

Mottak til pasientens beste

erfaringer fra et lokalsykehus i endring

Venke Sørli, Helga Helland Finstad og Thorbjørg Guttormsen

Venke Sørli, Professor, Høgskolen i Bodø, venke.soerlie@hibo.no

Helga Helland Finstad, Dosent, Høgskolen i Bodø, helga.finstad@hibo.no

Thorbjørg Guttormsen, Førstelektor, Universitetet i Tromsø, thorbjorg.guttormsen@uit.no

Sammenheng

Hensikten med denne artikkelen er å undersøke ansattes erfaringer fra et sykehusprosjekt der de var deltagere i å forbedre mottak av pasienter. Det ble anvendt fokusgruppeintervju i datasamlingen. Data fra de tre fokusgruppeintervjuene ble analysert ved hjelp av fenomenologisk hermeneutisk metode. Resultatet viser følgende tematiske områder som er forbedret for pasienter og ansatte; Ny organisering av mottak, Tydeliggjøring av ansvar, Standardisering av rutiner og Forbedring av dokumentasjon. Temaene viser et gjennomgående fokus på pasientens beste ved det nye mottaket. Konklusjonen er å anta at ved å inkludere pasienter og pårørende i videre forskningsprosjekter, om deres erfaringer med det nye mottaket, kan man få et mer nyansert bilde av et mottak til pasientens beste.

Referee*

Nøkkelord

mottak, forbedringer, pasientens beste, ansatte

Introduksjon

Ledelsen ved et av lokalsykehusene i Nord - Norge henvendte seg til Høgskolen i Bodø med forespørsel om et forsknings-samarbeid mellom institusjonene for å dokumentere og publisere et endringsprosjekt som pågikk ved sykehuset; ”Integreringsprosjektet – forbedring gjennom involvering”, sprang ut fra ideen om at alt kunne gjøres bedre ved sykehuset (Strauman 2007). Modellen som ble valgt

for å studere pasientens vei gjennom systemet og forbedre de ulike funksjonene pasienten er i kontakt med var Pasientfokusert Redesign (Husom 2003, Ringerike sykehus 2004). Modellen representerer en systematisk metode som innebærer at en går kritisk igjennom alle leddene i en behandlingsskjede sett fra pasientens ståsted.

De grunnleggende prinsippene i det pasientfokuserte designet er at de beste løsningene ofte finnes hos de som kjenner utfordringene best (Husom 2003, Ringerike sykehus 2004). For å få dette til ble ansatte invitert til å delta i et systematisk forbedringsarbeid på alle nivåer ved sykehuset. Arbeidet besto i å kartlegge, analysere, justere, teste ut og innføre forbedringer. Formålet med endringsarbeidet var å få et kvalitetsmessig bedre og mer effektivt sykehus for pasienter og ansatte. Endringsprosjektet ved sykehuset hadde en klar profil gjennom å anvende metaforen ”pasienten først” (NOU 1997: 2, Nylhen & Støkken 2002, Strauman 2007).

Vi takket ja til å dokumentere gjennom forskning det organisatorisk forbedringsarbeid ved sykehuset. Resultatet av det første studiet vi gjennomførte viser at et endringsarbeid krever aktiv deltakelse, dialoger og samarbeid for å forbedre sykehuset. Det krever vilje og mot til å rokke ved etablert praksis og ”å rydde i eget hus” for å få til nyskaping og kvalitet. Kunnskap og erfaring fra forskjellige faggrupper kom til uttrykk og smeltet sammen til nye tanker og ideer, uten opplevelser av konkurranse og profesjonskamp (Guttormsen et al. 2008).

I den andre studien fra det samme integreringsprosjektet har vi intervjuet de ansatte som valgte å stå utenfor og ikke delta i det organisatoriske endringsarbeidet. Resultatet viser til informantenes erfaringer og deres opplevelse av sårbarhet, det å stå utenfor og bekymring for det ukjente (Jakobsen et al. 2010).

Hensikten med denne tredje og siste delstudiet fra det samme prosjektet er å presentere ansattes erfaringer med å utvikle et nytt mottak av pasienter. De ansatte hadde følgende overordnet mål for å forbedre mottaket til pasienter:

”Vi skal skape en mottakelsesprosess hvor vi yter god service. Vi definerer service som kort ventetid, god informasjon og vektlegger det mellommenneskelige møtet. I tillegg må rutinene være effektive med godt tverrfaglig samarbeid”.

