

«Å, nå telte han deg også!»

Lederes erfaringer med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern

Heidi Flinterud Rismoen



MASTEROPPGAVE

Erfaringsbasert masterstudie i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

November 2016

«Å, nå telte han deg også!»

«De vil ikke måles. Det viktige skjer i møte mellom pasient og behandler... og ikke noe tall. Det er to tradisjoner som krasjer på en måte».

(Informant i studien)

© Heidi Flinterud Rismoen

År: 2016

Tittel: «Å, nå telte han deg også!» Lederes erfaringer med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern.

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Nasjonale kvalitetsindikatorer ble innført i spesialisthelsetjenesten i Norge i 2003. Helse- direktoratet har siden 2012 hatt oppgaven med å utvikle, formidle og vedlikeholde disse, og dette er nedfelt i Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 7-3, andre ledd (1). Kvalitets- indikatorer kan defineres slik: *«Målbare variabler som anvendes for å registrere viktige aspekter ved tjenestens kvalitet. Ved hjelp av slike måleverktøy kan man identifisere forhold og områder som bør studeres nærmere når det gjelder årsakssammenhenger og muligheter for forbedringer»*. Kvalitetsindikatorer deles gjerne inn i eksterne og interne. Med interne kvalitetsindikatorer tenker man på målbare variabler som benyttes i det praksisnære feltet for å registrere om de oppfyller egendefinerte kvalitetsmål. Med eksterne kvalitetsindikatorer tenker man i hovedsak på de nasjonale kvalitetsindikatorene.

Målet med denne studien var å finne de utfordringer og suksessfaktorer lederne hadde erfaringer med i arbeidet med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern. Studiens problemstilling var: *«Lederes erfaringer med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern, med vekt på utfordringer, suksessfaktorer og hvilken fase i kvalitetsforbedringsprosessen som har behov for økt fokus»*. Det ble brukt kvalitativ metode og syv semistrukturerte intervjuer ble gjennomført av et nøkkelutvalg av ledere på nivå av 3 og 4 i divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet HF. Systematisk tekstkonsensering ble brukt som analysemetode av dataene.

Hva informantene la i implementeringsbegrepet ble sjekket opp tidlig i intervjusituasjonen. Det ble her avdekket at lederne og jeg stort sett la det samme i implementeringsbegrepet, og som dannet grunnlag for studien. De så på implementering som en prosess som skulle feste seg i organisasjonen. Ulike kunnskaper og tanker om kvalitetsindikatorer ble sjekket ut innledningsvis. Det ble her avdekket at lederne til dels hadde god oversikt over nasjonale kvalitetsindikatorer innen eget fagfelt, og da spesielt de som de forholdt seg mest til i det daglige. Når det gjaldt hvordan lederne så på de nasjonale kvalitetsindikatorer kontra lokale måltall, så hadde de ulike syn på om det var kvalitet eller økonomi som var hovedfokuset ved bruk av de ulike kvalitetsindikatorene.

I studien ble det avdekket flere funn som handlet om utfordringer og suksessfaktorer erfart av lederne ved implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern. Lederne opplevde problemer med å følge opp og holde fokus over tid, motstand mot målinger hos

enkelte behandlere og opplevde mangel på egen og behandleres tid til indikatorarbeidet. Når det gjaldt suksessfaktorer, ble det avdekket at lederne opplevde at det var en suksess å holde fokus og følge opp over tid og å få behandlere til å se mening i og å ha forståelse for det som skulle implementeres. Videre opplevde de suksess ved å sette av god tid til planleggingsarbeidet og å gjennomføre en-til-en samtaler med behandlere i oppfølgingsarbeidet. Merkantil støtte anså lederne som særdeles viktig for å lykkes med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer. Det ble videre avdekket at begynnelsen og sluttet av kvalitetsforbedringsprosessen hadde behov for økt fokus for at ikke arbeidet med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer ikke skulle stoppe opp.

Funn fra studien sammenfaller i stor grad med implementeringsforskning. Mest sentral fremstår forskningen til Fixen et al. som beskriver kjernekomponenter i implementering. Kjernekategoriene er knyttet til organisasjon, kompetanse og ledelse, og funn fra studien samsvarer med kjernekomponenter fra alle disse kategoriene. Videre sammenfaller funn fra studien med psykoterapiforskning som påpeker at relasjonen/alliansen mellom pasient og behandler er den sterkeste prediktoren for vellykket resultat. Å bruke tid på tall og målinger kunne av noen behandlere oppleves som støy i pasientbehandlingen.

Forord

Denne masterstudien har gitt meg mye nyttig kunnskap som jeg tar med meg videre i jobben som kvalitetsrådgiver ved DPSet der jeg jobber. Da jeg startet opp masterstudien høsten 2015 visste jeg ikke hvilken reise jeg bar meg ut på, verken i bokstavelig eller i overført betydning. Daglig pendling 22 mil med tog og T-bane mellom Kongsvinger og Blindern var en slitsom affære. «Reisen» i ny kunnskap og nye bekjenskaper har imidlertid vært en stor fornøyelse.

Jeg var tidlig bestemt på at masterstudien skulle handle om noe innen ledelse og kvalitet. Spesielt hvordan kvalitetsindikatorer sammen med andre forhold kan gi nyttig informasjon og en pekepinn på hvordan det står til med kvaliteten opptar meg. Samtidig har jeg erfart at å bruke kvalitetsindikatorer ikke nødvendigvis blir sett på som nyttig av alle behandlere. Mange av dem vil helst ikke måles og vil helst ikke forholde seg til tall. Jeg ønsket å finne ut hvilke erfaringer ledere hadde med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer innen psykisk helsevern, blant annet hva som var utfordringene, suksessfaktorene og hvor i kvalitetsforbedringsprosessen det var behov for økt fokus for å lykkes. Jeg intervjuet syv ledere i divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet HF for å finne mer ut av dette. Takk for velviljen og fleksibiliteten til dere alle!

Jeg vil takke min veileder professor Anne Karin Lindahl for konstruktiv og effektiv veiledning. Hun svarte på mail selv på 1. påskedag! Biveileder, psykologspesialist Erik Elseth ved DPS Kongsvinger, har veiledet meg spesielt i forhold til de ulike aspektene som særpreger psykisk helsevern. Han har også vært en nyttig diskusjonspartner og fikk roet meg litt ned da jeg stresset meg litt opp i perioder. Ikke alle masterstudenter er like heldige som meg som har hatt egen psykologspesialist å drøfte saker med gjennom masterstudien! Erik skal ha en kjempestor takk!

Til slutt vil jeg gi en stor takk til min leder gjennom mange år, avdelingssjef Tom Eidlaug ved DPS Kongsvinger, for at jeg fikk permisjon og med dette fikk muligheten til å videreutvikle meg gjennom denne masterstudien. Han har vært svært positiv, utfordret meg og støttet meg på hele «reisen».

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Studiens hensikt og problemstilling	2
1.2	Bakgrunn for valgt tema	2
1.3	Forskningsspørsmål	3
1.4	Forskning og implementeringsforskning.....	4
2	Teoretiske perspektiver	6
2.1	Om kvalitetsindikatorer og kvalitetsindikatorsystem (NKI)	6
2.1.1	Formål/hensikt.....	7
2.1.2	Hva kjenner tegner gode kvalitetsindikatorer?.....	8
2.1.3	Lokale kvalitetsindikatorer.....	9
2.1.4	Nasjonale kvalitetsindikatorer for psykisk helsevern.....	9
2.2	Om kvalitet og kvalitetsforbedringsprosessen.....	11
2.2.1	Kvalitet	11
2.2.2	Kvalitetsforbedringsprosessen	11
2.3	Om implementering	16
2.3.1	Michael Fullans endringsprosess	16
2.3.2	Everett Rogers spredningsteori	18
2.3.3	Kjernekomponenter i implementering	19
2.3.4	Tradisjonell implementering og implementering på ny måte	20
2.4	Om psykisk helsevern.....	21
3	Metode.....	23
3.1	Kvalitativ forskningsmetode.....	23
3.2	Planlegging og gjennomføring	24
3.3	Utvalg	25
3.4	Studiedesign.....	25
3.5	Egen rolle.....	26
3.6	Intervju og intervjuguide	26
3.7	Transkribering og analyse	27
3.8	Etiske refleksjoner	29
3.9	Metoderefleksjon	29
4	Resultater.....	30

4.1	Hva assosierte informantene med begrepet implementering?.....	30
4.2	Kjente lederne til nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor eget fagfelt?.....	32
4.3	Forskjell på kvalitetsindikatorer og måltall?	33
4.4	Hvordan jobbes det med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer?.....	34
4.5	Utfordringer knyttet til implementering og bruk.....	38
4.5.1	Å holde fokus og følge opp over tid.....	38
4.5.2	Motstand mot målinger	39
4.5.3	Mangel på tid.....	41
4.5.4	Faser i kvalitetsforbedringsprosessen med behov for økt fokus	41
4.6	Suksessfaktorer knyttet til implementering og bruk.....	43
4.6.1	Å holde fokus og følge opp over tid.....	43
4.6.2	Mening i og forståelse for det som skal implementeres.....	44
4.6.3	God tid til planlegging.....	45
4.6.4	«Den gode samtalen»	46
4.6.5	Merkantil støtte	46
5	Diskusjon.....	48
5.1	Innledningsvise avklaringer.....	48
5.1.1	Hva assosierte informantene med begrepet implementering?.....	48
5.1.2	Kjente lederne til nasjonale kvalitetsindikatorer innen eget fagfelt?	49
5.1.3	Forskjell på kvalitetsindikatorer og måltall.....	50
5.2	Utfordringer knyttet til implementering og bruk.....	51
5.2.1	Å holde fokus og følge opp over tid.....	51
5.2.2	Motstand mot målinger	53
5.2.3	Mangel på tid.....	59
5.3	Suksessfaktorer knyttet til implementering og bruk.....	60
5.3.1	God tid til planlegging.....	60
5.3.2	“Den gode samtalen”	61
5.3.3	Merkantil støtte	62
6	Oppsummering	64
7	Avslutning og veien videre	66
	Litteraturliste	67
	Vedlegg	71

Figur 1 Kvalitetsforbedringsprosessen (4)	12
Figur 2 Vedvarende forbedring (20)	16
Figur 3 Endringsprosess (23)	17
Figur 4 Adopter Categorization on the Basis of Innovativeness (8, s. 247)	18
Figur 5 Kjernekomponenter i implementering (6)	19
Figur 6 Implementering på tradisjonell måte (27).	20
Figur 7 Implementering på ny måte (27).	21

1 Innledning

Nasjonale kvalitetsindikatorer ble innført i spesialisthelsetjenesten i Norge i 2003, men det er spesielt de senere årene at interessen for slik monitorering har vært økende. Helsedirektoratet har siden 2012 hatt den lovpålagte oppgaven med å utvikle, formidle og vedlikeholde de nasjonale kvalitetsindikatorerne. Dette er nedfelt i Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 7-3, andre ledd (1). Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet leverer indikatorer til det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet (2).

Nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten skal gi informasjon om kvaliteten på tilbudet og tjenestene som brukerne får. En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Det er ofte ikke nok med én kvalitetsindikator, men behov for sett av kvalitetsindikatorer. Resultatene bør tolkes med forsiktighet og ses i sammenheng med andre forhold (3). Resultatene presenteres på <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer>

I tillegg til nasjonale kvalitetsindikatorer kan organisasjoner utarbeide lokale kvalitetsindikatorer som er tilpasset dem. Her kan organisasjonen måle områder innen kvalitet som de ønsker mer kunnskaper om, og for eksempel sammenligne seg med seg selv over tid. Divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet HF har utarbeidet flere slike kvalitetsindikatorer. Blant annet måles antall refusjonsberettigede pasientkonsultasjoner i snitt pr. behandler pr. uke/måned på poliklinikker. Målinger og kontroll av aktiviteten er blant annet med på å sikre pasientene tilgjengelighet til behandling i helseforetaket og rettferdig fordeling av helse-tjenester. Målingene er også med på å rette fokus mot kjernevirksomheten som er pasientbehandling. Når jeg i studien bruker begrepet kvalitetsindikatorer, er det både de nasjonale (eksterne) og de lokale (interne) jeg relaterer til, hvis ikke annet er spesifisert.

Studien handler om både implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern. Kvalitetsforbedringsprosessen slik Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet presenterer den har fem trinn (4). I trinn fem i kvalitetsforbedringsprosessen er implementering av praksis spesielt nevnt som en aktivitet. Jeg tenker imidlertid at alle trinnene i prosessen er viktige når implementering skal finne sted, ikke bare trinn fem. Dette uavhengig av hva som skal implementeres i organisasjonen.

1.1 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å få økt kunnskap om lederes erfaringer med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern. Jeg har vært spesielt opptatt av hvor i kvalitetsforbedringsprosessen ledere opplever at det eventuelt stopper opp og hvor det derfor må settes større fokus for å lykkes. Jeg har med studien spesielt ønsket å få svar på hvilke utfordringer og suksessfaktorer ledere møtte i forbindelse med dette arbeidet. Problemstillingen lyder som følger:

«Lederes erfaringer med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern, med vekt på utfordringer, suksessfaktorer og hvilken fase i kvalitetsforbedringsprosessen som har behov for økt fokus».

For å få svar på problemstillingen har jeg gjennomført syv semistrukturerte intervjuer av ledere på nivå 3 (avdelingssjefer) og nivå 4 (enhetsledere) i divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet HF. Utvalget er strategisk valgt med tanke på avdelingsstørrelse, beliggenhet, hvordan avdelingen/enheten er organisert og type spesialitet de tilhører. Også ulik ansiennitet hos lederne var viktig for å skape mangfold i datagrunnlaget. Dataene er analysert og diskutert opp mot relevant litteratur på området.

1.2 Bakgrunn for valgt tema

I min jobb som kvalitetsrådgiver ved et distriktpsikiatrisk senter (DPS) har jeg erfart at temaet kvalitetsindikatorer ikke er spesielt «populært» blant behandlere og at slike indikatorer ikke nødvendigvis blir sett på som nyttige i verken styrings – eller kvalitetsforbedringsarbeidet. Samtaler og diskusjoner rundt målinger med kvalitetsindikatorer fører lett til motstand hos behandlere der kontroll, merarbeid og «dårlige» indikatorer ofte blir nevnt som årsaker. Indikatorene kan oppleves som å ikke være gyldige, pålitelige eller anvendbare. Jeg opplever gjerne at ledere og administrativt støttepersonell oftere ser nytteverdien enn behandlerne.

Hovedtittelen: «*Å, nå telte han deg også!*» er hentet fra eventyret av Alf Prøysen om geitekillingen som hadde lært seg å telle til ti, og om alle dyrene som ikke ville la seg telle. Geitekillingen telte alle dyrene selv om de ikke ønsket dette og en stund hadde han alle de andre dyrene imot seg. Tittelen er ment som en metafor på at tellinger og målinger ikke er spesielt

anerkjent i psykisk helsevern. Noen ledere får enkelt til implementering og bruk av de ulike indikatorene i organisasjonen, mens andre har større utfordringer. Det kan være ulike årsaker til dette. For eksempel kan det skyldes graden av lederforankring, avsatt tid til arbeidet eller det kan være motstand mot kvalitetsindikatorene. Enkelte ledere gir kanskje lettere opp hvis motstanden hos behandlerne blir for stor. Lederes erfaringer med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer opptar meg. Jeg har selv tro på bruk av indikatorer, både innen kvalitetsforbedringsarbeidet og innen virksomhetsstyring. Resultatene må imidlertid tolkes med forsiktighet og ses i sammenheng med andre forhold. Jeg ønsker at ledere skal lykkes, og vil med studien bl.a. se hvor i kvalitetsforbedringsprosessen det evt. har lettere for å stoppe opp slik at det er behov for økt fokus fra ledernes side.

Masterstudien har vært en enkel kvalitativ studie og svarene vil ikke være representative i statistisk forstand. Variasjoner i opplevelser og erfaringer rundt implementering/bruk og de utfordringer og suksessfaktorer lederne har opplevd kan allikevel ha overførbart relevans til andre deler av helsetjenesten. Spesielt kan eksempler og kasuistikker ha relevans for nivå 3- og 4 ledere som jobber med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i egen organisasjon.

1.3 Forskningsspørsmål

For å få svar på problemstillingen har jeg operasjonalisert problemstillingen i tre underspørsmål som besvares i studien. De tre forskningsspørsmålene er:

1. Hvilke *utfordringer* knyttet til implementering og bruk av kvalitetsindikatorer har lederne erfaringer med?
2. Hvilke *suksessfaktorer* knyttet til implementering og bruk av kvalitetsindikatorer har lederne erfaringer med?
3. I hvilken *fase* i kvalitetsforbedringsprosessen erfarte lederne at det lett kunne stoppe opp ved implementering og bruk av kvalitetsindikatorer slik at det var viktig med økt fokus?

Jeg forsøkte tidlig under intervjuene å få klarhet i hva informantene la i begrepet kvalitetsindikator og om de så noen forskjell på kvalitetsindikatorer og måltall. Både de eksterne/-nasjonale og lokale kvalitetsindikatorer kan ha både kvalitative og økonomiske elementer i

seg. I studien er det lederes erfaringer med implementeringen og bruk av nasjonale/eksterne kvalitetsindikatorer for psykisk helsevern for voksne, barn og TSB (Tverrfaglig spesialisert behandling til ruspasienter), og lokale kvalitetsindikatorer jeg utforsker. Lokale kvalitetsindikatorer ble i intervjuene benevnt som måltall fordi jeg tidlig i prosessen var usikker på om kvalitetsindikator var riktig benevnelse på alle indikatorene i studien. Etter nærmere vurdering bestemte jeg meg for også å benevne måltall som kvalitetsindikatorer.

Jeg har tidlig i intervjusituasjonen også forsøkt å få klarhet i hva informantene assosierte med begrepet implementering. Implementering er et begrep som ofte blir brukt i det daglige, men allikevel kan være vanskelig å beskrive. En allmenn forståelse av begrepet er: *iverksette* og *realisere*. Jeg har lagt til grunn i studien at implementering er flere delaktiviteter som ledere gjør i alle fasene av kvalitetsforbedringsprosessen for å få til en permanent endring i organisasjonen. Jeg har videre lagt til grunn at implementering ikke kun skjer i den siste fasen i kvalitetsforbedringsprosessen (4), men helt fra arbeidet med å finne felles forståelse med de ansatte, iverksetting av tiltak, rapportering av resultater, oppfølging av behandlere, til videreføring av aktivitetene helt frem til de har blitt en naturlig del av den daglige driften i organisasjonen.

1.4 Forskning og implementeringsforskning

Jeg har med bistand fra bibliotekjeneren i Sykehuset Innlandet HF foretatt systematiske søk i ulike databaser som blant annet Medline, Embase, Svemed+ og PsycINFO. Det ble ikke funnet aktuell forskning eller annen litteratur som sier noe om effekter av tiltak rettet mot helsepersonell ved implementering og av bruk av kvalitetsindikatorer, verken i somatisk eller psykisk helsetjeneste.

Søk med kun emneord som implementering (implementation) og implementeringsforskning (implementation research) ga flere treff i Pubmed og Medline. Implementering har blitt en egen vitenskap, vokst ut av bevisstheten om at det er en avstand mellom forskning og praksis. Implementeringsforskning er opptatt av hva som skal implementeres, hvordan det skal gjøres og av hvem. Det finnes en del kunnskaper om implementeringsmodeller i dag, sier T. Ogden ved Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid (NAPHA) (5), samtidig er feltet under utvikling.

Jeg har videre for å fremskaffe relevant litteratur, også benyttet meg av «snøballrekruttering» dvs. funnet litteratur fra litteraturlister i artikler, nettsteder, masteroppgaver og doktoravhandlinger. Jeg har også benyttet usystematiske søk på internett for litteratursøk.

I studien har jeg blant annet sett på hva som fremmer og hemmer implementering og bruk av kvalitetsindikatorer, og jeg mener at kunnskap fra forskning om implementering har vært nyttig å ha med seg i studien uansett hva som skulle implementeres i en organisasjon.

Forskning på implementering er opptatt av praksisfeltets mottagelighet for ny kunnskap (5). Evidensen i forhold til nasjonale kvalitetsindikatorer kan være slik ny kunnskap. Se mer i kapittel 2.1.2. Det ligger mye evidens bak utvikling av og bruk av nasjonale kvalitetsindikatorer. De lokale kvalitetsindikatorene vil variere fra organisasjon til organisasjon og også variere over tid. Det er derfor vanskelig å si om det ligger vitenskapelig evidens bak alle.

Dean L. Fixsen antas å være den fremste ekspertten på implementering og implementeringsforskning. Fixsen et al. beskriver i en oppsummeringsartikkel fra 2009 «*Core implementation components* blant annet ulike komponenter, såkalte kjernekomponenter, som kan fremme og/eller hemme implementeringsarbeidet (6). Implementering er som nevnt bindeleddet mellom ny kunnskap og praksisfeltet som skal ta den i bruk. For å lykkes med dette arbeidet mener jeg det blir viktig som leder å kjenne til kjernekomponentene som Fixsen et al. oppsummerer i sin artikkel. Jeg støtter meg til deres arbeider i studien, spesielt under drøfting av funn i forhold til implementeringshemmere og implementeringsfremmere.

Det er sjelden implementeringsprosesser foregår knirkefritt og uten hindringer eller motstand (7). Jeg ser det derfor som viktig at ledere kjenner til ulike forhold hos medarbeiderne som kan påvirke implementeringsprosesser. For å belyse dette har jeg i studien valgt blant annet å støtte meg til Everett Rogers forskning på implementering knyttet til enkeltindividet valg. Rogers modell er en trinnvis modell som på engelsk kalles for *Diffusion of innovation model* og på norsk for spredningsmodellen (8). Det er spesielt de ulike personlighetstypene jeg har trukket ut fra modellen, som kan belyse hvorfor noen behandlere er mer mottagelige for implementering og bruk av kvalitetsindikatorer enn andre, og hvilke behandlere man som leder bør satse på tidlig i implementeringsprosesser.

2 Teoretiske perspektiver

2.1 Om kvalitetsindikatorer og kvalitetsindikatorsystem (NKI)

Kvalitetsindikatorer kan ifølge Kunnskapsenteret defineres slik: «*Målbare variabler som anvendes for å registrere viktige aspekter av tjenestens kvalitet*». Videre fremholder Kunnskapsenteret: «*ved hjelp av slike måleverktøy kan man identifisere forhold og områder som bør studeres nærmere når det gjelder årsakssammenhenger og muligheter for forbedringer*» (9).

Kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i et eller flere av dimensjonene av kvalitet (se kapittel 2.2.1). For eksempel kan kvalitetsindikatorer måle helsetjenestens tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultat av helsetjenestene (3): De tre typene utdypes under:

1. **Strukturindikatorer:** Kvalitetsindikatorer innen denne gruppen beskriver helsevesenets rammer og ressurser, herunder helsepersonellens kompetanse og tilgjengelighet til utstyr, teknologi og fasiliteter. Kvalitetsindikatorerne innen denne gruppen beskriver med andre ord forutsetninger og rammer for forebygging, behandling, diagnostikk m.m.
2. **Prosessindikatorer:** Kvalitetsindikatorer innen denne gruppen gir et bilde av i hvilket omfang helsepersonell har utført bestemte prosedyrer, f.eks. forebygging, diagnostikk, behandling og pleie, i pasientforløp. Denne typen indikatorer utvikles på grunnlag av referanseprogrammer og kliniske retningslinjer om de finnes. Prosessindikatorer uttrykker om pasientene ifølge programmene og retningslinjer har mottatt de ytelser som de bør.
3. **Resultatindikatorer:** Kvalitetsindikatorer innen denne gruppen sier noe om pasientens gevinst i form av overlevelse, symptomatologiske og laboratoriemessige karakteristika, pasienters fysiske tilstand eller psykiske reaksjoner på sykdom og tilfredshet med behandling.

Kvalitetsindikatorer deles gjerne inn i to kategorier: Eksterne (nasjonale) og interne (lokale).

