

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn på kandidat: Hege Beate Jenssen,
Per Christian Moe

Kvalitetsmålinger til nytte eller besvær?

Dato 20.06.16 Totalt antall sider: 60

Innholdsfortegnelse

Forord.....	I
Sammendrag.....	II
Summary in English.....	III
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn.....	2
1.2 Forskningsspørsmål.....	4
1.3 Avgrensing og sentrale begrep.....	5
1.4 Oppgavens videre oppbygging.....	5
1.5 Kvalitet.....	6
1.5.1 Kvalitetsindikator.....	7
1.5.2 Kvalitetsregistre.....	8
1.5.3 Nasjonal Pasientsikkerhetskampanje "I trygge hender".....	8
2.0 Teori.....	9
2.1 Den ideelle økonomiske styringssirkelen.....	10
2.1.1 Visjoner, mål og strategi.....	11
2.1.2 Planer og budsjett.....	12
2.1.3 Handlinger.....	14
2.1.4 Rapportering.....	14
2.1.5 Dekobling.....	15
2.2 Balansert målstyring.....	16
2.3 Bruk av prestasjonsmåling.....	17
2.3.1 Holdningssystemer.....	18
2.3.2 Barrieresystemer.....	19
2.3.3 Diagnostiske styringsystemer.....	20
2.3.4 Interaktive styringsystemer.....	21
2.4 Institusjonell teori.....	22
2.9 Oppsummering.....	23
3.0 Metode.....	23
3.1 Forskningsdesign.....	24
3.2 Gjennomførelse av intervjuene.....	25
3.3 Forskningsetisk vurdering.....	27
3.4 Validitet.....	27
3.5 Relabilitet.....	29
4.0 Empiri.....	30
4.1 Helseforetaksreformen fra 2002.....	31
4.2 New public management (NPM).....	32
4.2.1 Eierskap og Oppdragsdokument.....	32
4.5 Intervjuer av mellomledere ved UNN Tromsø.....	33
4.5.1 Kvalitetsmålingers betydning for visjon, mål og strategi.....	34
4.5.2 Brukes kvalitetsmålinger til å legge planer?.....	37
4.5.3 Handling/aktivitet.....	39
4.5.4 Kvalitetsmålinger til bruk i rapportering/evaluering på avdelingen.....	41

4.5.5 Hovedfunn av fenomenet kvalitetsmålinger på avdelingene	45
5.0 Analyse.....	46
5.1 Kultur og struktur har betydning for bruken av kvalitetsmålinger.....	46
5.2 Implementering og opplæring i bruk av målinger på avdelingene.....	48
5.3 Vi fant variasjon i verdsetting og begrepsforståelse av kvalitetsmålinger.....	50
5.4. Vi oppfattet ingen særskilt kjennskap eller bevissthet rundt overordnede målsetninger, og "sørge for prinsippet"	52
6.0 Oppsummering	53
6.1 Konklusjon:	54
6.2 Etterord.....	55
7.0 Litteraturliste	55
8.0 Vedlegg	58
8.1 Intervjuguide	58

Figurer og tabeller

Figur 1 side 10
Figur 2 side 11
Figur 3 side 17
Figur 4 side 18
Figur 5 side 22
Figur 6 side 26
Tabell 1 side 26

Forord

Denne masteroppgaven representerer avslutningen på studiet MBA Helseledelse, ved Nord Universitet i Bodø. Studiet har gått over to år, med samlinger, forelesninger og deksamener hvert semester. Det har vært krevende, men lærerikt. Nye vennskap på tvers av fylkes- og foretaksgrensene har blitt bygd og erfaringer fra de forskjellige foretakene i nord Norge er delte.

Vi vil med dette takke RHF Helse Nord og UNN Tromsø, ved hjerte-lungeklinikken, for muligheten til å ta studiet. Spesiell takk til studiekoordinatorer, og særlig til Anita Eide "lille frøken", professor Inger Johanne Pettersen, "store frøken", veileder Kari Nyland for uvurderlig hjelp i oppgaveskrivingen og engasjerte forelesere!

Til sist, men ikke minst, vil vi også takke tålmodige partnere, og ikke fullt så tålmodige barn, for nødvendig forståelse og støtte i perioden!

Tromsø 18.06.16

Per Christian Moe og Hege Beate Jenssen

Sammendrag

Bakgrunn

Registreringer og kvalitetsmålinger er et økende fenomen i det norske helsevesenet. Dette er bl.a. en følge av de seneste års helsereformer, hvor kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og økonomiske målsetninger har stått i fokus. Flere av de målingene som foretas er pålagte, og tidskrevende for helseutøvere. Tid som kunne vært brukt til kliniske oppgaver.

Hensikt

Vi vil med denne studien gjøre en analyse av hvor nyttige målinger som foretas på avdelinger er for mellomledere, og hvordan de eventuelt brukes i virksomhetsstyring.

Materiale og metode

Vi har valgt en kvalitativ metode og intervjuet seks mellomledere. Disse arbeider ved forskjellige kliniske avdelinger i den somatiske spesialisthelsetjenesten ved UNN Tromsø. Lederne ble intervjuet ut ifra et teoretisk perspektiv, med spørsmålsformulering hvor vi knyttet målinger og registreringers betydning opp mot den økonomiske styringssirkelen. Dette er en modell for virksomhetsstyring som definerer fire hovedelementer, og om det foreligger koblinger mellom disse: 1. Strategier, mål, og visjoner. 2. Planer og budsjettering. 3. Handlinger. 4. Rapportering. I tillegg har vi knyttet intervjuene opp mot forhold som beskriver hvordan informantene opplever kvalitet og registreringsarbeid.

Resultater

Vi finner at kultur og struktur har betydning for bruk og implementering av kvalitetsmålinger og registreringer. Ledere verdsetter og bruker målinger forskjellig.

Konklusjoner

Målinger og registreringer brukes i mindre grad til virksomhetsstyring på avdelingsnivå i de somatiske avdelingene vi har undersøkt. Særlig gjelder dette avdelinger preget av omorganiseringer. Opprettelse av nye registre og målinger skaper ledelsesutfordringer på avdelingene. Vi finner dekoblinger i forhold til målingers betydning mellom de forskjellige elementene i styringssirkelen. Særlig gjelder dette mellom de overordnede målsettinger og planer. Mellom aktivitetsmålinger og evaluering derimot virker det å være koblinger som

forventet. Et siste funn er at registreringer trolig har betydning for å forme en sikkerhetskultur på avdelingsnivå.

Summary in English.

Background

Registrations and quality measurements are an increasing phenomenon in the Norwegian healthcare system. One of the reasons for this are the recent healthcare reforms, where quality, patient safety, efficacy and economic improvements have been targets. Several of the measurement which are going on, are imposed, and time consuming for the healthcare workers. Time which could have been used for clinical purposes.

Purpose

In this study, we have performed an analysis of the usefulness, of the different measurements, that are going on in the different wards. And more on, how managers in the clinics are using the different measurements in clinical governance.

Material and method

We have chosen a qualitative study and interviewed six clinical managers. These were all working in different somatic healthcare wards at the University hospital of northern Norway, Tromsø. The leaders were interviewed using questions regarding registrations and measurements, and their usefulness in «the economic governance circle». This is a governance model theory, that defines four main elements, and the bonds between them. The elements are: 1.Strategies, goals and visions. 2. Planning and budgeting. 3. Actions. 4. Evaluations. In addition we have asked the informants to give an description on conditions regarding quality and registration work.

Results

The most important findings was the cultural and structural importance, of the use and implementation of the quality measurements and registrations. Managers worship and make different use of the measurements.

Conclusion

Measurements and registrations are less important in clinical governance, in the somatic wards we have examined. Especially in the wards where they had experienced recent structural changes. Establishing of new registry and measurement programs, had caused leadership difficulties. We find that there were loose bonds between the importance of measurements and the different elements of «the economic governance circle». Especially regarding goals and plans that are defined by the top management. In the elements that define action and evaluations on the contrary, there are bonds as one expected. A last finding, is that clinical registrations seem to form safety cultures in the clinics.

1.0 Innledning

En hjelpepleier ved navn Ulla, får ansvaret for mottak av en kvinne på 82år ved navn Emma. Emma har ustabil hjertesviktsyndrom. Hun sliter med dårlig balanse og slitte hofter. Pusten er dårlig som følge av KOLS. Hun har overvekt og diabetes med truende leggsår. I det siste har derimot ensomheta og depresjonen, siden hun blei enke for 15 år siden, vært det verste. Hun får stadige anfall hvor hun føler at livet er på hell og at nettopp dagen i dag, kan bli den siste.

Emma innlegges akutt etter at ambulanse har hentet henne i hjemmet siden hun nokså brått fikk verre pust og at den kroniske følelsen av å kveles, ble for sterk. Dødsangsten tok igjen overhånd. Hun ringte 113, som raskt kunne avgjøre vha «medisinsk index» at hun ikke hadde noen til å hjelpe seg, og at det kunne stå om liv. Blålys. Alarmer. Liknende episode hadde hun for ca 4 uker siden, og var da innlagt i knappe tre døgn, meldt ferdigbehandlet etter to. Med påfølgende, raske, utskrivelse til hjemmet. Overlatt til seg selv og hjemmesykepleie, som så mange ganger før.

Emma ble også denne gangen kategorisert i akuttmottaket som «rød», pga lav oksygenmetning, hurtig respirasjonsrate og raske hjerterytme. Hun ble effektivt stabilisert for sine plager. Liggetida i akuttmottaket var godt innenfor det anbefalte på fire timer.

Deretter ble hun innlagt for videre behandling på en indremedisinsk avdeling, hvor hun er godt kjent fra tidligere. Emma er på fornavn med de fleste pleierne på avdelingen, og hun er glad for å se de igjen. Følelsen virker å være gjensidig, selv om de virker travle. «Heldigvis ble det ikke korridorplass, denne gangen!». Den gode praten ved ankomst synes å utebli. «Også ved denne gangen?», tenker Emma.

Hjelpepleieren står omsider over senga til Emma og forbereder spørreskjemaet som omhandler pasientsikkerhetsprogrammet. Emma kjenner det igjen, hun har svart på disse litt merkelige spørsmålene et utall ganger før. «Kanskje 10-20 ganger de siste 4-5 åra?» Det er blitt flere spørsmål i det siste. Mer inngående. Emma spør: «kan dere ikke bruke svarene jeg gav sist?». Svaret er forventet og dermed forsvinner de varme øynene til pleieren ned i skjemaet, og en mekanisk utspørring starter: Matinntak kartlegges («ser de ikke at jeg har for mye?»), bevegelse og egenhygiene («dette vet de da? det er ikke noe nytt med hoftene mine?»), vannlatning, medikamenter («har de ikke dette fra sist?»).

Flere ganger avbrytes utspørringa. Ulla må svare en av de andre pasienten på rommet. Ulla avbryter også seg selv, flere ganger, for å redegjøre hvorfor hun må ha svar på de samme tingene som sist. Emma synes til slutt synd på den unge hjelpepleieren, og svarer tilbake.

Robotaktige svar. Omsider er utspørringa over, og samtalen slutt. Stemninga forandret. Lite blei sagt om det siste som hadde skjedd i livene deres. Emma ville vite hvordan det stod til med barnet til Ulla, som var så plaget med astma. Kanskje blir det tid seinere? Ulla unnskylder seg raskt, da hun må legge inn svarene hun nettopp samlet. «Slik at de er klar til ettermiddagsrapporten». «Datamateriale tar litt tid å legge inn på EPJ¹!», kan hun da vel skjønne?

«Den litt ekle, følelsen av å ikke ha tid, kom heldigvis ikke så sterkt denne gangen», tenker Ulla, mens hun legger inn resultatene fra spørreskjema på PC 'en i avdelinga. Hun vet derimot at samvittigheta trolig komme når hun legger seg for kvelden, når hun tenker gjennom, hvordan dagen har vært. «Kanskje blir det bedre tid i morgen?»

1.1 Bakgrunn

Helsearbeidere har knapphet på tid, og all tidsbruk har en alternativ anvendelse i klinikkene. Historien over er oppdiktet, men illustrerer hvordan registreringsarbeid som kvalitetsmålinger, kan stjele tid som alternativt kunne vært brukt til omsorg for enkeltpasientene. Et viktig spørsmål blir da om anvendelsen og verdiskapningen som følger av registreringene, kan forsvare tidsbruken?

I denne masteroppgaven vil vi analysere og problematisere omfanget av kvalitetsmålinger som foretas i spesialisthelsetjenesten. Vi vil undersøke om mellomledere på sykehus bruker resultater fra målinger til virksomhetsstyring.

Kvalitet og kvalitetsmålinger har hatt stort, og økende, fokus i spesialisthelsetjenesten de seneste år. Helsemyndighetenes mål er å skape pasientens helsetjeneste. Ord som brukermedvirkning, medbestemmelse, fristgaranti er politiske målsetninger. Videre skal det tilbys helsetjenester som er forsvarlige, forenlig med god kvalitet, gitt innenfor en fastsatt tid og innenfor økonomiske rammer. Dette kommer i tillegg til mer overordnede målsetninger som sier noe om fordeling av helsegoder i samfunnet. Man skal ha likt tilbud og tilgang til helsetjenester, uavhengig av bosted, etnisitet og sosial status. (Helse- og omsorgsdepartementet: 1997, NOU 1997-2 og 2014-2015 St.meld. 11).

For å nå disse målsetninger har helsevesenet gjennomgått flere reformer.

Helseforetaksreformen i 2002 er trolig den største reformen i de seneste år og innføringen skapte store endringer i helsesektoren. Den politiske målsetningen var i tråd med ideer hentet

¹ EPJ = elektronisk pasient journal

fra det private næringsliv som kalles new public management (NPM). Ideene fra NPM gikk ut på at man ønsket å endre organisasjoner for å begrense sløsing, ineffektivitet og øke samarbeidet mellom seksjoner. Samtidig skal ledere på alle plan, ansvarlig gjøres for resultater å skape et brukerorientert tilbud. Organisasjoner skal overvåkes og sammenliknes, slik at kunden ideelt sett skal kunne vite noe om, og velge det beste tilbudet. (Jensen 2013).