I følge Borgen & Lunde(2007) foregår det kontinuerlig endringsprosesser i sykehus for å kvalitetssikre og utvikle helsetjenestetilbudene, gjøre organisasjonene mer effektive og med høyere kvalitet på tjenestene. I Norge og internasjonalt kan en vise til omfattende helseforskning både når det gjelder pasient og ansattes perspektiv, organisasjonsstudier av sykehus og ledelse, samt evaluering av omorganisering (Carlsen 2006, Finstad 2005, Josefson 1991, 1998, Rolland 2006, Sørli et al. 2004, 2005, 2006). Iverksettingen av endringsprosesser avhenger av tillit mellom aktørene, vilje til dialog og fravær av overstyring. En åpen og delaktig læreprosess kan bidra til endret praksis gjennom kunnskapsproduksjon (Amin & Cohendet 2004, Gibbons et al. 2002, Monsen 2000, NOU 1997: 2). Studier av sykehus som case, der en iverksetter omfattende endrings- og integreringsarbeid som berører alle involverte, er også dokumentert gjennom forskning (Eikeland & Fossestøl 1998, Finstad 2000, Jakobsen 2005a, 2005b).

Hensikt

Formålet med denne del studien er å beskrive ansattes erfaringer med å utvikle et forbedret mottak av pasienter ved sykehuset.

Problemstilling

Hvilke forbedringer erfarte personalet i forbindelse med mottak av pasienter?

Metode

Utvalget

Utvalget er informanter som alle har deltatt aktivt med endringsarbeid i de ulike prosessgruppene. Etter anbefaling fra sykehuset ble det satt sammen tre flerfaglige fokusgrupper med 11 informanter i alderen 28 til 62 år. Utvalget besto av 4 informanter fra prosessgruppen; en lege, to sykepleiere og en fysioterapeut. Fra infrastrukturgruppen deltok 3 informanter; en ergoterapeut, en sykepleier og en lege. De 4 informantene fra ledergruppen var; to leger, sykehusdirektør og en sykepleier.

Fokusgruppeintervju

For å få en forståelse av hvilke forbedringer personalet erfarte i forbindelse med mottak av pasienter ble fokusgruppeintervju av ansatte ved sykehuset valgt. Fokusgruppeintervjuene var sentrert om konkrete forbedringer ved mottak av pasienter ved innleggelse. I følge Bojlen (1995), er fokusgrupper en velegnet metode innen kvalitativ helseforskning, her anvendt for å få frem erfaringer etter sykehusets gjennomførte forbedringsprosjekt. Gruppesamtaler vil gjerne oppleves positivt av deltakerne fordi de setter i gang dialoger og diskusjoner om aktuelle tema. Vi fordelte arbeidsoppgavene i de tre flerfaglige gruppene. I de tre ulike intervjusituasjonene hadde en forsker ansvar som moderator, mens de andre fungerte som ko- moderatorer. (Malterud 1996, Krueger 1994, Kamberelis & Dimitradeis 2006, Sørfonden & Finstad 2000, Wadel 1991).

Følgende spørsmål ble gitt til alle tre gruppene:

Har endringsarbeidet i Integreringsprosjektet ført til forbedringer?

Hva har særlig fått betydning for deg, for tjenesten totalt og for pasienten?

Utover de to faste spørsmålene ble informantene bedt om å fortelle fritt om sine erfaringer fra endringsarbeidet med å forbedre mottak av pasienter. Oppfølgende spørsmål ble foretatt ved uklarheter (Mishler 1986, Malterud 1996). Hvert intervju varte ca. en time. Intervjuene ble tatt opp på bånd og skrevet ned ordrett.

Dataanalyse

Analysemetoden som anvendes er fenomenologisk hermeneutisk metode inspirert av den franske filosofen Ricoeur (1976). Denne analysemetoden er særlig godt egnet for analyse av intervjutekster. Metoden består av tre faser. I første fase, den *naive lesing*, gjøres den første tolkning etter flere gjennomlesinger av intervjuene. Her får forfatterne et inntrykk av hva teksten handler om. I neste fase, *strukturanalysen* (resultater), deles teksten inn i meningsenheter. Meningsenhetene fremkommer i setninger, avsnitt eller hele sider. Meningsenhetene kondenseres og tema eller subtema fremkommer. I siste fase av analysen, *tolket helhet* (diskusjon), brukes forfatterens forforståelse, den første tolkningen, resultatene og relevante teorier for å forstå ytterligere de funn som fremkom (Lindseth & Norberg 2004).