Eksterne kvalitetsindikatorer kan defineres slik: «*Målbare variabler som anvendes for å registrere viktige aspekter av tjenestens kvalitet og som benyttes som grunnlag for å vurdere*

om virksomheter i helsetjenesten yter det som forventes i forhold til sitt samfunnsmessige oppdrag og mandat. Indikatorene velges med sikte på å være grunnlag for det styringsmessige arbeidet ved å beskrive geografiske variasjoner og utviklingstendenser og trender» (9).

Interne kvalitetsindikatorer kan defineres slik: *«Målbare variabler som anvendes i det praksisnære feltet for å registrere om de oppfyller tjenesteyternes egendefinerte kvalitetsmål» (9).*

Kvalitetsindikatorer vil, som navnet antyder, kunne gi en indikasjon på hvordan det står til med kvaliteten. De kan angi en retning for hvor man bør lete etter forbedringer. Som regel er det behov for flere kvalitetsindikatorer i dette arbeidet, altså et system av kvalitetsindikatorer.

Et kvalitetsindikatorsystem kan defineres slik: *«Et unikt system bestående av et sett av indikatorer, som er etablert med et bestemt formål innenfor en avgrenset kontekst, herunder organisasjon, infrastruktur og prosedyrer knyttet til utvikling og drift» (9).*

2.1.1 Formål/hensikt

Et kvalitetsindikatorsystem er et av flere metoder for å overvåke og dokumentere kvaliteten i helsetjenesten. I handlingsplanen for det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet (2014-2017) finner vi visjonen og de overordnede målene (10):

Visjonen for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem er å:

Vise kvaliteten i en helse – og omsorgstjeneste i utvikling.

De overordnede målene for nasjonalt indikatorsystem er å:

- Omfatte alle sektorer og fagområder
- Vise balanse av indikatorer innenfor alle dimensjoner av tjenester med god kvalitet
- Måle tjenestekvalitet, rettigheter og praksis i tråd med eksisterende retningslinjer, veiledere og lovverk
- Måle effekter ved implementeringer og endringer i helse- og omsorgstjenesten
- Analysere utvikling, vise resultater tilpasset målgruppen, varsle om negative trender og understøtte kontinuerlig forbedring på tjenestenivå

Kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten skal blant annet gi informasjon om kvaliteten på det tilbudet og tjenestene som brukerne får. En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Kvalitetsindikatorer på tjenestenivå kan brukes for å sammenligne med andre organisasjoner. Kvalitetsindikatorer kan brukes som et ledd i en samlet vurdering og bør alltid tolkes i sammenheng med andre forhold. Slike andre forhold kan være: pasientrapporterte effektmål, spørreundersøkelser m.m. Formålet med et indikatorsystem kan ifølge Kunnskapssenteret grovt sett inndeles i fire kategorier (2):

- **Samfunnsmessig legitimering og kontroll:** for å gi allmennheten innsikt i helsetjenestens ytelser i samfunnsmessig og helsepolitisk sammenheng
- **Virksomhetsstyring:** som verktøy for styring og ledelse i helsetjeneste
- **Faglig kvalitetsforbedring:** som verktøy for internt kvalitetsforbedringsarbeid i helsetjenesten
- **Støtte til brukervalg:** som informasjonskilde for pasienter og helsepersonell i forbindelse med vurderinger av kvalitetsforskjeller mellom virksomheter og valg av tjenestested

2.1.2 Hva kjennetegner gode kvalitetsindikatorer?

Gode kvalitetsindikatorer må oppfylle en del grunnleggende krav. I tillegg må de ikke føre til uheldig oppmerksomhetsdreining slik at kvaliteten synker på felt som ikke måles.

Grunnleggende krav til gode kvalitetsindikatorer er at de er (11):

- Relevante – måler man noe som er viktig for kvaliteten innen ønsket forbedringsområde?
- Gyldige - er det dokumentert sammenheng mellom indikatoren og kvalitet?
- Målbare – er de målbare?
- Tilgjengelige – er det mulig å innhente data?
- Pålitelige og mulig å tolke – måles de likt av alle og kan man stole på dem?
- Mulige å påvirke og sensitive for endring – er de egnet for å måle effekten av et forbedringstiltak?

National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) har gjennomført en omfattende oppsummering av eksisterende rammeverk og beskriver ønskede egenskaper for indikatorer og indikatorsett. Det er tre stikkord her: betydning, vitenskapelig begrunnelse og gjennomførbarhet (12). Dette er i tråd med punktene over.

Et kjernepunkt i utviklingen er den systematiske tilnærmingen som tar sikte på å ivareta flere aspekter: det vitenskapelige, det faglige, det helsepolitiske og det verdimeslige. Kunnskaps-senteret som utvikler kvalitetsindikatorer, har innhentet og systematisert kunnskap fra andre lands forskning og erfaring omkring utvikling og bruk. Kartleggingen omfatter seks ulike nasjonale kvalitetsindikatorsystem utviklet av Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD), Verdens helseorganisasjon (WHO) og helsemyndighetene i Canada, Sverige, Danmark og USA (12).

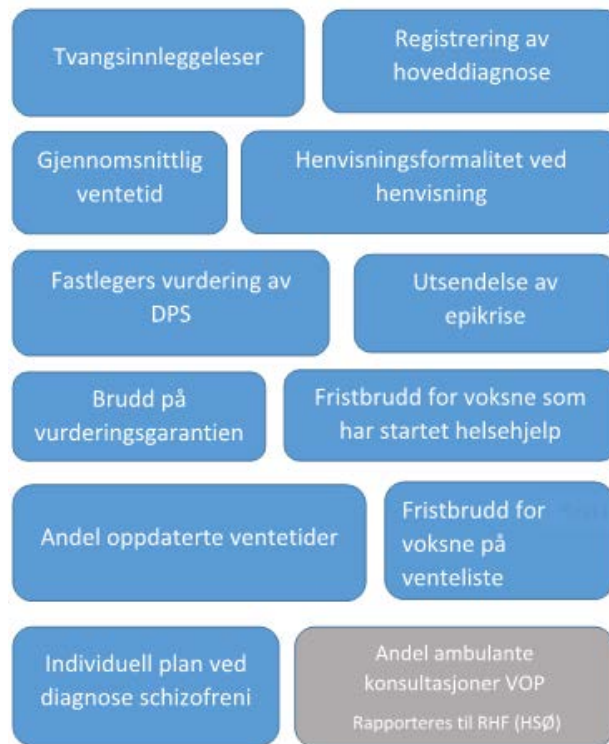
2.1.3 Lokale kvalitetsindikatorer

Divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet HF er den største divisjonen i helseforetaket med ca. 1600 ansatte fordelt på 12 avdelinger og flere kompetansesentre i Hedmark og Oppland (13). Det er fire sykehusavdelinger, fem Distriktpsikiatriske sentre (DPS) og tre barne- og ungdomspsikiatriske avdelinger (BUP). Divisjonen har de siste to – tre årene hatt stort fokus på *konsultasjonstall* på poliklinikkene. Dette er en lokal kvalitetsindikator som ledere på alle nivåer rapporterer på hver måned. En psykiatrisk avdeling har ikke kun «ansvaret» for pasientene som er under behandling. Alle pasientene i nedslagsfeltet skal ha tilgang til helsetjenester hvis behov for og rett til behandling er til stede. Pasientbehandling er kjernevirksomheten i de psykiatriske avdelingene. *Antallet innleverte behandlingsskjemaer etter konsultasjon* er eksempel på en annen lokal kvalitetsindikator. Innlevering og registrering av behandlingsskjemaer er blant annet viktig for at pasienter skal få frikort fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) til rett tid og bli satt opp på ny time til poliklinikken/-avsluttes og ikke bli «glemt av sykehuset». Det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset" skal være en støtte for helseforetakene i innsatsen for å forbedre det pasientadministrative arbeidet der målet blant annet er at ingen pasienter skal bli oversett (14).

2.1.4 Nasjonale kvalitetsindikatorer for psykisk helsevern

Nasjonale kvalitetsindikatorer for psykisk helse for voksne er gjengitt i de blå boksene på neste side. Resultatene publiseres på <https://helsenorge.no/kvalitetsindikatorer> (15).

Kvalitetsindikatoren i den grå boksen rapporteres til det regionale helseforetaket (RHF) i henhold til definisjonskatalogen til Helse Sør-Øst RHF 2016 (HSØ) (16). Denne indikatoren kan kategoriseres et sted mellom intern og ekstern kategori. Se kapittel 2.1. Nasjonale kvalitetsindikatorer for psykisk helsevern for voksne:



Nasjonale kvalitetsindikatorer for tverrfaglig spesialisert rusbehandling publiseres på <https://helsenorge.no/kvalitetsindikatorer> på lik linje som kvalitetsindikatorer for psykisk helse for voksne, og flere av dem er de samme: andelen oppdaterte ventetider, utsendelse av epikrise etter innleggelse, gjennomsnittlig ventetid, registrering av hoveddiagnose, fristbrudd ventende- og start av behandling, brudd på vurderingsgarantien, pasienterfaringer og gjennomsnittlig ventetid (15).

Nasjonale kvalitetsindikatorer for psykisk helse for barn og unge: registrering av diagnose iht. de seks aksene i diagnosesystemet, gjennomsnittlig ventetid, helsehjelp innen 65 dager, fristbrudd for ventende - og start av helsehjelp, henvisning vurdert innen ti dager og andel oppdaterte ventetider (15). Disse publiseres også på <https://helsenorge.no/kvalitetsindikatorer> Også de to ovennevnte spesialiteter rapporteres til HSØ i henhold til definisjonskatalogen på lik linje med psykisk helsevern for voksne. Her kan nevnes kvalitetsindikatorer som andel ambulante konsultasjoner og andel utsendte epikriser etter avslutning (BUP) (16).

2.2 Om kvalitet og kvalitetsforbedringsprosessen

2.2.1 Kvalitet

Kvalitetsbegrepet kan defineres på mange måter. Definisjonen er avhengig av den enkeltes ståsted og subjektive oppfatninger. Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet definerer kvalitet på følgende måte:

«Med kvalitet forstås i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får ønsket helserelatert velferd og tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap» (17).

I denne masterstudien vil min forståelse av begrepet kvalitet være i tråd med ovennevnte definisjon. Jeg har også valgt å gi kvalitetsbegrepet et mer konkret innhold som bygger på samfunnets føringer, oppfyller lovverkets krav og som fra et faglig perspektiv gir best mulig tjenester til brukerne. Dimensjoner av god kvalitet kan deles inn i 6 områder (18). Dette innebærer at helsetjenestene:

1. Er virkningsfulle
2. Er trygge og sikre
3. Involverer brukere og gir dem innflytelse
4. Er samordnet og preget av kontinuitet
5. Utnytter ressursene på en god måte
6. Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

2.2.2 Kvalitetsforbedringsprosessen

Kvalitetsarbeidet har ifølge nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten (2005-2015) de siste 50 årene utviklet seg fra å ha fokus på å sikre kvaliteten til å fokusere kontinuerlig forbedring (4). Kontinuerlig forbedring beskrives i modellen på neste side.

Modellen er utarbeidet av Kunnskapssenteret og bygger på Demings sirkel (4). Systematisk forbedringsarbeid er en kontinuerlig prosess, noe som illustreres med sirkelen. Selv om modellen er illustrert med piler som peker en vei, kan det bli nødvendig å gå tilbake til tidligere faser i prosessen og prøve ut nye løsninger. Kompleksiteten i forbedringsarbeidet avgjør hvor lang tid en forbedring tar (4). På de neste sidene utdypes de fem fasene nærmere:



Figur 1 Kvalitetsforbedringsprosessen (4)

Forberede

Den første fasen i kvalitetsforbedringsmodellen er å forberede. En god start på forbedringsarbeidet er viktig for å lykkes med forbedringen. Denne fasen starter med en felles erkjennelse av behovet for endring. De seks dimensjonene av god kvalitet er beskrevet i kapittel 2.2,1 og danner grunnlaget for forbedring. Disse dimensjonene påvirker hverandre og det er derfor viktig å vurdere og ivareta dem alle sammen.

En felles erkjennelse av behov for endring kan f.eks. komme som et resultat av innspill fra brukere, ledere og medarbeidere, ny kunnskap og teknologisk utvikling, ytre krav fra politikere og media, internrevisjon, nye faglige retningslinjer med mer.

Det andre steget i denne fasen er forankring og organisering av forbedringsarbeidet. For å lykkes er det viktig med bred forankring: ledelse, fagmiljø, brukere og andre involverte parter. Det er videre viktig at arbeidet er forenelig i organisasjonens visjon og mål og synliggjøres i virksomhetens organisasjonsplan (4).

Det siste steget i denne fasen er å klargjøre kunnskapsgrunnlaget – forskning, erfaring og brukerkunnskap. For å sikre at tjenestene har god kvalitet må de bygge på forskningsbasert kunnskap, brukernes preferanser og medvirkning, samt den konteksten som forbedringsarbeidet skjer innenfor (4).

Planlegge

Den andre fasen i kvalitetsforbedringsprosessen er å planlegge. Det første steget er å kartlegge behovet og dagens praksis. Det er en fordel å måle hvordan det står til med dagens praksis for å avdekke hva som bør forbedres. Målinger gjør det mulig å sette konkrete mål og gjør det også mulig å måle om tiltak virker. I tillegg til kvantitative målinger kan kvalitative studier være nyttige. En god kartlegging kan være bevisstgjørende for ledere og ansatte.

Det andre steget i denne fasen er å sette mål slik at det er mulig å måle om de gjennomførte tiltakene har ført til forbedringer. Kvaliteten på et område kan overvåkes og måles på flere måter avhengig av hva som er målet med forbedringen (4):

- Høre hva brukerne har å si hvis målet er å fremme brukerne opplevd nytte av behandlingen
- Ressursforbruk før og etter innføring av nye tiltak
- Er målet trygge tjenester, kan man registrere uheldige hendelser og avvik f.eks. når det gjelder medikamenthåndtering

Det er en prosess å lage gode mål. Overordnede mål bør konkretiseres i delmål som er SMARTE (4) og det vil si at målene er:

Spesifikke, **M**ålbare, **A**nsporende, **R**ealistiske, **T**idsbestemte, og **E**nighet (4).

For å vite ut om målene blir nådd, er det viktig at de er konkrete. Å sette mål om 100 % måloppnåelse vil trolig ikke alltid være realistisk (4).

Utføre

Det tredje fasen i kvalitetsforbedringsprosessen er å utføre. Det vil si å prøve ut og tilrettelegge ny praksis. Ofte er det fornuftig å prøve ut i mindre skala, såkalt pilotutprøving. Deretter kan man justere mange ganger før en ruller ut i større deler av organisasjonen. En bør vurdere om en skal sette i gang flere tiltak samtidig eller om en skal ta ett tiltak om gangen.

Det vil være enklere å måle enkelttiltak, og det kan også være enklere å identifisere hvilke tiltak som faktisk fungerer med ønsket effekt (4).

Det er flere punkter som bør ivaretas før forbedringer iverksettes:

- God informasjon til alle involverte parter, både om selve tiltaket og hva man ønsker å oppnå
- Nødvendig opplæring
- Tydeliggjøring av hvem som skal gjøre hva og hvordan det skal gjøres
- Tidsplan og aktivitetsplan som tar hensyn til andre aktiviteter
- Infrastruktur som utstyr, materiell og hjelpemidler er på plass
- Innføring av endringslogg som viser når tiltak er innført og hvordan det gikk
- Ledelsen følger opp og forsikrer seg om at tiltakene utføres som planlagt
- Sjekkliste eller andre typer målinger for å se om endringene følges

Evaluerer

Den fjerde fasen i kvalitetsforbedringsprosessen er å evaluere. Her kan det være nyttig å benytte både kvalitative og kvantitative tilnærminger (4). Disse belyser ulike momenter og utfyller hverandre. *Kvalitativ tilnærming* vil kunne være undersøkelser som fanger opp erfaringer fra pasienter og ansatte gjennom fokusgruppeintervjuer, intervjuer eller pasienthistorier. *Kvantitativ tilnærming* vil si å analysere og sammenlikne målinger med utgangsdata for å finne ut om det har skjedd forbedringer. Hvordan forbedringen endrer seg over tid kan jevnlig målinger vise. Statistisk prosesskontroll (SPC) kan her benyttes (19). SPC er gren av statistikken som gjør bruk av tidsserier og som presenterer resultater grafisk på en god måte. Indikatorovervåking med SPC er tre hovedmål:

1. **Variasjonsbredde:** sikre at prosessen er tilstrekkelig stabil
2. **Nivåkontroll:** sikre at det stabile nivået er i overensstemmelse med god praksis
3. **Forbedringskontroll:** sikre at forbedringer dokumenteres

Resultatet av målinger og andre tilbakemeldinger bør synliggjøres og diskuteres med både ledelsen, ansatte og brukere/pasienter. Dersom forbedringene ikke er som ønsket, kan det være hensiktsmessig å gå tilbake til tidligere faser i prosessen (4). Disse spørsmålene kan stilles:

- Har forankring og organisering ikke vært godt nok?
- Er det noe i organisasjonskulturen som motvirker forbedringene?
- Må målene kanskje justeres?

Hvis ovennevnte faktorer er i orden og tiltakene ikke har ønsket effekt, kan det være at det har gått for kort tid. Det kan være nyttig å gi prosessen mer tid før man gjør justeringer.

Følge opp

Den femte fasen i prosessen er å følge opp forbedringsarbeidet. I denne fasen finner vi tre trinn (4):

1. Implementere ny praksis: Dersom iverksatte tiltak fungerer tilfredsstillende, er det viktig å la de bli en del av ordinær drift og at de opprettholdes. Forbedringene må bli en del av organisasjonens systemer og infrastruktur. Det anbefales å opprette/oppdatere prosedyrer, opplæringsprogrammer, funksjonsbeskrivelser, omfordele ressurser og sikre rutiner for god kommunikasjon. Hvis tiltakene kun vært prøvd ut i småskala (pilot), kan tiden være inne for å prøve ut i større del av organisasjonen før implementering i ordinær drift. Se mer om implementering i kapittel 2.3.

2. Sikre videreføring: Forskning viser at opptil 70 % av forbedringsarbeid ikke opprettholder resultatene (4). Dette fordi man ofte glemmer å ivareta de viktigste forutsetningene for å lykkes med dette: det er nødvendig med et system som overvåker at ny praksis fungerer optimalt. Dette kan blant annet gjøres ved å fortsette å måle en eller to ganger i året og synliggjøre og drøfte resultatene med ledelsen, ansatte og brukere. Det er et lederansvar å sørge for at resultatene brukes i videre forbedringsarbeid. Systematisk avvikshåndtering og internrevisjon er nyttige tiltak i denne delen av prosessen (4).

3. Spre forbedringene: Det er mange gode forbedringsprosjekter i helsetjenesten, men de fleste blir ukjente for andre organisasjoner. Å spre kunnskapen blir viktig for videre læring og utvikling. Dette kan gjøre gjennom ulike kanaler f.eks. foredrag, undervisning og artikler.

Når praksisen er innarbeidet, er det tid for å velge et nytt forbedringsområde. På denne måten innføres kontinuerlig forbedring i organisasjonen (4). Modellen på neste side illustrerer vedvarende forbedring er utviklet av National Health Service (NHS) som har identifisert ti faktorer som er ekstra viktige for at man skal lykkes med å gjennomføre, opprettholde og spre

forbedringsarbeid. Faktorene fordeler seg på tre områder: Ansatte og ledere, organisasjonen og prosessen (20).



Rødt område omhandler ansatte og ledere f.eks. holdninger, opplæring, motivasjon m.m.

Blått område omhandler organisasjonen f.eks. infrastruktur som f.eks. IT utstyr m.m.

Grønt område omhandler selve prosessen f.eks. målinger, troverdige resultater m.m.

Figur 2 Vedvarende forbedring (20)

2.3 Om implementering

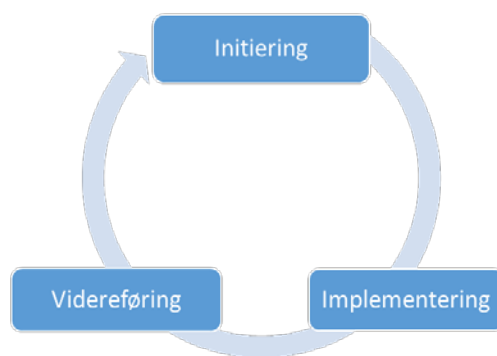
Implementering kan defineres slik (Naoom, Blasé, Friedman og Wallace, 2005):

«Implementering er et sett av spesifiserte aktiviteter som skal til for å gjennomføre en bestemt metode eller behandlingsprogram i praksis. Det dreier seg om en planlagt og målrettet prosess og ikke en tilfeldig praksisendring eller en kontekstuavhengig innsats» (21).

I vid forstand handler implementering ifølge Senter for studier av problematferd og innovativ praksis om å iverksette eller gjennomføre planer og beslutninger i praksis, altså hvordan få tiltak til å virke (22). Implementering kan ses på som en endringsprosess. Se under:

2.3.1 Michael Fullans endringsprosess

En planlagt endringsprosess vil ha flere faser med behov for ulikt fokus. Dette beskrives i teorien på flere måter, men felles for dem alle er at de beskriver prosessene med en oppstarts-fase, en mellomfase og en avslutningsfase. Den kanadiske skoleforskeren Michael Fullan kaller fasene for initiering, implementering og videreføring (23). Se figur 3 på neste side.



Figur 3 Endringsprosess (23) Egen gjengivelse.

Initiering: I denne fasen er det behov for klargjøring av arbeidet som skal utføres. Det kan være i forhold til roller, ressurser og videre planer.

Implementering: Denne fasen er selve gjennomføringsfasen og her skal ofte mye gjøres samtidig. Det kan være kunnskapsutvikling, utprøving, evaluering med mer. Mange prosjekter mislykkes fordi det investeres for lite i denne fasen.

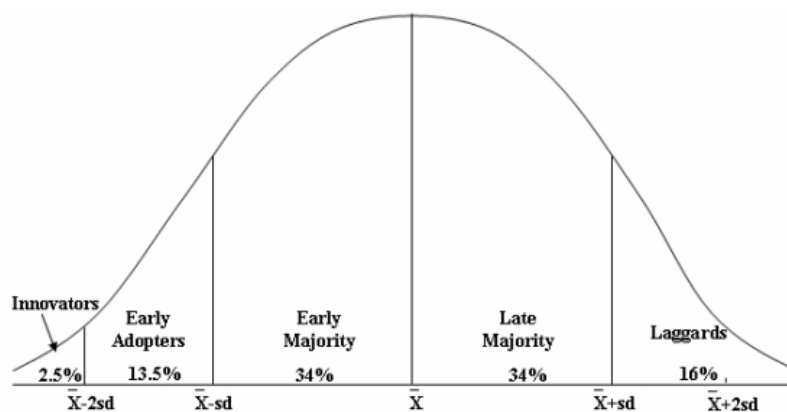
Videreføring/institusjonalisering: I denne fasen har endringen blitt en del av det daglige arbeidet og lever videre uten spesielle organiseringstiltak. Det kan fortsatt være tid igjen til endringen er institusjonalisert litt avhengig av type endringer, motstand i omgivelsene m.m.

Fasene i prosessen overlapper hverandre, og ifølge Fullan går prosessen begge veier. Fasene påvirker hverandre gjensidig. Prosessen er ikke lineær og derfor vil hendelser ved implementering kunne endre valg som ble tatt ved initiering, og videre ha betydning for hva som skjer i videreføringsfasen. Endringsprosessen likner en spiral og organisasjonen vil ha forandret seg etter å ha avsluttet tiltak og startet på nye. Den kan derfor befinne seg på et annet sted enn da den startet endringsprosessen (23).

Fullan beskriver endringsprosesser i skoleverket, og med denne modellen velger jeg å dra paralleller til endringer i helsevesenet. Modellen til Fullan kan minne litt om kunnskaps-senterets kvalitetsforbedringsprosess. Kvalitetsforbedringsprosessen har riktig nok flere faser, men også fasene i kvalitetsforbedringsprosessen går begge veier, påvirker hverandre gjensidig og foregår kontinuerlig (4).

