingen peker på at før drev man med 'old fashion sykepleie', mens nå er dette mer synliggjort på ei kvalitetstavle. Det er fokus på hva man kan forbedre og dette blir mer synliggjort. De er også blitt mer kritiske til ting, flinkere til å forebygge unødvendige skader på pasienten, og føler at tavla har gjort de mer bevisste i hverdagen. De føler at tavla ligger latent hele tiden, også selv om de er travle, og at tiltakene brukes aktivt. Tavla mener de er en fin måte å vise status ved avdelingen, og sier at også besøkende får et innblikk i hvordan de er som avdeling. En av personalet synes også at det er bra når de ser den, for den sier jo at de gjør en bra jobb.

5.3 Evaluere

Underveis i prosessen, er det ifølge forbedringssirkelen viktig med å se på hvilke resultater man har oppnådd. I intervjuene kom det fram at dette gjaldt to ting; det var nytteverdi for de

ansatte, i form av læring og faglig utbytte. Og det andre var de faktiske målingene som blir gjort for å se om pasientsikkerheten virkelig har økt.

5.3.1 Personalets nytteverdi

Personalet på de ulike avdelingene er delt i oppfatningen om tavla har vært til hjelp for dem i pasientsikkerhetsarbeidet. På den ene avdelingen, mener at de at ingenting fremmer tavlebruken sånn som tavla er i dag. De etterlyser å vite noe om tallene. Selve tavla, hevder de, hjelper de ikke til å ha fokus på pasientsikkerheten, men heller pasientsikkerhetsprogrammet generelt. De mener også at når ekstraoppgaver ikke blir prioritert, i form av tid til dette arbeidet, så blir det mislykket. Leder her har også tanker om at organiseringen her, ville gjort tavla lettere å bruke for alle. Hun mener at hun har klart å skape en forandring i forhold til slik det var når hun begynte, men peker på at det fortsatt er mye forbedringspotensialer der.

På den andre avdelingen mener leder bestemt at man har fått en bedre meldekultur. Det at folk er opptatt av kvalitet, gjør at man har fått til en bedret meldekultur, og flere ting identifiseres som pasientskader. Hun poengterer at hun nok ikke ville ha lyktes uten fagsykepleierne. Personalet sier også her at de er blitt flinkere til å forebygge skader, og at de er mer oppmerksom på ting selv om de er travle. De tenker at faggruppene kom som et resultat av tavlearbeidet, og at de har fått mer forståelse etter hvert, at dette arbeidet faktisk er bra.

5.3.2 Resultater for pasientsikkerhetsarbeidet

På begge avdelingene hadde de per nå ikke gjort noen sammenligninger av målinger som viste at pasientsikkerheten faktisk har økt. På den ene avdelingen har leder gjort noen tiltak for å øke fokus på pasientsikkerhetsprogrammet, men mangler registrerte data tilbake i tid. De har hatt noen perioder med gode tall på tavla på noen innsatsområder, men har ikke data for å kunne si med sikkerhet at det er et bedret resultat på pasientsikkerhet. En av personalet på denne avdelingen, sier at hun er ganske sikker på at prosentene er økt, men hun vet ikke hvor mye. En av de andre sier at hun ikke vet om det finnes målinger som sier noe om pasientsikkerheten har økt. På den andre avdelingen, sies det at nå begynner de å få målinger for å kunne

sammenligne med på årsbasis. Både leder og fagsykepleier mener at de ikke har lyktes med resultatene. Leder sier: «Jeg skulle ønske vi kunne se en markant bedring, men der er vi ikke».

Hun mener også at siden målingene ikke er slik som man ønsker, så kan dette vitne om for dårlig kvalitet, men at de er gode på noen ting. Hun sier også at man må gi det et år til, og om statistikken ikke bedres, så er det grunn til å se på strukturelle utfordringer. Fagsykepleier mener at noen mål er nærmest uopnåelig, for eksempel målet om 50 dager uten fall i geriatrien. Hun sier også at ved travelhet så øker det på med antall hendelser. På den andre siden sier hun også at det er ikke sikkert at det faktisk er flere hendelser, men at folk er blitt flinkere til å rapportere. De ansatte her synes at målingene er nyttige, men de kjenner ikke tallene fra statistikkene.

5.4 Følge opp

I hvilken grad mener man så at den nye måten å jobbe på og tavla har blitt en del av den nye arbeidshverdagen. Det snakkes mye om standardisering og at dette skal gjøre det tryggere for pasientene i møte med helsevesenet. Har man innført rutiner og en praksis som er realistiske og gjennomførbare.

5.4.1 Integrering i arbeidshverdagen

Det kommer fram at å implementere nye ting tar tid. Leder på den ene avdelingen mener at det tar kjempelang tid. På denne avdelingen formulerer en av de ansatte at: «jo det er en ny rutine, det er å huske å fylle ut alle skjemaene. Og det har det vært fokusert en god del på egentlig. Som en veldig ny rutine».

Her sier de også at den nye rutinen blir formidlet muntlig.

På den andre avdelingen mener leder at de forsøker å ha som løsning på ting å ha struktur. Hun mener at en del kritikk har kommet på det at ting skal være standardisert, og referer til at en del mener at ting var bedre før, da man utviklet det kliniske blikk. Det kliniske blikk mener hun

er et ullent begrep, og at standardisering vil være til hjelp for nyutdannet helsepersonell. Hun påstår også at gjennom standardisering er nå det norske helsevesenet bedre enn før. De som kritiserer pasientsikkerhetsprogrammet kan heller ikke vise til et annet system, som gjorde at det var bedre før. Hun vil dog ikke påstå seg ferdig med innføring av den nye arbeidsmåten, men hevder derimot at å sikre at god praksis blir videreført, er en evig jobb. Fagsykepleier sier også her at det går tregt å få inn nye prosedyrer. Noe av poenget med å standardiseringen er å komme bort ifra at det skal avhenge av hvem som er på jobb den dagen, hvor trygg du skal føle deg som pasient. Og i denne standardiseringen og det å lage system, føler hun at de har lyktes. Også de ansatte her sier at tavla sikrer at pasientene får lik behandling. De sier, i tråd med det fagsykepleier sier, at innsatsområdene har kommet litt stykkevis og delt. -Og at de har fått mer forståelse etter hvert. Det uttrykkes av en av informantene slik: «Det er sånn det er med nye ting – man får mer forståelse etter hvert».

5.4.2 Ledelsens oppfølgingsansvar

På den ene avdelingen hadde leder og fagsykepleier tanker om hvordan man skal klare å kontinuere jobben og oppnå bedre resultater. Leder tenker at dersom statistikken ikke bedres, må man se på de strukturelle utfordringer, og muligens stille spørsmål til høyere ledelse om de kan komme med forbedringstiltak som de ikke har tenkt på selv. Han tenker også at om man ikke kommer dit man vil, muligens må reise en sak i kvalitetsutvalget. På tross av det som tidligere er nevnt med utfordringer i forhold til bemanning i helsevesenet de kommende årene, så må man muligens se på bemanningsnøkkelen. Også fagsykepleier spør seg hva lederne er villige til å gjøre, om tallene fortsetter å være dårlige.

«Er lederne fortsatt villige til å være med hvis det begynner å koste penger, i form av økt bemanning, hvis man kartlegger at det er det det handler om».

6 Diskusjon og implikasjoner

Formålet med studien er å finne ut av helsepersonell sine erfaringer med innføringen av om tavler er nyttige i pasientsikkerhetsarbeidet, samt om det finnes eventuelle utfordringer underveis med disse. For ethvert program vil det være kostnader og fordeler, så vel som uventede konsekvenser å ta hensyn til.

I lys av bakgrunn og teori som presentert i kapitlene ovenfor, mine forskningsspørsmål og resultater av datainnsamlingen, vil jeg diskutere helsepersonell sin bruk av tavler i Pasientsikkerhetsprogrammet. Til hjelp for å systematisere diskusjonen, og for å lette oversikten for den eksterne leser, setter jeg opp en tabell over de områdene og tilhørende faktorer fra modellen i kapittel 3.2 som jeg har identifisert i de ulike fasene. Se denne i tabellen nedenfor:

Faser i forbedringssirkelen>	Forberede/ planlegge	Gjennomføre	Evaluere	Følge opp
Områder				
Prosess	Fordeler – i tillegg til for pasient	Fordeler – i tillegg til for pasient Troverdige resultater Utvikling blir målt	Fordeler – i tillegg til for pasient Troverdige resultater Utvikling blir målt	Tilpasningsevne ved utskifting av personale
Ansatte og ledere	Opplæring og involvering Holdning og motivasjon Overordnet ledelses engasjement	Opplæring og involvering Holdninger og motivasjon Kliniske ledelsens engasjement	Holdning og motivasjon	Holdning og motivasjon Overordnet ledelses engasjement

	Kliniske ledelses engasjement			
Organisasjon	Strategisk målsetting, verdigrunnlag og kultur	Infrastruktur som støtter endringer		Strategisk målsetting, verdigrunnlag og kultur

Tabell 5: Viktige faktorer for vedvarende forbedringer i de ulike fasene av forbedringssirkelen

6.1 Forberedelse og planlegging

I denne delen av diskusjonen befinner jeg meg i fasen for forberedelser og planlegging i forbedringssirkelen. I følge modellen over faktorer som må ivaretas for å lykkes, har jeg i denne fasen identifisert seks faktorer som må være tilstede. Dette er faktorer som innbefatter at (1) personalet kan identifisere fordeler for andre enn for pasienten, (2) opplæring og involvering av personalet, (3) holdninger og motivasjon, (4) den overordnede ledelsens engasjement, (5) den kliniske ledelsens engasjement, og (6) at den strategiske målsettingen må høre sammen med arbeidet som skal gjøres.

At personalet kan oppfatte fordeler for andre enn pasienten, hører til under **prosessen** som må ivaretas for å lykkes. Her gjelder det å kartlegge arbeidsoppgaver før endringer gjøres. Det hevdes at man må være tydelig på hva som er formålet med endringen, og om personalet kan se at arbeidsoppgaver blir enklere å utføre eller at de blir mer tilfredse med arbeidet, vil dette være viktig for det videre arbeidet.