Virkemidler for dette er at det skapes kvalitetsindikatorer for de tjenester og produkter som organisasjonen tilbyr. St. meld nr 11, kapittel 1 (Helse- og omsorgsdepartementet 2014), sier følgende om kvalitet og pasientsikkerhet i helsesektoren:

"For regjeringen er det viktig å rette inn kvalitetsarbeidet på følgende tre områder:

Å etablere:

- 1. ... en mer balansert og kvalitetsorientert ledelse,*
- 2. ...systemer som skal bidra til bedre kvalitet*
- 3. ...en sikkerhetsfokusert og lærende kultur i hele tjenesten.*

Alle disse tre grepene skal understøtte arbeidet med å skape en mer pasient- og brukerrettet helsetjeneste. Regjeringen ønsker en helsetjeneste som setter pasienten i sentrum og tilpasser organisering og systemer for å kunne gi rask, trygg og god hjelp når behovet oppstår. Pasienter, brukere og pårørende skal ivaretas bedre".

Norge har en bra helsetjeneste sammenliknet med andre land (Jensen 2013), men vi har flere utfordringer. Utfordringene består blant annet i at kvaliteten i helsetjenesten varierer for mye, for mange blir skadet eller dør for tidlig på grunn av svikt og uønskede hendelser. Flere pasienter opplever manglende kommunikasjon, samhandling og lange ventetider. (Helse- og omsorgsdepartementet 2014, St.mld. nr 11)

Med bakgrunn i dette har regjeringen bestemt at det skal lages en årlig melding til Stortinget. Meldingen skal gi et bilde av status og utfordringer innen kvalitet og pasientsikkerhet, på bakgrunn av tall og data som meldes inn fra pasient og brukerombudene, fra Statens helsetilsyn, norsk pasientskade erstatning, kunnskapssentrets meldeordning, pasientsikkerhetsprogrammet og kvalitetsindikatorer. (Helse- og omsorgsdepartementet 2014, St.mld. nr 11)

Registreringer av tall og data er ikke noe nytt for spesialisthelsetjenesten. Medisinske kvalitetsregistre har eksistert i mange år. Fokuset på målinger virker derimot å være økende, noe direktøren i Helse Nord, Lars Vorland, illustrerer med følgende sitat:

"Kvalitetsregistrene må innrettes slik at bruken i ordinært klinisk forbedringsarbeid forbedres og vi som ledelse må etterspørre slik bruk av registrene"(fredagsbrevet 11.03.16).

Videre sier han at helseregistrene har bidratt til bedre behandling, og ikke minst, til økt forskning. Han legger vekt på at vi fremover må rette oppmerksomheten mot den praktiske anvendelsen av resultatene fra registrene, slik at de blir lett anvendelig i klinisk forbedringsarbeid. Kvalitetsmålinger må innarbeides i det daglige og bli en del av kulturen i organisasjonen. Utførelse av kvalitetsmålinger er også i tråd med holdninger fra både lege- og sykepleier foreningene (Medisinsk fagavdeling, 2012)

For å kunne vite at kvaliteten er bra, og at forbedringsarbeid er satt i system, må det dokumenteres, altså måles. (Gjessing 2015 s 995)

Enkelte helseregistreringer er dog omstridte og tidskrevende for helseutøvere, og det hevdes av tidligere president i norsk legeförening Hege Gjessing, at legers og sykepleieres tid blir brukt feil. (Gjessing 2015).

Legers og sykepleieres arbeidskraft blir brukt feil, og tilbudene utvikles i uoverensstemmelse med beste medisinske praksis. (Gjessing 2015 s 995)

For å oppfylle regjeringens krav om tall og data om kvalitet og pasientsikkerhet har de som jobber nærmest pasienten fått flere administrative oppgaver knyttet til registreringer, innsamling og bruk av dataene som samles inn. Det stilles også spørsmål til bruken av målingene og til implementering av disse. Dette ønsker vi å analysere videre i denne masteroppgaven, og leder an mot vårt forskningsspørsmål.

1.2 Forskningsspørsmål

Hensikten med vår masteroppgave er å studere hvordan ledere på avdelingsnivå forholder seg til fenomenet kvalitetsmålinger. Vi vil analysere om registreringer og målinger utføres i tråd med overordnede føringer, og hvordan nytten av dette oppleves av ledere i forhold til styring og forbedringsarbeid. Vi vil undersøke om det er ukjente forhold ved registreringsarbeid som

krever fremtidig oppmerksomhet. Oppgaven begrenses til å omhandle somatisk spesialisthelsetjeneste ved ett foretak, UNN Tromsø. Problemstillingen er som følgende:

«Hvordan brukes kvalitetsmålinger i virksomhetsstyring på avdelingsnivå i den somatiske spesialisthelsetjenesten?»

1.3 Avgrensing og sentrale begrep

Kvalitetsmålinger finnes på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten. Antallet av målinger som pågår, og bruksområder, er omfattende og uoversiktlig. Vi har derfor valgt å avgrense oppgaven til å undersøke hvordan kvalitetsmålinger brukes, og oppfattes på avdelingsnivå. I oppgaven har vi valgt å fokusere på følgende kvalitetsmålinger: helseregistre, kvalitetsindikatorer og pasientsikkerhetsprogrammet. Disse vil bli redegjort for i egne kapitler.

Vi har intervjuet ledere på avdelingsnivå, altså mellomledere. Vi ville kartlegge hvordan de bruker og oppfatter fenomenet målinger i deres daglige virke, og da i særdeleshet i forhold til virksomhetsstyring.

Virksomhetsstyring er et sentralt begrep i forskningsspørsmålet og her finnes det mange definisjoner. Vi har valgt å bruke følgende definisjon: "*Virksomhetsstyring er de prosessene ledere tar i bruk for å nå organisasjonens mål*" (Pettersen forelesning, Sommarøy mars 2016) Basert på denne definisjonen kan man si at virksomhetsstyring omfatter tre områder: styring, ledelse og kontroll.

Den økonomiske styringssirkelen, er brukt som mal for utforming av spørsmålene til intervjuene, da denne definerer elementene i virksomhetsstyring og koblinger mellom disse. Elementene i styrings sirkelen er: 1. Strategier, mål, og visjoner. 2. Planer og budsjettering. 3. Handlinger (aktivitetsmålinger). 4. Rapportering (evaluering).

1.4 Oppgavens videre oppbygging

Oppgaven innledes med en oppdiktet pasienthistorie som illustrerer utfordringer knyttet til kvalitetsmålinger i det daglige, og viser til at det gjøres registreringer på alle nivåer. Videre

har vi i **kapittel 1** beskrevet bakgrunn for valgt forskning. I samme kapittel presenteres også sentrale begreper. **Kapittel 2** beskriver det teoretiske bakteppe for oppgaven. Størst fokus har vi hatt på styringssirkelen, men andre teorier er og nødvendige for å kunne forklare funn i oppgaven, og presenteres hær.

I **kapittel 3** redegjør vi for metoden som er brukt, og beskriver hvordan vi har samlet inn forskningsdataene. **Kapittel 4** omhandler empiri, først med en presentasjon av kontekst: helseforetaksreformen, oppdragsdokument fra eier og en presentasjon av UNN. I den andre delen presenterer vi funn og sitater fra de 6 intervjuene. Funnene blir deretter forklart ut ifra et teoretisk perspektiv i **kapittel 5**. Til slutt i oppgaven vil vi komme med en konklusjon og bidrag til læring.

1.5 Kvalitet

Oppgaven vår omhandler kvalitetsmålinger i helsevesenet. Det finnes mange måter å definere kvalitet på. Begrepet gjenspeiler vanligvis noe som er bra og ønskelig, men som er lite spesifikt, og som har flere dimensjoner. I det norske helsevesenet er kvalitet definert etter Norsk Standards (NS-EN ISO 9000:2000), som sier at: *"Kvalitet er i hvilken grad iboende egenskaper oppfyller krav"*.

Videre sies det i Nasjonal veileder for kvalitetsforbedring (2005)...og bedre skal det bli! fra Sosial- og helsedirektoratet , at kvalitet er subjektivt og avhengig av en persons ståsted. I samme veileder har man definert 6 dimensjoner som omhandler kvalitetsbegrepet:

Tjenester av god kvalitet...:

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 tilgjengelig og rettferdig fordelt

Dette er i tråd med WHO's definisjon på helsekvalitet (Bengoa 2006), men er omdiskutert. En kritiker er Sverre Grepperud. Han hevder at *"..begrepet er for uklart og omfattende og at det kanskje ikke har substansielt innhold"* (Grepperud 2009, s 1112). Videre sier han at bruken av kvalitetsbegrepet brukes ukritisk av helsebyråkrater for å legitimere initiativ og vedtak. Hvem

kan vel være motstander av noe som skal gi økt kvalitet? Grepperud som selv er økonom, mener at kvalitet, kan defineres ut ifra tjenesten som blir gitt:

Helsetjenestekvalitet er alle forhold ved helsetjenestene som verdsettes av brukerne selv (pasientene og deres pårørende), fra det tidspunkt behandling ønskes til den er avsluttet, gitt at brukerne har tilstrekkelig informasjon om alle relevante forhold. (Grepperud 2009, s 1112)

Denne definisjonen tar bruker (og pårørende-) perspektivet og omhandler alle tidsfaser i tilbudet som gis. Tjenesten måles ikke opp mot noe, men defineres som god dersom mottakerne er fornøyde. Definisjonen sier også noe om hvordan tjenesten blir kommunisert. I vår oppgave brukes begge definisjonene av informantene for å beskrive kvalitet, og vi har derfor tatt med begge definisjonene.

1.5.1 Kvalitetsindikator

Innenfor kvalitetsbegrepet finner man også definisjoner for en *kvalitetsindikator*.

En kvalitetsindikator er en målbar variabel som skal si noe om et komplekst fenomen, som i seg selv er vanskelig å måle. Kvalitetsindikatorer som benyttes for å følge med på helsetjenestens kvalitet, knyttes gjerne opp mot om bestemte krav eller standarder er oppfylt. (Rygh, Mørland, 2006, s 2822)

Kvalitetsindikatorer i helsevesenet inndeles etter om de beskriver struktur-, prosess- eller resultatmål. Vi har brukt begrepet *kvalitetsmålinger* i forskningsspørsmålet, og dette ligger vanligvis til grunn for opprettelse av *kvalitetsindikatorer*.

Indikatorerne har forskjellige formål. En strukturindikator sier noe om kapasiteter og kompetanse. En prosessindikator sier noe om gjennomføringen av helsetjenesten er i tråd med anbefalinger, mens en resultatindikator sier noe om spesifikke måloppnåelser eller effektmål. Ønskelig og praktisk bruk av kvalitetsindikatorer er ment for virksomhetsstyring, læring, og for at brukere av helsetjenester skal ha mulighet til å vurdere tjenestene som tilbys. (Rygh og Mørland 2006).

Kvalitetsindikatorer er også omdiskutert, og vi vil komme inn på dette seinere i oppgaven. Følgende eksempel vitner om dette. På helsedirektoratets hjemmesider, kan man finne

forskjellige typer kvalitetsindikatorer. En indikator er som nevnt enten målt eller registrert. Den tar blant annet ikke hensyn til lokale variasjoner i befolkningssammensetning, lokale helsetilbud, forskjeller i innrapporteringene fra de forskjellige foretakene. Det anbefales at bruken av kvalitetsindikatorer skal «tolkes med forsiktighet» (helsenorge.no 2014)

Indikatorer og registrerings data produseres og lagres på flere nivåer i helsevesenet. For å forstå omfanget at dette vil vi i de neste avsnittene presentere beskrivelser av kvalitetsregistre og pasientsikkerhetskampanjen.

1.5.2 Kvalitetsregistre

Kunnskapssenteret (2005, s 3) gjorde en kartlegging av eksisterende medisinske kvalitetsregistre. I rapporten definerer de kvalitetsregistre på følgende måte: *"Medisinske kvalitetsregistre har som formål å sikre kvaliteten på klinisk arbeid."*

Videre sier rapporten at kvalitetsregistre er registre som har behandling som enhet. De kalles kvalitetsregistre for å skille dem fra pasientjournalen og andre behandlingsrettede registre. Et klinisk kvalitetsregister har som observasjonsenhet pasienter som gjennomgår et behandlingsforløp, som regel avgrenset til en sykdom eller en type behandling, og opplysningene kan knyttes til behandlende enhet. (Kunnskapssenteret 2005)

1.5.3 Nasjonal Pasientsikkerhetskampanje "I trygge hender"

Kampanjen ble iverksatt i spesialisthelsetjenesten etter oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet, kampanjen startet i 2011 og varte ut 2013. Fra og med 2014 ble kampanjen videreført som et nasjonalt program for pasientsikkerhet frem til og med 2018.

Formålene med pasientsikkerhetsprogrammet er å redusere pasientskader og bygge struktur og kultur for pasientsikkerhet. Målet var å redusere pasientskader med 20 %.

Pasientsikkerhetsprogrammet skal også bidra til samhandling med de som jobber med helseregistre, kvalitetsindikatorer og elektroniske løsninger. (elektronisk pasientjournal, beslutningsstøtte, - meldeordninger og kjernejournal.)

For å nå målet om reduksjon i pasientskader, ønsket man høyere kompetanse på forbedringsarbeid i spesialisthelsetjenesten. Det ble valgt ut 11 innsatsområder, på bakgrunn av hvilke områder/situasjoner det ofte oppsto pasientskader.

- Trygg kirurgi

- Samstemming av legemiddellister
- Riktig legemiddelbruk i sykehjem
- Forebygging av trykksår
- Forebygging av urinveisinfeksjoner
- Forebygging av overdosedødsfall
- Behandling av hjerneslag
- Forebygging av infeksjon ved SVK
- Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten
- Forebygging av fall
- Forebygging av selvmord

I forkant av implementering av pasientsikkerhetskampanjen var det som nevnt utført en kartlegging av hvilke skader pasienter fikk etter innleggelse i sykehus. Dette gjør at man kan sammenlikne med resultater etter at man hadde iverksatt tiltakspakkene.