2.3.2 Everett Rogers spredningsteori

Everett Rogers introduserte begrepet implementering for å beskrive hvordan innovasjoner fanges opp av praksisfeltet. Modellen til Rogers vektlegger i hovedsak de individuelle mekanismene som skjer hos den enkelte i en implementeringsprosess, og Rogers konstaterte at ikke alle praktikere var like opptatt av å ta ny kunnskap i bruk (5,7,8). Rogers viser i figur 4 at de menneskene som tar i bruk nyvinninger kan kategoriseres i fem grupper: *innovators* (2,5 %), *Early adopters* (13,5 %), *early majority* (34 %), *late majority* (34 %) og *laggards* (16 %). Som ledere kan man ikke forvente å få med seg alle ansatte med en gang når noe nytt skal implementeres i organisasjonen. Rogers hevdet at det kan være hensiktsmessig å først satse på ildsjelene i organisasjonen. Dette fordi studier viser at de andre ofte vil gi sin tilslutning etter hvert, dersom 10 - 25% av de ansatte har blitt med (8). Noen ansatte vil imidlertid avvise nye tiltak selv om de andre tatt dem i bruk. Disse kalles gjerne for *refusers* (7).

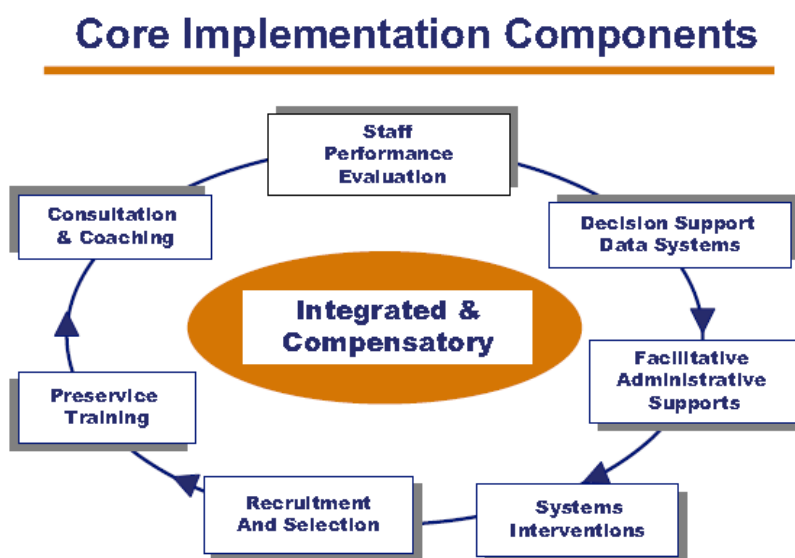


Figur 4 Adopter Categorization on the Basis of Innovativeness (8, side 247)

Rogers fremhevet viktigheten av å ha oppmerksomheten rettet mot forskjellige sider hos enkeltindividet som personlighet, sosiale karakteristika og opplevd behov for endring (8). Det er en innvending til denne modellen fordi den er mest opptatt av hvordan enkeltindividet forholder seg til ny praksis og mindre til organisatoriske forhold som f.eks. finansiering og ledelse (5). Forskning viser imidlertid at det er flere faktorer enn enkeltindividet som både hemmer og fremmer implementering og her kan nevnes økonomi og ledelse. Disse faktorene kaller Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid (NAPHA) for fremmere av implementering og hemmere av implementering (5). Fixsen et al. benevner viktige komponenter for vellykket implementering for kjernekomponenter i implementering (6).

2.3.3 Kjernekomponenter i implementering

Fixen et al. (6) har identifisert faktorer som er viktige å ta hensyn til når man skal implementere ny praksis inn i vanlig klinisk praksis der målet er å bedre kvalitet og effektivitet av tjenestetilbudet. De har oppsummert forskning på implementering innen flere fagfelt gjennom 6 år (2003 – 2009). De har sett på blant annet fagfelt som utdanning, helse og psykisk helse (fag der man jobber med mennesker). Faktorene som fremmer implementeringen er avhengig av graden av tilstedeværelse av disse. Faktorene kompenserer for hverandre og kalles kjernekomponenter (6). Se figur 5 under:



Figur 5 Kjernekomponenter i implementering (6).

Noen kjernekomponenter er knytte til organisasjonen som systemrettet arbeid, administrativ tilrettelegging og datastøttede beslutningssystemer. Andre kjernekomponenter er knyttet til kompetanse som rekruttering, veiledning og opplæring. Og ikke minst er det viktig med tilrettelegging på de ulike ledernivåene (5,6,24). Lederforankring og lederstøtte (organisering, god informasjon) ser ut til å være viktige komponenter for å lykkes med implementering.

I følge (NAPHA) (5) er det praktisk og teknisk støtte som har vist seg å være den viktigste implementeringsvariabelen. Eksempler kan være sjekklister og materiell. Komponentene i figur 5 kan både hemme og fremme implementeringen. En faktor som NAPHA (5) trekker frem som hemmende er tidspress og vansker med å frigjøre kapasitet til ny praksis.

Implementering handler om kunnskaper om den beste praksis og hvordan denne tilpasses en

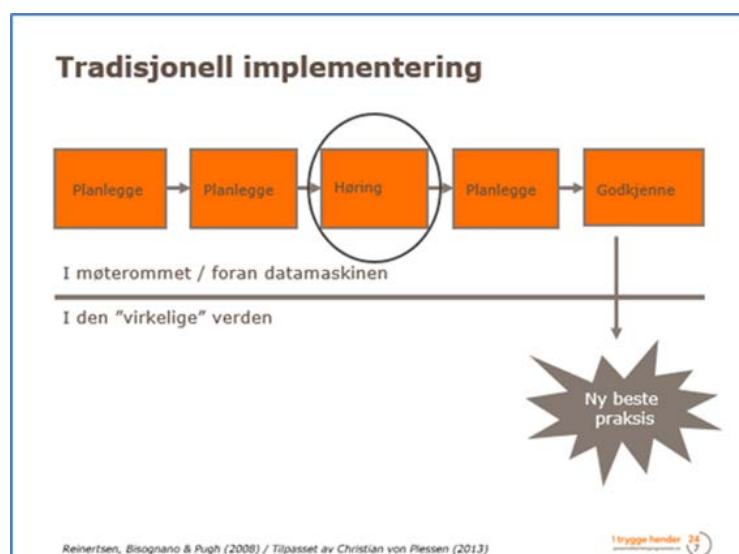
lokal kontekst (25). Ulike tiltak og komponenter som hemmer eller fremmer implementering i en organisasjon trenger derfor ikke å gjøre det i en annen.

I tillegg til å kjenne til kjernekomponentene så er det viktig ifølge Fixsen et al. å måle om metoden utøves etter forutsetningene (6). Målinger er også i tråd med Kunnskapscenterets kvalitetsforbedringsprosess der man i fase 4: evaluering vektlegger monitorering (4).

Ved et historisk tilbakeblikk beskriver forskningsdirektør Terje Ogden ved Senter for studier av problematferd og innovativ praksis, situasjonen tidligere som preget av top-down-strategi. Forskere forsket for deretter å sende resultatene til praksisfeltet. Dette er i ferd med å endres (22). Se neste kapittel om tradisjonell implementering og implementering på ny måte.

2.3.4 Tradisjonell implementering og implementering på ny måte

Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» er opptatt av implementering av «beste praksis» (26). Det er ofte det å få til endringer i atferd og rutiner som er den største utfordringen i dette arbeidet. I figur 6 under vises tradisjonell implementering (27).

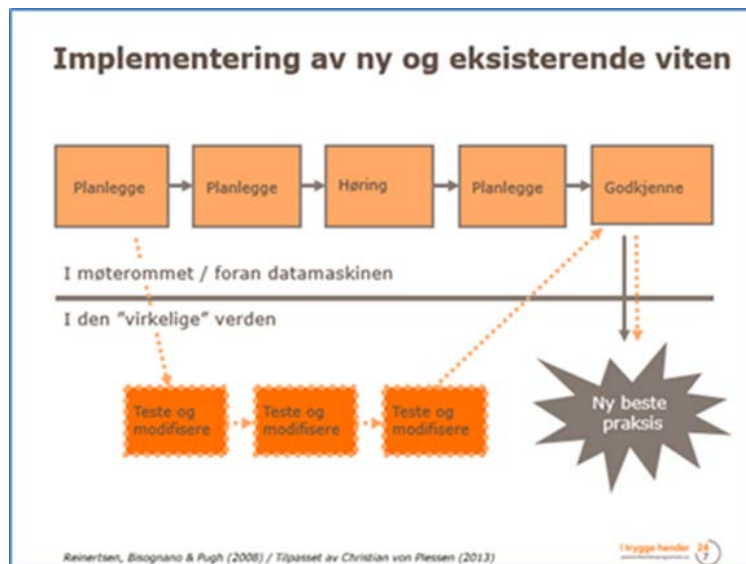


Figur 6 Implementering på tradisjonell måte (27).

Figur 6 viser en implementeringsprosess hvor tiltakets innvirkning på, og samspill med spesifikke situasjoner i praksis ikke blir tilgodesett. Prosessen planlegges og gjennomføres i møterommet, ved skrivebordet eller på personalmøter og presenteres deretter for de som skal ta den nye kunnskapen i bruk (27). En annen måte å gjøre det på er å gjennomføre en

implementeringsprosess der det tas hensyn til lokal kontekst når man jobber med å få nye tiltak til å fungere (25,27).

Figur 7 under viser implementering på ny måte, og hvordan det nå er i ferd med å endre seg.



Figur 7 Implementering på ny måte (27).

Den siste prosessen tilgodeser spesielt implementering av atferdsendringer og innføring av nye rutiner eller prosedyrer. Den enkelte medarbeider gis muligheter til innspill til den planlagte organisasjonsendringen (25).

Hva skal til for at leger og annet helsepersonell endrer praksis? Det finnes ingen mirakelkur mot manglende implementering (28). Oppsummeringer fra metodiske gode studier viser at passive disseminering av for eksempel retningslinjer har liten eller ingen effekt. Det samme har tradisjonell didaktisk undervisning. Det som ser ut til å ha best effekt er mer aktive intervensjoner som f.eks. påminnere, tilbakemelding (audit og feedback) og praksisbesøk. Effekter av implementering har imidlertid vist store variasjoner på tvers av studiene. Det er derfor viktig å få mer kunnskap om hvilke tiltak som fremmer implementeringen (28).

2.4 Om psykisk helsevern

Psykisk helsevern er samlebetegnelsen på de helsetilbud som samfunnet tilbyr pasienter med psykiske lidelser. Psykiske lidelser er psykiske plager med en intensitet som gjør at de kan

diagnostiseres i henhold til ICD-10 (WHO's International Statistical Classification of Diseases and Related Health) (29). Eksempler på psykiatriske diagnoser kan være depresjon, angst eller psykotiske tilstander. Historisk sett har tilbudet til personer med psykiske lidelser vært gitt på asylsaker, arbeidsanstalter, fattighus og sinnssykehus (30). Fra 1880-tallet og psykoanalysens inntog ved Sigmund Freud, så har psykoterapi, altså samtalebehandling, utviklet seg til å bli «treatment of choice» for de fleste psykiske lidelser. Psykisk helsevern har i Norge utviklet seg betydelig de siste 70 årene med innføring av psykisk helsevernlov i 1961 og etter dette, spesielt fra 1970, en nedbygging av institusjoner og et fokus på poliklinisk behandling og desentraliserte tilbud (31).

Ved innføring av opptrappingsplanen for psykisk helse 1997-1998 (32) ble det politisk satt fokus på og lagt klare føringer for en helhetlig oppfølging og behandling av psykiske lidelser som krevde store omstillinger. Kravet var at økte økonomiske rammer til psykisk helsevern skulle medføre virkningsfulle tjenester, brukerinvolvering, god ressursutnyttelse og behandling nær pasientens hjemsted (32).

I tidsrommet fra 1880-tallet og frem til i dag har psykoterapeutisk behandling blitt utført i relasjon mellom pasient og terapeut i et lukket rom hvor åpenhet, tillit og hemmelighet/taushetsplikt er viktige elementer. Selv om det er utviklet mange spesifikke psykoterapiretninger med god vitenskapelig evidens, er det fortsatt et grunnleggende fokus på generelle faktorer i behandling slik som relasjon, rammer, mening, tillit og taushetsplikt. Behandling skjer i møtet mellom pasient og terapeut hvor behandling med psykologiske prinsipper utføres med så få innblandinger og forstyrrelser som mulig. Relasjonen/alliansen mellom pasient og terapeut er ansett som den sterkeste prediktoren for vellykket resultat (33,34), men det er en stor faglig debatt rundt dette (35). I psykoterapiforskningen rettes stadig flere studier mot hvordan mellommenneskelige prosesser og behandlerens- og klientens personlige egenskaper har betydning for behandlingsresultatet (34).



Terapeutisk allianse
Illustrasjonsfoto: Adobe Stock

3 Metode

I metodedelen presenteres en begrunnelse for valg av metode og hvordan planlegging og gjennomføring av studien har foregått. Deretter beskrives hvordan jeg har kommet fram til studiens utvalg og hvilke svakheter vi finner ved studiedesignet. Videre beskrives hvordan jeg har vært bevisst min egen rolle i prosessen, kort om arbeidet med intervjuguiden og om prosessen med intervjuene. Til slutt beskrives hvordan transkribering og analyse av dataene har foregått og noen etiske betraktninger rundt studien som helhet.

3.1 Kvalitativ forskningsmetode

Hensikten med denne studien har vært å få kjennskap til ulike ledes erfaringer med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern, ikke minst hvilke utfordringer og suksessfaktorer de har erfart gjennom dette arbeidet. På bakgrunn av forskningsspørsmålene og problemstillingen så ble kvalitativ forskningsmetode valgt. Kvalitativ metode bygger på menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Metoden omfatter et bredt spekter av systematisk innsamling av data, organisering og tolkning av tekstlig materiale. Vi kan altså bruke kvalitative metoder til å få vite mer om erfaringer, opplevelser tanker, forventinger, motiver og holdninger hos informantene og ikke for å få svar på kvantitative spørsmål som «hvor mye», «hvor ofte» osv. (36).

Datamaterialet i kvalitative studier kan f.eks. være hentet fra litteraturen (litteraturstudier), fra fokusgruppeintervjuer eller intervjuer (individuelle deltagere). Som datainnsamlingsmetode valgte jeg å benytte meg av semistrukturerte intervjuer, som i litteraturen også kalles dybdeintervjuer eller ustrukturerte intervjuer (36). Jeg ønsket ikke at informantene gjennom intervjuene kun skulle svare på mine spørsmål, men gjennom dialog få frem både tanker, følelser og opplevelser rundt dette med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer. En av tankene med intervjuene var å få informantene til å dele sine erfaringer i form av konkrete hendelser. Et av spørsmålene i intervjuguiden var: «Kan du fortelle hvordan implementering av og jobbing med ulike kvalitetsindikatorer foregår ved din enhet/avdeling? (lokale og nasjonale indikatorer - kom gjerne med eksempel på hvordan dere jobber)». Dette viste seg å være et nyttig spørsmål som åpnet opp for informantene i intervjusituasjonen.

3.2 Planlegging og gjennomføring

Jeg startet med en veiledningstime med min veileder for å være sikker på at jeg var på «rett spor». Etter denne veiledningstimen sendte jeg en søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) og etter ca. 4 uker forelå en godkjenning av prosjektet med beskjed om en korrigering i informasjonsbrevet. Jeg hadde da allerede klart for meg hvem jeg ønsket å intervju (nøkkelutvalget) og sendte informasjonsbrevet som vedlegg i en mail til disse. Fem av informantene svarte raskt på henvendelsen at de ønsket å være med i studien. De siste to informantene måtte jeg jobbe litt mer med for å få rekruttert. En leder som jeg henvendte meg til, svarte ikke på henvendelsen. Etter nye henvendelser til andre aktuelle informanter fikk jeg til slutt svar fra to ledere som ønsket å være med. Alle de som til slutt svarte på henvendelsen, ble mitt tilgjengelighetsutvalg (36).

Intervjuene ble gjennomført og transkribert i løpet av mai 2016. Da jeg først satte i gang var det så interessant og givende at i løpet av relativt kort tid var alle intervjuene gjennomført og transkribert. Litt over halvveis ut i intervjuene så jeg at datamaterialet ikke korresponderte helt med problemstillingen. Etter å ha drøftet dette med min veileder ble problemstillingen justert noe. Intervjuguiden ble imidlertid ikke endret på, så datainnsamlingen i de siste tre intervjuene foregikk på samme måte som i de fire første intervjuene.

Skrijving av oppgaven har foregått parallelt med intervjuene. Jeg har hatt tett og god dialog med min hovedveileder hele tiden. Det meste av kommunikasjon har foregått via mail og FaceTime. Biveilederen, som er psykologspesialist på arbeidsplassen min, har spesielt veiledet meg i forhold til det psykologfaglige aspektet. Han jobber klinisk og kjenner daglig på viktigheten av god terapeutisk allianse, og hva som kan forstyrre denne alliansen.

En bibliotekar hos bibliotekjeneren ved helseforetaket har vært til god hjelp gjennom søkeprosessen. Jeg innså tidlig at jeg hadde behov for hjelp til systematisk litteratursøk over studiens tema. Det ble fylt ut PICO-skjema med følgende emneord: kvalitetsindikatorer, psykisk helsevern, implementering og ledes erfaring, med søk både på norsk og engelsk. (37). Det manglet etter hvert ikke på mengden med tilgjengelig litteratur om implementering. Det ble med valgt søkestrategi imidlertid utfordrende å finne litteratur som jeg var trygg på at var relevant for problemstillingen, spesielt siden jeg ikke fant forskning eller annen litteratur direkte innenfor samme emneområde (implementering av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern). Sett i ettertid kunne flere søkeord vært valgt for bedre treff i databasene.

3.3 Utvalg

Jeg intervjuet syv ledere i divisjon psykisk i helsevern Sykehuset Innlandet HF. Det var nærmere 50 enheter å velge i blant i de 12 avdelingene. Alder, kjønn og fagbakgrunn hadde ingen betydning for utvalget. Siden jeg hadde mulighet til å benytte videokonferanseutstyr (VK), hadde heller ikke beliggenheten til enhetene noen betydning i forhold til reiseavstand for å få gjennomført intervjuene. Jeg var mest opptatt av variasjonsbredde og valgte avdeling/-enhet ut i fra størrelse, organisering og spesialisitet. Jeg ønsket også å intervju ledere med ulik ansiennitet som leder, fra både nivå 3 og nivå 4. Dette fordi disse antas å ha ulik erfaring med implementering av bruk av kvalitetsindikatorer og jobber forskjellig med disse. Jeg vurderte lenge å inkludere en eller flere kvalitetsrådgivere i utvalget siden disse jobber mye sammen med lederne når det gjelder kvalitetsindikatorer. Jeg valgte imidlertid å kun holde meg til ledere siden det var deres subjektive opplevelse/erfaringer jeg var opptatt av få tak i, og ikke andres observasjoner og tolkninger av ledernes arbeid.

3.4 Studiedesign

Induksjon vil si om funnene forskeren kommer frem til kan generaliseres (38). På grunn av metode, relativt få informanter og fordi utvalget er rekruttert strategisk, vil jeg anta at funnene ikke er representative for erfaringer ledere har i forhold til implementering av bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern generelt sett. I kvalitativ forskning er kvalitet (variasjonsbredde) viktigere enn kvantitet (omfang) når det gjelder utvalget (36). Man utfører heller ikke flere intervjuer når man har nådd metning, dvs. at man vurderer at ytterligere datainnsamling ikke vil gi ny kunnskap (36). Jeg vurderte innenfor omfanget av denne studien at syv intervjuer med et utvalg med god variasjonsbredde ga meg nok informasjon for å få svar på problemstillingen. Jeg opplevde en form for metning etter syv intervjuer da det siste intervjuet ga lite ny kunnskap. Kasuistikker og eksempler har vært nyttige i analysen og var givende å jobbe med.

Det kan være viktig å være klar over at de informantene som raskt svarte ja til å være med i studien, kan ha hatt et annet motiv for å være med enn de som ikke svarte raskt eller måtte pusses på. Det kan være at de som umiddelbart ble med i studien, på en eller annen måte, var mer opptatt av kvalitetsindikatorer i det daglige arbeidet. Dette kan ha resultert i noe likhet i svarene.

3.5 Egen rolle

Den nøytrale forskeren som ikke øver innflytelse på kunnskapsutviklingen, blir avvist av moderne vitenskapsteori (36). Forskerens ståsted, kunnskaper, motiver, personlige erfaringer og interesser vil på et eller annet vis påvirke prosessen. Jeg jobber som kvalitetsrådgiver og har gode kunnskaper om kvalitetsindikatorer og mine holdninger til disse. Det var viktig for studien at jeg var bevisst på egen rolle under hele prosessen, og at rollen ikke skulle påvirke informantene til å svare noe annet enn de egentlig mente. Slik mulig påvirkning kalles refleksivitet (36). Jeg opplevde ikke at rollen som kvalitetsrådgiver var i konflikt med forskerrollen i intervjusituasjonen. Informantene ga heller ikke uttrykk at dette var problematisk for dem. Jeg så fordelen med erfaring og gode bakgrunnskunnskaper om temaet. Slik sett fikk jeg til god dialog med informantene og kunne stille hjelpespørsmål underveis i intervjuene.

Jeg forsøkte å ikke la egen forståelse prege studien på noen måte og var bevisst i forhold til dette. Jeg hadde blant annet denne tanken med meg gjennom hele prosessen, og da spesielt i intervjuene og tekstanalysen. Denne refleksjonen var spesielt viktig under tolkningen av informantenes utsagn. For å være sikker på at jeg ikke ga datamaterialet ny betydning eller utelot noe, gikk jeg gjennom datamaterialet flere ganger. En informant ble kontaktet i etterkant av intervjuet for å oppklare noen uklarheter og supplere data. Jeg har en opplevelse av at jeg har klart å være mest mulig objektiv under hele prosessen.

3.6 Intervju og intervjuguide

Intervjuguiden ble utarbeidet i forbindelse med utfylling av søknaden til NSD. Den ble etter drøfting med min veileder imidlertid modifisert noe etter innsending. Jeg hadde planer om et pilotintervju på egen arbeidsplass, men dette ble aldri gjennomført. Det første intervjuet i studien ble på en måte «piloten», noe som også Malterud beskrives som greit (36). Jeg sendte intervjuguiden til informantene i forkant for at de kunne bli kjent med spørsmålene og sette seg inn i kvalitetsforbedringsprosessen. Jeg fulgte ikke intervjuguiden slavisk, men sørget for å belyse alle temaene i løpet av intervjuet. I noen av intervjuene snakket informantene om temaer som ikke var aktuelle for problemstillingen. Jeg lot de snakke en stund før jeg dreide samtale tilbake til studiens tema.

Intervjuene ble gjennomført på ulike kontorer og på møterom, i hovedsak på egen arbeidsplass. Det ble benyttet VK-utstyr i de fleste intervjuene. Det at vi benyttet VK-utstyr lettet

nok rekrutteringen av informanter. Kvaliteten på VK-utstyret var god, så bruken av VK-utstyret forringet ikke intervju kvaliteten. Flere av informantene ga tilbakemelding om at de syntes det hadde vært interessant å være med i studien, og at de gledet seg til å lese det ferdige resultatet.