Dette leder oss videre til det neste området som er viktig å ta hensyn til, **ansatte og ledere**. Under dette området hører til at opplæring og involvering er viktig for å inkludere de ansatte fra starten av. Om personalet får lov til å bidra med sine innspill, vil de føle seg verdsatt på en måte som vil øke deres motivasjon for jobben. Motivasjon og holdninger nevnes som en separat faktor som er viktig for å lykkes. Nøkkelpersoner på alle nivåer i organisasjonen må involveres for å kunne bidra fra starten i arbeid som angår dem. Om personalet blir inkludert

fra starten av vil det oppstå et eierskap som gjør medarbeiderne mer engasjerte. Den kliniske og overordnede ledelsens engasjement er vektet som noen av de viktigste faktorene for å lykkes. Den kliniske ledelsen må erkjenne at de er viktige pådrivere i arbeidet. Den overordnede ledelsen må inngå i planleggingen ved å hjelpe til med å bygge ned mostand mot endring (Institute for Health Care Improvement, 2016) og (Sekretariat for nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, 2014).

På det tredje området som er **organisasjonen**, har jeg for denne fasen identifisert at endringsarbeidet må være forankret i strategier og virksomhetsplaner. Denne forankringen for forbedringsarbeidet må være i tråd med organisasjonens strategiske målsetting, verdigrunnlag og kultur.

Sykehuset har forpliktelser til å delta i pasientsikkerhetsarbeidet, som er en nasjonal satsing. Dette er overordnede strategier som kommer fra helsedepartementet, nedfelt i Meld.St.10(2012-2013) og Meld.St.11((2014-2015). Også sykehuset i X har dette nedfelt i sitt oppdragsdokument (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 16). Fra 2008 har sykehuset støttet seg til Lean metodikken i sitt kvalitetsforbedringsarbeid. Dette er kommet til uttrykk via såkalte Lean prosjekter. Pasientsikkerhetskampanjen kom i 2011, og programmet startet i 2014. Kampanjen og programmet bruker forbedringsmodellen som er utviklet etter PDSA sirkelen, forbedringssirkelen. Begge modellene legger vekt på forberedelser i forkant av oppstart. Sykehuset har ikke definert pasientsikkerhetsprogrammet som et Lean prosjekt, men bruker forbedringssirkelen som programmet tar utgangspunkt i, for å definere hvordan man systematisk jobber med pasientsikkerhet. Ingen av informantene nevnte heller Lean som en modell for forbedring i sykehuset. Forbedringssirkelens to første faser er forberede og planlegge. I disse fasene erkjenner man behovet for forbedringer, klargjør kunnskapsgrunnlaget og forankrer forbedringsarbeidet. Man planlegger hvordan jobben skal gjøres, setter mål, velger måleverktøy og utvikler forbedringstiltakene.

De to ulike avdelingene har hatt ulik tilnærming i forkant av oppstart av tavlearbeidet. Ut fra hva informantene har svart, virker det som at på den ene avdelingen, har personalet ikke deltatt på noen av forberedelsene før bruk. Ei heller synes det som at de har fått noen kunnskap om bakgrunnen for pasientsikkerhetsprogrammet og spesifikt at man ønsker å bruke kvalitetstavler

som verktøy. På denne avdelingen har den som leder tavlearbeidet, funnet ut av mye selv. På bakgrunn av lite kjent kunnskap i forhold til hvordan man skal jobbe i henhold til forbedringssirkelen, og også lite kunnskap om hvordan man kan lykkes med å skape varig endring, har ikke denne avdelingen fått det beste grunnlaget for å lykkes med tavlearbeidet. Det mangler opplæring og involveringen av de ansatte som må til for at de ansatte skal oppleve eierskap, og derved også få en forståelse og motivasjon for jobben som skal gjøres. Hverken personalet eller den som leder tavlearbeidet har vært med på forberedelser før innføring. Tavlene beskrives av en av de ansatte som å ha kommet plutselig, fra en dag til den neste. Da de ikke har vært med i denne fasen, kan de heller ikke ha klart å identifisere at programmet kan ha fordeler utover det at det sannsynligvis vil medføre fordeler for pasienten. Den som leder tavlearbeidet i dag er ikke den som ledet det til å begynne med på denne avdelingen. Hun har fått veiledning av en på sykehuset som jobber mye med pasientsikkerhet, men tilsynelatende ikke blitt informert om bakgrunnen for tavlene. Dermed har heller ikke den kliniske ledelsen fått det beste utgangspunktet for engasjement, som er viktig. Öhrn og Nilsen (2011, s.199) sier at man kan risikere å dra feil slutning om at en strategi er ineffektiv, når årsaken heller er brist i implementering og gjennomføring, snarere enn det som strategien bygger på. På denne avdelingen kan man snart havne i denne situasjonen.

Den andre avdelingen har satset annerledes før innføring. De har jobbet systematisk med å utdanne forbedringsagenter, som skulle være pådrivere for tavlearbeidet og pasientsikkerhetsprogrammet. De har støtte i den lokale ledelsen, både i forhold til at de kjenner bakgrunnen og viktigheten av å jobbe med pasientsikkerhet, og at det skapes arenaer for de ansatte til å bli kjent med og fordype seg i innsatsområdene. Avdelingen har forsøkt å gjøre pasientsikkerhetsprogrammet kjent ved å ha internundervisning og idemyldring i forkant av oppstart. De har med andre ord lagt vekt på opplæring og involvering av sine ansatte på alle nivå, og derfor også klart å få de ansatte til å identifisere at denne jobben innebærer faglige fordeler for dem selv i tillegg til fordeler for pasienten. Dette øker motivasjonen for forbedringsarbeidet. På tross av dette følte noen av personalet også her at tavla kom plutselig. Det gikk en stund før de følte at de kom skikkelig i gang, og etter hvert ble det gjort noen korrigeringer i forhold til hvordan man utførte arbeidet.

De oppover i systemet ble beskrevet til ikke å ha noen formening om de var på rett kurs eller ikke. Dette kan være fordi hver avdeling må finne sin lokale variant selv om det til en viss grad er standardisert, og toppledelsen har ikke detalj kunnskap om hvordan jobben skal gjøres i praksis. Det kan også bety at de selv ikke kjenner eller kjente arbeidsmetoden godt nok. Sustainability modellen eller modellen for vedvarende forbedring, er klar på at toppledelsen må ha kompetanse på dette. Nettopp dette er en av de mest sentrale faktorene i modellen. Å skape en kultur for pasientsikkerhet det er et ledelsesansvar. Ledelsen må oppmuntre og utvikle sikkerhetskulturen ved å vise at de er villige til å lære fra både interne og eksterne kilder slik at læring kan skje (Sammer, Lykens, Singh, Mains, & Lackan, 2010). Om toppledelsen ikke vet hvor veien skal gå og hvordan man skal gå den, blir det tyngre for de som skal starte jobben med dette.

Denne avdelingen har likevel, i henhold til faktorer som bør være tilstede for å skape vedvarende forbedringer, gjort mye riktig i denne fasen.

Den formelle forankringen fra både Helse- og omsorgsdepartementet og toppledelsen i sykehuset er tilstede for begge avdelinger. Den reelle forankringen blir videre diskutert i kapittel 6.4.

Mitt første forskningsspørsmål var «Hvilke forberedelser ble gjort i forkant av oppstart med tavlearbeidet?». Svaret på dette er at det virker som at dette ble satset på ulik måte på avdelingene. Den overordnede ledelsen har ikke hatt noen klar formening om hvordan arbeidet skulle iverksettes. Avdelingen som sendte sine fagsykepleiere på forbedringsagentutdanning, viste snarere en forståelse av viktighet av å få med personalet, og på hvilken måte dette kunne gjøres. De kunne derfor agere annerledes enn avdelingen som ikke hadde disse forutsetningene. Avdelingen som enda ikke er kommet i gang med tavlemøter, synes ikke å ha lagt vekt på involvering av de ansatte i stor nok grad.

6.2 Gjennomføring av tavlebruken

Denne fasen beskriver gjennomføring av tavlebruken. I modellen over faktorer som må være tilstede for å skape vedvarende forbedring, har jeg for denne fasen identifisert syv faktorer som

er viktige for å lykkes. Dette er for området **prosess**, (1) fordeler i tillegg til fordeler for pasienten, (2) troverdige resultater, og at (3) utviklingen blir målt. For området **ansatte og ledere**, er det (4) opplæring og involvering, (5) holdninger og motivasjon og (6) den kliniske ledelsens engasjement. For det siste området som er **organisasjonen**, er det til slutt viktig at (7) infrastrukturen støtter endringen.

I gjennomføringsfasen, vil man se om de endringer som er planlagt og forberedt, virkelig gir fordeler, både for pasienten, og også i form av en lettere og mer smidig arbeidshverdag for de ansatte. Resultatene vil bli synliggjort ved målinger, og dette vil vise om de er troverdige, og dermed skape engasjement.

Dette bringer oss over i det neste området, som er **ansatte og ledere**. Ved at man med målinger som gjøres, også kan gi fortløpende tilbakemelding til medarbeiderne, gjør dette at man kan skape inspirasjon hos de ansatte til fortsatt å jobbe med forbedringer. Dette gjør at de ansatte også involveres i denne fasen. Ved å involvere de, vil man også kunne fortløpende bygge ned motstand mot endringer, ved å vise til den positive effekten av forbedringsarbeidet. Da vil man også kunne øke motivasjonen og endre holdninger hos de som føler motstand. Det er også viktig at den kliniske ledelsen engasjerer seg i kvalitetsarbeidet, ved å delta aktivt i gjennomføringen. At de har tro på at arbeidet skaper forbedring og helst forenkler arbeidet, er viktig for suksess.

Det tredje området er **organisasjonen**. Her trer faktoren infrastrukturen fram som viktig i gjennomføringen av endringer. Infrastrukturen skal støtte de endringer som gjennomføres. Det kan for eksempel være den fysiske tavlen, eller også andre hjelpemidler som trengs. Dette kan være lett tilgang til pasientsikkerhetsprogrammet på nett, og også måleinstrumentet Extranet som finnes der. Infrastrukturen betyr målbare og spesifikke prosedyrer, og å gjennomgå ressursbruk og positive og negative måter ved den nye arbeidsformen for personalet.