Pasientsikkerhetsprogrammet har ført med seg mange nye arbeidsoppgaver for de som jobber nærmest pasienten. Pasientene skåres for risiko ved innkomst, og følges deretter opp med nye screeninger etter et visst antall dager. Dersom pasienter havner i risiko på noen av innsatsområdene skal det iverksettes tiltak, som igjen dokumenteres i pasientens journal. Deretter skal det også registreres daglig at alle pasientene blir skåret, og om tiltakene blir fulgt opp av pleiepersonalet. Målingene registreres i dataverktøyet, Xtranett. (Helse- og omsorgsdepartementet 2014, St.meld 11)

2.0 Teori

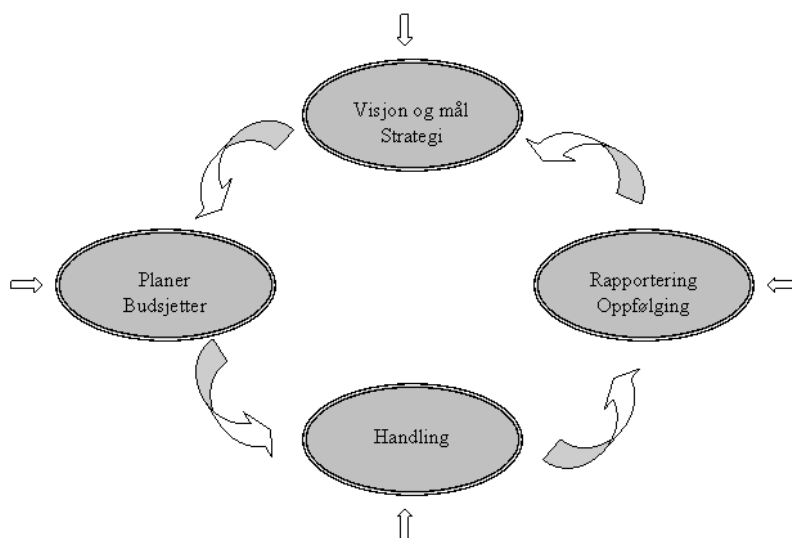
For å kunne analysere hvordan kvalitetsmålinger brukes i virksomhetsstyring har vi i valgt følgende teorier for å belyse forskningsspørsmålet:

1. Den økonomiske styringssirkelen, som er en modell for rasjonell virksomhetsstyring.
2. Simons teori: "Levers of control", fordi denne beskriver bruk av prestasjonsmålinger i ulike dimensjoner av styringssystemet.
3. Institusjonell teori, som beskriver hvordan en organisasjon blir oppfattet i forhold til omgivelsene.

4. Balansert målstyring, da dette representerer en ideell sammenheng mellom registreringer og tiltak.

2.1 Den ideelle økonomiske styringssirkelen

Den ideelle økonomiske styringssirkelen er utformet av Anthony og Young, og består av fire prosesser. (Gangås, Næss 2014) Kvalitetsmålinger og registreringer passer inn i alle deler av de fire prosessene, som vi vil vise til under. Styringssirkelen er en normativ² modell som beskriver hvordan prosessene bør henge sammen, men vi vet fra den mer deskriptive litteraturen³ at disse koblingene ikke alltid er gode. (Pettersen et al 2008)



Figur 1: Den økonomiske styringssirkelen

(Anthony og Young 2003 referert i Pettersen et. al, 2008)

Styringsprosessen skjer på flere plan: et overordnet- og et operativt plan. I helsesektoren er det vanlig med flere overordnede plan. Etter helseforetaksreformen fra 2002 (se seinere i oppgaven), er helsehierarkiet i RHF helse nord, bygd opp på følgende måte:

² Normativ - beskriver hvordan ting bør være.

³ Deskriptiv – beskriver hvordan ting virkelig er.



Figur 2

Figuren viser foretaksstrukturen i spesialisthelsetjenesten (Knudsen, Skjelvik 2012) for Helse Nord og gir oversikt over styringslinjene vedrørende årlige oppdragsdokumenter⁴.

Elementene bindes sammen, eller kobles, av kommunikasjon og samarbeid. Oppdragsdokumentet er et eksempel på et bestillingskrav fra eier (staten). Kvalitetsmålinger, registreringer, budsjett og regnskap er også eksempler på slike koblinger. Pilene inn mot hvert element i figuren viser at prosessen påvirkes av forhold utenfra. Eksempler på dette, kan være endringer i budsjettammer, tilkomme av ny teknologi eller kunnskap som endrer måten man arbeider på, krav fra pasientgrupper, medieoppmerksomhet. I tillegg vil tidsforløp påvirke sirkelen. Alt dette gjør at elementene i styringssirkelen ikke kan oppfattes som konstante.

2.1.1 Visjoner, mål og strategi

Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver mål som en beskrivelse av en ønsket fremtidig tilstand, mens strategi er en beskrivelse av hva man tenker å gjøre for å realisere målene.

Prosesen starter med å legge mål og strategiske planer som er utgangspunktet i styringssirkelen. I sykehus kalles dette virksomhetsplan. (Pettersen et al 2008) Mål og strategier kan ha flere formål i en organisasjon:

1. Motiverende effekt på ansatte.
2. Styrende funksjon ved å gi retningslinjer for arbeidet.
3. Fungere som legitimitetsfaktor overfor omgivelsene.

⁴ oppdragsdokument - OD

4. Evaluere arbeidet i organisasjonen. (Jakobsen, Thorsvik 2013)

Virksomhetsplanen er en sammenfatning av planene for alle avdelinger og må samsvare med oppdragsdokumentet fra helse og omsorgsdepartementet. Det er sykehusledelsen som har ansvar for å lage de strategiske planene. Planen skisserer et mål eller en visjon for hvordan sykehuset skal jobbe med kvalitetsmålinger, hva som skal måles, implementering av målinger, forventet resultat av målinger osv.

2.1.2 Planer og budsjett

Når strategien for organisasjonen er bestemt, er neste fase planer og budsjett. Budsjett og planer skal henge tett sammen med de strategiske målene, og det skal fremgå hvordan ressurser fordeles og målene skal nås. (Pettersen et al 2008)

Pettersen et al (2008) trekker frem flere ulike målsettinger med budsjettet. Ett, er at budsjettet representerer en overordnet plan for hele virksomheten og en operasjonalisering av de målsetninger som ble definert i strategiske planer. Budsjettet er en handlingsplan som beskriver hvordan ressurser skal brukes og hvilke resultater man forventer. I en sykehuskontekst vil eksempler på dette være: planer for antall behandlede pasienter, polikliniske prøver, nytt utstyr, nye bygg osv.

Dersom ledelsen ikke budsjetterer for definerte målsetninger, er det ifølge styringssirkelen, ensbetydende med å kommunisere at det ikke foreligger noen plan. Kvalitetsarbeid må også budsjetteres for, og målinger kan benyttes til å angi budsjettmål for virksomheten. Eksempler på dette er maks ventetid, nullgrense for uheldige hendelser, unngå fristbrudd, skrivetid på notater etc.

Det neste formålet med budsjettet, eller planen, er eiers godkjenning av dette. Et budsjett er et formelt dokument, som skal godkjennes av et styre. Når denne godkjenningen er gitt har eieren dermed sagt seg enig i handlingsplanene, prioriteringene og det planlagte resultatet for perioden. (Pettersen et al 2008)

Et tredje formål med budsjettet er at det skal fremkomme regelmessige prognoser over resultatet i organisasjonen. Dette er nødvendig for å se hvordan man ligger an i forhold til forventet resultat. Prognosene gir viktig styringsinformasjon, samtidig som de illustrerer budsjettet som et viktig styringsverktøy. (Pettersen et al 2008)

I klinisk arbeid er det ikke gitt at kvalitetsmålinger og indikatorer, kobles opp mot budsjettet. Bevissthet rundt dette mener vi er viktig, og det er mange eksempler på at et budsjett vil påvirkes negativt, av redusert kvalitet. Kostnader fra feil behandling, som sykehusinfeksjoner og andre komplikasjoner som pasienter opplever, er stadig tema i direktørtaler og i avdelingsledelsen. Dette representerer samtidig en av bakgrunnene for opprettelse av pasientsikkerhetsprogrammet. (Helse- og omsorgsdepartementet 2014, St.meld 11)

Tap av utsyr, og skader er kanskje lettere å se for seg kostnadene av, men økt antall liggedøgn for pasienter, ekstra behov for personale og utstyr, hører også med i dette regnskapet. Det beste for organisasjonen, samfunnet og pasienten, er å gjøre ting rett første gang. Kvalitetsmålinger og pasientsikkerhetsprogrammet, med fastsatte målsettinger vil kunne bidra til å nå dette målet.

Delegering og ansvarsfordeling er også et formål med budsjettet. Budsjettet setter resultatkrav til de ulike enhetene i en organisasjon og kan dermed brukes til oppfølging og evaluering av ledere. Forbedring av kvalitet er et felles ansvar. Alle ansatte har ansvar for at man hele tiden forsøker å bli bedre, mens ledere på forskjellige nivåer bør sette dette i et system. Nødvendige forbedringsområder må oversettes slik, at ansatte forstår hva, og hvorfor, de skal gjøre det. Pasientsikkerhetsprogrammet er et godt eksempel på dette, her er det definert enkle tiltak, på områder der det ofte skjer uønskede pasienthendelser. Dette har bidratt til at de ansatte har fokus på elementene i programmet, og jobber da samtidig med forbedringer.

Et siste formål til budsjettet er at det kan brukes til motivasjon av medarbeidere. Ved å synliggjøre målsettinger og sammenhenger mellom resultater i de ulike enhetene i budsjettet kan dette gi grunnlag for prestasjonsmålinger. Kvalitetsresultater kan være motiverende for ansatte. At man måler og får tall på det man gjør, gir et visuelt bilde på egen innsats hos den enkelte. Dårlige resultater bør kunne ha samme effekt, og gi grunnlag for forbedringsarbeid. For pasientsikkerhetsprogrammet er tavler med resultater en viktig del. Dette muliggjør oversikt over resultater for både positive og negative pasienthendelser. Medarbeiderne og omgivelsene har da muligheter til å se sammenhenger mellom egen innsats og resultater.

I helsevesenet har man tradisjonelt hatt stor grad av inkrementell budsjettering. Dette er budsjettering basert på historiske tall. Inkrementell budsjettering kan være problematisk fordi systematiske skjevheter videreføres og prioriteringer skjules. (Pettersen et al 2008) En slik måte

å lage budsjett på kan i mange tilfeller bidra til at budsjett og virkelighet ikke stemmer overens i lys av de foregående avsnittene, men dette vil vår oppgave ikke gå dypere inn på.

2.1.3 Handlinger

Tredje element i styringssirkelen er handlinger eller aktiviteter. Teorien sier at i denne prosessen ser man på driften i organisasjonen og man måler resultater og innsats. Dette gjøres ved å innhente økonomisk informasjon og kontrollere om det finnes avvik. I handlingsprosessen har man vanligvis to perspektiver på styring. Det første omhandler medarbeidernes aktiviteter, eller prestasjonskontroll. Dette innebærer at man vurderer om prestasjonene til medarbeiderne stemmer overens med organisasjonens mål. Punkt to er finansiell kontroll, der budsjettet legger føringer for fordeling og bruk av ressurser. (Gangås, Næss 2014)

Kvalitetsmålinger og registreringer kan brukes både til prestasjons- og finansiell kontroll. I denne prosessen ser man om kvalitetsmålinger har effekt på praksis. Endrer man for eksempel prosedyrer eller innkjøp av nytt utstyr basert på de resultatene man får etter å ha vurdert de aktuelle registreringene? Bruker man disse målingene til å styre aktiviteten i avdelingen? Et eksempel fra vår studie er at man ved hjelp av målinger kunne avdekke høy forekomst av trykksår. Dette skulle da kunne føre til grep for å forbedre dette som for eksempel å endre pleieprosedyrer, innkjøp av trykkavlastende utstyr eller øke kompetansen hos medarbeiderne. Handlinger basert på kvalitetsmålinger kan dokumenteres gjennom regnskap. Man vil da kunne få informasjon om det er rasjonelt samsvar mellom planene som ble lagt, og kvalitetsmålingen som ble utført. I en slik ideell situasjon vil man da kunne vise til innsparinger ved og samtidig øke kvaliteten på behandlingen.

2.1.4 Rapportering

Rapportering er den fjerde og siste prosessen i styringssirkelen. Evaluering brukes ofte synonymt med rapportering i denne sammenhengen. I denne prosessen ser man på planlagte mål opp mot resultatet. Teorien sier at evaluering gjøres ved å sammenligne budsjett og regnskap for å se på om det samsvarer med planene. Dersom man finner avvik, er det hensiktsmessig å lage rapporter som bidrar til læring. Slike avviksrapporter kan benyttes på flere områder:

- *Som utgangspunkt for koordinering og kontrollering av virksomhetens aktiviteter.*
- *Som evaluering av driftspresentasjoner, og deretter gi grunnlag for positive eller negative konsekvenser for medarbeidere.*

- *Som utgangspunkt til å endre strategi dersom dette blir sett på som nødvendig.* (Gangås, Næss 2014 s 29)

Blir en enhet, som har mange uønskede hendelser, basert på resultatene fra kvalitetsmålinger, evaluert i forhold til dette? Blir det satt inn tiltak for å bedre situasjonen? Er det hele enheten som har ansvaret? Er det enkeltpersoner som for eksempel leder eller medarbeider som er problemet?

Et eksempel på dette kan være at en enhet i sykehus har mange negative målinger i forhold til postoperative sykehusinfeksjoner. I en slik situasjon vil en evaluering av kvalitetsregistreringen kunne føre til at det gjøres endringer i måten man håndterer pasienten på. Det kan være bedre operasjonsmetode, endring av smittevernrutiner eller påvise nødvendigheten av ekstra personell. Dårlige resultater på kvalitetsregistreringer som f.eks. avviksrappporter eller pasientklager, kan være uttrykk for at enkeltpersoner eller grupper ikke gjør det de skal.

Dette illustrerer to viktige momenter ved kvalitetsmålinger som styringsverktøy. Først og fremst må man ha solide kunnskaper om hvordan målinger blir til. Dette er særdeles viktig i helsevesenet hvor det ofte er svært komplekse sammenhenger. Dersom man ikke har nødvendig kunnskap om resultatenes tilblivelse, vil det være stor risiko for å evaluere feil. Dette vil vi vise til i empirikapittelet. For det andre kan rapportering, eller evaluering, føre til konsekvenser for arbeidstakere eller grupper som ikke leverer i tråd med det forventete. Dette gjør at rapportering som styringsverktøy, kanskje stiller i en særklasse. Resultater kan i denne sammenhengen gi ledere makt over arbeidstakere. Kvalitetsmålinger bør derfor ikke bare tolkes riktig, men også med forsiktighet.

2.1.5 Dekobling

Som tidligere beskrevet er det nødvendig med tette koblinger mellom elementene i styringssirkelen for at virksomhetsstyringen skal fungere hensiktsmessig. I virksomhetsstyring i sykehus mangler ofte den tette koblingen mellom strategi, budsjett, aktiviteter/handlinger og planer. Dette gjør at elementene i styringssirkelen blir brutt opp i egne "verdener", som eksisterer uavhengig av hverandre. Styringen er ikke rasjonell ved manglende koblinger (Pettersen et al 2008)

Sett i forhold til kvalitetsmålinger vil dekoblinger være eksempler på at man måler bare for å måle, og at resultatene av målinger ikke får konsekvenser. Når bruken ikke er rasjonell blir det heller ikke noe godt styringsverktøy. Konsekvensen av dekobling er styringsutfordringer.