3.7 Transkribering og analyse

Alle intervjuene ble tatt som lydfil på iPhone og transkribert samme dag eller dagen etter. Det var en stor fordel å gjøre dette raskt slik at jeg hadde intervjuet friskt i minnet. Transkripsjon vil si å omdanne lydfil til tekst og er en møysommelig prosess. Denne prosessen er ikke helt nøytral og Malterud skriver at når muntlig tale skal omdannes til tekst, så skjer det alltid en fordreining av hendelsen (36). Jeg har imidlertid forsøkt å transkribere så nært opp til faktisk innhold i samtalen som mulig. Nonverbal kommunikasjon kom imidlertid ikke med fra den reelle intervjusituasjonen til teksten. Ved transkribering merket jeg av pauser, latter og sukking etc., og håper slik sett jeg at jeg har fått med noe av den rike kommunikasjonen som faktisk skjedde i intervjusituasjonen. Jeg redigerte teksten noe da jeg transkriberte. Dette er i tråd med som på engelsk heter «slightly modified varbatim mode» (36). Jeg så under transkriberingen at det var en stor fordel at jeg selv sto for denne jobben. For eksempel var det noen steder i lydopptakene vanskelig å høre hva som ble sagt, men jeg husket stort sett momentene fra samtalen og fanget de derfor opp fra lydopptaket. Under transkriberingen så jeg at det var en del momenter som ikke var relevante for forskningsspørsmålene/-problemstillingen. Noen av disse ble derfor ikke transkribert.

Dataene ble i hovedsak analysert i henhold til metoden som Malterud kaller for systematisk tekstkondensering. Metoden er en modifisering av Giorgis fenomenologiske metode (36) og hensikten er å utvikle kunnskaper om informantenes erfaringer og livsverden om et bestemt felt. I denne tekstanalyse er det viktig at forskeren setter sine egne oppfatninger og forståelse til side slik at de ikke forstyrrer prosessen (36). Dette forsøkte jeg så godt som mulig gjennom hele prosessen. Metoden består av fire trinn (36):

1. Bli kjent med materialet og få en oversikt
2. Meningsbærende enhet – fra temaer til koder
3. Kondensering – fra kode til mening
4. Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

Trinn 1: Tidlig i denne fasen leste jeg igjennom alle intervjuene flere ganger for å danne meg en oversikt og bli godt kjent med materialet. Dette arbeidet startet rett etter transkriberingen. Jeg fokuserte ikke på detaljer, men konsentrerte meg om de større linjene i denne fasen. Jeg skrev et resymé fra hvert intervju (transkribert materiale) og delte det opp i foreløpige hovedtemaer.

Trinn 2: I dette trinnet av prosessen organiserte jeg de temaene som jeg ønsket å se nærmere på. Jeg organiserte teksten i ulike grupper med utgangspunkt i de 3 forskningsspørsmålene, For eksempel ble suksessfaktorene en slik gruppe, mens utfordringene ble en annen. For å finne meningsbærende enheter gikk jeg igjennom linje for linje i tekstmaterialet flere ganger og det var en møysommelig prosess. Jeg ga de ulike meningsbærende enheten fargekoder. Suksessfaktorene ble merket grønn, utfordringene blå osv. Jeg organiserte også undergrupper med egne farger. For eksempel ble begrepet «motstand» i forbindelse med implementeringsarbeidet en slik undergruppe.

Trinn 3: I dette trinnet måtte jeg gi de ulike kodene mening. Dette gjorde jeg ved å tolke dem ved hjelp av teori og egne erfaringer. Jeg spurte meg selv hva teksten kunne si meg om problemstillingen. Jeg valgte ut noen gullsiter innenfor hver kodegruppe som skulle illustrere og gi kodene mening i teksten.

Trinn 4: I løpet av dette trinnet organiserte og utarbeidet jeg analytisk tekst til resultatpresentasjonen innenfor hver kodegruppe. Jeg valgte også ut sitater som kunne belyse og underbygge funnene som skulle presenteres. Dette brukte jeg mye tid på, for det var viktig for meg med en mest mulig korrekt og gjennomtenkt gjengivelse av det informantene delte med meg i intervjuene. I resultatkapittelet har jeg valgt å ta med både sitater og analytisk tekst på bakgrunn av informasjonen jeg ble sittende med etter analysen.

Systematisk tekstkondensering er en omfattende, men nyttig metode for å omdanne tekst til relevant informasjon som kan gi svar på forskningsspørsmålene og problemstillingen. Jeg har liten erfaring med å analysere tekst på denne måten, og fulgte metoden ganske så rigid. Jeg har i hele prosessen med tekstkonsenderingen jobbet alene med materialet. For å sikre større grad av objektivitet kunne det ha vært hensiktsmessig å ha jobbet sammen med andre.

3.8 Etiske refleksjoner

Alle informantene fikk et brev tilsendt med informasjon om studiens bakgrunn, formål, og om at det er var sendt søknad for studien til NSD. De fikk også informasjon om at deltagelsen var frivillig, noe som er en grunnforutsetning i kvalitativ forskningsmetode (36). Informantene fikk videre informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra studien, og at hvis de trakk seg, så ville alle data slettes og det ville det ikke få konsekvenser for arbeidsforholdet. Før hvert intervju informerte jeg om at de ikke ville bli gjenkjent i studien. Det er kun den enkelte informant som vil kunne kjenne igjen sine egne sitater eller meningsinnhold. Jeg ser ingen etiske betenkeligheter med dette, når andre lesere ikke kan identifisere informantene. Det kan imidlertid være en etisk utfordring at informantene opplever at sitater eller meningsinnhold er fordreid eller misforstått (36). Det transkriberte materialet er ikke lest gjennom av informantene, men flere av dem har fått muntlig gjengivelse av deler av materialet. Det kan her være viktig å få frem at studien ikke har hatt som hensikt å gjengi informantens utsagn på en objektiv måte. Det er min tolkning og forståelse av disse utsagnene som har vært hensikten å få frem i studien. Jeg informerte videre om at lydbåndopptakene fra intervjuene ville bli slettet rett etter transkribering. Informantene samtykket til deltagelse ved at de stilte frivillig opp til intervjuene etter å ha fått all nødvendig informasjonen om studien.

3.9 Metoderefleksjon

Det er tre begreper som er sentrale når man vurderer metode. Det er *relevans*, *refleksivitet*, og *validitet* (36). Relevans går på om studien har gitt ny kunnskap. Dette er belyst i kapittel 1.2. Refleksivitet vil si den bevisste påvirkning forskeren har hatt i forhold til datamaterialet. Dette er redegjort for i kapittel 3.5. Når det gjelder validitet så kan denne deles inn i *intern* og *ekstern* validitet (36). Med intern validitet menes i denne sammenhengen om intervju har vært riktig datainnsamlingsmetode for å få svar på problemstillingen, og om spørsmålene er riktige. Ekstern validitet sier noe om studien har noen overføringsverdi. Jeg har vurdert at kvalitativ studie er riktig metode og at spørsmålene har vært nyttige for å få svar på problemstillingen. Slik sett er intern validitet i studien god. Når det gjelder ekstern validitet, er det vanskelig å si noe om denne før studien er distribuert og lest. Jeg antar at studien har overføringsverdi og at spesielt ansatte i psykisk helsevern vil ha god nytte av å lese studien. Når det gjelder ansatte i andre deler av spesialisthelsetjenesten, tror jeg imidlertid at det først vil være nyttig å gjøre en sammenligningstudie. Se mer om dette i kapittel 7.

4 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene fra intervjuene. Først vil jeg beskrive hva informantene assosierte med begrepet implementering. Deretter presenteres resultatene etter kartlegging av om lederne kjente til de nasjonale kvalitetsindikatorene og om de opplevde at det var noen forskjell på kvalitetsindikatorer og måltall (lokale kvalitetsindikatorer). Dette var blant annet viktig for meg å få avklart før vi gikk videre i intervjuene for å være sikker på at vi forsto hverandre riktig. Jeg ba også om eksempler på jobbing i enheten/avdelingen med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer. Videre presenteres funn i forhold til utfordringer lederne erfarte ved implementering og bruk. Jeg var i denne forbindelsen opptatt av å avdekke i hvilken fase i kvalitetsforbedringsprosessen de opplevde at det lett kunne stoppe opp, og derfor var viktig med økt fokus for å kunne sette inn tiltak. Til slutt presenteres ulike suksessfaktorer som lederne erfarte for å lykkes med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i egen organisasjon.

Eksterne kvalitetsindikatorer blir benevnt som *nasjonale* kvalitetsindikatorer mens interne kvalitetsindikatorer blir benevnt som *lokale* kvalitetsindikatorer videre i oppgaven. Begrepene informant og leder blir brukt litt om hverandre.

4.1 Hva assosierte informantene med begrepet implementering?

Jeg ønsket i informasjonsinnhenting å få klarhet i hva informantene la i begrepet implementering. Informantene i studien mente at implementering inneholdt flere delaktiviteter over tid. En av informantene beskrev at han/hun assosierte begrepet implementering med aktiviteter som de hadde fått til å bli en rutine i enheten:

«Jeg tenker at det handler om å ta i bruk og lage nye rutiner som gjør at vi på en måte får det inn i det daglige arbeidet vårt. Så må vi sikre at vi følger opp».

En annen informant beskrev begrepet som en aktivitet som en får til å sitte:

Jo, jeg tenker at vi skal ta tak i det som er nytt, så bekjentgjør vi det, prøver å selge det inn og får det til å sitte».

Begge disse informantene assosierte begrepet med noe som inneholdt elementer bestående av flere faser. De la samtidig vekt på at implementering ikke er en engangsforeteelse, men en

aktivitet som krever oppfølging. De ovennevnte sitatene viser at informantene mente det å følge opp og få det til å sitte, var viktig i en implementeringsprosess.

En annen informant assosierte begrepet implementering med endring og brukte følgende metafor for å beskrive dette:

«Endring. Å få til endring...plante noe som skal vokse».

Dette viser også at vedkommende la mer i begrepet enn at det er en aktivitet som er gjort en gang for alle. Skal en plante noe som skal vokse, må det forberedes, plantes, gjødsles, vannes og pleies (følges opp).

Det som også gikk igjen hos noen av informantene var at de assosierte implementering med begreper som: utfordrende, spennende, vanskelig og tidkrevende. Dette viser at implementering oppleves av lederne som til dels krevende og at det ikke er en «Quick fix» å få til en vellykket implementering. En informant beskrev det slik:

«Jeg assosierer implementering med mye jobb...og at det kanskje er den vanskeligste jobben vi som ledere gjør».

Jeg opplevde at vi alle hadde felles forståelse av begrepet under intervjusituasjonen og spesielt dette at implementering er en prosess som består av flere faser som må følges opp kontinuerlig for at det skal feste seg i organisasjonen. Som en informant sa om dette med behov for kontinuerlig oppfølging:

«Skal du lykkes med implementering må du evne og følge opp og holde fokus».

En annen informant brukte en kjent metafor og uttrykte det slik:

«Ja, jeg kaller det masing. Du må mase, mase og mase. Du må tåle å bli sett på som en tante Sofie, for å si det pent».

Metaforen tante Sofie blir gjerne brukt om situasjoner der en må frem med pekefingeren og gi korte, tydelige og litt strenge beskjeder (39). Jeg fikk inntrykk av at lederne i arbeidet med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer opplevde at det av og til var helt nødvendig med denne pekefingeren.

4.2 Kjente lederne til nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor eget fagfelt?

Jeg ønsket tidlig i informasjonsinnhenting å få en forståelse av om lederne hadde kjennskaper til de nasjonale kvalitetsindikatorerne innenfor eget fagfelt (psykisk helse for voksne, barn og TSB). Jeg tenkte at det var viktig å få avklart om de kjente til disse slik at vi snakket om de samme kvalitetsindikatorerne i intervjuet.

Jeg fikk gjennom intervjuene inntrykk av at lederne kjente til flere av de nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor sitt fagfelt. Hvilke de kjente til var litt avhengig av hva slags type enhet de var leder for, og hvor de hadde fokus. For eksempel var de lederne som hadde en rolle i inntaksprosessen av pasienter, opptatt av litt andre kvalitetsindikatorer enn de som ikke hadde noen rolle i dette. De som ikke hadde ventetider for behandling, var ikke opptatt av fristbrudd på samme måten som de som måtte ha fokuset nettopp på dette. Mange av kvalitetsindikatorerne er de samme innenfor de ulike psykiatriske spesialitetene (se kapittel 2.1.4) og dette gjelder blant annet *andel epikriser sendt innen syv dager* (som lederne kalte epikrisetid), *fristbrudd* og *registrering av hoveddiagnose*. Disse kvalitetsindikatorerne var godt kjent for alle lederne uavhengig av spesialitet. En informant sa det slik da jeg spurte om han/hun kjente til noen nasjonale kvalitetsindikatorer innen eget fagfelt:

«Jeg blir litt svett av at du spør, men jeg håper jeg kjenner dem. Det er jo epikrisetid, 10-dagers frist for vurdering og prioriteringsveilederne i forhold til ventetider. Er ikke helt tro mot den, vi prøver å holde oss til to uker før fristen for å slippe fristbrudd og på en måte ha en backup».

En annen informant sa det slik:

«Ja, jeg tenker at de kvalitetsindikatorerne jeg forholder meg til i det daglige mest av alt er epikrisetid, fristbrudd og oppdatering av ventetider. Det er epikrisetid jeg forholder meg mest til».

Informanten her viste seg å ha best kjennskap til de kvalitetsindikatorerne som vedkommende forholdt seg til i det daglige.

Flere av informantene blandet sammen nasjonale kvalitetsindikatorer med andre kvalitetsindikatorer. Indikatoren *antall åpne dokumenter i EPJ* (ikke-godkjente dokumenter) er ingen nasjonal kvalitetsindikator, men et måleparameter som en del av HSØ sin oppfølging av prosjektet Glemte av sykehuset (14). Dette var ikke helt klart for alle informantene. En av

informantene svarte slik da jeg spurte om han/ hun kjente de nasjonale kvalitetsindikatorene innen eget fagfelt:

«Jeg vet ikke om de er spesielt for psykisk helsevern for voksne, men vi har ikke-godkjente dokumenter og epikrisetid».

Flere av informantene ga uttrykk for i intervjuene at det var mange forskjellige kvalitetsindikatorer å forholde seg til i det daglige arbeidet. Enkelte var nasjonale, enkelte var på HSØ-nivå (RHF-nivå), enkelte var på divisjonsnivå og enkelte på avdelingsnivå. Noen av indikatorene måler kvalitet, noen måler økonomi mens noen måler begge deler. Etter å ha analysert dataene opplever jeg at lederne strevde med at det ble for mye å holde fokus på. De hadde imidlertid god støtte av merkantil som forsøkte å holde orden og oversikt sammen med dem.

4.3 Forskjell på kvalitetsindikatorer og måltall?

I arbeidet med problemstillingen var jeg usikker på om jeg kun skulle studere lederes erfaringer med implementering og bruk av kun nasjonale kvalitetsindikatorer eller om jeg også skulle innlemme andre kvalitetsindikatorer på mer lokalt nivå. Disse blir gjerne kalt for *måltall*. I mitt daglige arbeid ser jeg også at alle kvalitetsindikatorene går litt om hverandre. For å være sikker på at vi snakket om de samme kvalitetsindikatorene, spurte jeg lederne om de tenkte at det var noen forskjell på kvalitetsindikatorer (nasjonale kvalitetsindikatorer) og måltall (lokale kvalitetsindikatorer). Måltall oppleves gjerne å ha et mer økonomisk aspekt i seg enn kvalitetsindikatorer, men også kvalitetsaspektet er ofte til stede i disse indikatorene. For å få informantene til å reflektere rundt dette stilte jeg dem følgende spørsmål:

«Tenker du at det er noen forskjell på kvalitetsindikatorer og måltall? Eksempler på måltall er konsultasjonstall per behandler, antall ikke-lukkede dokumenter og antall ikke-innleverte behandlingsskjemaer?»

En informant så ikke den store forskjellen mellom disse indikatorene og beskrev det slik:

«Godt spørsmål...jeg tenker at det egentlig er begge deler. Det handler ikke bare om økonomi, det handler også om fag. Konsultasjonstall per behandler f.eks. gir en pekepinn på hva vi skal gjøre....hva som er vår kjernevirksomhet. Det er forventet at vi skal ha mye pasientkontakt. Det er en kunst da som leder å formidle dette her og implementere det i organisasjonen på en slik måte at det ikke oppfattes som tall-prat».

Kravet i divisjonen er at behandlerne ved poliklinikkene i snitt per dag skal gjennomføre 2-3 refusjonsberettigede pasientkonsultasjoner, litt avhengig av type enhet de jobber ved, og om det f.eks. utføres ambulante tjenester. Å få behandlerne til å se dette som god kvalitet i tjenesten og ikke *kun* som et økonomisk måltall, beskriver lederen som en kunst.

Andre informanter så større forskjell mellom kvalitetsindikatorer og måltall enn den forrige informanten. En av dem sa det slik:

«Jeg tenker at kvalitetsindikatorer går på det som har med å oppnå god kvalitet i pasientbehandlingen å gjøre, mens måltall går rett på økonomi».

Etter å ha analysert de innsamlede dataene, sitter jeg med et inntrykk av at informantene hadde ulike syn på om det var forskjell på kvalitetsindikatorer og måltall (lokale kvalitetsindikatorer).

4.4 Hvordan jobbes det med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer?

For å få et innblikk i hvordan lederne skaffet seg erfaringer med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer spurte jeg om de kunne fortelle meg hvordan implementering av og jobbing med kvalitetsindikatorer foregikk ved deres enhet/avdeling. Jeg ba dem komme med eksempler. Resultatene viser at nivå 3 ledere og nivå 4 ledere hadde ulik tilnærming til implementering og bruk. Nivå 4 lederne hadde behandlerne som sin målgruppe, mens nivå 3 lederne i hovedsak hadde ledergruppen bestående av nivå 4 ledere som sin målgruppe.

Analysen av resultatene fra intervjuene viser at implementering og bruk av kvalitetsindikatorer favner aktiviteter langs en lang skala. En leder startet for eksempel arbeidet med implementering av kvalitetsindikatorer allerede *før* personen var tilsatt i stillingen. Lederen tenkte implementering allerede i intervjusituasjonen før ansettelse. Informanten sa det slik:

«Kort fortalt går vi igjennom kvalitetsindikatorene allerede på jobbintervjuet. Et jobbintervju tenker jeg skal være et informert samtykke begge veier. Jeg vil vite hva slags medarbeider jeg får, og medarbeideren skal vite hva han går til. Allerede da så informerer jeg om kvalitetsindikatorene og hva som kreves. Dette er jo resultater som de blir målt på. Dem vet om kravene før de evt. takker ja til jobben».

Mange av informantene så på den daglige jobbingen med resultatforbedring som en viktig del av implementeringen. Påminnelser, og det som mange informanter kalte for masing, var en

stor del av denne jobben. Å mase har ifølge Bokmålordboka (40) mange synonymer, men gnåle, streve og kave er tre synonymer av litt negativ karakter. Dette er alle begreper som beskriver aktiviteten som utmattende, noe flere informanter også bekreftet at det var.

Oppfølging i form av tilbakemelding til behandlere om hvordan de, teamet eller enheten lå an inneværende måned eller kvartal, så ut til å ta mye oppmerksomhet, spesielt av nivå 4 lederne. Det var tydelig at dette var et gjentakende tema hos mange av informantene for eksempel hvor mye og hvordan gi tilbakemeldingen til ansatte? I hvilke fora skal vi gjøre det? Noen ledere la vekt på å gi tilbakemeldinger om resultater til ansatte i plenum, mens andre la mer vekt på «en-til-en» tilbakemelding. Noen valgte også en kombinasjonsløsning. En leder som valgte en kombinasjon av felles tilbakemelding og direkte tilbakemelding, sa det slik:

«Kvalitetsindikatorer blir jevnlig tatt opp i personalmøter, i ukeseinformasjon og noen ganger blir tallene hengt opp på veggen. Tallene blir gjort kjent til ansatte både når de er gode og dårlige. Det blir også tatt direkte med behandlerne».

Flere ledere hadde gått bort fra felles tilbakemelding om resultater til ansatte og satset mer på en-til-en tilbakemelding i form av samtale med de ansatte. En informant uttalte det slik:

«Vi får rapporter hver måned, og da dette var forholdvis nytt var det mer felles-orientering på teammøter og personalmøter. Det ble informert om at nå ligger vi slik an og nå må vi skjerpe oss eller dette var bra. Jeg så etter hvert trøtthet i personal-gruppa. I møtet sitter kanskje halvparten og gjør det de skal og ikke har noe forhold til at andre ikke gjør det. De skjønner ikke hvorfor og blir bare irriterte. Jeg har derfor gått bort i fra det og har begynt med individuelle tilbakemeldinger. Det er det folk vil ha – de vil ha en prat».

Vedkommende hadde altså gjennom å ha jobbet med kvalitetsindikatorer en god stund gjort seg noen nyttige erfaringer og «justert kursen». Vedkommende hadde evaluert tiltakene som er i tråd med fase 4 i kvalitetsforbedringsprosessen (4). Vedkommende hadde erfart at «gule lapper» i det elektroniske journalsystemet DIPS (41) var en fin mulighet for direkte kommunikasjon med behandlerne om aktuelle pasienter. Vedkommende sa at i forbindelse med den månedlige rapporteringsrunden ble det gjort slik, for at det blant annet skulle bli læring ut av det:

«Den rapporteringen som skjer i begynnelsen av hver måned er viktig. Den første uka i måneden må du ta runden med de ansatte og kan for eksempel bruke DIPS som verktøy i individuelle tilbakemeldinger. For eksempel hvis en ansatt ikke har klart epikrisetiden så går det an å sende en «gul lapp» på pasienten og spørre den ansatte

hva som har skjedd. Vedkommende kan ikke få gjort noe med denne epikrisen, men lærer kanskje til neste gang».

Nivå 3 lederne brukte tid og energi på å få nivå 4 lederne i sin ledergruppe til å akseptere og anerkjenne kvalitetsindikatorene. Dette ble sett på som en viktig oppgave for dem. Jeg opplevde at nivå 3 lederne var helt avhengige av å ha nivå 4 lederne i sin avdeling med som alliansepartnere hvis de skulle klare å få implementert og bruke de ulike kvalitetsindikatorene enhetene. En av nivå 3 lederne brukte en metafor sa det kort og enkelt på denne måten:

«Du må få lederne til å «fyre på det».

Etter å ha analysert datamaterialet sitter jeg med et inntrykk av at de fleste informantene, spesielt på nivå 4 nivå, forbandt implementering av og bruk av kvalitetsindikatorer i hovedsak med rapporteringen av resultater til de ansatte og til overordnet leder. De forbandt det mindre med strategisk holdningsskapende arbeid og kulturbygging, som for eksempel jobbing med å få de ansatte til å anerkjenne og se nytteverdien av målingene og ulike tiltak. Dette for at jobbing med kvalitetsindikatorene skulle bli en del av den daglige driften. En nivå 4 leder beskrev hvordan jobbing med nasjonale kvalitetsindikator hadde blitt en integrert del av det daglige arbeidet ut over dette med rapporteringen av resultater. Det hadde blitt en fast rutine i forbindelse med å vurdere henvisninger og ta inn nye pasienter til poliklinikken:

«I forhold til inntak av pasienter og 10-dagersfristen så har vi en mappe i DIPS hvor alle henvisninger går. Både vi og kontorenheten vet det. Vi har rutiner på det her og vi går inn i mappen flere ganger i uka. Så har vi et fellesmøte en gang i uken og tømmer mappen. Slik har vi hver sjuende dag en garanti for at ingen pasienter blir liggende over. Slik holder vi oss innenfor 10-dagersfristen i forhold til vurdering».

Informanten ga også et eksempel på hvordan de konkret jobbet med kvalitetsindikatoren andelen epikriser sendt innen syv dager i enheten:

«Når det gjelder epikrisetid har vi ikke på samme måten det samme sikkerhetsnettet. Det er på en måte litt mer opp til hver behandler å passe på det. Men vi har en praksis om at vi ikke skal varsle om avslutning av behandling før vi er godt i gang med planlegging av epikrisen. I hvert fall tanker om hva som skal stå i epikrisen».