På avdelingen som i liten grad hadde tatt sine medarbeidere med i planlegging før oppstart, ser vi også at dette vedvarer under utførelsesfasen av tavlebruk. De fyller ut skjema som riktignok er blitt forenklet etter at den nåværende leder av pasientsikkerhetsarbeidet har overtatt. De mener de er blitt flinkere til dette, men noen sier de ikke i stor grad følger opp med tiltak i

behandlingsplanen og at tiltak blir iverksatt. Dette arbeidet ser ikke ut til å medføre fordeler ved bruk. For det første oppleves dette som merarbeid. For det andre ser det ikke ut til at man opplever at pasientene heller får fordeler av jobben som gjøres. Det nedfelles i alle fall ikke konsekvent som tiltak i behandlingsplanene til pasientene. At dette kan delvis skyldes manglende kompetanse eller opplæring av de som fyller ut, trekkes fram. Av det som kommer fram, kan det virke som at noe av grunnen til at de er blitt flinkere til å fylle ut skjemaene, er at det i neste omgang kan resultere i økt bemanning til de pasientene som er i behov for det. Og dertil at det som etterspørres fra leder, er om skjema er fylt ut. Deres motivasjon synes å ligge i «kortsiktig gevinst» i form av mer folk på jobb. Dette er selvfølgelig som et ønske om å skape et tryggere sykehusopphold for den syke gamle, mens gevinsten ved å skape en kultur for forbedring via en gjennomgang av rutiner og dermed en læringseffekt, når det oppstår hendelser, ser ikke ut til å være tilstede. Det tydeliggjøres at lederne ikke er ute etter syndebukker når hendelser oppstår. Dette er en viktig faktor for å berede grunnen for å skape en sikkerhetskultur. Belønning blir nevnt som en faktor som er ment å motivere. Dette blir av personalet ikke lagt vekt på som en motivasjonsfaktor av avgjørende grad i intervjuene. Utviklingen blir målt i denne fasen, ved hjelp av tall som kommer opp på tavlen. Det man ønsker å se ved disse målingene er at de viser til resultater som er troverdige. Målingene som kommer ut av tavla er her ikke alltid oppdaterte. Dette kommer muligens som en følge av at drift alltid må gå foran tavlearbeidet. De ansatte ønsker mer informasjon og tilbakemelding om konsekvensene av å bruke skjemaene og tavla, da dette i liten grad har vært lagt vekt på. Det synes som at det svikter i den fortløpende tilbakemeldingen for eventuelt å kunne endre kurs. Dette må være tilstede for å kunne skape forbedringer.

Dette skaper igjen ikke motivasjon for den opprinnelige bakgrunnen for arbeidet. De ansatte blir heller ikke motiverte av at de mangler tid til å sette seg inn i nye oppgaver. Både de og leder forteller at tavla blir nedprioritert i hektiske perioder. Leder tenker at om ansatte var mer opptatt av tavla, så ville den blitt mer brukt. I henhold til modellen og faktorer for vedvarende forbedring, er dette å starte i feil ende. De ansatte må involveres allerede i planleggingsfasen. De ansatte ser ikke ut til å bli involvert i utførelsesfasen, på en slik måte at de skal forstå hvorfor de fyller ut skjemaene og fører resultatene inn på tavla. Dette kan ikke sies å være en motiverende faktor. At tavla er plassert godt synlig for både ansatte, pasienter og pårørende, skal være med å på å skape en åpenhetskultur om feil, sier noen av informantene. Det tenkes

at man da vil få analysert bakgrunnen og dermed kan læring skje. Dette fordi man fokuserer på tavla og målingene for de ulike innsatsområdene, og derved kan man skape en diskusjon rundt det pågående pasientarbeidet (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2015). Det skjer ikke automatisk læring. På denne avdelingen har man ikke en systematisk gjennomgang av bakgrunnen for feil, som kan gjøres ved et tavlemøte. Man mister da noe av hensikten av bruk, og dette forsterkes ytterligere av at de ansatte ikke er helt fortrolige med hva som virkelig henger på tavla deres. Ytterligere har man sågar hatt episoder der pårørende og pasienter har blitt urolige av tallene på tavla. Da er det ikke så rart at en av de ansatte er helt tydelig på at selve tavla ikke har hjulpet henne å ha mer fokus på pasientsikkerhet. Underveis i intervjuene dukket opp en etisk problemstilling knyttet til bruken av kvalitetstavlene. Tavlen henger på disse avdelingene i sykehuskorridoren hvor alle, både de som jobber der, pasienter og pårørende kan se den og hva som henger på den. I Pasientsikkerhetsprogrammet legger man vekt på at å være åpen om at man jobber med kvalitet og kvalitetsforbedringer. Og innen Lean metodikken gjøres det et poeng av å den visuelle oversikten kan hjelpe til med å avsløre problemer og unngå misforståelser og sløsing (Graban, 2016, s. 121). I sykehuset jobber man med mennesker og man er bundet til taushetsplikten. Ingen taushetsbelagte opplysninger fremkommer på tavlen på korridoren på sykehuset. Det man ser, er mål og måloppnåelse oppdatert på denne tavlen. Tavlen gjenspeiler at man har fall, trykksår og at ikke alle som er inneliggende har fått samstemt sine legemidler. Dette kan fremkalle frykt og usikkerhet hos både pasienter og pårørende. Noe som kom fram i intervjuene. Man har likevel valgt å være åpen om dette, og på avdelingene mener at man er tjent med å ha denne åpenheten i forhold til egne feil. Det man likevel mener at man får signalisert, er at man jobber for å bli bedre. Leder peker på at man må ha en dialog med både pasienter og pårørende for å forklare bakgrunnen og hensikten med denne jobben. Åpenhetskulturen er viktig for læring for at man ikke skal gjøre samme feil på nytt. Her er det åpenbart et problem for flere. Hvis dette skal være en positiv åpenhetskultur, så burde man muligens gjort noe mer aktivt med dette. For eksempel forklare ved hjelp av en brosjyre når pasienter kommer inn til avdelingen. Dette er avgjørende for om dette kan fungere uten bekymringer fra pasienter og pårørende.

Organisasjonens infrastruktur skal støtte endringsarbeidet for å øke sjansen som å lykkes med forbedringsarbeidet. For pasientsikkerhetsprogrammet har standardiserte tiltakspakker vært

tilgjengelige for alle i programperioden, som en hjelp på veien til alle som skal drive med pasientsikkerhetsarbeid. Det kommer ikke frem av intervjuene at disse brukes i arbeidet.

Ingen av informantene nevnte her at det var gjort noen gjennomgang av ressursbruk. Leder har gjort et godt arbeid med å korte ned på tidsbruken for den nye prosedyren, ved å forenkle skjemaer som er i bruk. Dette er i tråd med den evalueringen og justeringen som bør gjøres underveis. Skjemaene hevdes dog av noen av informantene ofte å være utilgjengelige, ved at de følger pasientens papirer inn til previsitten. En av informantene spør i denne forbindelse hvorfor ikke tavla er elektronisk i dag da det finnes så mye teknologi. Denne tanken er spennende, da forskning viser at dersom beslutningsstøttesystemer ¹ eller prosesstøttesystemer² skal ha noen effekt, må de være elektroniske (Fossum, 2017). I sitt fremlegg støtter Fossum seg på Kawamoto et. al (2005), som ved en systematisk review, har identifisert 4 suksesskriterier for beslutningstøtte. Dette er for det første at beslutningsstøtte må tilbys automatisk og som en del av legens sin arbeidsprosess. Det andre er at beslutningstøtte bør tilbys der og når en beslutning skal tas (må være integrert i den elektroniske pasientjournalen), videre at beslutningsstøttesystemet bør komme med konkrete anbefalinger, og til sist at beslutningsstøtten må være datamaskinbasert (Kawamoto, Houlihan, Balas, & Lobach, 2005, s. 7). En elektronisk tavle som en del av et beslutningsstøttesystem og prosesstøttesystem, som støtter og snakker med den teknologi som allerede finnes i sykehuset i dag, vil kunne frigjøre mye tid hos de som bruker den. Man ville slippe å bruke mye tid til dobbeltføring, og frigjøre tid til direkte pasientarbeid. Et eksempel på dette ser man fra det nye sykehuset i Østfold Som åpnet i 2015, der man er gått fra tusj til touch (Effektivvelferd, 2015). Der har man investert i mye fremtidsrettet teknologisk utstyr, deriblant digitale pasienttavler. Hensikten er at de skal være et ressurs- og planleggingsverktøy. Leger og pleiepersonell har tavlemøter framfor tavlene hver morgen. På sykehuset skal bruken av blant annet disse, vurderes i løpet av 2016 og 2017, ved hjelp av fokusgruppeintervju med de ansatte. Jeg tenker at en effektivisering av tidsbruken vil føles tilfredsstillende for helsepersonell, som i dag mener at mye av deres tid går med til administrativt arbeid vedrørende pasientbehandlingen. At man også ser at i løpet av få tiår vil mangle flere tusen helsearbeidere, vil det kreve at man forlanger

¹ Beslutningsstøttesystemer defineres slik: Elektronisk beslutningsstøtte er IT-verktøy som kombinerer medisinsk, helsefaglig og annen kunnskap med individuelle pasientopplysninger for å understøtte beslutninger i utredning, pleie og behandling av pasienter(Ekspertgruppe, 2014).

² Prosesstøttesystemer defineres slik: Klinisk prosesstøtte er IT-verktøy som støtter planlegging, koordinering og gjennomføring av pasientrettede tiltak innen utredning, pleie og behandling(Ekspertgruppe, 2014).

mer av systemene som støtter pasientbehandlingen, heller enn å kreve mer av et allerede presset helsepersonell. Selv om man i pasientsikkerhetsprogrammet i sykehuset ikke følger Lean som forbedringsmodell, trekker man ofte fram et mantra fra Lean i forbedringsarbeid som pågår, om å «Jobbe smartere» (Ingebrigtsen, 2017). I tråd med Lean ville det sannsynligvis vært vist ved en verdistrømskartlegging at en del av tiden til personalet i denne fasen ikke skaper verdi for pasientene. «Sidesystemer» som dobbeltføring av kartlegginger vil bli karakterisert som sløsing i henhold til Lean, da dette ikke er verdiskapende aktivitet for pasientene (Modig & Åhlström, 2014, s. 73). Å ha pålitelige, gjennomtestet teknologi, som støtter de ansatte og prosessene er også i tråd med Lean (Modig & Åhlström, 2014, s. 81). Det kan synes som sykehuset ikke har funksjonell infrastruktur som støtter det endringsarbeidet som gjøres. Den ekstra tiden som brukes kunne vært brukt til verdiskapende tid for pasientene.