Etikk

Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, og om anonymisering av data. De fikk informasjon at deltakelsen var frivillig og at de kunne trekke seg fra studien om de ønsket det. Deltakerne ga skriftlig informerte samtykke i henhold til Helsinkideklarasjonen og Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora (Ruyter et al. 2010). Egnert rom ble valgt for intervjuene og det ble satt

av tid til spørsmål og oppklaring før intervjuene startet.

Pålitelighet og Gyldighet

En kvalitativ studie fordrer pålitelighet for at den kan være gyldig. Cronbach (1970) hevder at en hermeneutisk definisjon på validitet er knyttet til selve gjennomføringen av undersøkelsen. I forlengelsen av et slikt syn kan man hevde at kvalitative data ikke utleder kunnskaper som er absolutt usanne eller absolutt sanne, men har til hensikt å bidra til ny viten og

forståelse. Vi planla og gjennomførte forskningsprosessen så etterrettelig som mulig, og med et kritisk og reflektert blikk for å skape pålitelige data.

Resultat

Resultatene presenteres under hovedtema, tema og undertema som ble identifisert gjennom analysen av data fra fokusgruppeintervjuene. Tabell 1 viser en oversikt over hovedtema, tema og undertema.

Tabell 1. Oversikt over hovedtema, tema og undertema

Hovedtema: Pasienten først	
Tema:	Undertema:
Ny organisering av mottak	<i>Tidligere mottak</i> <i>Døgnskuttinuerlig mottak</i>
Tydeliggjøring av ansvar	<i>Døgnskuttinuerlig mottakssykepleier</i>
Standardisering av rutiner	<i>Nye rutiner</i> <i>Øvelser på uforutsette hendelser</i>
Forbedring av dokumentasjon	<i>Klargjøring av oppgaver</i> <i>Inntaksrapport</i> <i>Informasjon og koordinering</i>

Ny organisering av mottak

Tidligere mottak

Alle ønsket en endring av mottaket ved sykehuset. Tidligere kom pasienten rett til avdelingen, som på en måte ble et brudd med de daglige rutinene. Grunnen til at tilbudet er bedre er at personalet slipper å tenke på de plutselige ekstraoppgavene som de fikk ansvar for; ”*Tidligere kunne det skje at pasienten kom inn når det passet minst*”. Mottak av pasienter ble derfor basert på at en av sykepleierne som var på vakt på intensivavdelingen tok i mot pasientene i mottaket mellom kl. 07.00 og 23.00 alle hverdager. Sykepleieren som møtte pasientene i mottaket hadde da ansvaret for dem og fulgte alle til

undersøkelser, utførte prosedyrer og var med pasientene helt frem til innleggelsen i de respektive avdelinger. Etter kl. 23.00 og hele døgnet i helgene var mottaket stengt og alle pasienter kom derfor direkte til intensiv avdelingen. Tidligere kom pasienten direkte inn på de ulike avdelingene. Disse rutinene var nå endret ut fra ønsket om et bedre mottak for pasientene. Informantene mente at trykket på avdelingene kunne ha stor betydning for hvordan mottaket av pasienten ble. Det var lite system og dokumentasjon på hvordan ting skulle gjøres. Det ble derfor tilfeldig hva slags prøver og undersøkelser som ble utført; ”*Tidligere måtte pasientene vente i timevis bare for å få snakke med en lege*

eller få ordnet papirer for å komme videre i systemet”.

Døgnkontinuerlig mottak

Ansatte hadde klare mål med å foreta endringer i organisasjonen. Forbedringer av mottaket var det første endringsarbeidet som ble gjennomført ved sykehuset. En informant uttaler; ”Vi ser jo resultatene nå. Mottaket går på skinner, alle vet hva som skal gjøres og pasientene har fått langt mindre ventetid. Vi erfarer og ser en tilfredshet hos pasienter og pårørende”. Informantene sier de er stolt over det nye døgnkontinuerlige mottaket. Nå slipper de å tenke på de plutselige ekstraoppgavene. Det nye mottaket av pasienter som innlegges ved sykehuset er sikret ved at de umiddelbart blir møtt av døgnkontinuerlig mottakssykepleier, som også blir benevnt mottakssykepleier og pasientansvarlig sykepleier. Informantene mener at det er mye mer effektivt i mottaket nå når en mottakssykepleier har ansvaret. Denne sykepleieren arbeider ved avdelingen og gjør andre oppgaver, men når en pasient kommer til sykehuset er det hun som har ansvaret for å ta imot pasienten. På den måten utnyttes ressursene bedre ved sykehuset. Nå er mottakelsen åpent hele døgnet med personell i turnus. Personer som tidligere var på AMK - sentralen, legevaktformidlingen og ambulansen ble flyttet over til mottaket. Ved ledig kapasitet blir personalet brukt som en ressurs i hele sykehuset og særlig i mottaket.