Ovennevnte to sitater viser at lederen hadde et bevisst forhold til kvalitetsindikatorene og hadde klart å få dem til å bli et nyttig og naturlig arbeidsverktøy i det daglige arbeidet ved enheten. De ansatte i enheten så også ut til å ha forstått nytteverdien av disse kvalitetsindikatorene, og de kan sies å være implementert og tatt i bruk hos både lederen og de ansatte.

Analyseresultatene ga også en opplevelse av at flere ledere på både nivå 3 og 4 var lei av masing og rapportering av resultater i forbindelse med kvalitetsindikatorene. Spesielt hvis det ikke var noen klar løsning på problemet som f.eks. lave konsultasjonstall på en poliklinikk uten pasienter som venter på behandling, som en av nivå 4 lederne opplevde:

«Som jeg sier til min leder: Hva hjelper det at du hver uke forteller om dårlige tall når jeg ikke har flere pasienter på venteliste som jeg kan gi til behandlerne? Vi kan ikke ta en dugnad for å få opp konsultasjonstallet og vi blir ikke motiverte av dette. Vi må tenke litt på hva som skal bremses i ledergruppa».

En annen informant ga også inntrykk av litt oppgitthet selv om resultatene i enheten var i bedring. Informanten opplevde nemlig at oppfølging hadde gitt resultater i forhold til å få behandlerne til å sette hoveddiagnose, men også at oppfølging, samt det vedkommende kalte for masing, ikke hjalp på andre områder:

«Jeg legger lister i hyllene til behandlere hver måned. Den 2. dagen i måneden er ikke en gledens dag, for å si det slik. Jeg må holde fokus på dette hele tiden....kontinuerlig masing. En litt spesiell rolle».

Informanten sa videre i forhold til at journaldokumenter i DIPS som ikke ble godkjente av behandlerne innen fristen på 14 dager:

«Lukking av dokumenter er en uløselig greie, på en måte. Eneste løsningen er nok et opplegg at det låser seg i DIPS av seg selv etter 24 timer»

Her opplevde lederen at rapportering og masing ikke ga ønskede resultater og at en data-teknisk løsning så ut til å være eneste muligheten for å få til en bedring. Dette kan tolkes som at denne lederen nærmest har gitt opp det å få behandlerne til å endre praksis.

Flere av informantene opplevde at det var mye som skulle følges opp og at det de hadde stort fokus på gjerne ble bedre. Dette ble beskrevet slik:

«Det du gir oppmerksomhet på kan du lykkes med. Jeg tenker spesielt på epikriseprosjektet for noen år tilbake. Det var divisjonsvise samlinger, egen oppfølging, epikrisegruppe på hvert sted. Det du gir stor oppmerksomhet kan bli bra. Men, hvis alt blir like gyldig, kan folk bli likegyldige!»

Flere av informantene opplevde også at hvis de hadde mye fokus på et område, så mistet de gjerne fokus på et annet. Lederne opplevde at det ble for mye å holde oversikt over og at det stadig var nye «prosjekter» på gang fra bl.a. divisjonsledelsen. Mangel på tid så ut til å være en utfordring for flere av informantene når det gjaldt kontinuerlig jobbing med

implementering og bruk av kvalitetsindikatorer. Det ble en stadig konkurranse blant ulike prosjekter og andre lederoppgaver. Flere ledere så hvordan oppfølging kunne sett ut i en ideell verden med nok tid. Andre ledere nevnte ikke mangel på tid som noe stort problem. En leder sa dette med mangel på tid slik:

«Jeg tror det ligger god ledelse i en-til-en samtaler med de ansatte. Men det er tidkrevende og det er ikke alltid jeg får det til. Men det er et mål å få til denne en-til-en samtale for å skape denne implementeringsforståelsen».

4.5 utfordringer knyttet til implementering og bruk

I dette kapitlet skal jeg belyse de utfordringene som lederne opplevde i forbindelse med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer. Jeg vil også belyse hvilke faser i kvalitetsforbedringsprosessen lederne opplevde at hadde behov for størst fokus for at dette arbeidet ikke skulle stoppe opp.

4.5.1 Å holde fokus og følge opp over tid

Det å klare å holde fokus og følge opp over tid beskrev flere ledere som utfordrende. Litt avhengig av hva som skal implementeres, er dette en prosess som tar tid. Når det er mange saker å holde fokus på, kan det bli vanskelig. Å jobbe med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer var en konkurrerende oppgave med alle de andre oppgavene som lederne skulle forholde seg til i det daglige. En leder sa:

«Det er en utfordring å følge opp. Det kommer stadig noe nytt og som jeg sa i sted, det du har fokus på klarer du å løfte, men det glipper så fort at...».

Flere ledere opplevde at også behandlerne hadde mange konkurrerende oppgaver, og at all den pålagte registreringen tok mye tid. Dette gjorde at de som ledere også måtte holde ekstra fokus på grunn av dette. En informant uttrykte både litt oppgitthet og litt forståelse for dette:

«Jeg ser at det er veldig mye som behandlerne skal huske på. Det er slik med dette her at du har ikke gjort det en gang for alle. Du må jaggu meg være på hver måned, minne om og minne om. Det er nok ikke vond vilje, men det er så mye som skal inn i denne DIPS, en. Mange skjemaer som skal huskes. Det er mye som skal passes på. Skal produsere mye og passe på alt, og kvalitet i alt dem gjør».

Det at det stadig kom nye prosjekter og kvalitetsindikatorer som divisjonsledelsen la vekt på, gjorde at det ble vanskelig for lederne å følge opp alt sammen godt nok. De opplevde det

svært utfordrende å klare å holde fokus på alle sammen over tid. Slapp de fokus på et område, så opplevde de ofte at resultatene innenfor dette området sank. Ved å holde mye fokus på et område over tid, mistet de lett fokus innenfor andre områder. En leder var opptatt av å sette ting i system for å klare å holde oversikt over alle oppgavene:

«I tillegg til mange andre personellmessige utfordringer så må man bare sette det i system. Den rapporteringen som skjer i begynnelsen av hver måned, den er viktig. Da har du på en måte en fast rutine. Den første uka i måneden må du ta den runden».

Det er uheldig hvis oppfølging av en kvalitetsindikator medfører at kvaliteten synker på andre områder. Nettopp å forhindre at fokus på en kvalitetsindikator gjør at kvaliteten synker på andre felt, er en forutsetning for gode kvalitetsindikatorer (11). Som lederen over uttrykte det, er det viktig å sette de ulike arbeidsoppgavene i system og prioritere det viktigste.

4.5.2 Motstand mot målinger

Lederne opplevde at flere behandlere vegret seg og motsatte seg målinger og jobbing med kvalitetsindikatorer, både nasjonale og lokale. Motstanden kunne komme av manglende forståelse for hensikten med målingene dvs. manglende evne til å se sammenhengen mellom indikatorene og effekten for pasientene. En av informantene uttalte det slik:

«Det er en utfordring at de som er klinikknære leter etter om det vi innfører gir mening i det daglige arbeidet».

Motstand hos andre kunne komme av at de opplevde at implementeringen ble tredd nedover hodene på dem. Såkalt «top-down» implementering som er beskrevet i kapittel 2.3.4.

Da vi i intervjusituasjonen snakket om den nasjonale kvalitetsindikatoren andelen utsendte epikriser innen syv dager, så beskrev en informant mange behandlere sin generelle holdning om denne kvalitetsindikatoren ved å komme med dette utsagnet:

«Hva er vitsen med syv dagers epikrisetid...vi har kontakt med fastlegene allikevel. Hvorfor skal vi mase om denne epikrisetiden? Det spiller vel ingen rolle om det går åtte dager...»

Flere ledere opplevde spesielt at ansatte som hadde jobbet en stund, hadde mer motstand til implementering og bruk av kvalitetsindikatorer enn de forholdsvis unge og nyutdannede behandlerne. En leder uttrykte det slik:

«Motstanden er størst hos de som har jobbet lenge her, tror jeg. De som er vant til sine rutiner og ikke bli «sett i korta». De er vant til å drive sin egen lille klinikk i klinikken. De vil styre for seg selv og ikke bli kontrollert».

Informanten som uttrykte dette, er den samme lederen som tidligere i studien er sitert på å ha valgt å legge innsats i intervjusituasjonen ved nyansettelse ved å snakke om kvalitetsindikatorer og sjekke ut jobbsøkerens holdninger til disse.

En av lederne opplevde at det var verdt innsatsen å satse på de som hadde jobbet en stund:

«Det er liksom [...] på godt og vondt. Vi har en litt delt personalgruppe. De som ikke bor lokalt har en hyppigere turnover enn de som bor lokalt, og har jobbet her siden midten av nitti-tallet. Det er folk som har et sterkt eierforhold til jobben sin. Og jeg tenker at det er veldig mange fordeler med det, samtidig ser vi også at mange av dem er skeptiske til endringer. Min erfaring er at hvis man som leder legger litt ekstra inn i forberedelsesfasen og hjelper de ansatte til å forstå, og få en motivasjon til å endre seg, så er de ansatte med lang erfaring «gull verdt»».

Flere av lederne opplevde det utfordrende å stadig måtte argumentere og få behandlerne til å se nytteverdien av både de nasjonale og lokale kvalitetsindikatorene. En leder skulle derfor ønsket seg en ferdig oppskrift som kunne benyttes i argumentasjonen med de ansatte.

Informanten sa det slik om de nasjonale kvalitetsindikatorene:

«De som kommer med kvalitetsindikatorene, bør ha med et rasjonale bak. En kort beskrivelse slik at jobben er litt gjort på forhånd [...] knyttet det opp mot kvalitet slik direkte. Litt pedagogisk på et ark som kunne blitt levert ut til de ansatte. Dette hadde hjulpet til med implementeringen».

Det å stadig måtte argumentere for nytteverdien av målingene og få de ansatte til å se mening bak tallene opplevde altså lederne som spesielt utfordrende. Etter å ha analysert dataene, så dette ut til å være en gjentakende og noe lite strategisk aktivitet fra ledernes side. Det å skulle måles er noe relativt nytt i helsevesenet. En av lederne hadde gjort seg noen viktige refleksjoner rundt dette, og mente at det handlet om tradisjoner i psykisk helsevern:

«De vil ikke måles. Det viktige skjer i møte mellom pasient og behandler... og ikke noe tall. Det er to tradisjoner som, krasjer på en måte».

Den terapeutiske alliansen ser ut til å ha stor betydning for de som jobber som behandlere i psykisk helsevern. En krasj mellom tradisjoner kan føre til motstand mot målinger. Også mangel på tid kan være en av årsakene til motstand mot å forholde seg til tall og målinger. Dette belyses nærmere i neste kapittel.

4.5.3 Mangel på tid

Lederne opplevde at det å jobbe med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer var en tidkrevende oppgave. Dette er også belyst i kapittel 4.4. Ledere på både nivå 3 og 4 har som tidligere nevnt mange oppgaver å forholde seg til og å jobbe med implementering og å bruke av ulike målinger er kun en av flere konkurrerende oppgaver. Litt oppgitt sa en leder det slik:

«Vi får mange nye føringer, vi får mye informasjon og prosjekter som skal gjennomføres i tillegg til alt annet. Det meste handler om å øke kvaliteten. I første øyesyn tenker også vi ledere at «har dem ikke annet å gjøre, eller annet fokus. Dette skal vi gjøre i tillegg til alt annet....».

En leder fortalte også at ikke bare han/hun, men også behandlerne, hadde utfordringer med å jobbe med kvalitetsindikatorer fordi også de opplevde at de hadde for liten tid til dette arbeidet. En informant var ikke helt enig i at alle tiltak for å forbedre resultatene for ulike indikatorer nødvendigvis tar mye tid, og uttalte det slik:

«Det er kjempevanskelig å implementere dette med lukking av journaldokumenter nedover i systemet. Dette fordi de mener at de ikke har tid... men det tar ikke lang tid».

Det var i denne sammenhengen informanten tidligere i studien er sitert med et forslag om automatisk lukking av disse dokumentene i DIPS. Vedkommende så på dette som en uløselig oppgave og hadde nærmest gitt opp å få tiltaket godt implementert hos behandlerne i enheten.

4.5.4 Faser i kvalitetsforbedringsprosessen med behov for økt fokus

Informantene fikk Kunnskapssenterets kvalitetssirkel tilsendt på forhånd slik at de kunne bli kjent med de ulike fasene før intervjuet (se figur 1, side 12). På spørsmål svarte de fleste lederne at de kjente kvalitetssirkelen fra tidligere. En av informantene hadde ikke fått mulighet til å se på den i forkant av intervjuet. Jeg spurte informantene hvilken fase eller hvor i kvalitetsforbedringsprosessen de hadde erfaringer med at implementeringsarbeidet i forhold til kvalitetsindikatorer kunne stoppe opp, og at det derfor hadde vært behov for økt fokus. De fleste informantene tok seg god tid på å svare på dette spørsmålet. Flere av dem syntes det var utfordrende å bare si en fase med behov for økt fokus. To ledere kom derfor med to faser, en i oppstarten og en i slutten av prosessen. Dette kan tolkes dit hen at informantene opplevde utfordringer over et bredt spekter.

Forberede og planlegge

Flere informanter var opptatt av at når det kom nye kvalitetsindikatorer som skulle introduseres for behandlerne, måtte de drøftes og gjennomtenkes i ledergruppa først. Slik ble lederne mer tryggere på at de ga mening for behandlerne. En informant uttalte det slik:

«Jeg tenker at det er viktig at vi tenker nøye gjennom hvordan vi presenterer det til behandlerne. Vi må bremse opp såpass mye i ledergruppa og fagråd at vi tør å tenke over om dette høres matnyttig ut eller om det bare er tull. Jeg mener ikke at det kommer så mye tull, men vi ledere må ikke svelge alt rått. Hvordan kan jeg presentere dette for behandlerne slik at det gir mening?».

En annen informant var opptatt av alle oppgavene som måtte prioriteres, og at det ikke alltid var tid til å tenke godt igjennom hva en skulle oppnå med det nye som skulle innføres:

«Det viktigste er å ha god tid til å forberede og det har vi ikke bestandig. Det kommer nye ting som skal innføres NÅ. Og det å forberede, og rekke å tenke igjennom hva er det vi skal oppnå med det her, det tenker jeg er en utfordring».

En tredje informant var spesielt opptatt av det var viktig å planlegge og gi behandlerne nok informasjon om endringer og forklaringer på det som skulle skje:

«Jeg har sett på kvalitetsforbedrings sirkelen og impulsivt så tenker jeg at forberedelsen er det viktigste. Men det er klart den går litt inn i planleggingsfasen. Litt sånn i Sykehuset Innlandet nå hvor det er så mye nedskjæring, og på en måte litt sorgarbeid, så tenker jeg at noe av det som det svikter på er planlegging. Forberede og gi nok informasjon til de ansatte om endringer. De skjønner det ikke».

En fjerde informant mente at både å planlegge og å følge opp var to viktige faser. Å selge inn var en viktig oppgave i planleggingsfasen. Vedkommende sa:

«Det å planlegge og det å følge opp. Selv om en leder sier hva det dreier seg om og hvorfor vi skal gjøre det og hvorfor det er viktig... er det viktig å selge det inn».

Det at lederne opplevde at fasene gikk i hverandre er helt forståelig og i tråd med modellen. Figur 1 på side 12 viser at fasene går i hverandre og kan gå begge veier. At en må gå tilbake og evaluere tiltak for å justere/prøve ut nye løsninger, er en del av forbedringsarbeidet.

Evaluere og følge opp

En oppfølging underveis slik at en kan gjøre endringer hvis tiltak ikke virket optimalt, var viktig for flere av informantene. En informant sa:

«En må også sette mål. Mange av indikatorene er lovkrav og en kan ikke si seg fornøyd med en andel på 60 % utsendte epikriser. Oppfølging blir veldig viktig for da kan du justere kursen».

En annen informant sa det slik om viktigheten av evaluering:

«Jeg tenker at hvis det stopper opp i en av fasene, da må en kanskje ta seg tid og få tilbakemeldinger på og forstå hvorfor det stopper opp. Noen ganger må en kanskje evaluere og revurdere fremgangsmåten. En må kanskje supplere de tiltakene man har valgt. Eller at man må rett og slett tenke helt nytt. At man tar seg tid til å stoppe opp. Det er viktig å evaluere progresjonen underveis».

En av informantene mente at den store utfordringen var å få til kontinuerlig forbedring, og beskrev det slik:

«Jeg vil si trinn fem. Det å følge opp. Altså det å få trinn fem til å gå inn i trinn en igjen, skjønner du? Å få til loopen slik at det ikke stopper opp».

Oppsummert ble det gjort ni valg av de syv informantene og svarene ble tilnærmet delt på midten. Fem informanter la vekt på starten av prosessen, mens fire la vekt på slutten av prosessen. Imidlertid valgte ingen av informantene den midterste fasen med størst behov for økt fokus, som var fase 3: utføre.

4.6 Suksessfaktorer knyttet til implementering og bruk

Jeg ønsket i denne delen av studien å få høre om ledernes erfaringer med hvilke suksessfaktorer som var viktige for å få til en vellykket implementering og bruk av kvalitetsindikatorer. Jeg spurte informantene om en topp tre liste og flere av faktorene de nevnte gjengis i dette kapitlet. Noen suksessfaktorer er også analysert ut av datamaterialet uten at de er nevnt spesielt som en topp tre faktorer.

4.6.1 Å holde fokus og følge opp over tid

En faktor som flere ledere nevnte blant topp tre var evne til å følge opp. For å lykkes måtte lederne gi arbeidet med målinger nok oppmerksomhet og fokus over tid. Dette er også beskrevet i kapittel 4.5.1. og 4.5.2., men da som en utfordring ved fravær av denne faktoren. Kapitlene 4.5.1, 4.5.2 og 4.6.1 handler om mange av de samme faktorene, men med ulike

fortegn (utfordring kontra suksessfaktor). Et sitat som beskriver det med å gi prosessen nok tid og fokus for å løfte implementeringen er:

«Det er selvfølgelig en tidkrevende prosess og jeg har erfaring med at det du fokuserer på, det løftes. Men så er det så mange andre ting samtidig. Jeg har merket mange ganger at hvis du fokuserer på en ting, så glipper du på noe annet».

Det kan være en god implementering og bruk av kvalitetsindikatorer hvis du prioriterer riktig og fokuserer nok på en oppgave, uten at det glipper på noe annet. En informant sa dette med viktigheten av å holde fokuset i oppfølgingsfasen i forbindelse med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer slik:

«Slipper du opp på oppfølgingen, så glipper det, og da spør det hvor implementert kvalitetsindikatorer er».

Dette siste sitatet viser at implementering og bruk av ulike indikatorer krever oppfølging og fokus over tid, helt til det har fått festet seg godt i organisasjonen. Da kan implementeringen ha blitt en suksess. En leder sa at hvor vellykket en implementering var, var mer avhengig av antallet ansatte som han/hun hadde ansvaret for, enn avstanden i mil til lokalisasjonen der de ansatte befant seg i det daglige. Oppfølging av mange ansatte opplevdes som tidkrevende.

4.6.2 Mening i og forståelse for det som skal implementeres

En suksessfaktor som flere ledere nevnte blant topp tre, var dette med å gjøre det som skulle implementeres meningsfylt og forståelig for behandlerne. En leder sa det slik i forhold til å gjøre det forståelig for behandlerne som vil gjøre ting på sin egen måte:

«En del av implementeringen er dette med informasjon. God informasjon og gode begrunnelser og få en forståelse hos ansatte hvorfor det skal gjøres som det gjøres. Det må ligge til grunn hvis en skal få implementert ting hos smarte fagfolk, sant. De vil egentlig gjøre ting på sin måte. For å kunne implementere nye ting, så må du «pakke det inn» og gi dem en pakke som er forståelig og dem skjønner hvorfor».

Skal lederen klare å «pakke det inn» og gjøre det forståelig for de ansatte må lederne også se mening med det selv. En annen leder beskrev dette slik:

«Det er viktig at jeg som leder klarer å tenke at dette er det mening i, slik at jeg kan presentere det på en vettug måte».

Lederne ga uttrykk for at det var viktig å knytte de ulike kvalitetsindikatorerne tydelig opp mot kvalitet og ikke la det bli en tallgreie som er bestemt «ovenfra» (divisjonsledelsen) som vi bare må gjennomføre. Ifølge flere av informantene kan det da bli motstand hos de ansatte.

Nivå 3 lederne var opptatt av at ledergruppa aksepterte og anerkjente de ulike kvalitetsindikatorerne hvis avdelingen skulle lykkes med implementeringen. De var avhengige av at nivå 4 lederne videreførte tiltak og fulgte opp i enhetene. En av informantene sa det slik:

«Jeg må sørge for at enhetslederne anerkjenner det som jeg legger frem i ledergruppa. Du må forvente litt motstand. Det kan det være hos meg også, men jeg må» svitsje» for å se hva jeg kan gjøre for å få det til. Det er enhetsledernes oppgave å få det ut og følge opp. De må få lov til å finne sin måte å gjøre det på. Det skal ikke være for mange ganger med forklaringer på at det ikke går, før de må finne på noe annet».

4.6.3 God tid til planlegging

En suksessfaktor flere ledere nevnte som en topp tre faktorer var det med å ta seg god tid i planleggingsfasen. Her var et tips fra en leder å engasjere bredt i organisasjonen, dvs. i flere fora, og få tak i de ansatte sine tanker og meninger om det som skulle implementeres. Videre mente lederne det var viktig å ha en gjennomtenkt plan før en starter. En informant sa det slik om å diskutere og planlegge i ledergruppa for å oppnå konsensus:

«At man i ledergruppa har drøftet seg gjennom hvordan man skal legge fram ting for de ansatte. At man har en helhetlig plan på dette».

En annen informant sa dette med planlegging slik:

«Det må føles nyttig for behandlere og merkantil. Jeg må stoppe opp, og fordøye, og ha nok faglige refleksjoner i ledelse til på en ordentlig måte tenke hvilken nytteverdi dette har for pasientbehandlingen og vårt arbeid. På hvilket nivå i behandlingen er dette viktig for at det skal bli bedre kvalitet.? Også at behandlere og de som skal gjennomføre det i praksis opplever det som nyttig».

Denne siste informanten la spesielt vekt på det å ha evne til å stoppe opp, reflektere og tenke grundig igjennom ting før man setter i gang. En tredje informant mente at det å ta seg god tid og snakke med de ansatte om det som skal innføres i enheten var viktig. De ansatte ville slik få tid til å bearbeide det som skulle komme. Vedkommende hadde god erfaring med dette og hadde opplevd suksess i etterkant:

«Bruke tid på å snakke om det som skal innføres er viktig. Når jeg så dette med time i første brev komme (indikator), var det langt fram i tid. Så tenkte jeg, hvordan skal jeg få til dette. Jeg begynte å jobbe med det forsiktig på fellesmøter. Jeg sa at det hadde vært fint om noen ville prøve det ut. Jeg måtte lirke det litt inn. Jeg fridde til gjengen og spurte om de ville være med å være de første som fikk det til. Det handlet om å ha god tid i forkant, jeg måtte bearbeide en del. Vi hadde ikke noe valg, vi skulle gjennomføre det og kunne like godt hoppe i det. Da vi hadde internrevisjon på dette etterpå så hadde vi full skår, og det var motiverende».

At lederne mente at det å ta seg god tid i planleggingsfasen var en suksessfaktor samsvarer med resultatene i kapittel 4.5.4. Flere informanter mente at i fase 1: forberede i kvalitetsforbedringsprosessen (4) hadde behov for økt fokus, ellers kunne det lett kunne stoppe opp der. Dette ser ut til å være en viktig fase å komme gjennom på en god måte for å lykkes med implementeringsprosesser.

4.6.4 «Den gode samtalen»

En faktor som en av lederne mente var den viktigste suksessfaktor var «den gode samtalen» mellom leder og behandler i oppfølgingsarbeidet. Samtalen beskrives slik:

«Altså, dette med den «gode samtalen», det å kunne få til det. Å undre seg, ikke anklage. Å gå inn til den ansatte og si at du har fire epikriser som ikke opprettholder epikrisetiden. Kan vi se på dem sammen? Hva er det som har skjedd her? Og da kan det komme mye informasjon. Det kan komme unnskyldninger, det kan komme forklaringer, oppklaringer, misforståelser. Ikke minst viser jeg at jeg som leder vil at dette skal være i orden og at dette er viktig for oss. Men jeg klarer også å flette inn hvorfor det er så viktig. Dette er det ideelle, da. Men det er tidkrevende å få det til».