På avdelingen hvor de har tavlemøter alle ukedager, opplever man i prosessen å ha fordeler, ikke bare for pasientene, men også for de ansatte. De ansatte her, føler at tavla er til nytte. De synes at tallene i hovedsak sier at de gjør en bra jobb. Det pekes også på at dette har synliggjort sykepleien i større grad enn før. Det kan synes som at personalet på denne avdelingen opplever mange flere fordeler med tavla. Disse har også vært med fra starten og involveres jevnlig i jobben som gjøres for å skape en bedre kultur for pasientsikkerhet. Også her har de forenklet skjemaer, og har i hovedsak bare tavla og medarbeiderne som arbeidsredskap ved gjennomgang av pasientsikkerhetsområder. Dette er i tråd med forbedringssirkelen, der man justerer underveis. Det forventes at ansatte som kommer til tavlemøter har oversikt. Det betyr at de ansatte må være bevisst på dette. Og de mener selv at det alltid er et mål å ha gode tall. Ved å vise til resultater som oppfattes som troverdige, identifiseres fordeler for pasientene. Ved tavla får de den fortløpende tilbakemeldingen på de målinger som de har med, og spørres også om tiltak som er iverksatt. På denne avdelingen er det også kommet reaksjoner fra pasienter og pårørende på tall på tavla. Dette kan være problematisk da pasienter og pårørende blir engstelige om de ikke blir forklart bakgrunnen for tavlearbeidet og at man i pasientsikkerhetsarbeidet tilstreber å jobbe med åpne kort, for å skape en åpenhetskultur om feil. Dette påpekes i NOU 2015:11 (2015, s. 33), at åpenhet er en viktig rettesnor for hvordan man skal forholde seg til pasienter og pårørende. I denne NOU'en legges det vekt på åpenhet i forbindelse med det gode møtet mellom pasient, pårørende og helsetjenesten. Åpenhet er bra i riktig form, og om man snakker med pasient og pårørende om fokuset på pasientsikkerhet.

Om dette er riktig måte gjøre det på, ved at tavla i korridoren viser til antall dager siden siste fall eller antall dager siden siste kateterrelaterte urinveisinfeksjon, er jeg usikker på. Er det riktig at åpenheten via denne synligheten skal gå på bekostning av pasientenes trygghetsfølelse? Selv drar jeg også assosiasjoner til luftfart. Når jeg går inn på et fly, vil jeg helst ikke at det ved inngangen står en tavle der det opplyses om hvor mange dager det er siden siste flystyrt, eller hvor mange dager det er siden siste defekt ved flyet ble oppdaget.

Det neste område for faktorer som må være tilstede for å skape forbedring, er ansatte og ledere. Her kommer det fram at gode tall og skryt motiverer til tavlearbeid. Inspirasjon til videre jobbing, via faglige diskusjoner ved tavla, øker involvering og dermed også motivasjon for jobben. Via disse diskusjonene forsøker de å lære av sine feil og justere retning. Avdelingen jobber systematisk mot konkrete mål, også gjennom faggrupper. At faggruppene ble etablert ser de ansatte som et møtested for utvikling. Dette er også en viktig motivasjonsfaktor. Det pekes på både fra medarbeidere og leder at fagsykepleiere har vært pådrivere for jobben, og de har fått en egnet opplæring i forkant. Disse rollene som engasjerte pådrivere fortsetter de med under utførelsesfasen. Den kliniske ledelse er både tydelig, engasjert og deltar aktivt i forbedringsarbeidet, noe som er en av de viktigste faktorene for suksess. Dog har man heller ikke på denne avdelingen helt lyktes å få med alle medarbeiderne i like stor grad, selv om det blir pekt på at dette er noe det har vært jobbet mot. Legene nevnes av alle til å være mindre engasjerte, mens man er forsiktig med å peke på at dette skyldes andre ting enn tidsnød. Mindre engasjement hos legene kan muligens skyldes at de har tradisjon for å bare tenke at det er den evidensbaserte medisinen som gjelder. Forbedringskompetanse er ikke forbeholdt bare en yrkesgruppe, legene må også ta ansvar for å få dette til å fungere. Særlig innsatsområdet legemiddelsamstemming, bør legene føle et spesielt ansvar for. Selv om alle innsatsområdene bør og er aktuelle for denne yrkesgruppen. Den evidensbaserte kunnskapen innen det medisinske miljøet står som nevnt sterkt. Andersen (2015, s.32) sier i sin doktorgradsavhandling at det derfor også er vanskelig å adoptere Lean og andre produksjonsorienterte ideer. Fordi personer som jobber innen denne disiplinen krever forskningsbasert bevis på nytten for å handle. Og for Lean finnes det per dags dato enda ikke noen overbevisende forskning på at dette konseptet innen helsevesenet er til nytte (Andersen, 2015, s. 17) og (Moraros et al., 2016, s. 163). Til tross for at forbedringsmodellen har vært tilgjengelig i lang tid, synes det som en for lite brukt metode. Orvik (2015, s. 276) mener at det

ikke lengre er tilstrekkelig å drive tradisjonell fagutvikling, men at det også er behov for kompetanse innen kvalitetsforbedring. Denne forbedringskunnskapen er en tilleggs kunnskap der både refleksjon og handling inngår (Orvik, 2015, s. 275). Fokuset er derved flyttet fra den individuelle kompetanse til forandringer på de kliniske systemene i helhet. Det er derfor en forbedring av systemene man ønsker, via forbedringskunnskap. Orvik (2015, s. 276) viser til en modell bearbeidet av Sosial- og helsedirektoratet. Sosial og helsedirektoratet peker i den langsiktige nasjonale kvalitetsstrategien «...og bedre skal det bli 2005 – 2015» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 28), at helsepersonell behøver mer kunnskap om kvalitet og kvalitetsforbedringer. I sin oppfølger: «Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? – og bedre skal det bli» (2007), forsøker man å komme med anbefalinger til praksisfeltet om hvordan man kan oppnå dette (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Dette innbefatter alle yrkesgrupper i helsesektoren. Legen er i dette arbeidet en viktig aktør, og må involvere seg i større grad.

De har på denne avdelingen også flere som tenker at forbedringsarbeidet ikke har noe for seg. Dette kan tyde på at det kan være motstand mot endring på avdelingen. Holdning til endringer hos 34 prosent av populasjonen er at de er skeptiske, og at de adopterer den først når endringen er blitt en norm (Rogers, 2003, s. 281). At så mange som 16 prosent er direkte mistenkelig til endringer (ibid), gjør de enda mindre tilgjengelige for å adoptere endringer.

Det tredje området, faktoren infrastruktur som støtter systemene, kommer til uttrykk også her. En av informantene er klar på at hun ikke liker skjema, mens tavla og den digitale dokumentasjonen er fin. Hun har her en klar formening om at systemene som skal hjelpe de ansatte til å fatte beslutninger bør være enkle og ikke kreve merarbeid som er til hinder i en ellers hektisk sykehushverdag. Tid nevnes som en knapphetsfaktor også her. -Det hender at de ansatte ikke rekker tavlemøtene, men da samles data inn via telefonen til fagsykepleier. Det vil si at den daglige styringen likevel vedlikeholdes. Her viser avdelingen at de har tilrettelagt arbeidet innen organisasjonens systemer. Dette er også en faktor som har betydning for suksess. Infrastrukturen er også tavlenes utforming og plassering. Jamfør det som er diskutert tidligere med plassering, bør man vurdere dette også her. Tavlens utforming virker her å fungere bra, men kan muligens effektiviseres også her, om denne kan innføres som digital tavle, med de riktige funksjonene.

Mitt andre forskningsspørsmål var: «Hva oppleves som hemmere og fremmere for bruken av tavlene?» Når man ser på de ulike avdelingene og hva de oppsummert opplever som hemmere og fremmer av bruken av tavlene, utpreger det seg at det identifiseres mange hemmere på den første avdelingen, og det motsatte på avdelingen med tavlemøter. Den første avdelingen peker på hemmere som tid, fordeler for pasient er ikke tilstede i stor nok grad, manglende læringseffekt på grunn av lite tilbakemeldinger, manglende motivasjon på grunn av lite informasjon om bakgrunnen, at de er ukjent med tavla som redskap, infrastruktur som ikke oppleves som støttende, og engstelse fra pasienter på grunn av synlige tall. Det eneste som oppleves som en fremmer, er at skjemaene er forenklet, belønning blir nevnt i noen grad, også det at noen ganger mener man at tallene motiverer. For avdelingen med tavlemøter pekes det også på forenkling av skjemaer som en fremmer av bruk, i tillegg mener de at tavla viser gode tall, og at dette igjen viser at de gjør en god jobb og alltid har dette som mål. Det pekes på at sykepleien som fag er mer synliggjort, videre at bevisstgjøring av ansatte via involvering og jevnlig fokus, fortløpende tilbakemelding og også tro på at jobben medfører fordeler for pasientene. Tavlen funksjon i seg selv, den engasjerte pådriveren og den kliniske ledelsens engasjement pekes også på som fremmere. Også informantene på denne avdelingen mener at tid kan hemme tavlebruken. Også lite engasjement fra noen, kanskje spesielt fra legegruppen, kan svekke bruken. Videre er også engstelse fra pasienter og pårørende nevnt som en mulig hemmer på begge avdelingene.

6.3 Resultater og nytteverdi som er oppnådd

I den tredje fasen i forbedringssirkelen som er evalueringsfasen, skal man reflektere over de resultatene man har oppnådd, og vurdere om man har oppnådd tilstrekkelig gode resultater og eventuelt justere retning. Jamfør modellen for faktorer som må være tilstede for vedvarende forbedring, identifiserer jeg to områder, med tilsvarende fire faktorer, som er viktige her. Dette er for området **prosessen**, (1) fordeler i tillegg til fordeler for pasienten selv, (2) troverdige resultater og at (3) utviklingen blir målt. For området **ansatte og ledere**, gjelder særlig faktoren (4) holdning og motivasjon.