Eksempler på dette vil kunne være at det ikke er avsatt ressurser til å gjennomføre nødvendige tiltak. Et aktuelt eksempel på dette i helsevesenet, kan være at ventelisten ved en poliklinikk opplever økende fristbrudd, og at man ikke øker kapasiteten ved denne avdelingen for å redusere problemet.

Til tross for at målinger er dekoblet fra virksomhetsstyringen, kan målingene som gjøres ha andre effekter for organisasjonen. De nasjonale kvalitetsindikatorerne er eksempler på dette (helsenorge.no). Effektene kan være at de bidrar til positiv legitimering eller omdømmebygging for organisasjonen. Dette er i tråd med institusjonell teori. (Jacobsen, Thorsvik 2013)

I institusjonell teori ser man på dekobling som nødvendig fordi det stilles så mange krav til medarbeidere. Noen ganger kommer i tillegg kravene i konflikt med hverandre. Et aktuelt eksempel kan være innsparinger, med samtidig målsetning om å øke aktiviteten.

Medarbeidere vil da kunne føle konflikt på individ nivå, i forhold til slike krav fra ledelsen. Man sier da en ting, mens man i realiteten, på grunn av de motstridende kravene, blir nødt til å gjøre noe helt annet. I følge Brunssons (1993) teori er det da en strategi og dekkle seg fra planer og retorikk. Dekoblingen blir da rasjonell i forhold til å kunne overleve i komplekse virkeligheter, med umulige krav.

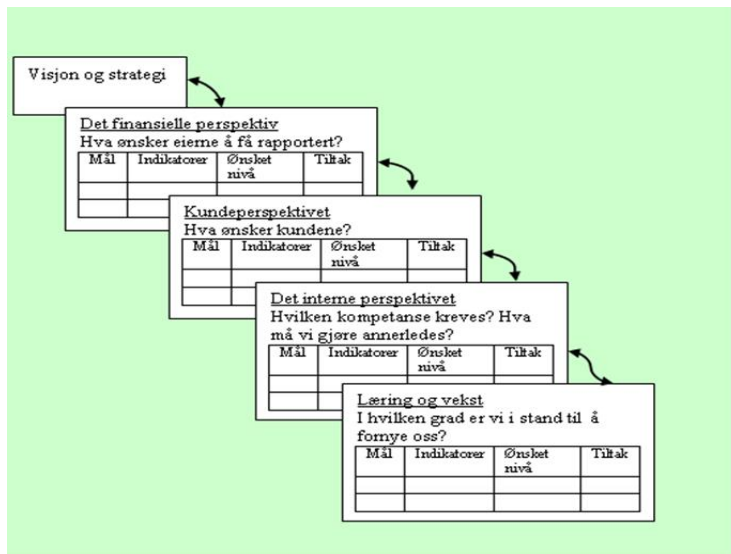
2.2 Balansert målstyring

Balansert målstyring representerer en modell, hvor man bruker prestasjonsregistreringer for å operasjonalisere målsetninger for organisasjoner. (Pettersen et al 2008) Vi hadde forventet at dette systemet var i utstrakt bruk i kliniske avdelinger og tar derfor med denne teorien i oppgaven.

Balansert målstyring representerer et styringsverktøy, som baserer seg på målinger, resultater og indikatorer. Slike indikatorer kobles opp mot konkretiserte målsetninger. Helsereformen i 2002, bidro til en ny eierskapsstruktur, hvor eier formaliserer målsettinger for foretakene via et "oppdragsdokument". Organisasjonene skal levere resultater i forhold til dette.

Det er flere perspektiver i balansert målstyring, og måleinstrumentene er ment å skulle utfylle hverandre. De fire perspektivene er : 1. det finansielle, 2.kundemessige, 3. det interne, 4.

læring og vekst. Disse perspektivene kobles opp mot visjoner og strategier, illustrert under:



Figur 3 viser sammenhengen mellom strategi og mål innenfor ulike perspektiver. (Pettersen et al 2008)

Balansert målstyring har vært et av de ledelsessystemene som har hatt størst fremgang og tyngde globalt innen både offentlig og privat sektor. Verktøyet ble utviklet av Kaplan og Norton på begynnelsen av 1990 tallet. Balansert målstyring er derimot omdiskutert i helsesektoren:

"Hovedpoenget i den ideelle balanserte målstyringsmodellen er forutsetningen om bare ett overordnet mål for virksomheten, og det er – kort sagt - å tilfredsstill eierne." (Pettersen et al 2008, s 211)

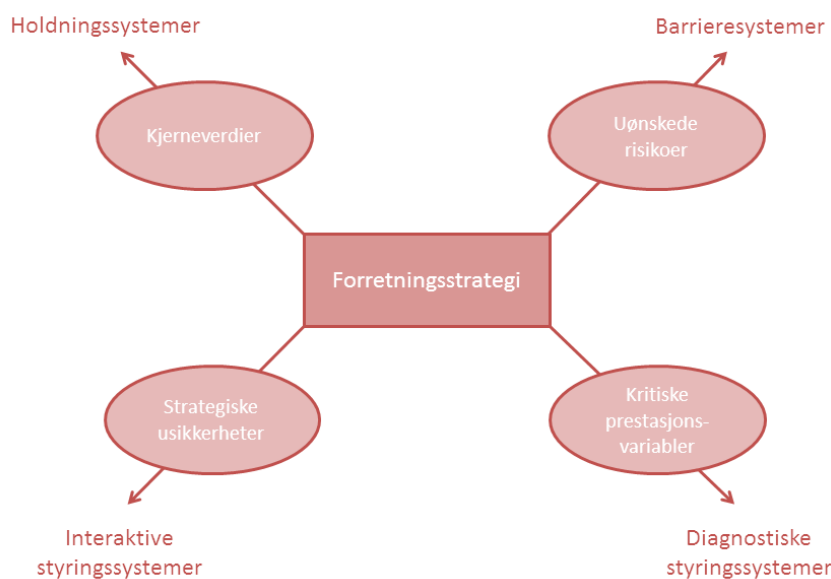
Pettersen et al (2008), utdyper dette med at resultatbegrepet i helsesektoren består av multiple mål, og at det dermed blir vanskelig å skape koblinger mellom plan og handlinger. I tillegg har vi i de ovennevnte kapitler vist til av indikatorer og registreringer er beheftet med mye usikkerhet. Både i forhold til utførelse og fortolkning. Balansert målstyring vil trolig representere en overforenkling av denne virkeligheten.

2.3 Bruk av prestasjonsmåling

Kvalitetsmålinger eller prestasjonsmålinger kan tenkes å benyttes i styring på ulike måter. Robert Simons har utviklet et teoretisk rammeverk, Levers of control, der han ser på ulike

formål ved prestasjonsmålinger og hvordan dette kan brukes i virksomhetsstyring. Denne teorien har vært viktig i virksomhetsstyringslitteraturen de siste tiår. (Gjønnes og Tangenes 2012, referert i Tjørve og Bekkelund 2012)

Levers of control er et generelt rammeverk for styringssystemer som beskriver egenskapene til system for forskjellig bruk. Styringsmekanismene i Simons rammeverk representerer grunnleggende og enkle prosesser som det å lage mål, fortelle de ansatte hva de skal og ikke skal gjøre, fortelle hva man som leder tror på, motta ideer fra de ansatte og dele kunnskap. Dette illustreres ved følgende figur, hentet fra Tjørve og Bekkelund (2012)



Figur 4: Rammer og dimensjoner i styringsmekanismer.

2.3.1 Holdningssystemer

Holdningssystemer defineres som en plan over verdier, meninger og retning i en organisasjon. I følge Simons (Simons 1995, referert i Tjørve og Bekkelund 2012) må denne planen være formell, informasjonsbasert og brukt av ledere for å endre aktivitetsadferd i organisasjonen. Systemet skal motivere og veilede ansatte til verdiskapning.

Når det gjelder kvalitetsmålinger i spesialisthelsetjenesten er det vanligvis klinikere som jobber nærmest pasienten, som i stor grad utfører målinger og registreringer. Deres motivasjon for å utføre slikt arbeid er ikke alltid forbundet med noe positivt. (Gjessing 2015). Bevissthet rundt holdningssystemer er derfor et viktig lederverktøy. Dette kan brukes både for å motivere ansatte til å utføre kvalitetsmålinger samt til å påvirke holdninger og kultur i en avdeling.

Når man snakker om holdningssystemer i helsesektoren har profesjonskulturen stor betydning, og dette henger tett sammen med begrepene kultur og struktur. Eksempelvis vil erfarne leger og sykepleiere ofte kunne være holdningsskapende og kulturbærende i forhold til erfaring og kunnskap som de har tilegnet seg gjennom sine profesjonsutdanninger, akademisk merittering, vitenskapelig arbeid, forsknings- og utviklingsarbeid etc. (Pettersen et al 2008)

Kulturbærere kan ha stor uformell makt i en organisasjon, og dermed påvirke holdningene til de ansatte på linje med den formelle ledelsen. Dette kan representere en utfordring for organisasjonen. Ansatte kan i verstefall ende opp som "sektorforsvarere" og vil da kunne overse eller avvise holdninger og argumenter som de ikke synes passer til deres virkelighet eller for å oppnå private målsetninger. (Jacobsen, Thorsvik 2013)

Når vi bruker begrepet kultur i forhold til holdningssystemer, kan en ikke unnlate å nevne hvordan organisasjonsstruktur påvirker kulturen. Jacobsen og Thorsvik (2013) hevder at struktur og kultur er uløselig adskilt, og den ene legger grunnlaget for den andre. Med struktur menes:

"En formelt vedtatt arbeidsdeling for å fremme spesialisering i organisasjonen, gruppering av oppgaver i ulike organisasjonsenheter for å fremme koordinering mellom oppgavene, fordeling av autoritet som bestemmer hvem som skal ha myndighet til å bestemme hva som skal gjøres, og systemer for styring, koordinering og kontroll av arbeidet som utføres i organisasjonen." (Jacobsen, Thorsvik 2013, s 72)

I vår forskning ser vi på hvordan kvalitetsmålinger brukes på avdelinger. Strukturen på avdelingsnivå vil derfor ha betydning for å kunne forstå hvordan holdninger til kvalitetsmålinger blir oppfattet og brukt. Dette vil vi drøfte nærmere under resultatdelen.

2.3.2 Barrieresystemer

Barriersystemer setter grenser for hva ansatte kan gjøre. Systemet spesifiserer både hva man kan, og ikke kan gjøre innenfor gitte grenser. Et eksempel på et kjent barriersystem er de 10 bud fra bibelen (Bibelen, 2.Mosebok, kap 20). De 10 bud setter klare begrensinger på oppførsel ved å fortelle hva man ikke skal gjøre. Simons sammenlikner dette med bedrifter

som har innført klare regler for hvordan ansatte i bedrifter skal oppføre seg. Slike regler kaller han "codes of conduct". (Simons 1995, referert i Tjørve og Bekkelund 2012)

Kvalitetsmålinger kan sees på som "codes of conduct", de kan være med på å gi en retning for hvordan medarbeidere og ledere skal handle. Dermed bidrar de også til å sette fokus på kvalitetsarbeid i sykehusene.

Pasientsikkerhetsprogrammet har mange parametere som måles og følges. Et eksempel på et barrieresystem er at ingen skal ha urinkateter uten at det er medisinsk årsak. Kateter skal fjernes eller man lar være å legge det inn, som en konsekvens av at man følger programmet. Parameterne setter klare grenser for hvordan man handler, altså "codes of conducts".

Når man følger disse grensene unngår man kostnader ved å påføre pasienter en uønsket hendelse, for eksempel en sykehus infeksjon. Simons sier at verdien av codes of conducts ofte blir undervurdert, og blir ikke fremstilt før etter at det har oppstått hendelser som har påvirket organisasjonen negativt. (Simons 1995, referert i Tjørve og Bekkelund 2012) Vår erfaring tilsier også dette. Alvorlige pasienthendelser, og stygge avvik hører man ofte om, mens forebyggende- og dagligdagse råd ofte kan havne litt i bakgrunnen.

2.3.3 Diagnostiske styringsystemer

Diagnostiske styringssystemer skal bidra til å få gjennomført planlagte strategier. Modellen gir informasjon om oppnådd resultat og sammenligner dette med gjeldende planer. For at et system skal være diagnostisk må man kunne fastsette mål på forhånd, måle resultat og beregne avvik. (Pettersen et al 2008)

For å få full nytte av diagnostiske styringsverktøy har Simons (Simons 1995, referert i Tjørve og Bekkelund 2012) definert fem områder som må være tilstede.

1. Fastsatte mål er en nødvendighet. De ansatte må ha klare instruksjoner om hvordan de skal jobbe for å oppnå de aktuelle målsettingene.
2. Det man ønsker å måle må være i samsvar med strategiske mål og definerte prioriteringer.
3. Medarbeidere trenger motivasjon for å jobbe mot fastsatte mål. Incentiver kan brukes for å motivere medarbeiderne.
4. Kontinuerlig bruk av avviksrapport
5. Konkrete tiltak ved oppfølging av avvik.

For at verktøyet skal fungere hensiktsmessig må punktene over følges. Feil bruk av verktøyet kan få flere uønskede konsekvenser. Et eksempel på dette er når insentivene ikke er motiverende nok, noe som kan føre til at det jukses for å gi inntrykk av bedre resultater. Et annet er risiko for feiltolkning eller feilbruk. (Simons 1995, referert i Tjørve og Bekkelund 2012)

Det er mange feilkilder i forhold til bruk av diagnostiske styringsverktøy, og dette krever inngående kunnskap til fagfeltet og registreringene som følges. Dersom man i tillegg bruker målinger til sammenlikning mellom organisasjoner, såkalt "benchmarking", krever det både at rapporteringen gjøres og tolkes på noenlunde samme måte.

2.3.4 Interaktive styringssystemer

Interaktive styringssystemer kan brukes når man ikke har noen klar strategi eller plan for og nå en målsetning, eller når strategier må endres raskt som følge av endringer i markedet. Modellen sier heller ikke hvilke målinger eller registreringer som skal følges for å nå målsetningen, men verdsetter prosessen for å komme frem til de. (Tjørve, Bekkelund 2012) "Veien blir til, mens man går ", er en annen fortolkning av interaktiv bruk av kvalitetsmålinger. Interaktive styringssystemer krever tett samarbeid og kommunikasjon mellom ledere og ansatte.