Samtalen beskrives av informantene som tidkrevende. Samtalen som er beskrevet i ovennevnte sitat, beskrives som den ideelle. Jeg fikk forståelsen av at vedkommende var fornøyd med samtalen selv om ikke alt ble helt ideelt hver gang. Vedkommende ønsket å formidle nytteverdien og viktigheten av de ulike kvalitetsindikatorerne i håp om at de skulle gi mening og økt forståelse hos behandlerne.

4.6.5 Merkantil støtte

For å lykkes med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer nevnte alle informantene merkantil støtte som en viktig faktor. Dette ble nevnt i intervjuene, men ikke som en av topp tre faktorene. Jeg velger imidlertid å ta den med som en suksessfaktor, for mitt inntrykk etter

å ha analysert dataene, er at lederne opplevde at arbeidet med implementeringen og bruken av indikatorene hadde vært enda mer utfordrende, om ikke umulig å få til, uten merkantil støtte:

«Kontorenheten gjør en kjempejobb med å passe på slik som fristbrudd. I tillegg til at vi har rutiner på det her, så er de påpasselige og følger med. De gir oss beskjed om det er noe vi har glemt. Dette er vi egentlig avhengig av».

Merkantilt personale ble ikke bare nevnt som viktige i det praktiske arbeidet med rapporter etc., men også som en viktig støtte for lederne. En leder opplevde merkantil støtte så viktig at han/hun hadde fått konvertert en behandlerstilling til en merkantil stilling:

«Vi har tatt en behandlerstilling og gjort om til en merkantil stilling for å få mer støtte. Det er ikke bare-bare å gjøre det. Jeg kan ikke se hvordan vi skal få driften til å gå rundt hvis vi ikke har noen som passer på og følger opp. De følger med på epikrisetid, at ansatte lukker dokumenter osv.».

Kapitlet avsluttes med et sitat fra en nivå 4 leder om dette med på-passerrollen og masing i forbindelse med oppfølgingsarbeidet, muligens utført av lederen selv eller av merkantil, Sitatet under viser fokus på mangler og ikke-utførte oppgaver:

«Alle i enheten ønsket seg en tante Sofie (39)og så fikk vi en tante Sofie. Og nå syns alle det er litt mye tante Sofie! Og det har med å gjøre at det er faste lister i begynnelsen av måneden med «ikke-godkjente dokumenter», «ikke-innleverte behandlings-skjemaer», «manglende hoveddiagnose» etc. Skjemaene blir lagt i hyllene til den enkelte behandler. På en måte ingen gledens dag».



Tegningen av tante Sofie er hentet fra den nyillustrerte utgaven av boka «Folk og Røvere i Kardemomme by» av Thorbjørn Egner side 70, og er gjengitt med tillatelse av Bjørn Egner 12.10.16.

5 Diskusjon

Studiens hensikt var å finne ut hvilke erfaringer ledere hadde med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern. Jeg har ikke funnet tilsvarende studier om dette temaet som jeg kunne drøfte funnene opp imot. De er derfor drøftet opp mot annen relevant teori på området. Noen utfordringer og suksessfaktorer er drøftet i samme kapittel.

Diskusjonsdelen er disponert med utgangspunkt i de tre forskningsspørsmålene på side 3.

5.1 Innledningsvise avklaringer

5.1.1 Hva assosierte informantene med begrepet implementering?

Når ledere til daglig snakker om implementering, opplever jeg at de av og til legger ulikt innhold i begrepet og at noen bruker begrepet uavhengig om de beskriver en prosess eller ikke. Informantene i studien la imidlertid det samme i implementeringsbegrepet som jeg bygde studien på, nemlig at implementering er en planlagt prosess bestående av flere faser som måtte følges opp over tid for at den skulle feste seg i organisasjonen. Naooome, Blasé, Friedman og Wallace la også vekt på at implementering er en planlagt aktivitet og ikke en tilfeldig praksisendring (21). Ogden ved Atferdssenteret er også opptatt av at implementering ikke er en engangsforeteelse, men en aktivitet som krever oppfølging. Det ultimate mål er ikke bare å spre kunnskap, sier Ogden, men at den også er bærekraftig. Det vil si at den varer ut over den første implementeringsinnsatsen (22).

En av informantene brukte begrepet *feste seg* mens en annen sa at implementering handlet om å få det nye til å *sitte*. Dette er i tråd med både Kunnskapssenterets kvalitetsforbedringsprosess (4) og Fullan (23) sin modell som beskriver implementering som en endringsprosess bestående av flere faser. Fullan sammenligner den også med en spiral der organisasjonen er på et annet sted utviklingsmessig når endringer er gjennomført. Ved å sette i gang nye endringsprosesser vil organisasjoner utvikle seg og stadig vokse (23). En av informantene assosierte implementering nettopp med begrepet *vokse*.

En av informantene assosierte implementering med mye jobbing, og at det var noe av den vanskeligste jobben som lederne gjør. Lederne opplevde eksempelvis behov for godt med tid for å lykkes, noe det ofte ikke var nok av. De opplevde videre at det var behov for god og

velfundert informasjon til behandlere når noe nytt skulle implementeres. Lederne måtte «pakke inn» det som skulle presenteres til det som en av lederne kalte for smarte fagfolk. Informantene mente at det var viktig å ta seg tid og planlegge informasjonen slik at de kunne få ut riktig budskap.

Begreper som utfordrende, vanskelig, tidkrevende og spennende brukte lederne som en beskrivelse av begrepet implementering. Alle som har hatt lederroller vet at ledelse er utfordrende, vanskelig, tidkrevende og ikke minst spennende. Implementeringsarbeid faller således godt sammen med lederrollen. Implementering er en viktig lederoppgave og lederforankring er viktig for å lykkes (6). Det er stadig noe nytt som skal innføres fra nye veiledere til nye prosedyrer. Jeg ser viktigheten av at ledere kjenner til ulike implementeringshemmere og -fremmere, eller det som Fixen et al. kaller for kjernekomponenter i implementering, for å lykkes (5,6) Informantene i min studie så ut til å ha et reflektert forhold til begrepet implementering, og kunne forklare hva de la i begrepet.

5.1.2 Kjente lederne til nasjonale kvalitetsindikatorer innen eget fagfelt?

Informantene kjente stort sett til de nasjonale kvalitetsindikatorerne innen eget fagfelt. De kjente best til de som de selv hadde en oppgave i forhold til eller som de på en eller annen måte daglig forholdt seg til. Lederne jeg intervjuet hadde 10-15 nasjonale kvalitetsindikatorer å forholde seg til, og det er forståelig at de ikke kjente dem alle like godt. I tillegg kommer de lokale kvalitetsindikatorerne, der antallet vil variere noe over tid. Epikrisetid og fristbrudd er to nasjonale kvalitetsindikatorer alle informantene kjente til. Disse har hatt stort fokus fra overordnet ledernivå i helseforetaket. De kvalitetsindikatorerne man har stort fokus på fra divisjonsledelsens side, får man også mye oppmerksomhet på lokalt siden disse ofte blir tema i lokale ledergrupper. Lederforankring og lederstøtte inngår i en av kjernekomponentene til Fixen et al. (6) som ser på lederforankring som viktig for å lykkes i implementeringsprosesser. Det er imidlertid både positive og negative sider med stort fokus på enkelte kvalitetsindikatorer. Av negativ side kan nevnes det som flere av informantene sa i intervjuene, nemlig at det lett glapp i oppfølgingen av enkelte kvalitetsindikatorer hvis fokuset ble for stort på andre områder. I følge Frich (11) ved det medisinske fakultetet ved Universitetet i Oslo (UiO) må ikke bruk av kvalitetsindikatorer føre til oppmerksomhetsdreining slik at kvaliteten synker på områder som *ikke* måles. Den positive siden med økt

fokus på enkelte kvalitetsindikatorer er sannsynlighet for kvalitetsforbedring på det området som har fokus eller måles, for som en av informantene sa: «*Det man har fokus på, det løftes*».

Det var ikke helt klart for alle informantene hva som var nasjonale og hva som var lokale kvalitetsindikatorer. Dette trenger ikke å ha så stor betydning for å oppnå god kvalitet på området, men ved kommunikasjon ut i enhetene bør lederne holde rede på «hva som er hva». Når ledere viser at de kjenner til de ulike kvalitetsindikatorene, kan det bidra til at behandlere opplever at lederen ser på kvalitetsindikatorer som viktige. Lederne bør derfor for å løfte implementeringsprosessen, sette seg inn i hva slags kvalitetsindikator det dreier seg om og formål/hensikt med dem (2). Lederne bør også ha gjort seg opp en mening om hvordan organisasjonen kvalitetsmessig kan tjene på målingene. Slik sett kan lederne stå godt rustet i informasjonsarbeidet og samtidig kunne gi troverdige svar på spørsmål fra behandlerne.

5.1.3 Forskjell på kvalitetsindikatorer og måltall

Lederne hadde ulikt syn på om det var forskjell på kvalitetsindikatorer og måltall. Noen mente at det både handlet om kvalitet og økonomi, mens andre derimot mente at måltallene (lokale kvalitetsindikatorer) kun handlet om økonomi. Ifølge Kunnskapscenteret for helse-tjenesten i Folkehelseinstituttet har kvalitetsbegrepet flere dimensjoner (4). Det er mulig at flere av de lokale kvalitetsindikatorene legger vekt på andre dimensjoner enn de nasjonale. I studien er den lokale kvalitetsindikatoren: antall refusjonsberettigede pasientkonsultasjoner per behandler i snitt per uke/måned per behandler på poliklinikker, brukt som eksempler noen ganger. En informant beskrev indikatoren som at den gir en pekepinn på hva behandlerne bruker tiden sin til, om det er pasientbehandling eller andre oppgaver. Indikatoren er et eksempel på en lokal kvalitetsindikator som legger vekt på de to dimensjonene i kvalitetsbegrepet: *utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt* (18).

I tillegg til rammefinansiering bidrar inntekter fra polikliniske konsultasjoner og egenandeler til å finansiere avdelingens aktiviteter. Gjennom den lokale kvalitetsindikatoren: *antall refusjonsberettigede pasientkonsultasjoner per behandler i snitt*, kan ledere følge med på aktiviteten på poliklinikkene *også* i økonomisk hensikt. Informantene opplevde at det nettopp var den økonomiske vinklingen mange av behandlerne lett oppfattet i forhold til denne kvalitetsindikatoren. Riktig og velfundert informasjon fra ledernes side blir som de selv beskriver, svært viktig. Derfor sa flere av informantene at de måtte «pakke det inn» før det ble presentert til behandlerne. Hvordan ledere omtaler kvalitetsindikatorene kan ha betydning for

hvordan de blir oppfattet av behandlerne. Lederne må vise i både ord og handling at de selv ser nytteverdien og har tro på å bruke dem, ellers kan det lett bli usikkerhet i organisasjonen og implementeringen kan mislykkes grunnet motstand.

5.2 utfordringer knyttet til implementering og bruk

Lederne erfarte utfordringer i forbindelse med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i ulike faser av kvalitetsforbedringsprosessen (4). Informantene mente at det både i begynnelsen og i slutten av kvalitetsforbedringsprosessen var behov for økt fokus slik at prosessen ikke stoppet opp. Gruppen var omtrent delt på midten i dette spørsmålet. En av informantene mente den største utfordringen var å få fase 5 til å gå inn i fase 1. Dette er nødvendig for å få til vedvarende forbedring og i tråd med figur 1 på side 12. Lederoppfølging er en av faktorene for å lykkes i dette arbeidet og er beskrevet i figur 2 på side 16. Mangel på tid til denne oppfølgingen ble nevnt av mange av informantene i intervjuene og kan være en av grunnene til at det kunne stoppe opp nettopp her i kvalitetsforbedringsprosessen. Ingen av informantene nevnte fase 3: utføre som den fasen med behov for størst fokus. Dette trenger imidlertid ikke å bety at de ikke så utfordringer i denne fasen, men at de så *større* utfordringer i andre faser.

5.2.1 Å holde fokus og følge opp over tid

I resultatkapittelet fikk både utfordringer og suksessfaktor overskriften: Å holde fokus og følge opp over tid. Det falt seg derfor naturlig å drøftes temaet sammen i dette kapitlet.

Flere av lederne opplevde det som svært utfordrende å klare å holde fokus og følge opp kvalitetsindikatorerne over tid. Grunnen til dette var at de stadig fikk føringer om nye prosjekter og nye kvalitetsindikatorer o.l. som skulle implementeres i organisasjonen. Dette førte til at de opplevde at kvalitetsindikatorerne kun ble delvis implementert før det var nye prosesser på gang.

For lederne var det viktig å få satt oppfølgingsarbeidet i system og følge det opp over tid, helt til arbeidet med kvalitetsindikatorerne var fullstendig implementert i organisasjonen. Spesielt den rapporteringen som foregikk i begynnelsen av hver måned var viktig i oppfølgingsarbeidet. Dette er også beskrevet i fase 4 og 5 kvalitetsforbedringsprosessen (4). Den månedlige rapporteringen blir å betrakte som en kvantitativ tilnærming. Denne rapporteringen

var og er tilnærmet lik i alle enheter i divisjonen med rapporter blant annet skrevet ut fra DIPS pasientjournal (41). De fleste rapportene over lokale kvalitetsindikatorer utarbeides av divisjonscontroller eller av en medarbeider lokalt. Statistisk prosesskontroll (SPC) kunne blant annet vært benyttet i enheten for å granske tallene og kommunisere resultatene grafisk (19). Ingen av informantene nevnte SPC i intervjuene. Min erfaring tilsier at SPC er lite utbredt i psykisk helsevern bortsett fra i oppfølging av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» (26). For å få gitt tilbakemeldinger på en god måte, må lederne være flinke til å forstå, tolke og kommunisere data om kvalitetsindikatorene. Generelt sett er ikke ledere alltid gode på dette. Resultater vil variere over tid både i positiv og negativ retning. Oppfølging av kvalitetsindikatorer krever derfor ledere som forstår hva som er normal variasjon og hva som er variasjon som krever handling. SPC er et godt virkemiddel i dette arbeidet blant annet fordi det gir et godt visuelt bilde av resultatene (19).

En av lederne beskrev at den dagen i måneden da listene (rapportene) ble distribuert i posthyllene til behandlerne, *ikke var en gledens dag*, og brukte metaforen tante Sofie (39). En av årsakene til utsagnet var ifølge informanten at behandlerne var lei av tilbakemeldinger om dårlige tall, tall fra målinger som mange behandlerne i utgangspunktet ikke anerkjente. Behandlerne ønsket ifølge informanten i stedet for tilbakemeldinger på *hvordan* de utførte pasientbehandlingen. Lederen nevnte i intervjuet: manglende hoveddiagnose, ikke-godkjente dokumenter osv. Tilbakemeldinger må gis, men lederen burde i stedet for å ha fokusert på alle manglene *samtidig*, sammen med behandlerne ha valgt seg ett eller to forbedringsområder som de spesielt ønsket å sette fokus på. Deretter kunne de ha satt seg noen SMARTE mål (4) og tilstrebet forbedringer på dette området i første omgang. All den negative vinklingen kunne blitt snudd til noe mer positivt for behandlerne for å skape motivasjon og engasjement. En utfordring var imidlertid at det var mye for lederne å holde fokus på og at mange kvalitetsindikatorer trengte oppfølging samtidig. I tillegg ønsket ikke alle behandlerne i utgangspunktet å forholde seg til tall og målinger, noe som gjorde tilbakemeldingen utfordrende for lederne. Dette er drøftet nærmere i kapittel 5.2.2.

En av informantene brukte det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS (41) aktivt i oppfølgingsarbeidet. Til behandlerne han/hun ønsket å kommunisere med, sendte han/hun «gule lapper» (korte beskjeder relatert til pasienten). Hvis det for eksempel var en epikrise som ikke var sendt innen fristen på syv dager, så sendte han/hun et undrende spørsmål til behandleren som hadde mulighet til å forklare seg. Som informanten sa: «*Vedkommende får ikke gjort noe*

med denne epikrisen, men kan lære til neste gang». Ved å legge inn momenter for læring vil organisasjonen få mulighet til å utvikle seg. Dette er i tråd med modellen til Fullan (23).

Å stoppe opp og evaluere fremgangsmåten i implementeringsarbeidet nevnte flere av informantene viktigheten av. Slik kunne de eventuelt justere kursen. Det å stoppe opp og reflektere er beskrevet i form av en metafor i boka til Heifetz and Linsky «Leadership on the Line. Staying Alive through the Dangers of Leading (42). Heifetz and Linsky omtaler det som «the balcony perspective». Dette er en beskrivelse av situasjoner der ledere i perioder bør gå ut av situasjoner de er oppe i, for å gjøre en vurdering/evaluering.

5.2.2 Motstand mot målinger

I dette kapitlet drøftes de utfordringer lederne møtte da behandlere viste motstand mot målingene. At flere av behandlerne ikke så meningen med de ulike kvalitetsindikatorene, var en av årsakene til motstanden. Jeg har innlemmet suksessfaktoren: Mening i og forståelse for det som skal implementeres i dette kapitlet. Jeg fant det naturlig å drøfte temaene sammen.

Kjennetegn ved psykisk helsevern

Lederne opplevde at flere behandlere vegret seg og motsatte seg implementering og bruk av kvalitetsindikatorer, både de nasjonale og de lokale. For å forstå motstanden er det viktig å kjenne til hva som karakteriserer psykisk helsevern, spesielt relasjonen mellom pasient og behandler. Den terapeutiske alliansen ser ut til å ha stor betydning for de som jobber som behandlere i psykisk helsevern. Samoilow viser i en vitenskapelig artikkel til forskning av Lambert & Barley. De hevder forholdet mellom klient og behandler, dvs. den terapeutiske alliansen, har stor betydning for endring i psykoterapi (34). Denne alliansen er det ingen nasjonal eller lokal kvalitetsindikator som kan måle. Ønsker imidlertid ledere og behandlere i en tilbakemelding fra pasientene, kan Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) benyttes (43). Metoden går ut på at pasienten systematisk evaluerer behandlerrelasjonen. Spesielt innen psykisk helsevern for barn og unge, er KOR en anerkjent og brukt metode (43).

Det kan tegnes et bilde av behandlere i psykisk helsevern som på den ene siden ønsker å utføre best mulig psykoterapeutisk behandling for sine pasienter fundert på psykologiske prinsipper. Mens på den andre siden finner vi et psykisk helseverns behov for god ressursutnyttelse, god kvalitativ behandling til befolkningen og økonomiske rammer for sitt arbeid

(32). For behandlere kan involvering, utover rent faglige innspill slik som veiledning, drøftinger og felles refleksjoner, tolkes på den ene siden som støy i behandlingsprosessen, og på den andre siden som et nødvendig onde ved arbeidsstedet. Spesifikk involvering som går utover den faglige prosessen, vil da kunne tolkes som forstyrrende innblanding for den psykoterapeutiske prosessen og rent faglig også være på kollisjonskurs med gjeldende psykoterapiforskning (33,34). Var det dette den ene informant beskrev som en «krasj» mellom to tradisjoner? Også mangel på tid var blant en av årsakene til motstanden mot å forholde seg til tall og målinger. Arbeid med kvalitetsindikatorer er tidkrevende pga. registrering og dokumentasjon. Dette registreringsarbeidet kan virke forstyrrende for pasientbehandlingen. Pasientmøtet blir forståelig nok sett på som viktigere for behandlerne enn arbeidet med kvalitetsindikatorer. Og da spesielt i perioder med stor arbeidsbelastning.

Kvalitetsindikatorerne gir lite mening

Som nevnt innledningsvis kunne en årsak til motstand hos behandlerne ifølge informantene komme av manglende evne til å se sammenhengen mellom indikatorene og effekten for pasientene. Ved manglende evne til å se denne sammenhengen, ville det ifølge flere av informantene kunne gi behandlerne lite mening. En av informantene sa at han/hun måtte «pakke det inn» når temaet kvalitetsindikatorer kom opp. Det måtte ikke bli en tallgreie som var bestemt ovenfra. Dette blir gjerne kalt for top-down implementering, se kapittel. 2.3.4. Organisasjonen kunne i stedet for top-down implementering tilstrebe implementeringsprosesser der en tar hensyn til lokal kontekst (25,27). Å forholde seg til nasjonale kvalitetsindikatorer er noe de ansatte i helsetjenesten må om de vil eller ikke. Ved implementering og bruk av disse snakker vi om nettopp top-down implementering. Dette kan tenkes å være noe av grunnen til motstanden i forhold til dem. De lokale kvalitetsindikatorerne derimot bør engasjere behandlerne. Behandlerne bør være med å foreslå lokale kvalitetsindikatorer på bakgrunn av f.eks. brukerundersøkelser og internrevisjoner. I henhold til fase 1 i kvalitetsforbedringsprosessen kan forbedringsarbeid springe ut på bakgrunn av nye faglige retningslinjer og ønsker fra brukere og ansatte m.m. (4). Slik blir det trolig mer meningsfylt for behandlerne å jobbe med kvalitetsforbedring.

Informantene ga inntrykk av at det ikke var noen forskjell på motstanden hos behandlerne om temaet var nasjonale eller lokale kvalitetsindikatorer. Type kvalitetsindikator hadde heller ingen betydning (struktur – prosess – eller resultatindikator) (2). De nasjonale kvalitetsindikatorerne er vitenskapelig begrunnet (12) og det er viktig at de er gyldige, relevante,

målbare, tilgjengelige, pålitelige og mulig å påvirke. Det kunne derfor tenkes at motstanden ville ha vært større mot de lokale kvalitetsindikatorerne som ikke har denne vitenskapelige begrunnelsen. På en annen side er disse utarbeidet lokalt noe som kanskje gir mer nærhet til målingene. Hvis behandlerne får være med å si sin mening om hva de ser som viktig å måle for at kvaliteten på pasientbehandlingen skal bli bedre, er sannsynligheten større for at de ser meningen med målingene. Dette i motsetning til om de føler at de blir «påtvunget» målingene, slik som mange opplever at de blir med de nasjonale kvalitetsindikatorerne.

En nasjonal kvalitetsindikator som ble innført for flere år siden, er *andelen epikriser sendt ut innen syv dager*. Denne kvalitetsindikatoren har lederne stadig utfordringer med å få behandlere til å se meningen med. En av informantene beskrev i et sitat det som mange behandlere føler, nemlig at det ikke har noen betydning om det går noen dager over fristen da de samhandler godt med fastlegen allikevel. Andre behandlere mente at kvaliteten ofte ble bedre om de fikk bedre tid til epikriseskrivingen. Høsten 2015 ble det gjennomført en brukererfaringsundersøkelse blant voksne pasienter ved norske, somatiske sykehus (44). Resultatene viser blant annet at sykehusene har noe å hente på bedre samhandling med fastlegene. Hvorvidt en kan dra paralleller til psykisk helsevern kan diskuteres, men det er ikke usannsynlig at resultatene ville blitt de samme hvis psykiatriske pasienter hadde blitt spurt om sine erfaringer. Epikrise sendt innen syv dager er ett av flere virkemidler sykehusene benytter i samhandlingen med fastlegene etter innleggelse, både i somatisk og psykisk helsevern. Om alle behandlere så nytteverdien av dette virkemidlet og i større grad var opptatt av å få opp andelen epikriser sendt inne syv dager, ville kanskje resultatene fra brukererfaringsundersøkelsen ha vært bedre.