Tydeliggjøring av ansvar

Døgnkontinuerlig mottakssykepleier

I det nye mottaket har døgnkontinuerlig mottakssykepleier ansvaret for å møte pasienten umiddelbart; ”For det er jo ansiktet utad for sykehuset, og det er jo viktig at pasientene føler seg velkomne når de kommer”. Det er mottakssykepleier som koordinerer mottak ved alle innleggelse; ”Ja, hos oss merker vi veldig

godt dette med at pasienten blir tatt vare på tidlig. De føler seg mottatt. Helt fra de kommer inn døra, er det faktisk noen som tenker på dem.”.

Det er ingen ventetid før pasienten møter sykepleieren i mottaket; ”Det at det er en mottakssykepleier som står klar, at de slipper å bli lagt på et undersøkelses rom og ligger der å vente, slik som tidligere, ja til en av oss hadde tid eller til legen kom er en betydelig forbedring”. Informantene mente at en tydeliggjøring av ansvaret som ligger hos én person, det vil si, mottakssykepleier var svært viktig. Ansvaret handlet om å ta imot og registrere pasienten som innlagt innen kortest mulig tid og maksimum innen 30 minutter. Sykepleier registrerer, kontakter og informerer pasientens pårørende. Hun er den ansvarlige for å gi god informasjon. Videre ringer mottakssykepleier til legen etter at undersøkelser og prøvetakinger er tatt, og melder pasienten for innleggelse til avdelingen.

Viktige forbedringer som er gjennomført i mottaket er at pasientansvarlig lege har delegert et tydeligere ansvar med standardiserte oppgaver til mottakssykepleier. Eksempel på delegerte oppgaver er: Puls- og blodtrykkmåling, EKG, blodgass, urinundersøkelser, temperaturmåling, innlegging av veneflone og bestilling av blodprøver.

Det som har vært av stor betydning for personalet i mottaket og tilhørende service avdelinger er et *forbedret tverrfaglig samarbeid* gjennom tydeliggjøring av den enkelte gruppes ansvar og oppgaver; ”Dette har gitt god effekt i arbeidet, og en ser tydeligere ansvarsområde og ressursene som de andre representerer”. Mottaket av pasienten er forbedret gjennom det tette samarbeidet mellom pasientansvarlig sykepleier og pasientansvarlig lege.

Standardisering av rutiner

Nye rutiner

I det nye mottaket er det innført mange nye prosedyrer i forhold til hva som skal gjøres i mottakssituasjonen, i forhold til de nye rutinene som er igangsatt og undersøkelsene. Rutinene for standardiserte undersøkelser er forbedret og akseptabel tid for denne aktiviteten er innført. Mottakssykepleier vet hva som skal gjøres, noe som i seg selv er tidsbesparende, dermed er ventetiden for pasientene redusert og behandlingen kan iverksettes tidligere enn før.

Et eksempel på standardisering av rutiner er at diverse undersøkelser og prøvetakinger skal være utført og registrert i pasient journalsystemet så raskt som mulig og innen 30 minutter; ”*Tidligere var vi vant til å tenke innenfor gitte og etablerte rammer. For å kunne forbedre rutiner ved mottak, handlet det om å rokke ved etablerte pilarer*”.

Informantene vektlegger at de har klart å endre rutiner, vaner og forbedret mottaket ved sykehuset. De startet forbedringsprosjektet med at de prøvde å sette seg inn i pasienten sin situasjon for å tenke gjennom: ”*Hva ønsker jeg som pasient å bli møtt med når jeg kommer til sykehuset?*” Samtidig ble det stilt spørsmål om hvordan mottaket fungerer i dag og det ble uttalt: ”*Hvorfor har vi egentlig gjort det sånn?*” De opplevde det som inspirerende å prøve og å finne nye løsninger og fremme forslag på hvordan de selv ville bli tatt imot på sykehuset.

Innføring av ”*Best team*” ved mottaket innebærer at personell fra f. eks laboratoriet, røntgen og anestesivdelingen opplever at deres roller er avklart. ”*Best team*” innebærer at pasientansvarlig lege kommer raskt til mottaket for å møte pasientene. Pasientene vet hvilken avdeling de blir lagt inn på og de er ventet der. Dette erfarer informantene som betydelige forbedringer; ”*Vi får høre at pasientene*

føler seg bedre ivaretatt nå, og vi får mange positive tilbakemeldinger fra dem”.