I denne fasen vil man kunne vite noe om målingene er tilfredsstillende eller ikke, for å se om forbedringsarbeidet har gitt noen troverdige resultater for pasientene. I tillegg om det har vært

noen fordeler, eller nytteverdi for personalet som for eksempel læringsutbytte eller ressursbesparelser ved å bruke tavlene i pasientsikkerhetsprogrammet. Om forbedringene ikke er tilfredsstillende, kan det ifølge forbedringssirkelen være lurt å gå tilbake til forberedelse og planleggingsfasen igjen.

Også i evalueringsfasen er holdning og motivasjon hos ansatte og ledere fortsatt viktig.

For den avdelingen som ikke bruker tavla aktivt med tavlemøter, føler noen av personalet at ingenting fremmer tavlebruken. Tallene som kommer til tavla, gir de intet læringsutbytte, dermed heller ingen åpenbare fordeler ved bruk. «Man tåler mye som helsearbeider bare man vet hvorfor» (Gjesdal, 2017). Videre sier hun: «Det er ikke for å tilfredsstille helseministeren at vi skal gjøre det, hvorfor skal vi gjøre det...ting må oversettes på en måte som skaper lyst og motivasjon». Personalet her mangler tilsynelatende den grunnleggende forståelsen som er så viktig for å skape lyst til å drive med dette.

Resultatene blir av driftsmessige grunner ikke alltid oppdatert som de skal. Dette gjør resultatene mindre troverdige. Avdelingen har ikke sammenlignbare data på målinger bakover i tid, for å kunne si noe sikkert om pasientsikkerheten i virkeligheten har økt. Leder sier at de har hatt noen perioder med gode tall på tavla. Også en av personalet er ganske sikker på at tallene har økt, men er ikke sikker på hvor mye. Her virker det som at igjen, fordi det har sviktet i planleggingsfasen, der man setter mål og velger riktig måleverktøy, ikke er i stand til å vurdere i evalueringsfasen, om bedringen er tilstrekkelig. Å jobbe systematisk med målinger er viktig for å kunne vurdere resultater. I et vellykket forbedringsarbeid er det helt avgjørende at man måler dagens praksis og har et system for å overvåke dette, jamfør forbedringsmodellen. Pasientsikkerhetsprogrammet har et eget verktøy for registrering av disse målingene som heter Extranet. Leder er her tydelig på at tavla har forbedringspotensialer, men at hun har gjort en del endringer etter at hun startet. Det er kanskje akkurat det da, at det er hun som har gjort disse endringene, ikke sammen med personalet, som gjør at personalet ikke føler eierskap til tavla. De ansatte kjenner ikke prosessen, og er mindre motiverte for tavlearbeidet.

På avdelingen med tavlemøter har man en klar oppfatning av at tavla bidrar til å skjerpe de, og at selv om de har travle perioder så ligger det den står for, latent hele tiden. De har begynt å tenke på pasientsikkerhet på en helt annen måte, og er blitt det bevisst i alle gjøremål på å forebygge skade på pasientene. Dette viser at personalet ved avdelingen opplever fordeler med

bruk av tavla. Leder er overbevisst om at de har fått en mye bedre meldekultur. De er på avdelingen usikre på om det noe tvilsomme resultatet også kan skyldes at flere hendelser meldes som avvik på bakgrunn av en bedret meldekultur. De ansatte kjenner her ikke til hvordan målingene på statistikkene har utviklet seg. Leder og fagsykepleier tror heller ikke her at de har de målinger viser at pasientsikkerheten har økt. De har på tidspunktet for datainnsamlingen enda ikke gjort sammenligning fra det ene året til det andre. De mener at de begynner å få data til å kunne gjøre det snart, men leder og fagsykepleier mener at det ikke er noen markant bedring. De har et større sammenligningsgrunnlag enn den andre avdelingen, og har planer om å se på tallene fra det ene året til det andre. Om det fortsatt viser seg at det ikke er bedring, ønsker leder å gi det et år til, for da å kunne sammenligne. Om det fortsatt da ikke viser bedring, tenker hun at man bør se på strukturelle utfordringer. I henhold til forbedringsmodellen for denne fasen, er det viktig med en løpende evaluering for å vite om forbedringstiltakene har virket etter hensikten, og faktisk fører til forbedringer som kan evalueres (Folkehelseinstituttet, 2015). Dette betyr at de må diskutere målingene, og analysere situasjonen, og kanskje også på nytt ta opp dette med forbedringskompetansen blant alle ansatte. Det kommer ikke fram av dataene mine at de har planlagt når de mener seg fornøyd med omfanget av data, og vil gjøre en evaluering. Dette er en viktig del av jobben, når man skal starte et forbedringsarbeid. Men å gi det mer tid i seg selv, hjelper ikke. Man må analysere hvor bøygen ligger, så kan man eventuelt gi det mer tid, om man kan gjøre endringer for å rette på ting. Avdelingen peker på at de likevel ser nytten av jobben som er gjort i kraft av at det er et økt fokus på kvaliteten på tjenesten som gis til pasientene. Dette synes i tråd med en av faktorene for å skape vedvarende forbedring, at personalet ser at det medfører fordeler for både pasientene og de selv, i form av fagutvikling og en økt forståelse. Og dermed har de en positiv holdning til forbedringsarbeidet på tross av at resultatene ikke kan bevise at pasientsikkerheten har økt.

Det tredje av forskningsspørsmålene er: «Kan man si at tavlene har bidratt til nytteverdi for helsepersonell og for bedre resultater for pasientsikkerheten?» Det viser seg at bare den ene avdelingen ser nytteverdien i tavlene. Dette er på bakgrunn av at de benyttes i det daglige virket ved avdelingen, den danner bakteppe for læring, og har gjort at de mer eller mindre tenker pasientsikkerhet hele tiden, også når de har travle perioder. Det menes også at man har fått en bedret meldekultur. Resultatene for pasientene lar dog vente på seg. Man kan ikke med

sikkerhet si, på bakgrunn av de resultater som er meldt inn, at man ser en bedret pasientsikkerhet. Dette kan igjen skyldes at flere ting nå meldes som avvik, på bakgrunn av at flere ting identifiseres som avvik.

6.4 Den nye praksisen

Her ser jeg på den siste fasen i forbedringssirkelen, oppfølgingsfasen. Her har jeg identifisert fire faktorer fordelt på alle tre områdene som har betydning for om man lykkes med forbedringsarbeidet. I **prosessen** er det i denne fasen viktig at man har en (1) god tilpasningsevne. For området over **ansatte og ledere**, gjelder det i denne fasen at man klarer å vedvare (2) god motivasjon og holdning til endringsarbeidet, i tillegg at den (3) overordnede ledelsen er engasjert. Til slutt er det for **organisasjonen** viktig at den (4) strategiske målsettingen for endringsarbeidet vedvarer.

I denne femte fasen må tiltakene som er iverksatt og som fungerer tilfredsstillende, sikres videreføring ved at de innføres i vanlig drift. Forbedringene må bygges inn i sykehusets og avdelingens organisasjonssystemer og infrastruktur. Forsking viser at opptil 70 prosent av forbedringsarbeid ikke vedvarer fordi man glemmer å ivareta de viktigste forutsetningene for å lykkes (Folkehelseinstituttet, 2015).

Å ha god tilpasningsevne vil si at forbedringsarbeidet ikke strander når personer som har vært medvirkende ved oppstart, forsvinner.

For det neste området, ansatte og ledere, er det fortsatt viktig med motivasjon og god holdning til endringsarbeidet. Det er et lederansvar å fortsette å overvåke om de nye endringene vedlikeholdes, ved å synliggjøre og drøfte resultater med medarbeiderne. Den overordnede ledelsen må prioriter det videre arbeidet for å opprettholde forbedringen, blant annet ved å forankre det videre arbeidet i målsettingsdokumenter for sykehuset. Dette er det siste området som er viktig i denne fasen.

På avdeling uten tavlemøter viser det seg at man har lav tilpasningsevne. Den nye arbeidsmetoden er ikke nedfelt i nye rutiner og retningslinjer, og er derfor personavhengige. Her ser man at den som leder tavlearbeidet i dag, ikke har fått noen grundig innføring, ei heller har hun hatt noen nedskrevne rutiner å rette seg etter. Av informantene hører man at hun har fått noen skjema, som var overlappingen fra den som ledet arbeidet tidligere. Det blir sagt fra en av informantene at den eneste nye rutinen er at de må huske å fylle ut alle skjemaene. Denne sies å bli formidlet muntlig. Nå finnes det generelle rutiner for innsatsområdene nedfelt på nettsidene til pasientsikkerhetsprogrammet. Dette er en viktig drahjelp som bør være kjent for de som driver pasientsikkerhetsarbeidet. Selv om det bør gjøres lokale tilpasninger av tiltakspakkene i programmet, er det viktig å kjenne til sidene. Det er mulig her at disse nettsidene ikke blir brukt som den hjelpa den er ment å være. Det kommer i alle fall ikke fram at det er disse som følges. Gjennomgående for denne avdelingen virker det som at motivasjon for tavlearbeid er lav. Leder av tavlearbeidet mener at denne endringen tar tid, og ville gjerne sett mer engasjement hos sine medarbeidere. For å sikre at dette arbeidet videreføres er det viktig at den overordnede ledelsen prioriterer jobben som gjøres, ved fortsatt forankre arbeidet strategisk og gi ledelsen anerkjennelse for den jobben som gjøres. Hennestad et.al (2012, s. 229), sier at for at endring skal implementeres i en organisasjon, er det ikke nok at dette er beskrevet i formelle dokumenter. Ledelsen må med sine handlinger vise at de ønsker denne endringen velkommen. «Ordene som står skrevet på papiret, kan naturligvis være noens visjon, men de er ikke en organisasjons visjon før de er utbredt, forstått og internalisert blant organisasjonens medlemmer» (Hennestad et al., 2012, s. 154). Ut fra mine innsamlede data, kan jeg ikke lese om at man har høstet anerkjennelse på denne avdelingen fra høyere hold, uten at jeg kan si med sikkerhet at dette stemmer.