En leder mente at de som kommer med kvalitetsindikatorerne bør ha med et rasjonale bak. Lederen savnet en kort beskrivelse på et ark direkte knyttet det opp mot kvalitet. Dette mente han/hun at kunne blitt delt ut og referert til, og slik sett ha lettet implementeringen. Klikker man imidlertid på *beskrivelse av indikatoren* på <https://helsenorge.no/kvalitetsindikatorer-oversikt> for aktuell nasjonal kvalitetsindikator, så finner man en slik beskrivelse. Dette er tydeligvis ikke godt nok kjent hos alle lederne i studien. For de lokale kvalitetsindikatorerne kunne for eksempel lederne selv ha utarbeide slike beskrivelser som en del av planleggingsarbeidet. Eventuelt kunne nivå 4 ledere ha samarbeidet på tvers av enheter/avdelinger om dette, der også behandlere og merkantilt ansatte kunne ha vært med på utformingen. Dette kunne ha skapt engasjement og bedre forståelse for kvalitetsindikatorerne hos alle ansatte.

Manglende anerkjennelse fra underordnede ledere - delt funksjon mellom ledelse og fag

Nivå 3 lederne opplevde utfordringer med at nivå 4 lederne ikke alltid anerkjente de ulike kvalitetsindikatorerne. Dette ble vanskelig for dem, siden det var nivå 4 lederne som skulle videreføre tiltakene ute i enhetene. Uten nivå 4 ledernes hjelp ble det store utfordringer for nivå 3 lederne i forhold til å oppnå ønskede resultater. Nivå 4 ledere som har takket ja til lederstilling, forventes å være lojale mot det de blir pålagt å gjennomføre fra overordnet ledernivå. En av nivå 4 lederne mente imidlertid at det var viktig at en som leder evnet å stoppe opp å tenke over egen ledelse i forbindelse med drøftinger i ledergruppa vedrørende innføring av nye tiltak.

Alle informantene på nivå 4 nivå i studien hadde delte funksjoner, det vil si at de i tillegg til å jobbe som enhetsledere også jobbet klinisk. Dette kan ha både sine fordeler og ulemper ved både implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i enheten. Fordelen er at lederne ser hva som foregår ute i enhetene/avdelingene. De kan også fra behandlerens side få kjenne på ulike utfordringer som kan oppstå i arbeidet med kvalitetsindikatorer. Ulempen derimot er at disse nivå 4 lederne blir stående midt i mellom rapporteringskrav oppover i organisasjonen og egne forventninger til seg selv som behandler og andre behandlere. På den ene siden skal de som ledere implementere og følge opp behandlere i forbindelse med kvalitetsindikatorerne. På den andre siden har de kanskje meninger om kvalitetsindikatorerne som de ikke kan hevde verken i behandlergruppen eller i ledergruppen. Disse lederne bør kanskje gjøre seg noen vurderinger om det er forenlig å ha begge disse funksjonene.

En av nivå 3 lederne sa at han/hun ikke var enig i alle kvalitetsindikatorerne som skulle implementeres, men at han/hun bare måtte svitsje over for å se om han/hun kunne få det til. Vedkommende jobbet ikke klinisk i tillegg til å være leder, men opplevde allikevel denne utfordringen med å ikke alltid anerkjenne kvalitetsindikatorerne. Blir det for mange situasjoner der ledere må innta «the balcony perspective» (42), bør de kanskje vurdere om de ser lederjobben forenlig med egne holdninger. Dette gjelder uavhengig av om vedkommende jobber i delt funksjon eller ikke.

De som har jobbet en stund – «Babyboomers»

Behandlere som hadde jobbet en stund, opplevdes av lederne å ha noe mer motstand til implementering og bruk av kvalitetsindikatorer enn de forholdsvis unge og nyutdannede. En

informant mente at de eldre, erfarne behandlerne gjerne hadde opparbeidet seg rutiner og ikke ønsket innblanding eller styring av arbeidsdagen. Unge og nyutdannede behandlere er kanskje usikre og lettere å forme. Tilgangen på ledige stillinger vil også kunne ha noe å si i forhold til villighet til alle typer endringer. Det er for eksempel ikke like enkelt å få fast stilling som nyutdannet psykolog alle steder i 2016. Hvis en nyutdannet psykolog blir ansatt i et vikariat med ønske om fast stilling, så er vedkommende kanskje mer omgjengelig og endringsvillig enn om vedkommende hadde jobbet i mange år og hadde fast stilling. En av informantene valgte strategisk rekruttering og la innsats i jobbintervjuer ved å snakke om kvalitetsindikatorer og for å få et innblikk i jobbsøkerens holdninger til disse. Dette kan være en god strategi for å rekruttere ansatte med villighet for målinger. Det er imidlertid kjent at det er utfordrende å rekruttere spesialister til flere avdelinger i psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet HF. Det er derfor ikke sikkert at ledere i alle ansettelsesprosessesser får rekruttert de med de ønskelige holdningene. Strategisk rekruttering støttes av Fixen et al. i deres implementeringsforskning. De beskriver ulike kjernekomponenter i implementering der rekruttering er en av flere viktige kjernekomponenter for å lykkes (6).

En leder opplevde at de behandlerne som hadde jobbet en stund hadde større eierforhold til jobben sin enn de nyutdannede, og at disse ansatte med sin kompetanse og erfaring var «gull verdt». Vedkommende mente at det var verdt innsatsen å satse på disse behandlerne, selv om de kan oppleves å ha noe mer motstand mot endringer. Steinar Slotten refererer i sin masteravhandling om *Den digitale generasjonen* (45) til Undheims beskrivelser av generasjoner i arbeidslivet: The Silent Generation (født 1933-1945), Babyboomers (født 1946 -1964), Generasjon X (født 1965-1980) og Generasjon Y (født 1980-1995) (45). Generasjonene beskrives med sine særegenheter. De behandlerne som informantene refererte til i intervjuene, var de såkalte *Babyboomers*. Denne generasjonen vokste opp i trange kår etter krigen. De oppleves gjerne som engasjerte, arbeidsomme, lojale til arbeidsgiver, men også noe kritiske. De er gjerne idealister og noe skeptiske til endring. De ser på endring som et nødvendig onde (45). At det er *babyboomers* som lederne opplevde som de som er ytte mest motstand henger kanskje sammen med deres idealisme, noe kritiske holdning og arbeidsomhet. Arbeid med kvalitetsindikatorer kan for noen av disse oppleves som uønsket involvering. Siden de også karakteriseres som idealister, kan dette være årsaken til at de ikke ville ha innblanding i arbeidsdagen sin. «*De vil drive sin egen lille klinikk i klinikken*», sa en av informantene.

De forholdsvis unge og nyutdannede er gjerne de som karakteriseres som *generasjon Y*. De karakteriseres som selvsikre og temaorienterte. De fremstår videre som gode lagspillere og ønsker tett oppfølging og tydelig ledelse (45). Det er viktig å påpeke at både babyboomers og generasjon Y er en karakteristikk av to ulike demografiske grupper, og at ikke alle medarbeidere i disse aldersgruppene nødvendigvis passer til karakteristikkene.

Rogers beskriver i sin spredningsteori ansatte på ulike stadier for å ta ny kunnskap i bruk (8). De ansatte som hadde jobbet en stund, og som ble beskrevet av lederne i intervjuene, kan i mange sammenhenger karakteriseres i gruppen *laggards* (etternølerne). De som mente at syv dagers epikrisetid ikke var viktig, var kanskje til og med *refusers* (7). Rogers fremhevet viktigheten av å ha oppmerksomheten rettet mot forskjellige sider hos enkeltindividet som sosiale karakteristika, personlighet og opplevd behov for endring (8). *Generasjon Y* ser gjerne opp til de som har jobbet en stund og deres holdninger kan derfor lett smitte over. Det kan derfor tenkes at det er viktig å spesielt få med seg *babyboomers* før deres holdninger blir allmenne i behandlergruppen. Unge og nyutdannede er ofte endringsvillige i utgangspunktet. Slik sett burde lederne kanskje satset på å få med seg disse først, og da et sted mellom 10 %-25 % ifølge Rogers. Som leder kan en kanskje forvente at de som har jobbet en stund, *babyboomers*, kommer etter (8).

Personlig immunitet mot endring?

Er all motstand mot endring alltid bevisste handlinger hos de ansatte? I litteraturen er det omtalt et fenomen som kalles for personlig immunitet. Fenomenet er beskrevet i en artikkel av Kegan & Lahey (46). De omtaler fenomenet som *competing commitments* og beskriver hvordan motstand til endring *ikke* nødvendigvis er motvilje til å endre praksis, men at det kan være en ubevisst handling eller et skjult konkurrerende engasjement hos den enkelte som hindrer utvikling og endring. I artikkelen skisseres en prosess der ledere kan hjelpe ansatte med å avdekke de konkurrerende forpliktelsene, identifisere og utfordre de underliggende forutsetninger som forpliktelsene bygger på. Det påpekes at det er viktig at ledere kjenner til fenomenet, for det kan være lett som leder å tro at all treghet og motstand til endring hos ansatte skyldes motvilje (46).

I følge Kegan & Lahey ønsker de ansatte i de fleste sammenhenger å få avdekket og utfordret de konkurrerende forpliktelsene (46). Immunitet mot målinger kan for eksempel skyldes at ansatte er engstelige for ikke å prestere godt nok. Det kan være i forhold til å få ut epikriser

innen syv dager eller å gjennomføre *nok* konsultasjoner på poliklinikken. Behandlerne kan også være engstelige for å bli satt i et dårlig lys foran de andre behandlerne. Mer fokus på teamresultater og mindre på enkeltresultater kan kanskje være veien å gå. Videre når det gjelder oppfølging av ansatte, så bør den i hovedsak gjøres enkeltvis, i form av «den gode samtalen», der lederen undrer seg og ikke anklager. Samtalen blir drøftet i kapittel 5.3.2.

5.2.3 Mangel på tid

Implementeringsforskningen beskriver mangel på tid som hemmende på implementeringsprosesser og en viktig faktor å ta hensyn til hvis en skal lykkes (5). I denne studien har mangel på tid fått relativt stor plass fordi dette ble nevnt av informantene i flere ulike sammenhenger. For eks. erfarte flere av lederne at ikke bare de selv opplevde mangel på tid, men også at behandlerne gjorde det. Lederne erfarte selv at det var tidkrevende å jobbe med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i tillegg til alle de andre oppgavene de måtte forholde seg til. De fikk ikke avsluttet det de holdt på å implementere, før det var noe nytt som skulle innføres. Når vi vet at 70 % av forbedringsarbeid ikke opprettholder resultatene på grunn av manglende oppfølging (4) kan en spørre seg hvorfor. Det er nærliggende å tenke at seg at noe kan skyldes mangel på tid.

Antallet ansatte som lederen har ansvaret for å følge opp, kan være avgjørende for om lederen lykkes i oppfølgingsarbeidet eller ikke. Det var ikke hvor de ansatte befant seg til det daglige, som var det krevende i dette arbeidet, det var derimot antallet ansatte å følge opp. Oppfølging er viktig i kvalitetsforbedringsprosesser (4) og med stort kontrollspenn og tidspress kan arbeidet med implementering lett stoppe opp, og i verste fall mislykkes.

Flere av informantene opplevde at tidspress var noe av grunnen til den motstanden som de møtte i arbeidet med kvalitetsindikatorene. Det var blant annet mye som behandlerne til enhver tid måtte registrere i DIPS. En leder hadde forståelse for dette, mens en annen ikke hadde den samme forståelsen. Sistnevnte mente at denne registreringen ikke tok så mye tid, og sa dette på bakgrunn av at vedkommende selv jobbet som behandler i tillegg til å være nivå 4 leder. Det vil være individuelt hvordan man opplever dette tidspresset. Noen behandlerne organiserer trolig arbeidsdagen bedre enn andre og tross mangel på tid, får de til all registreringen i DIPS. Andre derimot får det ikke til uansett hvor mye de prøver. For noen kan mangel på tid også lett bli en unnskyldning. Det er mulig at opplæring i DIPS eller hjelp til å organisere arbeidsdagen kan hjelpe noen av behandlerne med å disponere tiden bedre. En

av lederne så på automatiske løsninger som en av flere muligheter. For eksempel dette med å få behandlerne til å godkjenne/lukke journaldokumenter i DIPS som var eldre enn 14 dager. Dette hadde vedkommende nærmest gitt opp å få behandlerne til å gjøre. Om det var tidsproblemer eller andre årsaker til at behandlerne ikke lukker dokumentene som de var pålagt å gjøre innen 14 dager, kan en undre seg over. Jeg hører av og til i egen organisasjon at behandlerne ikke skjønner hensikten. Å få de til å skjønne hensikten, er nok beste veien å gå. Flere av aktivitetene i forbindelse med kvalitetsindikatorer kan nok automatiseres, mens noen av dem må av kvalitetsmessige grunner fortsatt utføres manuelt av behandler eller en merkantil. En del registreringer og godkjenningsoppgaver krever fagkunnskap og kjennskap til pasienten. Å godkjenne dokumenter i DIPS krever derfor muligens noe mer av behandlerne enn kun et trykk på en «godkjenningknapp».

5.3 Suksessfaktorer knyttet til implementering og bruk

5.3.1 God tid til planlegging

Å ta seg god tid til å planlegge implementeringen, nevnte flere av informantene som en suksessfaktor. En av lederne var opptatt av å engasjere bredt i organisasjonen, dvs. i flere fora. Dette er i tråd med fase 1 i kvalitetsforbedringsprosessen som også legger vekt på felles erkjennelse av behovet for endring, og at det er viktig å forankre bredt i organisasjonen (4). Klargjøring av kunnskapsgrunnet er viktig i denne fasen: forskning, erfaring og brukerkunnskap (4). Også Fixen et al. har i en av sine kjernekomponenter i implementering *lederforankring* og *god informasjon* som viktige komponenter (6). En av informantene var opptatt av at det var viktig å stoppe opp og tenke grundig gjennom nytteverdien av kvalitetsindikatorerne og hvordan han/hun skulle legge fram informasjonen. En annen informant sa at det var en kunst å legge det frem slik at det ga mening for behandlerne. Lederne bør derfor gjøre seg noen refleksjoner før de informerer. Dette er ikke alltid like enkelt å få til i en hektisk arbeidshverdag med mange konkurrerende arbeidsoppgaver. Gode refleksjoner krever tid, ro og at man evner å tenke klart. Mangel på tid er drøftet i kapittel 5.2.3 som en erfart utfordring i implementeringsarbeidet, og er en velkjent implementeringshemmer (5).

Å sette i gang bearbeidingen av ansatte tidlig når de visste at en endring ville komme, ble opplevd som en suksess av en av informantene. Det var uansett ikke noe valg. *Time i første*

brev var en slik endring som de visste ville komme en god stund frem i tid. Lederen snakket om det i ulike fora og ga mange små hint om at dette ville komme. Til slutt var de ansatte villige til å prøve det ut. John Kotter har utarbeidet en stegvis teori om vellykkede endringsprosesser (47). Kotters teori består av åtte faser, der fase 1 er å få de ansatte med på å se nødvendigheten av endringen. Det kan tyde på at lederen fikk de ansatte til å se denne nødvendigheten. At det er lederen som står for det meste av planleggings- og informasjonsarbeidet, er nok fornuftig i implementeringsprosesser. Dette viser at det er viktig for lederen å få dette til og at implementeringen er lederforankret. Informanten beskrev i intervjuet implementeringen av *time i første brev* som en suksess og at en internrevisjon i etterkant av innføringen viste gode resultater. Dette sa vedkommende var motiverende og kanskje ville gjøre det enklere neste gang noe nytt skulle implementeres i enheten. Fase 7 i Kotters teori er å ikke ta seieren på forskudd, men fokusere på det som gjenstår (47). I enheten som lederen beskrev, ble det gjennomført en internrevisjon etter en tid, og det var da de først tok seieren. Ledere bør imidlertid forvente tilbakefall i endringsprosesser, spesielt hvis oppfølgingsarbeidet svikter. Studier viser at 70 % av forbedringene ikke opprettholder resultatene og skyldes i hovedsak manglende overvåking av om ny praksis fungerer optimalt (4). Avvikshåndtering og internrevisjon er virkemidler i dette arbeidet. Jeg fikk ikke informasjon om enheten hadde gjennomført en oppfølgingsrevisjon for å sikre at forbedringene opprettholdt resultatene. Hvis de ikke hadde det, så burde de ifølge fase 4 i kvalitetsforbedringsprosessen ha gjort det (4).

En av informantene var opptatt av å sette seg mål i kvalitetsforbedringsarbeidet. 60 % epikrisetid ble brukt om et mål som ikke var godt nok siden det er et krav om 100 % epikrisetid. I kvalitetsforbedringsprosessens fase 2: planlegge beskrives viktigheten av å sette overordnede mål og konkretisere disse i SMARTE delmål (4), med bl.a. enighet om målene. Det er viktig at de som jobber med å få til vedvarende resultater på 100 % epikrisetid til å anerkjenne kvalitetsindikatorne i utgangspunktet. Ifølge informantene gjorde ikke behandlerne alltid det. Utfordringen var også at lederne ikke alltid gjorde selv heller.

5.3.2 “Den gode samtalen”

En av informantene hadde gått bort fra tilbakemelding om resultater i plenum, til samtaler med behandlerne en-til-en. Vedkommende hadde god erfaring med dette i oppfølgingsarbeidet. Informanten la vekt på å ikke være anklagende, men undrende i sin væremåte. En annen informant sa at hvis vedkommende opplevde at behandlerne trenerte arbeidet med

kvalitetsindikatorene, og ikke forholdt seg til sine plikter som arbeidstager, måtte det få konsekvenser i form av en samtale eller en advarsel. Lederen må først finne ut om det er bevisste handlinger fra behandlernes side eller om det er personlig immunitet, se kapittel 5.2.1. En leder sa det være mange grunner til at resultater ikke var som ønskelig, og at det kunne være viktig for den ansatte å få muligheten til å forklare dette i en-til-en-samtale.

Videre er det viktig at lederne tenker igjennom hvilken hensikt samtalen skal ha. Er samtalen tenkt for å motivere til økt innsats, er nok en en-til-en samtale bedre enn fellesmøter der ansatte risikerer å bli satt i et dårlig lys. Er imidlertid resultatene gode hos noen av behandlerne, kan en tilbakemelding i plenum muligens virke motiverende på de andre som ser det er gjennomførbart. Samtidig kan ros til medarbeidere motivere til ytterligere innsats. Dette er i tråd med Fixen et al. (6) som beskriver i sin teori lederstøtte og god informasjon som viktige kjernekomponenter i implementering for å lykkes med implementeringsarbeid.

5.3.3 Merkantil støtte

Støtte fra merkantil opplevde alle ledere som viktig for å lykkes med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer. Spesielt i forhold til å hjelpe til med å holde oversikt over alt som måtte huskes på, utarbeide rapporter og det å være en støtte for dem, ble sett på som viktig. Fixen et al. beskriver dette blant sine kjernekomponenter i implementering (6). De beskriver kjernekomponenter knyttet til organisasjonen som blant annet administrativ tilrettelegging og datastøttede beslutningssystemer som er viktige for å lykkes med implementeringsarbeid. For eksempel når det gjaldt *epikrisetid* og *fristbrudd* var det viktig at noen fulgte nøye med og sa ifra når det nærmet seg fristen. Ifølge flere informanter kunne både behandlere og ledere overse denne, og da var det bra at noen som fulgte med for dem. Ifølge Ogden (5) er praktisk og teknisk støtte den viktigste variabelen for å lykkes med implementeringsarbeid.

Det var spesielt i siste del av kvalitetsforbedringsprosessen at merkantil ble opplevd som en viktig bidragsyter. På dette stadiet i prosessen ble resultatene av målingene, og andre tilbakemeldinger, synliggjort i form av rapporter og skjemaer i posthyllene til behandlerne. I kvalitetsforbedringsprosessens slutfase er det beskrevet viktigheten av overvåking gjennom målinger (4). Å ha faste rutiner på å utarbeide og kjøre ut rapporter fra DIPS har merkantilt personale god kompetanse på. De kjenner også godt til alle de «ukjente» funksjonalitetene i DIPS. Det er viktig å være klar over at resultatene ikke blir bedre enn dataene som blir registrert. Noen data registreres automatisk, f.eks. ved registrering av henvisningen. Andre

data må registreres manuelt f.eks. hoveddiagnose som behandlerne skriver på et behandlingsskjema som innleveres til merkantil. Å få alle behandlerne til å levere inn disse skjemaene senest innen utgangen av måneden, var en utfordring for mange av lederne. Det at skjemaene faktisk blir levert inn, er blitt en lokal kvalitetsindikator i flere avdelinger: *antallet ikke-innleverte behandlingsskjemaer inneværende måned*. Ledere og merkantil må stadig holde fokus på dette og det blir mange påminnelser i forbindelse med dette arbeidet. Det er et paradoks at det må en *lokal* kvalitetsindikator til for å følge opp en *nasjonal* kvalitetsindikator, nemlig å registrere hoveddiagnose. Dette viser noe av kompleksiteten rundt implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern.

Å jobbe med kvalitetsindikatorer kan for mange ledere være en ensom jobb. I tillegg til de andre lederne i ledergruppen kan det være godt å ha noen å drøfte saker med som kjenner til kvalitetsindikatorsystemet og som er vant til å jobbe med tall og rapportering. Merkantil personale er organisert i egne enheter i divisjonen med egne kontorledere. Merkantil personale har ingen myndighet til f.eks. å pålegge behandlere å skrive epikriser. De kan imidlertid være nyttige fasilitatorer og være litt som tante Sofie. Om det er behov kan de komme med korte og strenge beskjeder slik som tante Sofie gjør i fortellingen til Torbjørn Egner. Tante Sofie brukes gjerne som modell og referanse på handlekraft og dialog (39). Dialog med behandlerne er nok en konstruktiv vei å gå slik at det ikke blir en opplevelse hos behandlerne at de blir kontrollert og/eller maset på. Lederne var også lite tilfredse med denne masingen, og flere av dem så ingen annen utvei. Som tidligere nevnt foreslo en leder imidlertid automatisk godkjenning av journaldokumenter i DIPS som en løsning.

Om noen av de merkantile passer inn i rollen som tante Sofie vil nok være personavhengig. Det er mulig lederen bør inneha denne rollen selv. Dette fordi tante Sofie må påregne både kritiske spørsmål og ubehagelige kommentarer fra enkelte behandlere. Lederen vil også ved å ha rollen selv få et innblikk i hvem som ikke anerkjenner kvalitetsindikatorene. Merkantile vil være viktige støttespillere for ledere og behandlere ved at de kjører ut rapporter, følger med og minner om. Men da uten tante Sofies pekefinger. Etter å ha gjennomført denne studien er det imidlertid liten tvil om at det er behov for en på-passer i forbindelse med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern. Enten det er lederen selv eller merkantil som tar på seg denne rollen.

6 Oppsummering

Resultatene fra denne studien viser at implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern er en sammensatt lederoppgave. Problemstillingen var som følger:

«Lederes erfaringer med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern. En kvalitativ studie av utfordringer, suksessfaktorer og hvilken fase i kvalitetsforbedringsprosessen som har behov for økt fokus».

Funnene fra studien er i hovedsak drøftet i lys av ulike teorier om kvalitetsindikatorer, teori om kvalitet og kvalitetsforbedringsprosessen, teori i forhold implementering og teori om hva som kjennetegner psykisk helsevern.

Innledningsvis ble det avdekket at informantene la det samme i begrepet implementering som jeg bygde studien på, nemlig at det var en planlagt prosess som besto av flere faser som krevde god oppfølging for at den skulle feste seg i organisasjonen. Videre viste avklaringene at informantene stort sett hadde oversikt over kvalitetsindikatorer innen eget fagfelt, og da spesielt de som de forholdt seg til i det daglige. Når det kom til spørsmålet om de opplevde at det var forskjell på kvalitetsindikatorer og måltall (lokale kvalitetsindikatorer), var lederne delt i synet. Noen mente at måltallene kun handlet om økonomi, men andre mente at det kunne handle om både kvalitet og økonomi.