I interaktive styringssystemer er lederfokus på overvåkning av organisasjonsprosesser, og mulighetene for å involvere seg og påvirke de ansattes aktiviteter. Formålet er da at ledere kan endre strategiene ut fra resultatene som produseres. (Nyland og Østergren 2008, referert i Tjørve og Bekkelund 2012)

Simons har listet opp fire egenskaper som må være til stede for at et styringssystem kan defineres som interaktivt:

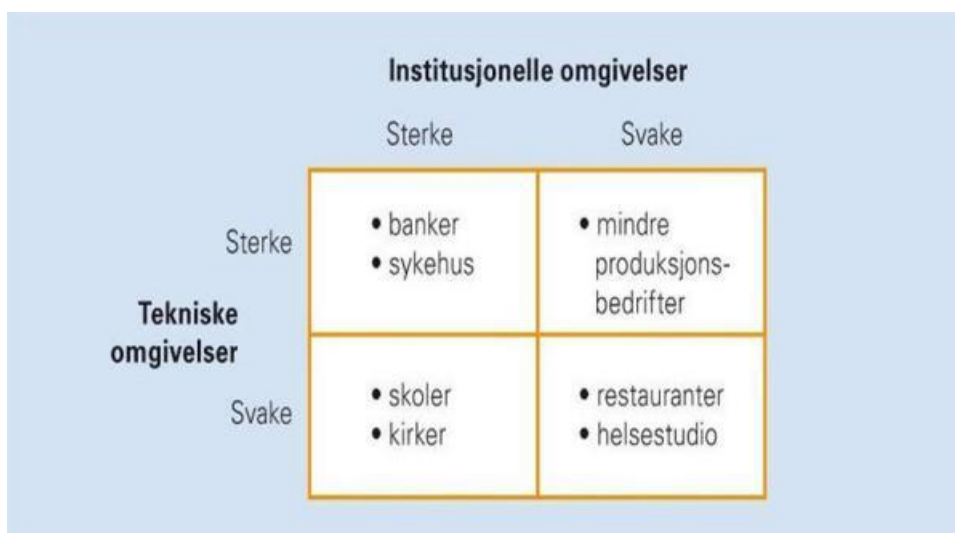
1. *Lett forståelig informasjon for alle parter, noe som bidrar til konstruktiv dialog mellom ledelse og ansatte.*
2. *Informasjon om strategiske usikkerheter.*
3. *Hyppig anvendelse.*
4. *Oppdatering når omgivelsene endrer seg.* (Gangås, Næss 2014 s 22)

Slike prosesser er krevende for de involverte, og det bør derfor ikke være mange styringsverktøy som brukes interaktivt om gangen. (Tuomela 2005, referert til i Tjørve og Bekkelund 2012)

2.4 Institusjonell teori

I oppgaven har vi valgt å se på hvordan kvalitetsmålinger brukes på avdelingsnivå, og hvordan dette knyttes opp mot virksomhetsstyring. I dette ligger det et viktig perspektiv som skulle vise seg å være aktuelt for forskningsspørsmålet. Det er at kvalitetsmålinger og indikatorer brukes av *omgivelsene*. Med omgivelser menes pasienter, andre helseforetak, og helseaktører, politikere, media, foretak i andre land osv. Et eksempel på bruk av slike indikatorer er at de kan brukes for å styrke brukermedvirkning, og muligheter til å velge det beste tilbudet til enhver tid. I dette ligger det at man gis mulighet til å sammenlikne behandlingstilbud, og overvåke komplikasjonsrater. Dette vil gi bakgrunnen for en organisasjons legitimitet eller omdømme.

Under institusjonell teori, forklarer man hvordan dette fenomenet påvirker organisasjonenes måte å løse sine oppgaver. Jacobsen, Thorsvik (2013) forklarer at forskjellige organisasjoner påvirkes i varierende grad av omgivelsene, og samtidig på forskjellig vis. Det skilles mellom tekniske omgivelser og institusjonelle omgivelser samt om det er sterk eller svak påvirkning. Modellen under er hentet fra Jacobsen, Thorsvik 2013.



Figur 5 viser at sykehus i sterk grad blir påvirket av både de tekniske og institusjonelle omgivelsene.

Begrepet institusjonelle omgivelser beskriver hvordan institusjonen oppfattes utad. Dette vil være synonymt med legitimitet eller omdømme, som igjen kan sies å være summen av

organisasjonens resultater, normer, verdier og kultur. I dette ligger det føringer til å prestere godt i forhold til omgivelsene både på målbare og ikke-målbare parametere.

Organisasjoner bør derfor ta hensyn til omdømmebygging i forhold til sine omgivelser, og dette kan man bl.a. gjøre ved å skaffe til veie positive oppslag i media, eller skape gode resultater. Her kommer kvalitetsmålingene til praktisk bruk for organisasjonene.

I motsatt fall vil negative oppslag i media og motsetninger blant arbeidstakere i enheter, lett kunne ødelegge for best mulig drift, og samtidig skade omdømme. I helsevesenet er det stadig debatt rundt dette, og da kanskje i særdeleshet saker som omhandler såkalte varslere og systemkritiske personer. (Berg, 2015)

2.9 Oppsummering

Teoriene viser til flere aspekter ved virksomhetsstyring som vi seinere i oppgaven vil bruke til å forklare våre funn i forhold til problemstillingen.

Styringssirkelen viser hvordan styring ideelt skal foregå, og at det skal være tette koblinger mellom prosessene i sirkelen. Vi har brukt styringssirkelen for å se om kvalitetsmålinger følger prosessene i sirkelen, og om resultatene av kvalitetsmålinger får betydning for virksomhetsstyringen. Virkeligheten er at det ofte finnes dekoblinger, dette støttes av institusjonell teori som forklarer dekobling som nødvendig på grunn av mange motstridende krav til organisasjonene.

Simons levers of control danner en vesentlig del av teorirammeverket i oppgaven. Denne teorien viser forskjellige måter å bruke styringssystemer på, og vi har påpekt holdnings og barriere systemer, samt interaktive- og diagnostiske styringsverktøy.

Vi har gjort vår studie i sykehus som er en ekspertorganisasjon, dermed har vi beskrevet hvordan kultur og struktur kan påvirke holdninger til kvalitetsmålinger.

3.0 Metode

I dette kapittelet gjør vi rede for valg av forskningsdesign og metoder for datainnsamling vi har brukt for å kunne svare på forskningsspørsmålet. Vi vil beskrive hvordan vi har gjennomført datainnsamling, samt reflektere og drøfte forskningsetikk, dataenes relabilitet og validitet.

3.1 Forskningsdesign

Forskningsspørsmålet er fenomenologisk:

«Hvordan brukes kvalitetsmålinger i virksomhetsstyring på avdelingsnivå i den somatiske spesialisthelsetjenesten?»

Vi valgte å intervju aktører for å kartlegge forskningsspørsmålet, altså en kvalitativ forskningsmetode. Innsamlingen av data og fortolkningen henger sammen og dette kalles en hermeneutisk tilnærming for å beskrive fenomenet. I avsnittene under vil vi utdype vårt valg av forskningsdesign.

Det skilles mellom aktuelle fortolkningstradisjoner når man skal analysere funn som man samler inn ved forskjellige metoder, og dette kaller man hermeneutisk eller positivistisk tilnærming (Johannesen et al 2011). Ved positivistisk fortolkning, konsentrerer man seg om å finne frem til resultater som er positivt gitt. Innsamling av slike data gjøres vanligvis ved hjelp av spørreundersøkelser eller innsamling av forskjellige parametere, og analysen blir dermed kvantitativ. Svakheter ved positivismen er at man ikke kunne fange opp nyanser og virkelighetsperspektiver bak dataene som er samlet inn. Forskningen ved positivisme blir dermed beskrivende eller analyserende fra *utsiden*. (Johannesen et al 2011)

Vi ønsket å beskrive et fenomen som omhandler hvordan mennesker tenker og handler i forhold til omgivelsene, og dette gjøres ved å analysere intervjuer som forskerne blir aktivt deltakende i. Når forskeren blir en del av den konteksten data innsamles på, vil man dermed kunne påvirke de svarene man får. Dette må man ta høyde for i utformingene av spørsmålsstillingene, utvelgelse av informanter og ved analyseringen. Samtidig er dette nødvendig for å kunne danne seg en forståelse av andre personer og i tråd med den hermeneutiske tradisjon, hvor fortolkningen gjøres fra *innsiden* av fenomenet. (Johannesen et al 2011)

Forskernes bakgrunn og stilling har også betydning for valg av forskningsdesign og tolkningen av data. Dette vil særlig gjøre seg gjeldende om man forsker på nære kolleger og enheter som man er deltaker i. Dette har vi i vår forskning måtte vurdere nøye, da vi analyserer oppfatninger til ledere i egen organisasjon. I slik avdelingsledelse finnes det personer med forskjellige helsefaglige bakgrunn. Vi valgte å begrense oss til å intervju 3

sykepleier- og 3 lege ledere fra forskjellige kliniske avdelinger i ledersjiktet, nært den pasientrettede aktiviteten.

Dette skulle kunne gi informasjon og innsikt i virkelighetsoppfatninger fra forskjellige kultur og helsefaglig bakgrunn, utover å gi et svar på hoved forskningsspørsmålet. I tillegg var det naturlig å knytte utvelgelsen av informanter opp mot våre egne helsefaglige bakgrunner, utenom egen avdeling, noe som styrker den erfaringsbaserte delen ved denne masteroppgaven. Ut over dette, ville vi velge informanter i eget foretak som vi ikke hadde for stor kjennskap til på forhånd. Bakgrunnen for å velge informanter i eget foretak var nødvendig av praktiske hensyn. I kapitlene under vi gi utdype nærmere hvordan datainnsamlingen gikk til.

3.2 Gjennomførelse av intervjuene

Vi tok utgangspunkt i eget foretaks organisasjonskart og sendte deretter innbydelse på e-mail. Fem av informantene responderte øyeblikkelig, mens den siste ble utsatt to ganger pga samtidighetskonflikter før vi fikk gjennomført utspørringen. Intervjuene ble planlagt og gjennomført i tråd med anbefalt modell fra faglitteratur: Forskningsmetode for økonomisk administrative fag, ved Johannesen et al. (2011)

Informantene fikk på forhånd begrenset informasjon om temaet på forhånd, utover at det skulle omhandle virksomhetsstyring. De ble opplyst om absolutt anonymitet, og deretter kategorisert som informant A til F. Vi startet intervjuene med å beskrive prosjektet vårt, og fikk så muntlig aksept for gjennomførelse av intervjuet. Vi beskrev deretter hvordan vi så for oss bruken av data, og mulighet til å avbryte intervju, samt gjennomlese/kvalitetssikre aktuelle sitater, før vi brukte de.

Vi gjennomførte intervjuene på egnet sted hvor risikoen for avbrytelse var minimale. Telefoner ble avslått eller satt på lydløs. Under vårt første intervju med Informant A, merket vi at denne ikke varslet sin avdeling om fravær ved det aktuelle intervjuet, og telefonen var satt på vibrasjon. Dette førte til stadige oppmerksomhetsrøveri og merkbar økning av stressnivået hos informanten. Dette reduserte trolig kvaliteten noe på det aktuelle intervjuet, men gav oss uansett viktig erfaring før de seinere intervju. I de påfølgende intervjusituasjonene var stemningen nokså lik.

Ved starten av samtalene var det kanskje litt spent (som forventet), men etter hvert gikk dialogene godt uten spesielle problemer eller avbrytelser. Begge forfatterne deltok på samtlige intervju og vi vekslet mellom å føre ordet. Den ene stilte spørsmål, mens den andre noterte ned viktige momenter fra det som ble sagt, eller supplerte med tilleggsspørsmål ved uklarheter eller ved interessante, uforutsette vinklinger. Flere av intervjuobjektene hadde lang erfaring i ledelse, og dette var merkbart i måten de svarte for seg, samt tok ordet i intervjuene. Man kunne forvente at intervjuobjektene følte seg presset av utspørringssituasjonen, men dette merket vi lite til bortsett fra i åpningsfasen, som beskrevet over.

Spørsmålsformuleringen til informantene var nøye planlagt på forhånd, og godkjent av veileder. I starten av intervjuene gav vi informantene noen enkle spørsmål om seg selv, og bakgrunn, hvorpå vi etterhvert stilte et konkret bakgrunns spørsmål om kvalitetsmålinger, for å få temaet brakt på bane. Deretter stilte vi spørsmål, knyttet opp mot teori og sortert under de fire overskrifter fra den ideelle styringssirkelen. Denne, planlagte sorteringen skulle få informantene «varmet opp», og etterhvert penset inn mot de mer konkrete undertemaene. I tillegg ville en sortering som beskrevet, forenkle og bedre sammenlikningsgrunnlaget fra besvarelsene, hos de forskjellige informantene.

Overskriftene i intervjuguiden ble dermed Visjoner, Mål og strategi, Rapportering, Handling, Planer og budsjett. Tilslutt lot vi informantene få uttale seg generelt om kvalitetsmålinger (vedlegg intervjuguide).

Intervjuene ble tatt opp anonymisert på bånd og skrevet ut. Ved oppgavens avslutning ble bånd og utskrifter slettet. Sitater og utvalg presenteres under empiri kapittelet under.

Informantene var anonymisert, men nødvendigvis, kategorisert for analyse-messige årsaker. I den påfølgende tabellen og avsnitt, presenteres sammensetningen, intervjuets lengde:

Informant	Bakgrunn	Stilling	Ledererfaring	Intervjuets lengde
A	Sykepleier	Avd. sykepleier	Ca 10år	45min
B	Sykepleier	Avd. sykepleier	Ca 6år	50min
C	Lege	Seksjonsleder	Ca 3år	45min
D	Lege	Avdelingsleder	Ca 7år	55min
E	Sykepleier	Avd. sykepleier	Ca 3år	45min
F	Lege	Avdelingsleder	Ca 9 år	55min

Tabell 1. Oversikt over informantene.

3.3 Forskningsetisk vurdering

Vi anser den aktuelle problemstillingen og metode er brukt som lite kontroversielt, og det har derfor ikke vært aktuelt å innhente noen spesiell godkjenning for prosjektet. Vi undersøker et kjent fenomen, og forsøker å belyse det fra informantenes perspektiv. Informantene er godt anonymisert i et stort helseforetak og informert om bruken av data. Informantene risikerer ingen sanksjoner eller problemer som følge av å stille til intervju, og vi kan heller ikke se at våre analyser kan skade foretaket på noen måte. Ifølge retningslinjer fra NSD⁵ var det heller ikke nødvendig å søke om godkjenning sentralt. Informantene fikk mulighet til å trekke seg om de ikke ville delta underveis.