På avdelingen med tavlemøter, føler fagsykepleier at de har lyktes i å lage standardiserte systemer. Det presiseres heller ikke her at disse er nedfelt i skriftlige rutiner for avdelingen, eller om dette er rutiner som er avhengige av de som er pådrivere for arbeidet. Ut fra mine data kan jeg derfor heller ikke her si med sikkerhet at tilpasningsevnen er høy. Men det er et sterkt pluss at det er flere som har utdannet seg til forbedringsagenter og som dermed sitter på en spesiell kompetanse. Dette styrker tilpasningsevnen. For området ansatte og ledere, er de ansatte motivert for å fortsette med forbedringsarbeidet. Jobben de har startet på har økt deres forståelse for å ha fokus på pasientsikkerhet. Leder mener at standardiseringen øker

sikkerheten for alle pasienter og sikrer likebehandling. Ikke minst er standardisering viktig for nyutdannede. Standardisering skal dog ikke være til hinder for lokal tilpasning, og enhver rutine må ses i lys av konteksten. Man kan tilpasse lokalt, med utgangspunkt i evidensbasert kunnskap om emnene. Det viser seg også at det finnes de som er kritiske til den nye måten å jobbe på. Denne kan også ha sammenheng med det jeg tidligere har skrevet om at ansatte med høyere utdanning, ofte krever større autonomi i jobben. Standardisering kan tenkes å være til hinder for dette. På tross av at leder mener at de har gjort en god jobb hittil, mener hun også at å implementere nye rutiner tar tid, og at det er en evigvarende jobb. Dette er i tråd med at forbedringssirkelen faktisk er en sirkel. Det henvises til at man stadig vil være på jakt etter å implementere beste praksis i behandlingen av pasienter. Når det gjelder den overordnede ledelsen, har de her fått anerkjennelse og skryt for jobben som de har gjort hittil. Dette beskrives også å øke motivasjonen til de som jobber med tavla. Det ledelsen her derimot selv peker på, er at om målingene, det vil si resultatene, ikke bedres, så må man kanskje se på struktur. Det rettes klare spørsmål til øverste ledelse i forhold til hva de er villige til å gjøre, om tallene ikke bedres. Om dette innebærer mer enn å felle dette ned i strategiske målsettinger, eller om ledelsen ikke vil satse på dette videre, om det medfører faktiske kostnader. I den kontinuerlige forbedringen, hvis man fra overordnet hold ønsker denne måten å jobbe på, da er man nødt til å se på ulike tiltak som kan føre til målet. Å gå fra et forbedringsarbeid til neste, for å rendyrke, for så å gå videre, med krav om stadig forbedring, er forbedringsarbeidets natur.

«Även med bristfällig säkerhetskultur kan man möjligen uppnå kortsiktiga förbättringer av frekvensen vårdskador genom insättande av enstaka åtgärder, men sådana framgångar tenderar att bli kortvariga» (Öhrn & Nilsen, 2011, s. 199).

Med dette pekes det på at man må tilstrebe å oppnå en kultur for sikkerhet. Det savnes en allment vedtatt definisjon på begrepet sikkerhetskultur. Men i henhold til Öhrn og Nilsen (2011, s.199), innebærer det for en organisasjon å ha høy sikkerhetskultur, når individer kan erkjenne at feil kan inntreffe, at medarbeidere opplever at de kan rapportere negative hendelse uten å bli straffet for det, at det finnes et utviklet samarbeid mellom ulike nivåer for å finne løsning på sikkerhetsproblemer og til sist at det finns særskilt avsatte ressurser til sikkerhetsarbeidet.

Kultur kommer til uttrykk via hvordan ting gjøres på arbeidsplassen, og omfatter de verdier, oppfatninger og normer på arbeidsplassen som påvirker handling og atferd hos ledere og medarbeidere (Konsmo, 2015).

Mitt siste forskningsspørsmål var «hvilken ny praksis har blitt etablert?» Her viser det seg at man har kommet et godt stykke på vei i å etablere en praksis inneholdende en sikkerhetskultur, på den ene avdelingen. De mener de også har lyktes i å etablere standardiserte systemer for pasientsikkerhetsarbeidet. At de fortsatt sliter med å få med seg alle, kanskje spesielt legene, må fortsatt jobbes med, noe de også bekrefter at de gjør. Avdelingen uten tavlemøter, har etablert en trygghet hos personalet, for at feil ikke medfører en leting etter syndebukker. Dette er positivt i forhold til etablering av en sikkerhetskultur. Imidlertid synes det som at de må tilbake i forbedringssirkelen i sitt arbeide, og gå tilbake til de tidligste fasene for å sikre å etablere en ny praksis for pasientsikkerhetsarbeidet. Dette bør støttes og veiledes fra den overordnede ledelsen.

6.5 Oppsummert om tavlene

Gjennom innsamling av data fra to ulike sykehusavdelinger, som har innført tavler som visuelt verktøy i pasientsikkerhetsarbeidet, sitter jeg med to forskjellige inntrykk av hvilke erfaringer med bruk, personalet på de to ulike avdelingene har gjort.

Den ene avdelingen mangler flere faktorer som modellen for vedvarende forbedring identifiserer som må ivaretas for å oppnå en vellykket implementering. I prosessen, mangler det kontinuerlig måling av utviklingen, og derfor kan man heller ikke vise til troverdige resultater. Ved å ha fokus på pasientsikkerhet, kan man oppnå fordeler for pasientene da personalet har nettopp et økt fokus. For personalet viser det seg heller å ha ulemper da det oppleves som en del merarbeid som heller tar de bort fra pasientene. De har heller ikke læringsutbytte, da de mangler tid til å sette seg inn i arbeidet og heller ikke får tilbakemelding om hva som skjer etter screeningen. Screeningene følges heller ikke godt nok opp med tiltak nedfelt i behandlingsplaner. Nå er det likevel ikke slik at man tror at behandlingen eller forebyggingen av skader uteblir, men den vil bli mer tilfeldig da den skriftlige dokumentasjonen ikke er tilstrekkelig, slik at man ikke sikrer tilstrekkelig overføring av informasjon ved vaktskifter.

På denne avdelingen har heller ikke personalet blitt involvert, eller fått opplæring, hverken i forberedelsene og planleggingen eller i gjennomføringsfasen. Deres holdning og motivasjon er derved heller ikke optimal. Den overordnede ledelsens engasjement virker ifølge mine data, heller ikke å være sterkt tilstedeværende, mens fagledelsens engasjement derimot er på plass. Det jobbes for å få til forbedringer, men man kan vel si at de ikke har alle marginer på sin side. Den strategiske målsettingen, organisasjonens verdigrunnlag og kultur er vel både tilstede og ikke. Målsettingen nasjonalt og i sykehusets oppdragsdokument er klar. Verdigrunnlaget er nedfelt i sykehusets håndbok (Universitetssykehuset X, 2016). Kulturen for forbedringsarbeid, er ikke noe som kommer automatisk ved at dette blir nedfelt i oppdragsdokument, men må jobbes med over tid. Dette innebærer involvering av de ansatte (Öhrn & Nilsen, 2011, s. 211). Det må jobbes med på alle nivå i organisasjonen. For at de som jobber i frontlinjen nærmest pasientene, fordrer det at disse blir involvert. Man kan heller ikke si at avdelingen har infrastrukturer som støtter endringene. Skjema som ofte er utilgjengelige og tavla som føres manuelt, er ikke beslutningsstøttesystemer og prosesstøttesystemer som man kan være kjent med i 2017. Man kan derfor lett tro at dersom tavlearbeidet på denne avdelingen fortsetter i de samme baner som det har gjort nå en stund, ikke vil oppleve disse som så nyttige at de videreføres etter endt program.

For avdelingen med tavlemøter ser man derimot at den innehar mange av de faktorene som bør være tilstede for å skape og opprettholde vedvarende forbedringer. Man måler jevnlig resultatene, og får resultater som de ansatte opplever som troverdige. På tross av at ledelsen ikke tror at disse viser en bedring av pasientsikkerheten, vil man likevel si at det oppleves klare fordeler med arbeidet. Dette ikke minst på grunn av den faglige utviklingen som man mener personalet har ved den systematiske jobben med tavlene og faggruppene som er kommet som et resultat av disse. Avdelingens tilpasningsevne er litt uklar. Det sies at man har klart å skape systemer for standardiseringen, men ingen av mine data sier at dette tilsier skriftlige rutiner som kan sikre den videre jobben om noen av de involverte slutter. Dog har de utdannet flere enn en forbedringsagent, dette styrker tilpasningsevnen. Avdelingen har også gjennomført opplæring av personell i forkant av innføring. De har involvert de ansatte helt i tråd med implementeringsmodellen. Dermed har de, i alle fall ifølge mine data, klart å skape positive holdninger og motivasjon hos de personalet. Fagledelsens engasjement er også her sterkt

tilstedeværende, mens den overordnede ledelsens engasjement er her som på den første avdelingen, ikke sterkt tilstedeværende ifølge mine data. Den strategiske målsettingen og verdigrunnlaget er som for den første avdelingen. Mens kulturen for forbedringsarbeidet synes delvis å være på plass. Infrastrukturen som støtter endringene er noe mer på plass her, da man har laget andre systemer enn å fylle ut masse skjema, og heller samler data ved tavla. Man ville nok også her kanskje ha gjort bedre nytte av elektroniske beslutningsstøttesystemer. Ut fra at mange flere faktorer som må være på plass for å skape vedvarende forbedringer er tilstede her, kan det se ut til at denne avdelingen vil kunne være bedre rustet til å fortsette med tavlearbeidet også etter programperiodens utløp.

6.6 Implikasjoner

Under arbeidet med denne studien har jeg satt meg inn i pasientsikkerhetsarbeid spesielt og forbedringsarbeid generelt. Underveis har jeg også deltatt i mange fora der man har diskutert pasientsikkerhet og også tavlebruk spesielt. Under et møte med andre sykepleieledere i sykehuset i april dette år, kom vi til enighet om å jobbe for å se på mulighetene for å digitalisere tavlene. Arbeidet med dette vil foregå parallelt med innspurten av denne studien. Jeg vil delta i gruppen, og vil kunne bidra med den kunnskapen som jeg har ervervet meg det siste året. Forhåpentligvis vil jeg gjennom denne studien kunne bidra med kunnskapsutvikling på området, slik jeg i utgangspunktet hadde ønske om. Gjennom denne studien kan man også få et økt fokus på hvilke faktorer som er viktige å ta hensyn til for å oppnå de endringer som man ønsker i helsevesenet. Som råd til praksisfeltet vil jeg presisere at det helt konkret må ta høyde for faktorer som må være tilstede som å lykkes, jamfør suistanabilitymodellen. Denne understreker helt konkret hva som må til, og er også vektet i forhold til faktorenes viktighet. Min studie viser at man må være bevisst på disse faktorene.