Øvelser på uforutsette hendelser

En del av forbedringene var innføringen av uanmeldte øvelser for å se hva og hvordan personalet kunne gjøre mottaket bedre for pasientene. Spørsmål som ble reist under uanmeldte øvelser var eksempelvis; ”*Må pasienten legges på båre? Hva gjør vi når heisen står?*” Gjennom øvelsene ville personalet utvikle nye kunnskaper om ting de kunne gjøre bedre for pasienten. Det var vesentlig for informantene at pasientene ble ivaretatt på en kvalitativ god måte, at rutinene ble skjerpet, og at det ble gjennomført øvelser på uforutsette hendelser; ”*Det med innføring av øvelser, det er en kjempeforbedring fordi pasientene blir tatt imot på en helt annen måte nå enn før*”.

Forbedring av dokumentasjon

Klargjøring av oppgaver

Dokumentasjon av de ulike profesjoners tjenester er blitt betydelig bedre sier informantene. Dokumentasjonen er detaljert og viktig i det daglige arbeid og ved nytilsetninger ved sykehuset. Det er lagt vekt på å forenkle oppgavene, tydeliggjøre roller for å utvikle et mer strømlinjeformet mottak. Gjennom å dokumentere praksis, skrive målsettinger og fordele ansvar tok de bort alt som var unødvendig og tungvint dobbeltarbeid. En av informantene sier om pasientens møte med sykehuset;

”*Jeg tror det har bidratt til blant annet at ting går raskere unna. Alle pasientene blir behandlet likt. Det er ingen som blir nedprioritert, det er ingen forskjellsbehandling, sånn som det var før. Jeg tror nok at det er en vesentlig forbedring i forhold til pasientene*”.

Det ble gjennomført grunnleggende dokumentasjon som bidro til å forbedre og kvalitetssikre pasientens vei gjennom systemet. I tillegg til å dokumentere avviksmelding har de nå innført en ny type dokumentasjon som de kaller *forbedringsmelding* for å snu fokus også til å gjelde forbedringspotensialer ved mottaket.

Inntaksrapport

Mottakssykepleier skriver rapport om pasientens mottagelse, opphold i mottaket, gjennomføring av undersøkelser, dokumenterer aktuelle undersøkelser ved laboratoriet og røntgenavdelingen. Det føres kurve og prejournal. Mottaket har også innført rapporteringsskjema til bruk ved overflytting fra mottakelse til avdeling. Tidligere var det kun muntlig informasjonsutveksling. DIPS er et datasystem som er innført i Helse Nord for pasientadministrasjon og elektronisk pasientjournal i sykehuset. Datasystemet bidrar til å håndtere pasientdokumentasjon uten papirjournaler. DIPS systemet er en del av sykehusets kvalitetssikring, er til stor hjelp for ulike faggrupper og gjør sykehuset i stand til å drive mer effektivt.

Informasjon og koordinering

Etter at undersøkelser og pasientregistrering er gjennomført ringer mottakssykepleier til legen samt melder pasienten til avdelingen. Den interne kommunikasjonen mellom lege og mottakssykepleier blir gjennomført raskest mulig for å vurdere pasientsituasjonen og iverksette behandling. Mottakssykepleier kontakter og informerer pårørende, hjemmesykepleier og pasientens faste lege. Mottakssykepleier er den som har det totale ansvaret for rapportering og koordinering av de tjenester som skal utføres i mottaket. Ansvaret for koordineringen er lagt til mottakssykepleier og er det mest sentrale i forbedringsarbeidet. Kvalitetssikring av de

ulike tjenestene handler om en forbedret dokumentasjon.

At mottaket fungerer har bidratt til at sykehuset har utviklet seg til å bli mer effektivt. Dette ble begrunnet med at det nå er én person som koordinerer tjenestene til pasientene. De holder kontakten med serviceavdelingene som skal bidra med sine tjenester: ”Nå er det en person, mottakssykepleier, som holder tråden hele veien og holder kontakten med de andre serviceavdelingene som skal trå til med sine tjenester. På den måten er det døgnkontinuerlige mottaket mer effektivt”.

Diskusjon

I første og andre delstudie (Guttormsen et al. 2008, Jakobsen et al. 2010) erfarte ansatte ved sykehuset at alle ble invitert til deltagelse og valgte selv om de ville være aktivt involvert. Dette gjaldt alle yrkesgrupper, ikke bare de toneangivende som leger og sykepleiere. Den gjensidige anerkjennelsen både som fagpersoner og kollegaer antas å være en av grunnene til den positive erfaringen de involverte hadde i forhold til forbedringer som ble gjennomført. De hadde således et eierforhold til prosess og resultat (Finstad & Løvland 2006, Monsen 2000).