3.4 Validitet

Validitet er vurderingen av hvor relevante de svarene man får, er for problemstillingen (Johannessen et al 2011). Dette er ikke så lett å si noe sikkert om ved kvalitative forskningsmetoder, hvor resultatene man samler inn skal analyseres og ikke måles. I motsatt fall kan man ved kvantitative forskning telle opp resultater og analyseringen blir da enklere å validere opp mot f.eks kjente standarder.

Informantene hadde alle flere års erfaring med ledelse, og alle disse utøver ledelse på mellomledernivå. Nært pasientvirksomheten, og dermed på avdelingsnivå. Halvparten var sykepleiere, mens den andre halvdel hadde legebakgrunn.

Spraket i antall år med ledelseserfaring må kommenteres (tabell 1). Dette illustreres ved å vurdere gjennomsnittlig tid med ledelse som er 6,3 år, mens intervallene svinger fra 3 til 10 år. Kanskje hadde datastyken vært større om man hadde mer sammenliknbare grupper, med lik erfaringstid og fagtilhørighet. År med ledelseserfaring hadde vi ikke tatt høyde for ved utvelgelsen av informanter, da dette ville kreve en forundersøkelse av potensielle informanter. Dette ville igjen føre til begrensninger i utvalgsstørrelse og redusere sannsynligheten for anonyme besvarelser.

Betydningen av riktig, sammenliknbare utvalg har flere dimensjoner. Man kan forvente at antall år med ledelseserfaring, sammen med aktuell videreutdanning vil ha betydning for hvordan ledelse utøves og forstås? Samtidig skal det nevnes at foretaket som disse lederne jobber ved, har lederutviklingsprogram, men vi registrerte heller ikke disse data i vår

⁵ Norsk senter for forskningsdata

oppgave. Dette kan både være en styrke og en svakhet ved utvalget om man ser på forskningsspørsmålet. I dette kan man kanskje anta at mellomledere som har tatt utdanning, eller har lang erfaring, trolig vil være mer innforstått med flere aspekter i bruken av kvalitetsmålinger. Samtidig kunne man og forvente at lenger fartstid som leder, vil være en styrke, dersom man vil gjøre en analyse av hvordan den *historiske utviklingen* i bruken av kvalitetsindikatorer på avdelingsnivå har vært.

Informantene ble pga anonymitetsargumentet ikke kategorisert ut ifra avdelingstilhørighet. Hadde vi gjort dette ville man kanskje kunne ha sett sammenhenger i kulturbakgrunn, f.eks kirurgisk eller medisinsk bakgrunn, i forhold til bruk av kvalitetsmålinger. Hadde vi valgt en slik tilnærming måtte også utvalgets størrelse vært økt, og kanskje ville man da ha kunne lagt inn kvantitative beregninger i analysene og gitt matematisk styrke til resultatene.

Utvalgets størrelse og fagtilhørighet må også drøftes. Vi valgte å gjøre seks intervjuer, bestående av hhv tre sykepleier- og legeledere. Dette var i hovedsak basert på anslag av den tiden vi hadde tilgjengelig til å gjennomføre denne oppgaven. Som nevnt gav dette også mulighet til å finne trender mellom disse fagtilhørigheter. Vi innser at tallet deltakere er lavt, og vi kunne også tatt med mellomledere med andre fagtilhørigheter. Her er det flere som kan nevnes: fysioterapeuter, bioingeniører, radiologer. Et større antall og utvalg av informanter ville gitt flere virkelighetsperspektiv. Dette gir igjen større mulighet for å finne sammenhenger og økt styrke til observasjoner. Samtidig er det viktig at man begrenser seg i forhold til utvalgsstørrelse, slik at man ikke risikerer for mange perspektiver, som igjen vil svekke muligheten for å trekke ut funn. Vi mener derfor at vi har valgt et rasjonelt utvalg fra de fagtilhørigheter som vanligvis innehar mellomledelse i norske sykehus.

I våre analyser av intervjuer blir validiteten preget av flere faktorer. Særlig kan vi nevne betydningen av at informantene kun fikk beskjed om at intervjuene skulle omhandle virksomhetsstyring på forhånd. Dette hindret innsikt i, eller mulighet for informantene til å forberede seg på besvarelse. På denne måten kunne vi garantere at svarene de gav ble spontane og autentiske. Hadde informantene, i motsatt fall, fått forberedt seg på spørsmålene på forhånd, ville vi trolig fått svar som var mer i tråd men den «policy» som forventes fra ledere i helsetjenesten? Dette gjelder kanskje særlig indikatorer fra «pasientsikkerhetsprogrammet», som skulle vært innført og i bruk siden 2011.

På den andre side er det flere begreper innenfor temaet som har flere betydninger og som samtidig er lite konkrete. Dette gjorde at enkelte av spørsmålene ble for vanskelige til å gi noe

klart svar på. I tillegg kunne enkelte av spørsmålene bli litt for like, slik at besvarelsene overlappet hverandre på uforutsett måte. Dette gir risiko for lite sammenliknbare utgangspunkt ved den seinere analysen. Samtidig gir det uttrykk for en forventet variabilitet ved å ta «live» datainnsamlinger av personer, med forskjellig virkelighetsoppfatninger og utgangspunkt.

Målsetningen ved intervjuene var at vi skulle få svar som var mest mulig i tråd med problemstillingen, og i de tilfellene hvor vi oppdaget at informantene hadde «sporet av» fra det initiale spørsmålet gav vi en kort begrepsdefinisjon, eller utdypet spørsmålsformuleringen underveis. En slik adferd under intervjusituasjonen kan påvirke de svarene man får, men dette er vanskelig å vurdere den fulle betydningen av.

I tillegg skal det nevnes at man ved opptak og transkribering av intervjuer ikke får med den ikke-kommunikative delen ved dialoger. Kroppsspråk, spontane utbrudd av latter og lyder, samt måten man uttrykker sitater på. For eksempel merket vi at noen av spørsmålene fremmet slike responser. Eksempel på dette vil bli presentert under empirikapittelet som omhandler *evaluering*. Man må samtidig være klar over muligheten for over tolkning av slikt kroppsspråk. Noen bruker kroppsspråk mer aktivt enn andre, og reaksjoner kan også fremkalles ved måten man stiller spørsmålene på, eller om det er ubekvemme spørsmål. Informantene gis dessuten ingen mulighet til selv å kunne godkjenne tolkning av ikke-verbale signaler. Dette er m.a.o. kontroversielt, men noe man må erkjenne ved den hermeneutiske forskningen. Kroppsspråk og andre ikke verbale signaler vil således være en dårlig valid parameter.

En styrke for validiteten ved vår oppgave mener vi er samarbeidet mellom to forfattere, da vi innehar forskjellige fag tilhørigheter (lege og sykepleier). Slikt samarbeid gir muligheter til en større fortolkning av de svarene som vi fikk, enn om man hadde fortolket dette alene, eller ut ifra ett fag-perspektiv.

3.5 Relabilitet

Relabilitet sier noe om de målene, eller besvarelsene man får er rett, eller virkelige. Dette vil være preget både av etterprøvsbarhet og utvalgsstørrelser. I vår analyse har vi klare begrensinger i forhold til dette, da datainnsamling ved intervjuer tar mye tid og utvalgets

størrelse ble i denne oppgaven avgjort i samråd med veileders anbefalinger og egne tidsbegrensninger. En utvalgsstørrelse på bare seks personer blir dermed lite for å fastslå noen felles virkelighet. På den andre siden ville vi med denne oppgaven undersøke hvilke forskjellige oppfatninger som forekommer blant informantene og det kan dermed sies å være en slags studie av reliabilitet på avdelingsnivå. For å øke reliabiliteten har vi tatt intervjuene opp på bånd og transkribert etterpå. Informantene har også fått tilsendt sitater for godkjenning.

Etterprøvnbarheten kobles vanligvis til kvantitative metoder. Reliabilitet ved intervjuer vil være preget av flere faktorer som kan være både situasjon- og kommunikasjonsbetinget, og dette er også beskrevet under *validitets*kapittelet. Vi forsøkte å gjøre intervjuene så like som mulig, uten at vi hadde for stor kjennskap med informantene på forhånd. Uansett tror vi det er lite sannsynlig at intervjuer vil være særlig reproducerbare, og dette er svakhet ved slik forskningsmetodikk. (Johannessen et al, 2009)

I tillegg vil man måtte ta sterkere hensyn til reliabilitetsvurderinger dersom man ville analysere mer kontroversielle fenomener. I dette ligger det at man trolig ikke bør intervju personer i eget foretak, eller personer som kan risikere sanksjoner på grunn av sine besvarelser. Dette var ikke aktuelt for vår forskning, beskrevet under kapittel, forskningsetisk vurdering.

4.0 Empiri

Vi har i de foregående kapitlene beskrevet begreper og teori som danner bakgrunn for å analysere problemstillingen. I tillegg har vi funnet egnet forskningsmetode. Empiri kapittelet beskriver konteksten vi forsker innenfor og funnene fra undersøkelsene. Denne delen vil være todelt. Først vil vi i hovedpunkt 4.1, med underpunkter beskrive konteksten vi forsker innenfor og egne erfaringer i forhold til dette. Hovedelementene i dette vil være helseforetaksreformen fra 2002, oppdragsdokumentet fra helse og omsorgsdepartementet og en kort presentasjon av UNN Tromsø, som er foretaket hvor informantene arbeider som mellomledere.

I den andre hoveddelen av empirien, punkt 4.2, med underpunkter, presenterer vi funn og sitater fra de seks intervjuene. Dette vil vi bruke som bakgrunn for å trekke ut hovedfunn. I

presentasjonen av funn fra intervjuene har vi valgt en inndeling som passer inn i styringssirkelen som beskrevet under teoridelen. De fire hovedpunktene i denne var:

1. Visjoner/ mål/strategi
2. Planer
3. Handling/aktivitet
4. Rapportering/Evaluering.

Dette er samtidig inndelingen av spørsmål fra vårt intervjuguide, og representerer derfor hoved-overskriftene i empirikapittelet. Data som knyttes opp mot annen teori, ligger innenfor disse overskriftene.

Sitater fra intervjuene er tatt med for å understøtte funn, og aktuell virkelighetsoppfatning til intervjuobjektene. Dette er i tråd med hermeneutisk forskning, og sitater kan spores tilbake til tabellen, hvor vi kategoriserte informantene med bokstavene A til F. For å overholde anonymitet har vi måtte fjerne enkelte ord, eller konkrete beskrivelser, og erstattet dette med noe som er synonymt. Dersom det ikke var noen aktuelle synonymer er ordet erstattet med følgende tegn (....).

4.1 Helseforetaksreformen fra 2002

Innføringen av Helseforetaksreformen skapte store endringer i helsesektoren da den ble innført i 2002, og dermed viktig å ha med i denne oppgaven som omhandler temaet virksomhetsstyring. Historisk har helsesektoren vært preget av store driftsunderskudd, med et forbruk mye høyere enn de økonomiske bevilgningene. Et av formålene ved å innføre Helseforetaksreformen var å få kontroll med de vedvarende budsjettoverskridelsene i sektoren, men det var i tillegg andre formål:

Å sikre bedre helsetjenester til befolkningen gjennom en bedre, mer helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og bedre utnyttelse av ressursene i sektoren. Reformen skulle bidra til kortere ventetid og mer likeverdig helse tilbud i hele landet. (dokument nr 8:94, 2008-2009, Stortinget).

Professor i forvaltningsøkonomi, Bjarne Jensen, beskriver reformen i tråd med ideologi fra New Public management (NPM) (Jensen, 2013). Forståelse av NPM er vesentlig for å forstå

konteksten vi forsker innenfor og vil bli utdypet nærmere under. Deretter vil vi belyse hvordan helseforetaksreformen fra 2002 har ført til gjeldende eierskapsstruktur i helsevesenet.

4.2 New public management (NPM)

NPM kan sies å representere en ideologi som skulle effektivisere det offentlige. Dette kom på 80-tallet, som følge av at det offentlige hadde vært beskyldt for sløsing og ineffektivitet samt dårlig brukermedvirkning (Jensen 2013). Løsningen skulle være implementering av modeller som i utgangspunktet var myntet på det private. NPM skulle erstatte byråkrati og regelstyring preget offentlig forvaltning. De fagansvarlige, og ledere på laveste nivå skulle lede sine enheter. Som ellers i næringslivet, skulle ledere stå ansvarlige for resultatene og regnskapet som enheten produserte, og konkurranse med andre enheter innebærer dette. Målbare parametere i NPM ideologien er avgjørende. Målbare resultater gjenspeiler kostnadskontroll, styring, aktivitetsplanlegging, effektivitetsvurderinger, gjennomskuelighet for kundene, konkurransemålsetning, incentiver, bakgrunn for kvalitetsvurderinger etc. (Hansen 2014)

De sterkeste motstanderne til NPM mener at det offentlige har blitt dyrere, dårligere, og mindre effektivt etter at NPM reformer har blitt innført. (Torfing 2015) Noen eksempler på dette er utstrakt bruk av resultater og målbare parametere påvirker fokus for ledere og setter agenda, eller målforskyvning. Man prioriterer målbare oppgaver, og det som gir best resultater uten at dette nødvendigvis er det beste eller det rette (etisk og moralsk sett). Prioriteringer og styring blir rigid, om det oppstår nye metoder eller bedre tilbud, som ikke «følges» med målinger. Dette kan gi dårligere tilbud og kvalitet. Samtidig påvirker dette omstillingsevnen i enheter ved at mulighet for ledelse og handlingsrom blir redusert. Oppgaver som krever mye personell og materiell (ressurskrevende), vil kunne bidra negativt til effektivitet og kostnadskontroll i NPM. Det samme kan sies om opplæring av nytt personell og investering i kompetansehevinger. Samtidig har det offentlige helsevesenet opplæring og undervisning som kjerneoppgaver, mens private, konkurrerende aktører får fortrinn om de velger bort dette.

4.2.1 Eierskap og Oppdragsdokument

Eierskapet for alle offentlige sykehus, psykiatriske institusjoner, ambulansetjenester, rusomsorg under spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunene til staten i 2002.