I videre forskning kan det være aktuelt å evaluere tallene fra pasientsikkerhetsprogrammet helhetlig, også utfra baseline i de tilfeller der man har det. Videre mener jeg at om man fortsatt ved sykehuset har som strategi å bruke Lean som kvalitetsforbedringsmetode, vil være aktuelt å se på hva en verdistrømskartlegging som i Lean, kan vise for tavlearbeidet i dag. Dette opp

mot hva en slik kartlegging viser, om man klarer å komme i gang med digitale løsninger som kommuniserer med hverandre.

7 Konklusjon

Tavlene har med vekslende hell blitt innført som verktøy i pasientsikkerhetsprogrammet. Flere faktorer fra modellen for vedvarende forbedring forklarer delvis bakgrunnen for dette. Man ser likevel en gevinst i form av økt bevissthet på å forebygge skade på pasienter, og å melde når avvik har oppstått. I den ene enheten bruker man også dette aktivt med tavlemøter til å justere den daglige kursen, mens i den andre blir ikke resultatene tatt i bruk for læring av feil. Man mener man ikke har noen data som viser at pasientsikkerheten har økt. Dette bør brukes som bakgrunn for å evaluere retningen videre. Å få til en kultur for pasientsikkerhet innebærer å involvere alle yrkesgrupper, ingen kan eller bør stille seg utenfor. Heller ikke nivåene over må stille seg utenfor, men involvere seg i hvordan dette arbeidet skal skje.

Bruk av «sidesystemer» gjør personalet ineffektivt. Elektroniske løsninger kan øke tilgjengelighet, støtte mangel på helsepersonell ved mer effektiv tidsbruk, minsker dobbeltregistreringer av data og vil være lettere tilgjengelig for sekundærbruk. IKT løsninger må snakke med hverandre for å oppnå dette.

Ulike forbedringsmetoder er i bruk i sykehuset. Lean og forbedringssirkelen som brukes i pasientsikkerhetsprogrammet. Dersom sykehuset vil fortsette å bruke Lean som metode for å bedre prosesser, så er det grunn til å innføre Lean også i denne sammenheng. Ved å foreta en verdistrømsanalyse og å se på hvor sløsing skjer. Direktøren snakket selv om dette senest på ledersamling i mars dette år. «Vi må flytte oppmerksomhet mot det som gir verdi for pasientene» (Ingebrigtsen, 2017). Hovedtanken i Lean er jo å se all aktivitet i organisasjonen i lys av den overordnede visjonen om å skape maksimal verdi for pasienten.

For den syke gamle er det av stor betydning at man innen helsevesenet kan bedre sine arbeidsmetoder, og implementere forbedringskunnskap. Tall fra andre land viser at pasienter i denne gruppen er ekstra utsatte for skader. Et godt integrert pasientsikkerhetsarbeid vil gjøre de eldre tryggere under innleggelser, og forhåpentligvis lette helsevesenet for reinnleggelser og merarbeid. For at dette skal skje, må opplæring på plass, systemene må på plass, og ikke minst må man ha en ledelse som forstår og støtter jobben som gjøres, og man må ta i bruk

forskningsbaserte modeller som viser hva som må legges vekt på for å lykkes med forbedringsarbeid.

- Andersen, H. (2015). *Enablers for change. A mixed-methods study of Lean-based quality improvement in hospitals*. UiT The Arctic University of Norway, Tromsø.
- Andersen, H., & Røvik, K. A. (2015). Lost in translation: a case-study of the travel of lean thinking in a hospital. [journal article]. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-9. doi: 10.1186/s12913-015-1081-z
- Andersen, H., Røvik, K. A., & Ingebrigtsen, T. (2014). Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. *BMJ Open*, 4(1), e003873-e003873. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003873
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8-14. doi: 10.1016/j.npls.2016.01.001
- Bisognano, M. (2016). *Building Improvement for the ground up*. Paper presentert på Bli best på å bli bedre, Gardemoen.
- Bondevik, H., & Bostad, I. (2003). *Tenkepauser - filosofi og vitenskapsteori*. Oslo: Akribe Forlag.
- Braut, G. S., & Holmbo, J. (2015). Pasientsikkerhet - dagens strukturer IK. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (2. utg., s. 47-61). Oslo: Universitetsforlaget.
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., . . . Hiatt, H. H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*, 324(6), 370-376. doi: 10.1056/nejm199102073240604
- Delikås, E. T. (2014). *Rapport fra Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2013*. Kunnskapssenteret. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/rapport-fra-nasjonal-journalundersokelse-med-global-trigger-tool-2013>
- Doyle, C., Howe, C., Woodcock, T., Myron, R., Pheko, K., McNicholas, C., . . . Bell, D. (2013). Making change last: applying the NHS institute for innovation and improvement sustainability model to healthcare improvement. [journal article]. *Implementation Science*, 8(1), 127. doi: 10.1186/1748-5908-8-127
- Effektivvelferd. (2015). *Fra tusj til touch 2017* fra <http://www.effektivvelferd.no/offentlig-sektor/fra-tusj-til-touch>
- Ekspertgruppe. (2014). *Beslutningsstøtte - Definisjoner, status og forvaltning av ulike former for IKT-basert klinisk støtte*
- Flottorp, S., & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk Epidemiologi*(2013:23), 187-196.
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring 2015*, fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Folkehelseinstituttet. (2016). *Kvalitetsforbedring*. Hentet 18.05.16, fra <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kvalitetsforbedring/>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift> om ledelse og kvalitetsforbedring
- Fossum, M. (2017). *Økt kvalitet, sikkerhet og effektivitet i helsetjenesten: Beslutningsstøtte som arbeidsverktøy for sykepleiere* Paper presentert på Bedre helse med e-helse, Oslo.

- Gjesdal, C. (2017). *Ledelse med fokus på forbedring og utvikling* Paper presentert på Ledersamling sykehus X, By Y.
- Graban, M. (2016). *Lean Hospitals - Improving quality, safety, and employee engagement*. Boca Raton: CRC Press
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Nødvendig pasientsikkerhetskampanje.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7: Strategi 2014-2018*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2dc3e411143d40258d48913ea80a9200/stategi_pasientsikkerhetsprogrammet_2014-2018.pdf?id=2287974
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Oppdragsdokument 2016 - Helse X RHF*.
- Helsetilsynet. (2003). *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten - Rapport til Helsedepartementet*. Hentet fra <http://docplayer.no/2749613-Nasjonal-strategi-for-kvalitetsutvikling-i-helsetjenesten.html>
- Hennestad, B. W., Revang, Ø., & Strønen, F. H. (2012). *Endringsledelse og ledelsesendring* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Ingebrigtsen, T. (2017). *Kontinuerlig forbedring i sykehus X 2017 og 2018* Paper presentert på Direktørens ledersamling By Y.
- Institute for Health Care Improvement. (2004). *Huddles 2004* fra <http://www.ihl.org>
- Institute for Health Care Improvement. (2016). *Planning for spread: From Local Improvements to System-Wide Change*. Hentet 07.11.2016, fra <http://app.ihl.org/lmsspa/#/6cb1c614-884b-43ef-9abd-d90849f183d4/ea07c796-a771-4713-8bd8-520188b6c793>
- Jaca, C., Viles, E., Jurburg, D., & Tanco, M. (2014). Do companies with greater deployment of participation systems use Visual Management more extensively? An exploratory study. [Article]. *International Journal of Production Research*, 52(6), 1755-1770. doi: 10.1080/00207543.2013.848482
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kawamoto, K., Houlihan, C. A., Balas, E. A., & Lobach, D. F. (2005). Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *Bmj*, 330(7494), 765. doi: 10.1136/bmj.38398.500764.8F
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To Err is Human: Building a safer Health System*. National Academy Press.
- Konsmo, T. (2015). *Hvordan skape vedvarende forbedringer*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/verktoy-for-vedvarende-forbedringer-sustainability>
- Konsmo, T. r., de Vibe, M. r., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., . . . Vege, A. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring - utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid* Oslo Folkehelseinstituttet
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leegaard, M. (2016). Implementering av forskningsresultater *Sykepleien Forskning*
- Meld. St. 10 (2012-2013). (2013). *God kvalitet - trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra

- <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?ch=1&q=>
- Meld. St. 11 (2014 - 2015). (2014). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-11-20142015/id2345641/>
- Modig, N., & Åhlström, P. (2014). *Dette er Lean : løsningen på effektivitetsparadokset*. Stockholm: Rheologica Publ.
- Moraros, J., Lemstra, M., & Nwankwo, C. (2016). Lean interventions in healthcare: do they actually work? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 150-165. doi: 10.1093/intqhc/mzv123
- Nilsen, P. (Red.). (2011). *Implementering - teori och tillämpning inom hälso- & sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- NOU 2015:11. (2015). *Med åpne kort-forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-11/id2459861/?q=&ch=4>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2015). *Manual for hvordan utvikle og gjennomføre tavlemøter*. Hentet 23.04.16, fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/Forbedringsverkt%C3%B8y/Artikler/attachment/3357?ts=150610f7a3f>
- Pokinska, B. (2010). The current state of Lean implementation in health care: literature review. *Quality Management in Health Care*, 19(4), 319-329. doi: 10.1097/QMH.0b013e3181fa07bb
- Radnor, Z. J., Holweg, M., & Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social Science & Medicine*, 74(3), 364-371. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.011>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5. utg.). New York Free Press.
- Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156-165. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x
- Sekretariat for nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. (2014). *Tiltakspakke for Ledelse av pasientsikkerhet* 21.04.2017 fra file:///C:/Users/test/Downloads/Tiltak%20for%20ledelse%20av%20pasientsikkerhet.pdf
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Og bedre skal det bli-nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? ...og bedre skal det bli! Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten* Sosial- og helsedirektoratet Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/645/Hvordan-kommer-vi-fra-visjoner-til-handling-og-bedre-skal-det-bli-IS-1502.pdf>
- Store Norske Leksikon. (2009). *Store Norske Leksikon*. 2017, fra <https://snl.no/implementere>
- Suarez, C., Menendez, M. D., Alonso, J., Castaño, N., Alonso, M., & Vazquez, F. (2014). Detection of Adverse Events in an Acute Geriatric Hospital over a 6-Year Period Using