Resultatene fra denne studien om forbedringer i mottaket viser at når informantene tenker *pasienten først*, er det ikke kun en tenkning om en kvalitativ god omsorg i mottakelsen av pasienten, men inkluderer også en forbedring av samtlige rutiner i et døgnåpent mottak. Deres omsorgstenkning er knyttet til gamle vedvarende og gjengrodde rutiner og praksis, som de nå *er åpne for å endre*. Informantene var ikke opptatt av om det eksisterte en ukultur i mottaket eller ikke. De understreket betydningen av å *stille spørsmål* ved det etablerte gjennom å ’snu gamle steiner’ (Carlsen 2006, Eikeland & Fossetøl 1998).

I følge Jakobsen (2005b) og Wærness (2005) er omsorgskulturens arbeidsformer vesentlig for kvalitet og er uproblematisk i avdelinger som er gode. I organisasjoner som opprettholder en ukultur er det betydelige utfordringer. Resultatene i denne studien viser at informantene hadde oppmerksomheten mot *strukturelle* forhold i mottaket, som eksempelvis avdelingens struktur, rutiner og rolleavklaringer. Endringene basert på informantenes omsorgstenkning representerer mottakets *avdelingskultur*. Det å rokke ved denne kulturen kan være *risikofylt*. Å ta risiko er å gi avkall på kontroll over det etablerte (Dowling 1986).

For at pasientene skulle oppleve et *bedre sykehus*, startet de ansatte forbedringsarbeidet med å tenke konkrete endringer for *pasientens beste* (NOU 1997: 2). Deres omsorgsforståelse handlet om å *sette seg selv inn i pasientenes sted* for at de skulle få det beste mottak (Jakobsen 2005 a).

Det kreves mot og fleksibilitet i håndteringen av nye situasjoner og oppgaver (Bateson 19723). Det er rimelig å anta at informantenes *fleksibilitet og mot* handlet om å sette seg selv og gamle rutiner 'til side', og samtidig ta risikoen ved 'å snu steinene'. De tilskuer ikke noe på avstand, men engasjerer seg, og er på en måte deltaker i pasientens situasjon ved at de prøver å sette seg inn i pasientens sted. Skjervheims (1996) distinksjon mellom tilskuer eller deltager er vesensforskjellige maktposisjoner i mellommenneskelige relasjoner. Ut fra deltaker -posisjonen, utvikles ideen om *pasientens beste og pasienten først*. Deltakerne stilte undrende og kritiske spørsmål til den etablerte organisasjonen og dens rutiner. "Hvorfor har vi egentlig gjort det sånn i alle år?" Det å stille spørsmål til det bestående kan bety at spørsmålene i seg selv ble et viktig *redskap* for å ta i vare pasientfokus. På

alle nivåer i organisasjonen var det *legitimt* å stille kritiske spørsmål til det etablerte.

Monsen (2000) har forsket på et toppleder-program som tar utgangspunkt i en type arbeidsgiverpraksis som er velkjent i offentlig sektor; kravet til fornyelse og effektivitet. Dette var også et eksplisitt mål ved sykehuset i Nord-Norge. Resultatet av vårt forskningsprosjekt viser en sammenheng mellom ledelsens delegering av ansvar og myndighet og de ansattes engasjement i endringsarbeidet med det nye mottaket (Finstad 2000). Ledelse består av en kritisk balanse mellom makt og tillit. I organisatoriske endringsarbeid vil det alltid være slik at makt truer tillitsforholdet (Sørhaug 1996). Informantene i vår studie erfarte en stor trygghet i endringsarbeidet. Invitasjonen til alles deltakelse ble oppfattet som en tillitserklæring fra ledelsen om å forvalte pasientenes og sykehusets interesser. De blir inspirert av en tillit til deres endringskompetanse, og får et eierforhold til endringene fordi de er deltagere i et selvstyrt og lokalt forbedringsarbeid (Amin & Cohendet 2004, Jakobsen 2005b, Sørhaug 1996). Personalet er engasjert i saken om å endre mottaket. Deres forslag, framstilling av saken, deres erfaringer, opplevelser og meninger handler om likestilte personer som snakker om samme sak, et felles anliggende om å sette *pasienten først* (Rolland 2006).