Dermed ble sektoransvaret, finansieringsansvaret og eierskapet samlet. Det ble etablert fem regionale helseforetak som eier enkeltsykehusene. Enkeltsykehusene kalles helseforetak. For eksempel er Universitetssykehuset Nord Norge HF et helseforetak men også en del av det regionale helseforetaket, Helse Nord.

Overordnede helsepolitiske mål og rammer fastsettes av Stortinget, og helse og omsorgsministeren utøver eierstyringen i kraft av å være generalforsamling. Oppgavene til de regionale helseforetakene er organisering, finansiering og oppgavefordeling i underliggende helseforetak. (Representantforslag, 2008-2009, Stortinget)

Oppdragsdokumentet er spesialisthelsetjenestens årlige bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet. Bestillingen er formulert som krav og mål som skal innfris. I oppdragsdokumentet gis også den årlige økonomiske bevilgningen til helseforetakene.

I et representant-forslag fra stortinget refereres det til en undersøkelse som har avdekket følgende kritikk til ettervirkningene av helseforetaksreformen fra 2002. Den beskriver følgende:

Det er for mange styringssignaler som blant annet hindrer effektiv drift av sykehusene. Ledere opplever at helseforetakene stadig pålegges nye oppgaver og prioritering av oppgaver blir vanskelig. Oppdragsdokumentet oppleves av mange som detaljstyring fra staten og stadig nye oppgaver gjør at det blir vanskelig å prioritere hva man skal jobbe med. Mange lederes oppfatning er at styringsdokumentene bærer preg av å være en opplisting av tiltak der alt er like viktig. (Representantforslag, 2008-2009, Stortinget)

4.5 Intervjuer av mellomledere ved UNN Tromsø

Universitetssykehuset i Nord-Norge består av flere foretak. UNN Tromsø, er det største, mens UNN Narvik, Harstad og Longyearbyen er underenheter. UNN Tromsø har omkring 600 ledere og 6000 ansatte. Foretaket har både regions- og lokalsykehusfunksjoner i tillegg til å drive utdanning av helsepersonell og vitenskapelig produksjon. I de neste kapitlene presenteres funn og sitater som vi fikk fra intervjuer med mellomledere innenfor den somatiske delen av UNN Tromsø. Vi viser til en mer utfyllende beskrivelse av dette under metode kapitlet over. Kort oppsummert bestod våre informanter av mellomledere med enten

sykepleier- eller legefaglig bakgrunn. Med mellomledere menes ledelse som utøves på avdelingsnivå, altså mellom toppledelse og det operative plan.

4.5.1 Kvalitetsmålingers betydning for visjon, mål og strategi

I vårt intervju var: «målingers betydning for visjoner, målsetninger og strategier?» det første konkrete spørsmålet knyttet opp mot teori fra styringssirkelen. Strategiske planer er det første elementet i styringssirkelen. De strategiske planene utgjør virksomhetsplanen for sykehuset, og konkrete målsetninger kan gjenfinnes i oppdragsdokumenter fra det regionale helseforetaket, hvor kvalitet og kvalitetsmålinger har stort fokus.

Dette er en vid spørsmålsformulering, som inneholder flere begreper. Ingen av informantene skilte noe særlig mellom de aktuelle begrepene, og dette er følgelig en svakhet ved dette spørsmålet. For å få mer klarhet i spørsmålsformuleringen, og dermed å styrke validiteten, var det nødvendig å supplere med underspørsmål. Vi ba derfor om en kortfattet beskrivelse av avdelingens mål og visjoner. Vi fikk hovedsakelig bekreftende kommentarer mht til om målinger hadde betydning for visjon, mål og strategier fra informant B, D og E, mens A, C og F virket litt mindre opptatt av dette.

Videre vil vi først presentere noen eksempler på visjoner, mål og strategier som ble nevnt i intervjuene. Flere av begrepene overlapper hverandre i betydning, mens alle beskriver en eller annen form for kvalitet. Dette understøtter igjen heterogeniteten i oppfattelse av kvalitetsbegrepet. Informantene nevnte følgende visjoner og kvalitetsmålsetninger på deres avdeling:

1. Pasienttilfredshet
2. Komplikasjonsfrihet
3. Forbedringsarbeid
4. Gi beste behandling til riktig tid og sted
5. Selvdefinerte målsetninger
6. Enkelte nasjonale målsetninger (epikrisetid under 7 dager, null grense for fristbrudd)

Fra de med legebakgrunn nevnte C og F flere eksempler fra de nasjonale indikatorer og pasientsikkerhetsprogrammet som følges, men at disse parameterne ikke ble brukt aktivt. Samtlige, hadde direkte eller indirekte visjoner i forhold til pasienttilfredshet. Et funn er kanskje at bare legene nevnte konkret, at de var opptatt av pasienttilfredshet, og at de hadde det som målsetning. Lege leder C og D brukte egne utarbeidede pasienttilfredshets-spørreskjema. Slik fikk de informasjon om tjenesten de leverte opplevdes som bra, men bare D hadde tatt dette i aktivt bruk. Lege F beskrev liknende prosjekt hvor man kontaktet pasientene telefonisk etter at et behandlingstiltak hadde vært gitt, men at dette ikke ble opprettholdt særlig lenge.

I motsatt fall nevnte alle, at de kjente til pasientsikkerhetsprogrammet som i stor grad omhandler komplikasjonsforebyggende- og forbedrende arbeid. Her finnes flere styringsparametere som igjen skal føre til spesifikke tiltak. Resultatene fra målingene skal registreres på en slik måte at de kan presenteres i avdelingen. Sykepleierne A, B og E virket mer opptatt av dette programmet enn legene. Derimot kommenterte ingen at de brukte dette aktivt i visjoner eller spesifikke målsetninger for fremtiden. Særlig legene D og F gav inntrykk av at de hadde gjort lite bruk av pasientsikkerhetsprogrammet. Dette var noe overaskende, da dette ble iverksatt som kampanje i 2011 og videre som et pålagt nasjonalt program fra 2013 (anm. intervjuene ble utført i 2016). Samtidig ble det av flere informanter nevnt at man hadde eksisterende, og kanskje bedre prosedyrer, for å unngå komplikasjoner enn det pasientsikkerhetsprogrammet la opp til. Dette ble også kommentert av informant B som sa at disse pålagte målingene kom på toppen av eksisterende, liknende målinger som avdelingen allerede fulgte opp om, og motivasjonen for å følge opp om slike målinger ble derfor mindre.

Pkt 3- 5 over handler i stor grad om målsetninger og visjoner for eget fag. Her fremkommer det flere interessante momenter. Både sykepleier- og lege lederne var opptatt av slik bruk av målinger og vi fant ingen spesielle forskjeller i forhold til fagtilhørighet. Lege C og F poengterte problemer med å finne passende målstyrings parametere som de kunne bruke til sitt fag. Lege D hadde derimot lang erfaring med forskjellige kvalitetsregistre og hadde også vært med å opprette slike. Resultater ble brukt aktivt for å følge opp sine visjoner om å utføre behandling på best mulig måte noe følgende sitat gir inntrykk av:

«Vi oppdaget at vi hadde for mange komplikasjoner (av en særskilt type). Hadde vi ikke hatt registreringer på det, ville det sannsynligvis gått under radaren.» (D)

Samme informant påpekte samtidig at enkelte av de nasjonale indikatorene som omhandlet en spesiell type behandling ikke var oppdatert til nyere tids anbefalinger, og at dette gjorde målinger på dette meningsløst å følge opp om. Informant B, E og F understøttet dette, med å kommentere "at man får svar på det man spør om. Ikke mer." (E).

Informant F argumenterte for at kvalitet er flere ting, og sa at enkeltmålinger ikke måtte overskygge dette:

«Det er jo et lite vindu man får tilbakemeldinger på. Tilbakemeldinger fra pasienter, kolleger og samarbeidspartnere er viktigere enn disse enkeltmålinger som pågår. Men, det er klart at det (målingene), er en påminnelse og en hjelp» (F)

Å opprettholde registrering, og følge indikatorer som ikke er bra nok, sender uriktige signaler til omgivelsene, og kan også føre til uheldig måldreining. Følgende sitat vitner om dette:

«Det blir som å tette igjen det lille hullet i veggen når vinduet står åpent ved siden av» (D)

Dette problematiserte vi i forhold til ulike styringsformer, og mer konkret i forhold til målstyring, hvor fastsatte mål, stadig må justeres og oppdateres.

Vi spurte videre lege F, i et oppfølgende spørsmål vedrørende hvilke kvalitetsmål man kunne sette for sitt eget tjenestetilbud. Dette spørsmålet ble etter hvert naturlig da vedkommende flere ganger hadde ytret at det ikke fantes gode effektmål for den behandlingen de gav. I tillegg arbeidet denne i et fagfelt hvor behandling i stor grad må tilpasses pasientene. Mangelen på målbare kvalitetsmål ble understøttet av C, som kommenterte at eksisterende indikatorer ikke passet spesielt godt til bruk i vurdering av den beste behandling, da den i stor grad var forebyggende eller resultatmålinger ble for kompliserte. "Fantes det noen enkel løsning på dette?":

«Nei. Det er nettopp det. Hvis vi i større grad hadde hatt en sånn der enkelt intervensjon så hadde det vært enklere å justere på (behandlingen) og kommet med råd om forskjellige ting» (F)

Det siste sitatet problematiserer sammenhengen mellom de forskjellige fag og muligheten for å vurdere hva som er riktigste-, og beste behandling, og dermed fastsette strategier og

målsetninger i virksomhetsstyringen. Opprettelse av for eksempel "balansert målstyring" her, for å følge opp om målsetninger virket fjernt fra F' sin virkelighet, og vitner om at helsevesenet er komplekst og at enkle modeller ikke er mulig for alle. Dette vil vi videre illustrere med to eksempler:

1. Behandlinger og tjenester som innebærer enkle inngrep med raskt innsettende effekter er enklere å følge med indikatorer. Eksempel på dette kan være et spesifikt kirurgisk inngrep, som har standardisert prosedyre, og ensartede komplikasjonsproblemer. I tillegg må gjerne komplikasjonene inntreffe innenfor den nærmeste tiden, etter at behandlingen er gitt.
2. I motsatt fall vil det i praksis være nærmest umulig å følge sammensatte medisinske problemstillinger ved hjelp av målinger. I eksemplet med medisinsk behandling vil effekter og bivirkninger, ofte være vanskelig å skille fra hverandre. I tillegg kan både positive- og negative effekter inntreffe, etter flere år med behandling. Vanlige eksempler på dette kan være behandling med et medikament som gir gode effekter på sykdom på kort sikt, mens langtidsbivirkningene kan være alvorlige. Cellegift, og annen sterk betennelsesdempende behandling kan nevnes konkret.

Tilslutt i dette underpunktet må det tas med et viktig poeng som flere av informantene ytret på forskjellig vis hvordan det ble opplevd et økende antall registreringer på avdelingene. Flere av informantene nevnte konkret at implementering av pasientsikkerhetsprogrammet hadde ført til ledelsesutfordringer. Informant B gav følgende beskrivelse:

«...å bli pålagt disse kvalitetsmålingene uten at det på noen som helst måte er definert ressursbruk, har vært en stor utfordring. Jeg er ikke imot å forbedre kvalitet....Hvis man går rundt på huset og snakker med de som har erfaring med pasientsikkerhetsprogrammet ser man det har vært store ressursgrupper som har gått inn for å implementere det ene og det andre, og det, sies det ikke noe om når man får oppgaven!» (B)

4.5.2 Brukes kvalitetsmålinger til å legge planer?

Vi ville under dette spørsmålet kartlegge hvorvidt informantene brukte målinger til å legge planer i avdelingen de ledet. Som nevnt under teori under styringssirkelen, vil planlegging være synonymt med budsjettering, og koblingen kan være målinger som knyttes opp til flere av elementene i styringssirkelen, men kanskje i hovedsak evaluering i forhold til oppsatte

målsettinger. I styringssirkelen skal planer føre til handling, og vi vil i eksemplene under vise hvordan slike koblinger ble beskrevet av informantene.

Samtlige informanter var bekreftende til at målinger var viktige i forhold til planlegging av fremtidig virksomhet. Eksempler på dette kunne være at målinger avdekket komplikasjoner eller manglende kompetanse, med påfølgende opplæring, endring av rutiner eller at det fikk konsekvenser for budsjetteringen. Informant A forklarte at selv om regelmessig registreringer fra pasientsikkerhetsprogrammet manglet ved avdelingen, kunne slike målinger være viktige. Idealisert ved forebygging av liggesår:

«Det er ikke bra med dårlige resultater. Jeg tenker at vi antakeligvis ville hatt personalmøter med fokus og sørget for at alle fikk informasjon med tiltak om hvordan man skulle forhindre det (liggesår). For eksempel å kjøpe nye madrasser og utstyr som tiltak.» (A)

Informant C hadde liknende svar, men nevnte konkret, at det var en åpenbar frykt for at avdelingen hadde manglende effektmål ved behandlingen som ble gitt. Dette kunne i verstefall føre til at man ikke fikk tilført ressurser, siden man ikke hadde noen gode, eller manglende, resultater å vise til. Dette betyr også at toppledelsen i foretak må være skjerpet i forhold til bruken av kvalitetsmålinger, slik oppdragsdokumentet fra Helse og omsorgsdepartementet kan legge opp til.

Det kan kanskje være en fare for at fagfelt med manglende effektmål, blir tapere i ressursfordelingsspørsmål? Informant C uttrykte samtidig et savn etter dette, da denne hadde erfaring med at målinger ble brukt i budsjetterings og dermed planleggingsspørsmål.

«Vi jobber innenfor et fagfelt hvor det ikke finnes gode effektmål på den behandlingen vi gir» (C)

I tillegg kan man kanskje tenke seg at gode kvalitetsmålinger, gir inntrykk av en vel-drevet avdeling, øker legitimiteten for foretaket og dette kan igjen gjøre at enkelte skaffer seg forskjellige fortrinn i forhold til andre avdelinger ved budsjettering.

Andre måter å bruke målinger på som ble nevnt var i forhold til å planlegge bemanning. Enkelte målinger gjøres regelmessig i forhold til ventelister, fristbrudd og sykemeldinger.

Dette brukte flere av informantene til å vurdere å sette inn ekstra personell eller øke kapasiteten når det ble behov. Informant E forklarte at man i en periode med høyt sykefravær, og dermed behov for økt innleie av vikarer, hadde ansatt mer fast personale. Dette førte til en positiv utvikling med lavere sykefravær igjen og mindre behov for innleie, noe som egentlig var det motsatte av det en kunne forvente?