Funn fra intervjuene indikerer at det er flere utfordringer forbundet med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern. Et av hovedfunnene var at det var utfordrende å klare holde fokus og følge opp over tid. Og da i hovedsak på grunn av mange konkurrerende oppgaver som krevde fokus, og pga. mangel på tid.

Videre kom det fram at motstand mot målinger var en stor utfordring. Motstanden kunne komme av at behandlerne ikke så mening med kvalitetsindikatorerne eller at de følte at det ble for mye top-down implementering. Motstanden kunne også komme av at de så på arbeidet med kvalitetsindikatoren som støy i behandlingsprosessen. Lederne opplevde at de som hadde jobbet en stund, de såkalte *babyboomers*, hadde mer motstand mot målinger enn de unge og nyutdannede behandlerne, den såkalte *generasjon Y*. Når det gjelder mangel på tid var dette noe som både lederne og også behandlere opplevde som en utfordring. Ikke alle lederne var imidlertid enige i at behandlerne ikke hadde nok tid til f.eks. registreringsarbeid. Det var også

ledere som opplevde motstand hos underordnede ledere mot kvalitetsindikatorene. Nivå 3 lederne opplevde av og til at nivå 4 lederne ikke anerkjente kvalitetsindikatorene. Dette ble utfordrende for dem, for det var nivå 4 lederne som skulle få iverksatt tiltak i enhetene. Nivå 4 lederne jobbet alle i delte funksjoner og kom lett i skvis mellom ledelse og fag.

Flere funn fra intervjuene indikerte videre at lederne erfarte en del suksessfaktorer for å lykkes med implementering av kvalitetsindikatorer. Å få behandlerne til å se mening med kvalitetsindikatorene opplevde lederne som særdeles viktig. De måtte blant annet bruke god tid i planleggingsarbeidet og spesielt viktig var det da å «pakke inn» det som skulle presenteres til behandlerne slik at de ville godta det. Videre var det viktig å få gjort en god oppfølging av behandlerne gjennom tilbakemelding av resultater. En leder hadde da erfart at en-til-en samtale, den såkalte «gode samtalen» var smart. Merkantil støtte var viktig for å lykkes, spesielt i oppfølgingsarbeidet. De kunne bidra med skriftlige rapporter og være støttespillere for lederne. Og ikke minst kunne de avlaste lederne i rollen som tante Sofie.

Når det gjaldt kvalitetsforbedringsprosessen, var lederne delt på midten i sine opplevelser av hvor i prosessen som krevde ekstra fokus for at den ikke skulle stoppe opp. Halvparten mente første delen av kvalitetsforbedringsprosessen var viktigst. Dette med å ta seg god tid i planleggingen, og da spesielt i forhold til informasjonsarbeidet, ble her pekt ut som to viktige faktorer. Det var viktig å få behandlerne til å se mening med det som skulle implementeres. Den andre halvparten mente den siste delen av prosessen var viktigst. Dette med å holde fokus over tid i form av god oppfølging og det å sørge for at prosessen gikk fra fase 1 og inn i fase 5 igjen, altså kontinuerlig forbedring. Tilslutt nevnes viktigheten av å stoppe opp og evaluere prosessen slik at man kunne justere kursen.

Funnene fra studien samsvarer i stor grad med implementeringsforskning som blant annet er opptatt av implementeringshemmere og implementeringsfremmere. Mest sentral fremstår forskningen til Fixen et al. som beskriver fremmerne og hammerne som kjernekomponenter i implementering. Kjernekomponentene er knyttet til kategoriene organisasjon, kompetanse og ledelse og funnene fra studien samsvarer med kjernekomponenter fra alle disse kategoriene. For å forstå motstanden mot målinger, kan resultater fra psykoterapiforskningen gi noen svar. Psykoterapiforskningen påpeker at relasjonen/alliansen mellom pasient og behandler er den sterkeste prediktoren for vellykket resultat. Bruk av tid på tall og målinger kunne av noen behandlere oppleves som støy i relasjonen til pasienten, noe informantene opplevde!

7 Avslutning og veien videre

Hvordan gikk det så med geitekillingen nevnt innledningsvis som hadde lært seg å telle til ti, og som hadde blitt så upopulær hos de andre dyrene fordi han telte dem? Joda, han ble så populær som bare det! Han hindret skuta fra å synke med alle dyrene ombord fordi han kunne telle. Alle dyrene kom etter hvert over redselen for tellinger, og lot seg telle. Kanskje noen av dem hadde vært immune mot målinger/tellinger? Skuta kunne ta ti passasjerer om gangen og geitekillingen telte til ti: «*En for meg, to for kalven [...] ni for sausen, ti for hanen.*»

Geitekillingen ble igjen på skuta som fast tellemester da de andre dyrene gikk trygt i land.

Jeg tror tellinger i helsevesenet har kommet for å bli. Det er i helsevesenet som i eventyrverdenen både nyttig og nødvendig å telle/måle, både for å «overleve» og for å utvikle seg som organisasjon. Telling/måling kan bidra til både kvalitetsforbedring og trygge tjenester gjennom bruk av kvalitetsindikatorer. I denne studien håper jeg at jeg har gitt leserne en innsikt i hvilke utfordringer og suksessfaktorer som lederne møtte i arbeidet med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern og hvilke faser i kvalitetsforbedringsprosessen som hadde behov for økt fokus for at prosessen ikke skulle stoppe opp.

Skal jeg se fremover, kunne det være interessant å gjennomføre en sammenligningstudie med andre deler av spesialisthelsetjenesten f.eks. i somatisk helsevern. Den nye kunnskapen vil kunne vært med å belyse om det er spesielt psykisk helsevern som har utfordringer med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer eller om dette også gjelder i somatisk helsevern. Videre kunne studien bidratt med informasjon om utfordringer og suksessfaktorer erfart i deler av helsevesenet der man jobber med mer konkrete problemstillinger enn man gjør i psykisk helsevern. Erfaringer fra begge studiene kan ledere, både i psykisk og somatisk helsevern, dra nytte av i egen organisasjon i arbeidet med implementering og bruk av kvalitetsindikatorer.



«Geitekillingen som kunne telle til ti» er tegnet av Morten Eng. Bildet er gjengitt med tillatelse 11.10.16.

Litteraturliste

- 1 Spesialisthelsetjenesteloven. Lov om spesialisthelsetjeneste m.m. av 1999-07-02 nr. 61. Tilgjengelig: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven> [2016-10-24].
- 2 Kunnskapssenteret. Om kvalitetsindikatorer [online], Tilgjengelig: <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kvalitetsmaling> [2016-10-24].
- 3 Helsenorge. Om kvalitet og kvalitetsindikatorer [online], Tilgjengelig: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer> [2016-10-24].
- 4 Kongsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Norheim G, Brudvik M, Vege A. (2015, Des.) Kunnskapssenteret. Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid [online], Tilgjengelig: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/modell-for-kvalitetsforbedring-utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid> [2016-10-24].
- 5 Ogden T, Evensen GH, (2014, Des.) Norsk kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) [online], Tilgjengelig: <https://www.napha.no/content/15032/www.ogden.no> [2016-10-24]
- 6 Fixsen DL, Blasé KA, Naom SF & Wallace F. (2009). [online journal], Tilgjengelig: [Core implementation components](#) *Research of Social Work Practice*, 19, 531–540 [2016-10-24].
- 7 Sørli AM, Ogden T, Solholm R, Olseth AR. Psykologforeningen. Implementeringskvalitet – om å få tiltak til å virke: En oversikt [online], Tilgjengelig: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=109905&a=3 [2016-10-24].
- 8 Rogers EM. **Diffusion of innovation**. 3th ed. New York: The Free Press. 2003.
- 9 Helsebiblioteket. Kvalitetsforbedring og kvalitetsmåling. Norske begreper og definisjoner [online], Tilgjengelig: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsmaling/norske-begreper-og-definisjoner> [2016-10-24].
- 10 Helsedirektoratet. 3-årig handlingsplan 2014-2017. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. IS-2228 [online], Tilgjengelig: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/663/Nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-3-arig-handlingsplan-2014-2017-IS-2228.pdf> [2016-10-24].

- 11 Frich J. (2013, Jan.) UIO: Det medisinske fakultet. Kvalitetsmåling [online], Tilgjengelig: <https://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/kvalitetsindikatorer.html> [2016-10-24].
- 12 Kunnskapssenteret (2014 Jan.) Hva kjennetegner gode kvalitetsindikatorer [online], Tilgjengelig: <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kvalitetsmaling/hva-kjennetegner-gode-kvalitetsindikatorer> [2016-10-24].
- 13 Sykehuset Innlandet HF. Divisjon psykisk helsevern [online], Tilgjengelig: http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss_/avdelinger_/psykisk-helsevern [2016-10-24].
- 14 Helse Sør-Øst. Prosjekt «Glemt av sykehuset» [online], Tilgjengelig: http://www.helse-sorost.no/fagfolk_/temasider_/pasientsikkerhet_/Sider/glemt-av-sykehuset.aspx [2016-10-24].
- 15 Helsenorge. Kvalitetsindikator for psykisk helse for voksne [online], Tilgjengelig: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne> [2016-10-24].
- 16 Helse SØR ØST 2016. Definisjonskatalog HSØ Styringsparametere og nasjonale kvalitetsindikatorer medisin og helsefag. Versjon 30.06.16 [online], Tilgjengelig: http://www.helse-sorost.no/omoss_/avdelinger_/styre-og-eieroppfolging_/oppdragsdokument_/Documents/Oppdragsdokument%202014/Vedlegg/Definisjonskatalogen.pdf [2016-10-24].
- 17 Bukholm G. (2014, Okt.) Kunnskapssenteret. Verktøy for likeverdig tilgang på helsehjelp av god kvalitet [online], Tilgjengelig: <http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/verktoy-for-likeverdig-tilgang-pa-helsehjelp-av-god-kvalitet> [2016-10-24].
- 18 «... og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver». IS-1162. 2005. Sosial og helsedirektoratet.
- 19 Helsebiblioteket. Statistisk prosesskontroll SPC [online], Tilgjengelig: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsmaling/statistisk-prosesskontroll> [2016-10-24].
- 20 Kunnskapssenteret. Verktøy for vedvarende forbedring [online], Tilgjengelig: <http://www.kunnskapssenteret.no/165350/verktoy-for-vedvarende-forbedring-sustainability-modellen> [2016-10-24].
- 21 Fixsen DL, Naom SF, Blasé KA, Friedman RM & Wallace F. Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network, 2005.

- 22 Atferdssenteret. Hvordan lykkes med implementering [online], Tilgjengelig: <http://www.atferdssenteret.no/aktuelt/hvordan-a-lykkes-med-implementering-article2004-119.html> [2016-10-24].
- 23 Fullan M. **The New Meaning of educational change**. 3. ed. New York: Teacher college, Press, 2007.
- 24 TIPS Kompetansesenter. Verktøykasse for leder og klinikker. Implementering av kunnskapsbasert praksis [online], Tilgjengelig: <http://www.tips-kompetansesenter.no/default.aspx?pageId=98> [2016-10-24].
- 25 Mainz J, Bartels PD, Pedersen KM, Rohde P, Krøll V. **Kvalitetsudvikling i praksis**. København: Munksgaard, 2011.
- 26 Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. «I trygge hender» [online], Tilgjengelig: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/> [2016-10-24].
- 27 Rømuld, IW. 2016. Innsatsområdet ledelse. Pasientsikkerhetsprogrammet. Forelesning i emnekode HMED4101, Blindern, 16.02.2016, Universitetet i Oslo.
- 28 Flottorp S, Aakhus E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. Norsk epidemiologi. 2013; 23 (2): 187-196.
- 29 Norsk Psykologforening. Fakta om psykiske lidelser. Tilgjengelig: <http://www.psykologforeningen.no/publikum/fakta-om-psykiske-lidelser> [2016-10-24].
- 30 Hermundstad G. **Psykiatriens historie**. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1. utgave. 1999.
- 31 Sørgeard KW. (2002). Fra institusjonsbehandling til åpen omsorg. Hva frembrakte reformene innen psykisk helsevern? Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 39, 25-32.
- 32 St.prp.nr 63 (1997-1998). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Regjeringen.
- 33 Wampold, B.E. (2001). **The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- 34 Samoilow D. K. (2007). Løsningsfokuserte allianser: Løsningsfokusert terapi i lys av forskning om hva som virker i terapeutiske relasjoner [online], Psykologtidsskriftet nr. 9: 1107-1117. Tilgjengelig: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=30926&a=3 [2016-10-24].
- 35 Kjøbli J & Ogden T. (2013). Fellesfaktorer: ingen kur for alt. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 50, 263-265.
- 36 Malterud K. **Kvalitative metoder i medisinsk forskning**. Oslo: Universitetsforlaget, 3. utgave 2013.

- 37 Kunnskapsbasert praksis. PICO [online], Tilgjengelig:
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/> [2016-10-24].
- 38 Aalen O, Frigessi A, Moger TA, Scheel I, Skovlund E, Veierød M. **Statistiske metoder i medisin og helsefag**. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1. utg. 5. oppl. 2013.
- 39 Øisetad G, Kjøs P. Tante Sofie revisited (2016) [online], Psykologtidsskriftets blogg. Tilgjengelig: <http://www.psykologforeningen.no/publikum/blogger/pingpong/tante-sofie-revisited> [2016-10-24].
- 40 **Bokmålsordboka** [online], Tilgjengelig: http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=mase&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal [2016-10-24].
- 41 DIPS pasientjournal [online], Tilgjengelig: <https://www.dips.no/losninger> [2016-10-02].
- 42 Heifetz RA, Linsky M. **Leadership on the Line: Staying Alive through the Dangers of Leading**. Boston: Harvard Review Press, 2002.
- 43 Helsebiblioteket [online], Hva er klient – og resultatstyrt praksis? Tilgjengelig: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/artikler/hva-er-klient-og-resultatstyrt-praksis-kor> [2016-10-24].
- 44 Kunnskapssenteret [online]. Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Resultater etter en nasjonal undersøkelse. Tilgjengelig: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-i-2015.resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse> [2016-10-24].
- 45 Slotten S. (2014) [online], Den digitale generasjonen – Hva skjer når de inntar arbeidsplassene? [Masteroppgave]. Universitetet i Nordland. Tilgjengelig: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/282250/Slotten.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [2016-10-24].
- 46 Keagan Robert, Lahey Lisa L. (2001). The Real Reason People Won't Change. Harvard Business Review, 1-11.
- 47 Kotter J.P. (1995). Leading change: Why transformation efforts fails. Harvard Business review, Mars – April, 59-67.

Vedlegg

1. Godkjenning fra NSD

2. Informasjonsbrev

3. Intervjuguide

Vedlegg 1 - Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfages gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 321 884

Anne Karin Lindahl
Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 21.03.2016

Vår ref: 47513 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.02.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

47513	<i>Hvordan håndterer ledere implementering av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern? En kvalitativ intervjustudie for å finne ut hvordan ledere i psykisk helsevern jobber med implementering av kvalitetsindikatorer i egen avdeling/enhet</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne Karin Lindahl</i>
<i>Student</i>	<i>Heidi Flinterud Rismoen</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, 18.11.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Siri Tenden Myklebust

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

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uib.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 47513

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men vi forutsetter at informasjonen om hvordan dataene lagres i prosjektperioden presiseres før utvalget kontaktes. Dette fordi det ikke er riktig å si at data lagres anonymt når det benyttes en koblingsnøkkel. Dataen lagres da i avidentifisert form.

Personvernombudet forutsetter at det ikke innhentes personopplysninger om pasienter, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig. Personvernombudet minner om at data bør innhentes og lagres i systemer innenfor virksomhetens kontroll. Bruk av eventuell databehandler må avklares med Universitetet i Oslo. Institusjonen er ansvarlig for at personopplysningene behandles på en sikker måte gjennom hele prosessen.

Vedlegg 2 - Informasjonsbrev

Heidi F. Rismoen

Storvænna 6

2212 Kongsvinger

Mobil 970 18 336

Kongsvinger 01.04.2016

Epost: h.f.rismoen@studmed.uio.no

Forespørsel om deltakelse i intervjustudie om ledelse og kvalitet.

Bakgrunn og formål

Dette er en henvendelse til deg med spørsmål om deltagelse i en intervjustudie. Formålet med studien er å fremskaffe kunnskap om hvordan ulike ledere håndterer implementering av kvalitetsindikatorer og måltall i psykisk helsevern. Kvalitetsindikatorer og måltall kan ha ulik hensikt/formål og være utarbeidet både nasjonalt og lokalt. Det å bli målt i arbeidet kan være en stor utfordring for mange.

Problemstillingen er slik: «*Hvordan håndterer ledere implementering av kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern?*» Prosjektet er en masterstudie ved Universitetet i Oslo, avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Veileder og ansvarlig for masterprosjektet er professor Anne Karin Lindahl.

Hva innebærer deltakelse i studien?

I studien vil 5-6 avdelingssjefer/enhetsledere ved ulike psykiatriske avdelinger i Sykehuset-Innlandet bli intervjuet. Disse har jeg strategisk valgt for å skape mangfold i studiematerialet. Spørsmålene vil omhandle lederes erfaringer med implementering av kvalitetsindikatorer og måltall i egen enhet/avdeling. Jeg vil undersøke hvordan implementeringen har vært håndtert og hvilke utfordringer og suksessfaktorer dere ledere har opplevd. Intervjuene vil ha en varighet på ca. 45 minutter og gjøres via videokonferanse eller direkte møte. Intervjuene vil bli tatt opp på lydopptager som vil bli skrevet ned og slettet umiddelbart etter intervjuet. Det vil også bli gjort notateter underveis i intervjuet.

Mulige fordeler ved å være med i studien

Du vil ikke få noen fordeler av å delta i studien. Erfaringer fra studien vil imidlertid kunne komme din og andre avdelinger/enheter til gode gjennom ny erfaring og kunnskap. Jeg vil sende deg et eksemplar av oppgaven når den er ferdig.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Jeg er underlagt taushetsplikt. En kode vil knytte opplysninger til en navneliste (avidentifisert form). Det er kun jeg som vil ha tilgang til navnelisten som vil ligge innelåst på sykehuset adskilt fra det innsamlede datamaterialet. Når studien publiseres vil det ikke være mulig å identifisere lederne i studien. Som informant vil du ha rett til å få korrigert feilaktig

opplysninger. Dersom du velger å trekke deg fra studien vil du ha full rett til å få innsamlede opplysninger slettet.

Intervjuene planlegges gjennomført i perioden april – juni 2016. Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. november 2016. Alle innsamlede opplysninger vil bli slettet seinest denne datoen.

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, evt. slettet. Hvis du underveis velger å trekke deg vil ikke få noen konsekvenser for ditt arbeidsforhold ved Sykehuset Innlandet HF. Daglig ansvarlig for studien er professor Anne Karin Lindahl, mobil nr. 930 11 169, e-post: a.k.lindahl@medisin.uio.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Har du spørsmål om studien er du velkommen til å ta kontakt med undertegnede eller veileder på telefon eller e-post. Hvis du ønsker å delta i studien vennligst ta kontakt med undertegnede innen 2 uker fra mottak av dette brevet. Kontaktinformasjon finner du øverst i brevet.

På forhånd takk!

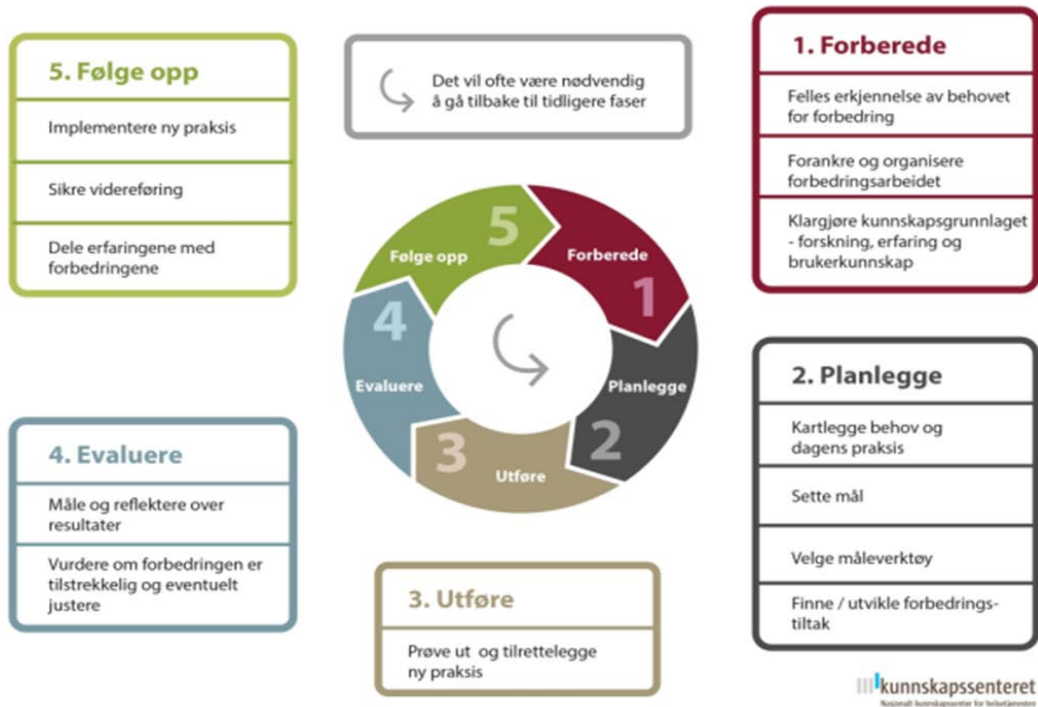
Med vennlig hilsen

Heidi Flinterud Rismoen
Kvalitetsrådgiver
DPS Kongsvinger

Vedlegg 3 - Intervjuguide

Tema	Spørsmål
<p><u>Kvalitetsindikatorer</u> Kunnskaper om ulike kvalitetsindikatorer og deres formål.</p> <p>Nasjonale: f.eks., epikrisetid, fristbrudd, oppdaterte ventetider</p> <p>Lokale: f.eks. ikke godkjente dokumenter i DIPS og antall konsultasjoner per behandler i snitt per uke.</p> <p><u>Implementering av kvalitetsindikatorer</u> Hvordan de konkret jobber med implementeringen</p> <p><u>Utfordringer knyttet til implementeringen</u> Stikkord: Kan det ha noe med motstand mot endring å gjøre? Vil behandlere ikke måles? Spesielt for psykiatrien (kultur)? Manglende lederforankring? Kan det være hvordan indikatorene er presentert (formålet)?</p> <p><u>Suksessfaktorer knyttet til implementeringen</u></p>	<p>Fortell litt om deg selv, enheten og hvordan dere jobber her.</p> <p>Kjenner du til de ulike nasjonale kvalitetsindikatorerne som er spesielt for psykisk helsevern for voksne og deres formål? Nevn noen.</p> <p>Kjenner du til lokale indikatorer/måltall utarbeidet av divisjonen?</p> <p>Tenker du at det er noen forskjell på kvalitetsindikatorer og måltall?</p> <p>Mener du at ansatte i din enhet kjenner til ulike kvalitetsindikatorer og deres formål? (både nasjonale og lokale).</p> <p>Hva assosierer du med begrepet <u>implementering</u> i forhold til kvalitetsarbeid og kvalitetsindikatorer?</p> <p>Kan du fortelle hvordan implementering av og jobbing med ulike kvalitetsindikatorer foregår ved din enhet/avdeling? (lokale og nasjonale indikatorer - kom gjerne med eksempel på hvordan dere jobber).</p> <p>Ser du spesielle utfordringer knyttet til implementering av og jobbing med kvalitetsindikatorer? Kan du tenke deg hvorfor?</p> <p>Hvor eller i hvilken fase i kvalitetsforbedringsprosessen mener du at det evt. «stopper opp»? Se fig. 1 på neste side.</p> <p>Hva tror du blir viktige faktorer for å lykkes med implementeringsarbeidet? Gi meg en topp 3 liste.</p> <p>Har du noe du vil tilføye til slutt?</p>

Modell for kvalitetsforbedring



Figur 1: Kvalitetsforbedringsprosessen