Den aktive deltagelse i endringsarbeid finner vi som en vilje til å sette pasienten først ved å bygge bro mellom pasienter og de ansattes behov og sykehusets behov for endring og forbedring av mottaket ved sykehuset i Nord-Norge. Endringsarbeidet ved sykehuset ble gjennomført med forankring i arbeidstakernes *egne ideer*. Således er det rimelig å anta at de ansatte fikk et *eierforhold* til et fornyet og endret mottak. Når forbedringer skjer gjennom spørsmål, diskusjoner, vurderinger og idé skapning, kan dette sees på som et *inkluderende fellesskap* som virker

motiverende for den enkelte og for hele kollegiet. I et arbeidskollektiv, kan det være enklere og lettere å stille åpne og kritiske spørsmål til det etablerte når ideene og spørsmålene løftes i flokk. Dette er i tråd med Lysgårds utlegning om arbeiderkollektivet (1972). Dersom de kritiske spørsmålene hadde blitt reist av enkeltpersoner, som nytilsatt, nyutdannet sykepleier eller turnuskandidat, krever det et større mot og kanskje en redsel for å bli betraktet som negativ kritiker og bedreviter, og som i verste fall kan føre til reprimander og utstøtelse i miljøet (Hustad 2006). Når det åpnes for spørsmål kollektivt kan dette virke samlende og således være et bidrag til opplevelsen å ha et eierforhold til endringsarbeidet (Guttormsen et al. 2008). Dette kan føre til at de ansatte opplever en trygghet ved deltagelsen i det tverrfaglige samarbeidet fordi de diskuterer utfordringer og ideer til forbedring og ser gevinsten av et pasientfokuserert endringsarbeid.

Denne studien har hentet sine data fra ansatte i sykehuset hvor man ber dem fortelle om og resonere over forbedringsarbeid i mottak av pasienter. De hevdet at mottaket er forbedret. Resultatet er nødvendigvis ikke ensbetydende med at det nye mottaket ved sykehuset faktisk er blitt bedre for pasienten og deres pårørende. Gjennom å inkludere pasienter og pårørende i videre forskningsprosjekter, om deres erfaringer med det nye mottaket, vil man få et mer nyansert bilde av et mottak til pasientens beste. Derfor anbefaler vi at langt flere forskningsprosjekter lar brukerne og deres pårørende sine stemmer blir hørt for å kvalitetssikre og utvikle helsetjenestetilbudene.

Takk

Takk til alle informantene som deltok i denne undersøkelsen. En spesiell takk til ledelsen ved lokalsykehuset som inviterte oss til å gjennomføre forskningsprosjektet.

Takk til Høgskolen i Bodø og Universitetet i Tromsø som bidro med prosjektmidler.

Litteratur

- Amin A, Cohendet P (2004) *Architectures of knowledge, firms, capabilities, and communities*. Oxford University Press, Oxford
- Bateson G (1972) *Steps to an ecology of mind*. New York
- Borgen PC, Lunde B (2007) "Sykehuset er en meget spesiell opplevelse". *Utfordringer i HMS- arbeidet i sykehuset. Tidsskrift for velferdsforskning* 10 (4) 334 -345
- Bojlen S (1995) Det fokuserte gruppeintervju I: Lunde IM, Ramhøj P (red.) *Humanistisk forskning*. Akademisk forlag, København
- Carlsen A (2006) Organizational becoming as dialogic imagination of practice. *Organization Science* 17 (1) 132-147
- Crohnbach LJ (1970) *Essentials of psychological testing*. Harper & Row, New York
- Dowling GR (1986) Perceived risk: The concept and its measurement. *Psychology and Marketing* 3, 193-210
- Eikeland O, Fossestøl K (1998) *Kunnskapsproduksjon i endring. Nye erfaringer og organisasjonsformer*. Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie, nr. 4. Lunds universitet. AFI WRI, Lund
- Eriksen EO (1993) *Den offentlige dimensjonen. Verdier og styring i offentlig sektor*. Tano, Oslo
- Finstad N (2005) *Organisering og styring av helseforetakene. Helse Nord som et Case*. NF- arbeidsnotata nr.1009/2005. Nordlandsforskning, Bodø
- Finstad N (2000) Ansvarliggjøring og myndiggjøring som endringsmulighet. Art. I: *Tid for forandring*. Dahl T, Finstad N, Opdahl MT (red). Kommuneforlaget, Oslo 68-112
- Finstad N, Løvland J (2006) Organisasjonsretorikk; dialog og endring. *Scandinavian Journal of Business Research* 2, 120-147