- the Global Trigger Tool. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(5), 896-900 895p. doi: 10.1111/jgs.12774
- Texmon, I., & Stølen, N. M. (2009). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030 - Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008*. Hentet fra http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200909/rapp_200909.pdf
- Thomassen, Ø., Espeland, A., Søfteland, E., Lossius, H. M., Heltne, J. K., & Brattebø, G. (2011). Implementation of checklists in health care; learning from high-reliability organisations. [journal article]. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19(1), 1-7. doi: 10.1186/1757-7241-19-53
- Torgersen, R. (2011). *Verktøy som brukes i Lean prosjekter*. fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/ledelse/lean/verkt%C3%B8y-som-brukes-i-lean-prosjekter>
- Universitetssykehuset X. (2016). X(navn på sykehus)-boka. (versjon 1.2).
- Wachter, R. M. (2012). *Understanding patient safety* (2nd ed. utg.). New York :: McGraw-Hill Medical ; McGraw-Hill distributor.
- Womack, J. P., Jones, D. T., & Roos, D. (1990). *The Machine That Changed the World*. New York: Free Press.
- World Health Organization. (2004). *Patient safety*. fra <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>
- Wyller, T. B. (2011). *Geriatrici-en medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Öhrn, A., & Nilsen, P. (2011). Implementering av patientsäkerhetsdialoger IP. Nilsen (Red.), *Implementering - teori och tillämpning inom hälso- & sjukvård* (s. 197-218). Lund: Studentlitteratur AB.

Vedlegg 1:

Intervjuguide

Innledning:

Presentasjon av meg og informasjon om prosjektet. Dokumenterer ved hjelp av lydbåndopptak. Intervjuet vil vare 45 min – 60 min.

Introduksjonsspørsmål:

Jeg introduserer temaet som skal belyses, og ber informantene om at de deler sine erfaringer om temaet under intervjuet.

Spørsmål med rød tekst til ledere.

Nøkkelspørsmål	Underspørsmål
FORBEREDELSESFASEN (Erkjennelse av behov for forbedring, forankre og organisere arbeidet, klargjøre kunnskapsgrunnlaget)	
Hva var bakgrunnen for behovet for tavler?	Kjenner dere til hvor ideen om tavlene kom fra?
Kjenner dere til noen forbedringsmodeller som benyttes på UNN, og som danner bakgrunnen for pasientsikkerhetsprogrammet?	
Kan dere si noe om hvordan sikkerheten til pasientene ble ivaretatt på avdelingen før?	Hva ønsket dere å oppnå på avdelingen? Ble daværende praksis kartlagt på forhånd?
Hvordan ble bruk av tavlene forberedt?	
PLANLEGGINGSFASEN (kartlegge behov/dagens praksis, sette mål, velge måleverktøy, finne forbedringstiltak)	
Hvordan ble bruken av tavlene planlagt?	Hvilke mål ble satt, hvem satte de? Hvilket måleverktøy ble tatt i bruk?
Hvem var med å utvikle deres avdelings tavler?	
Hvilken opplæring ble gitt?	Opplæring i forhold til bruk av tavler/målinger/pasientsikkerhet/rutiner?
Hvilken kunnskap fikk du som leder om tavlene?	
Hvor ble tavlene planlagt plassert?	Er de fortsatt på samme sted som i starten?
UTFØRELSESFASEN (Prøve ut/tilrettelegge ny praksis)	
Hvordan blir bruk av tavlene gjennomført?	
Hvor ofte per uke fokuseres det på tavlene i avdelingen?	Har dere tavlemøter? Hvem leder møtene? Måler dere noe? Legges det til rette for aktiv bruk av tavlene?
Hvordan ser du på din egen rolle som leder under utførelsesfasen?	
Synes dere at tavlene er nyttige?	Tenker dere at det er momenter som er spesielt viktige?
Opplever dere at det er noe som fremmer tavlebruken?	

Opplever dere at det er noe som er utfordrende eller hemmer tavlebruken?	
EVALUERING (Måle/reflektere over resultatet, vurdere om forbedring er tilstrekkelig/evt justere)	
Hvordan er erfaringene med tavlene?	Hvilke resultater har dere oppnådd, og virker det som at medarbeiderne er opptatt av det? Har dere evaluert målene som var satt? Er det noe dere føler at dere har fått spesielt godt til, eller ikke fått til i det hele tatt?
Synes dere at dere har lyktes med tavlene?	Ville dere gjort noen endringer med tavlene/tavlemøtene? Opplever dere et eierforhold til tavlene?
Klarer dere i større grad å følge opp pasientsikkerheten? – kan dette relateres til tavlene?	Finnes det målinger som viser at pasientsikkerheten har økt?
Synes du at du har lyktes med din rolle som leder i forhold til innføringen av tavlene?	Er det noe som har vært spesielt krevende som leder, knyttet til prosessen omkring tavlene?
OPPFØLGINGSFASEN (Implementere ny praksis, sikre videreføring, dele erfaringer med forbedringene)	
Hvordan videreføres/sikres ny praksis som blir innført som følge av tavlebruken?	Implementering av nye rutiner, opplæring, spredning av kunnskap etc?

Avslutning:

Gir rom for at informanter kan komme med ytterligere kommentarer som de muligens ikke har fått sagt tidligere.

Spørre om mulighet for å henvende meg i etterkant dersom jeg finner at noe er uklart.

Avrunder med å takke for tiden 😊

Vedlegg 2:

Tom Eide
Fakultet for helse- og sosialvitenskap Høgskolen i Sørøst-Norge
Papirbredden - Drammen
3045 DRAMMEN



Vår dato: 10.08.2016

Vår ref: 49076 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.06.2016. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 07.08.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

49076	<i>Erfaringer med bruk av risiko- og forbedringstavler i somatiske sykehusavdelinger</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Tom Eide</i>
Student	<i>Åse Elise Nordli</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Audun Løvlie

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Åse Elise Nordli nordliaase@hotmail.com



7 Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 49076

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Prosjektet skal samle data via intervju og observasjon:

- 1) Intervjudelen av prosjektet er adekvat forklart og gjennomførbar.
- 2) Observasjonsdelen kan kun gjennomføres så lenge taushetsplikten ikke er til hinder for studentstilstedeværelse. Personvernombudet forutsetter at student får tillatelse fra sykehuset til å observere møter ved institusjonen, eventuelt også søker om og får innvilget dispensasjon fra taushetsplikten slik at innsamlet data kan anvendes i forskning, om sykehuset vurderer at det er nødvendig.

Merk at taushetsplikten ansatte har skrevet under på ikke uten videre gir ansatte anledning til å anvende opplysninger de har tilgang til som ansatt i forskningsøyemed. Ombudet anbefaler studenten å sette seg nøye inn i de forskningsetiske retningslinjer (<https://www.etikkom.no/forskningsetiskeretningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>) og tenker nøye over dobbeltrollen som ansatt og forsker på samme tid.

Data innhentes ved personlig intervju. Vi minner om at det av hensyn til helsefagarbeideres taushetsplikt ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltpasienter eller andre ansatte. Vi anbefaler at forsker minner informanten om dette ifm. intervjuet.

Personvernombudet legger til grunn at student etterfølger Høgskolen i Sørøst-Norge sine regler for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 31.05.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Forskningsprosjekt

”Tavlenes inntog i helsevesenet i Norge – kan de hjelpe oss til å beskytte de eldre i somatisk sykehus mot skader?”

8

9 Bakgrunn og formål

Bakgrunnen for studien er tavlebruk knyttet til pasientsikkerhetsarbeidet ved UNN. Formålet med studien er å utforske om helsepersonell opplever at innføringen av tavlene har nytteverdi i pasientsikkerhetsarbeidet, eventuelt om det finnes utfordringer underveis med bruken av disse. Prosjektet er en mastergradsstudie ved Høgskolen i Sørøst Norge.

Utvalget som jeg ønsker som informanter til fokusgruppeintervju, er helsearbeidere i over 75 % stilling og som har jobbet med tavlene i over 1 år. I tillegg ønsker jeg individuelle intervju med de som leder tavlemøtene og ledere på de aktuelle avdelingene.

10 Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien består av fokusgruppeintervju med 5 – 6 informanter på hver gruppe. I tillegg individuelle intervju av den som leder tavlemøtene og i tillegg ledere på de tilsvarende avdelingene. Intervjuene vil vare omtrent 1 time. Studien inkluderer også observasjoner under tavlemøter.

Spørsmålene vil omhandle bruk av tavlene relatert til kvalitetsforbedringssirkelens faser, som er forberedelser, planlegging, utførelse, evaluering og oppfølging. Dataene vil bli registrert på lydopptak, for deretter å bli transkribert. Lydopptakene slettes etter transkribering. Det vil også bli gjort noen notater underveis i intervjuene. Under observasjon av tavlemøtene, blir det gjort lydopptak, og det blir også gjort feltnotater.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Dine personopplysninger (navn og telefonnummer), vil kun være tilgjengelig for meg som student. Opplysningene vil kun oppbevares for å kunne kontakte dere i forbindelse med intervjuet. Dine personopplysninger vil lagres i låsbart skap hvor kun jeg har tilgang. Nøkkel vil bli oppbevart separat. Dine opplysninger vil etter bruk, bli slettet.

Deres personopplysninger vil ikke kunne gjenkjennes i en publikasjon.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.05.18. Dine personopplysninger og lydopptak vil bli slettet etter bruk. Dersom personopplysninger fremkommer under opptak, vil dette bli anonymisert under transkribering.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Åse Nordli, på tlf 41 68 15 94 Veiledere på oppgaven er Tom Eide, tlf 31 00 88 71 og Anne Grethe Stinnesen Steinsvåg, tlf [31 00 87 91](tel:31008791).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta. Sett kryss i boksen/boksene ettersom hva dere er villige til å delta på:

Jeg vil delta i fokusgruppeintervju
Jeg vil delta i individuelle intervju (for tavlemøte ledere)
Jeg vil delta i individuelle intervju (for ledere)
Jeg vil delta under observasjon i tavlemøtene

(Signert av prosjektdeltaker, dato)