- Gibbons C, Limoges NH, Schwartzman S, Scott MT (2002) *The new production of knowledge*. SAGE, London
- Guttormsen T, Finstad HH, Sørli V (2008) Vilje til forbedring – Erfaringer med å delta i organisatorisk endringsarbeid ved Nordlandssykehuset Lofoten. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 2, (4) 45-53
- Husom N (2003) Ringerikes herre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 7 (3)
- Hustad J (2006) *Varsleren*. Spartacus forlag A/S, Oslo
- Jakobsen R, Sørli V, Finstad HH, Guttormsen T (2010) Å stå utenfor i endringsprosesser på egen arbeidsplass. Artikkelen er akseptert i tidsskriftet *Vård i Norden*
- Jakobsen R (2005a) *Det handler om å leve - et beskrivende studie av planlegging, oppstart og drift av en sykehjemsavdeling*. Universitetet i Oslo, ISV. Publikasjonsserie 1/95, Oslo
- Jakobsen R (2005b) *Klar for fremtiden? – om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieleidelse*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo
- Josefson I (1991) *Kunskapens former. Den reflekterande yrkeskunnandet*. Carlssons forlag, Stockholm
- Josefson I (1998) *Låkares yrkeskunnande*. Studentlitteratur, Stockholm
- Kamberelis G, Dimitradeis G (2006) *Focus Groups*. I: The Sage Handbook of Qualitative Research. 3rd ed. Denzin N K & Lincoln Y S (editors). SAGE Publications, London
- Krueger RA (1994) *Focus groups. A practical guide for applied research*. SAGE Publication, London
- Lindseth A, Norberg A (2004) A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18 (2) 145 -153
- Lysgaard S (1972) *Arbeiderkollektivet*. Aas & Wahls Boktrykkeri, Oslo
- Malterud K (1996) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Tano Aschehoug, Oslo
- Mishler EG (1986) *Research interviewing - Context and narrative*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts and London
- Monsen LK (2000) Ovenfra og ned, nedenfra og opp – om forankring i endringsprosesser. Art. I: *Tid for forandring*. Dahl T, Finstad N, Opdahl MT (red) Kommuneforlaget, Oslo
- NOU 1997: 2 *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Helse – og omsorgsdepartementet, Oslo
- Nylhen B, Støkken AM (red) (2002) *De profesjonelle*. Universitetsforlaget, Oslo
- Ringerike sykehus (2004) *"Pasientfokuset redesign - en metode for forbedringsarbeid ved Ringerike Sykehus HF"*. Ringerike sykehus, 8-12
- Ricoeur P (1976) *Interpretation theory: Discourse and surplus of meaning*. Texas University press, Fort Worth
- Rolland A (2006) Brukertilfredshet som mål for offentlig velferd. *Nordisk administrativt tidsskrift*, 2
- Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH (2010) *Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming*. Gyldendal Akademiske, Oslo
- Skjervheim H (1996) *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Aschehoug Ide og Tanke, Oslo
- Strauman LB (2007) *Infrastruktur – en nøkkel til bedre kvalitet og styring av sykehuset? MBA i helseledelse*, Handelshøgskolen, Høgskolen i Bodø
- Sørfonden W, Finstad HH (2000) Forskerliv og hverdagsliv i samme båt – et tilbakeblikk på erfaringer med fokusgruppeintervju. *Vård i Norden* 3 (20) 39 – 42
- Sørli V, Larsson K A, Kihlgren M (2004) Meeting ethical challenges in acute care work as narrated by enrolled nurses. *Nursing Ethics* 11 (2) 179-188
- Sørli V, Kihlgren A, Kihlgren M (2005) Meeting ethical challenges in acute care work as narrated by registered nurses. *Nursing Ethics* 12 (2) 133-142
- Sørli V, Torjuul K, Ross A, Kihlgren M (2006) Satisfied patients are also vulnerable patients – narratives from acute

care ward. *Journal of Clinical Nursing* 15,
1240-1246

Sørhaug T (1996) *Om ledelse, makt og
tillit i moderne organisering.*

Universitetsforlaget, Oslo

Wadel C (1991) *Feltarbeid i egen kultur.*

En innføring i kvalitativ orientert

samfunnsforskning. SEEK A/S,

Flekkefjord

Wærness K (2005) Social research,

political theory and ethics of care in a

global perspective. In: *Dilemmas of care in*

the nordic welfare state. Continuity and

change. (Ed.Dahl HM, Eriksen TR).

Ashgate Publishing Limited, Aldershot,

Burlington