I bruken av kvalitetsindikatorer til planlegging ble det også problematisert i forhold til tidsfaktoren. Informant E sa at de hadde kort planleggingshorisont, noe som naturlig nok gir vansker med å legge planer. De var samtidig såpass presset i hverdagen at planleggingen ble utfordrende. Følgende sitat gir en god beskrivelse av dette fenomenet:

"...Så opplever jeg i hverdagen at alle er såpass presset at man har nok med å øse båten. Så registrerer jeg at sykehusledelsen vil at vi skal bruke 10% av tida til å planlegge ett år frem i tid når vi har nok med å bruke 100% av tida på å være her og nå." (E)

Informant, og lege D hadde tidlig tatt konsekvenser av kvalitetsmålinger. Slike målinger gjorde at man hadde planlagt driften på særskilt måte. Regelmessige målinger hadde ført til at man kunne utpeke enere på forskjellige fagområder. Disse spesialistene la igjen føringer for det seinere arbeidet, sammen med noen få antall underordnede.

4.5.3 Handling/aktivitet

Vi ville under dette hovedpunktet i styringssirkelen forsøke kartlegge hvordan lederne vi intervjuet brukte kvalitetsmålinger til å vurdere handling. I denne sammenhengen er aktivitetsmålinger brukt synonymt med dette. Aktivitetsmålinger er koblet opp mot evaluering og kan kobles tilbake til budsjettet, eller planlagt virksomhet. Vi oppdaget i flere av intervjuene at det var nokså lik begrepsforståelse mellom aktivitet og evaluering, slik at enkelte svar vanskelig lot seg klassifisere i de planlagte hovedpunkter. Vi har for ordensskyld valgt å skille disse fra hverandre.

Vi fikk forskjellige svar på bruk av aktivitetsmålinger hos informantene, og dette skyldes flere faktorer. Viktigst syntes å være at avdelinger som hadde innarbeidet regelmessig oppfølging av egne målinger for aktivitet, brukte disse til regelmessig evaluering. Dette gjelder særlig informantene B, D og E. De øvrige informantene nevnte bare sporadisk bruk av slike

målinger for å følge aktivitet. Informant D, som var lege, advarte samtidig mot å følge slike målinger ukritisk, og flere nevnte, at man bare får svar på nettopp det man leter etter.

Et godt eksempel på dette var at enkelte leger som var særskilt kompetent, ofte behandlet de sykeste pasientene, hvilket samtidig medfører økt risiko for komplikasjoner. Dette gav følgende sitat som illustrerer tvetydigheten ved målinger.

"Bak enhver komplikasjon eller uheldig hendelse er det en pasient som kan være deg, meg, foreldre, barn, søsken...og tallene har et ansikt. Og den dagen man glemmer det, så er det ikke så nøye med registreringsarbeid! Men fokuset skal være på hva som er til det beste for pasientene. Hvis du ikke vet hva medaljens bakside er, har du glemt de svake punktene i drifta i avdelinga. Derfor skal alt registreres. Alt har et forbedringspotensial" (D).

Samme leder organiserte ukentlige, obligatoriske møter for å gå gjennom uforutsette hendelser, slik at alle kunne trekke lærdom av disse.

Lege F nevnte liknende bruk av resultater som ble registrert av smittevernet i organisasjonen. Slik regelmessig overvåkning gjorde at man hadde innskjerpet rutinene for hygiene på avdelingen. Samme informant F, gav også eksempel på at man som leder kunne følge med på summen av uferdig papirarbeid som hver enkelte lege hadde liggende, i den elektroniske pasient journalen (EPJ). Her var det store forskjeller mellom de forskjellige legene. Dette var uheldig da epikriser, polikliniske notater ikke ville gå ut til verken fastlege eller pasient, og dermed utgjøre en potensiell risiko for pasientene. Ved å følge denne typen aktivitetsmålinger hadde denne lederen samtidig fått innsikt i at enkelte arbeidstakere hadde dårlige arbeidsrutiner, og kunne dermed korrigere den ansatte.

Sykepleier leder E sa også at aktivitetsmålinger var viktige, men at resultatene måtte vurderes kritisk. E fulgte opp med å si at for å kunne evaluere slike resultater må man nødvendigvis ha god kjennskap i prosessen som ligger bak tallene. Dette eksemplet vitner til at man i aktivitetsstyring bruker aktivitetsmålinger til å analyserer ressursforbruk per produserte enhet. Her kan man lett komme skjevt ut ved målinger om det er kompliserende forhold ved *produksjonen* eller helsetjenesten som utøves. Slike kompliserende forhold kan være både regelmessige og variable og vi vi trekke inn noen eksempler på dette fra helsevesenet.

Eksempel på en regelmessig variabel vedrørende høyt ressursbruk kan være at personale i tillegg til å utføre en tjeneste må lære opp nytt personell. Her vil det offentlige helsevesen regelmessig komme dårlig ut i forhold til private aktører.

Et annet eksempel kan være at ressursforbruket blir variabelt, det kan være forskjellige beredskapsordninger, hvor man store deler av tiden ikke driver aktivt arbeid. Da blir produksjonen lav i forhold til innsatsen som settes inn, i perioder med mye stillstand. Dette gjelder og om befolkningstettheten er lav i forhold til beredskap, noe debatten om fremtidig sykehusstruktur aktualiserer disse dager (Engen, Moe 2015).

Et annet eksempel er at aktiviteten ved en avdeling kan bli påvirket, både regelmessig og uforutsett, er i forhold til epidemier. Årlig influensa og omgangssyke er eksempel på dette. Dersom nøkkelpersonell blir syke, eller smitten får bre seg på avdelinger, kan dette medføre stengte avdelinger, eller at spesialiserte funksjoner stopper opp. Når en sengepost stenger må andre avdelinger ta over driften til moderavdelingen. Dette kan gi påvirkede aktivitetsmålinger i de avdelinger som blir påvirket av smitteutbruddet på flere måter. Dette representerer samtidig et paradoks i dagens helsevesen hvor avdelinger med forskjellig budsjettert, blir konkurrerende og samarbeidende på samme tid.

På den andre siden kan negative aktivitetsmålinger være like nyttige, om de brukes for å evaluere og planlegge for fremtidige, liknende scenarier. Diagnostisk bruk av parametere som blir til ved særlig sammensatte årsaksforhold innebærer derimot høy grad av usikkerhet. Flere av informantene understøttet dette på forskjellig vis. Dersom man heller ikke kan sette noen klar målsetning, er risikoen for at man gjør feil ved diagnostisk bruk enda større. Registrering og tolkning av målinger i helsevesenet er ofte kompliserte og krever derfor stor kunnskap om prosessene bak. Flere av informantene vitnet om dette under intervjuene. Informant E var klar på dette:

"Som oftest er det slik at klinikkledelsen med klinikkrådgiver i spissen finner noe de har lyst å se på. Så kommer dem med pekefingeren at det er for dårlig når dem har gjort ei registrering, og så har dem ei god forklaring på hvorfor ting er som de er. Jeg prøvde tidligere å si at mange sånne målinger gir bare et lite stjernekkertbilde av universet. De ser på en spesifikk ting og tar ikke hensyn til at det er mange ting som påvirker akkurat det du ser på." (E)

4.5.4 Kvalitetsmålinger til bruk i rapportering/evaluering på avdelingen

Vi hadde flere direkte spørsmål som omhandlet bruk av kvalitetsmålinger til rapportering og evaluering både i forhold til avdelingens drift, leder og ansatte. Enkelte svarte også indirekte på dette i andre sammenhenger. Spørsmålene var formulert slik at informantene kunne

kommentere både generelt og konkret i forhold til bruken. Samtlige informanter var opptatt av at det ble tatt driftsmåliger i avdelingen, og at dette var viktig for å kunne følge med på at de gav gode nok tjenester. Slik bruk av kvalitetsmålinger var nok den hyppigst nevnte bruken blant alle informantene. Noen forskjeller på bruk i evaluering kunne vi spore i forhold til fagtilhørighet hos informantene. Dette var kanskje mest synlig i forhold til hvilke målinger man forholdt seg til. Sykepleierne, som er eksperter på pleie og avdelingsdrift, virket ha mer inngående kunnskap i målinger som omhandlet pasientsikkerhetsprogrammet enn det legene gav inntrykk av. Legene på sin side, nevnte eksempler på de nasjonale kvalitetsparametere som omhandlet krav om 7 dagers epikrisetid, liggetid, kreftpakkeforløp samt forskjellige kvalitetsregistre.

Ut i fra et kulturelt perspektiv må det kanskje forventes at forskjellige helseutøvere holder sitt fagfelt nærmest, uavhengig av posisjon på avdelingene? Enkelte av registrene er nok i større grad tilsiktet utøvelse av legearbeid, mens andre igjen går mer på utøvelse av pleie. På den andre siden er ikke gitt at avdelingsleder skal være lege, eller sykepleier. Slik at leder på en avdeling, uavhengig av helsefaglig bakgrunn, vil måtte stå ansvarlig for resultatene av kvalitetsmålinger på sin avdeling. (Sosial- og helsedepartementet (1997)). Vi merket ikke noen bevissthet hos informantene på dette, og i ettertid ser vi at vi kunne ha justert vårt spørsmål slik at vi fikk frem dette poenget.

Vi spurte derimot spørsmål for å se om noen av informantene hadde eksempler på at de var blitt evaluert som leder, på bakgrunn av kvalitetsmålinger, men ingen kunne bekrefte slike eksempler. Vi fikk forskjellige kommentarer på dette og merket at kroppsspråk har betydning for kommunikasjonen under intervjuer. Tolkning av kroppsspråk, er vanskelig og vi vil ikke utdype dette noe videre.

Selv om informantene ikke hadde kommentarer som vitnet om at evaluering av lederskap forekom på UNN, fikk vi frem flere interessante perspektiver rundt dette. Informant D hevdet at målinger burde få konsekvenser for ledere som ikke tok "*kvalitet på alvor*" (D), mens andre igjen tok til orde for at slik evaluering ikke var ønskelig. "*Det er ikke bra med slike gapestokk målinger*" (C). Mens en annen svarte i motsatt fall, at dårlige målinger for denne lederen førte til "*oppgitthet om at det ikke var oppdaget før*" (D).

Her ser vi eksempler på at evalueringsmålinger oppfattes forskjellig, hvilket passer godt med utgangspunktet for vårt forskningsspørsmål. Slik oppfatning må man og kunne forvente å finne også blant ansatte uten lederposisjon. Det er med andre ord ikke gitt at slik evaluering oppfattes som noe positivt, og dette er et viktig funn i vår oppgave, som blir kommentert videre under konklusjoner.

Flere informanter gav samtidig ikke inntrykk av at kvalitetsmålinger var særlig innarbeidet i sin avdeling. Det var ingen stor del av hverken kulturen eller strukturen, og påpekte at omorganiseringer hadde en stor del av skylden til dette. Informant A formulerte det slik når vi spurte om hvilke kvalitetsmålinger som gjøres på avdelingen:

«...vi har flyttet og blitt sammenslått...derfor har vi arbeidet steinhardt med omorganiseringer og kompetansehevinger bare for å få opplært folk. Så det er kanskje ikke før i høst at vi er begynt å tenke på kvalitet, i tråd med det som kommer fra de over oss.»

Videre ble dette supplert med spørsmål om omorganiseringer reduserer kvalitetsarbeid? *«ja, det er ekstremt lite fokus på kvalitet!» (A)*

Informant C brukte liknende argumentasjon, da denne var leder ved en relativt nyopprettet avdeling.

Informant D var i motsatt fall leder i en avdeling mindre preget av omorganiseringer. Denne illustrerer hvor forskjellig betydningen av kvalitetsmålinger ble oppfattet. Følgende holdningsskapende sitat vitner om dette:

«...Alt skal registreres slik at vi vet hva vi har av resultat. Slik kan vi dokumentere både det positive og det som er av komplikasjoner. Sånn at vi har noe konkret å ta tak i mht forbedringsarbeidet!» (D)

Vi fulgte opp dette med å spørre om informantene følte at kvalitetsmålinger gav et riktig bilde av avdelingens virksomhet? Vi fikk heller ikke her noen entydige svar. Informant A og F hadde ingen spesielle kommentarer, mens de øvrige informantene var mer opptatt av dette. Informant B, C og D og E kommenterte at de mente at flere av de pålagte målingene ikke var spesielt treffende for tjenestetilbudet, i forhold til de målingene man hadde kommet på selv.

I tillegg ble det sagt at det også var forskjeller på hvor gode de forskjellige, pålagte målingene var i forhold til slik evaluering. De nasjonale parameterne virket ikke å være særlig aktuelle, mens pasientsikkerhetsprogrammet var mer egnet i den daglige driften, på de avdelingene hvor dette var tatt i bruk. Her kunne man få fortløpende, daglige målinger, som igjen kunne bli rutinemessig presentert og evaluert i grupper av arbeidstakere.

Evaluering er åpenbart nødvendig i mange konkrete tilfeller. Det vanligste i helsevesenet er om man ønsker å begrense en konkret komplikasjon, eller ved å følge at et helsetilbud blir i gitt i tråd med det som er ønskelig. Evaluering av de ansatte som yter den aktuelle helsehjelpen vil da være aktuell bruk av kvalitetsmålinger. For å belyse dette ytterligere i vår oppgave spurte vi: *"Om målinger får konsekvenser for de ansatte?"* Vi fikk et svar, som demonstrerer et nærmest ideelt svar på slik evaluering fra informant D:

"Hver tredje måned går vi gjennom (.....-)registeret. Hver uke har vi komplikasjonsmøte, og her er det obligatorisk å være med....Vi har et standard oppsett hvordan det skal gjøres. Var det rett indikasjon? Var det rett kompetanse tilstede? Blei det rett vurdert? Rett håndtert? Osv." (D).

Informant F fulgte opp dette poenget med følgende kommentarer:

"(....-) registeret gir oss fem års overlevelse, så der får vi ikke vite noe....Vi har ikke kvalitetsregister på de vanligste bivirkningene som (.....) og (....). Jeg er veldig oppmerksom på de klagen vi får, og synes det er en veldig god korreksjon. Og så er det stor læringseffekt, så jeg vil si at det er en nyttig ting som er kommet inn. At vi har komplikasjonsmøter." (F)

Samme informant, tok opp at avdelingen gikk nøye gjennom klagesaker på avdelingen, og fikk fremstilt at tall og registreringer ikke er viktigste, og eneste beskrivelse av virkeligheten:

"Sanne ting (klager), går inn på meg. Så klagesaker er gode. Det er noe å strekke seg etter. Det gjør mer inntrykk på meg å styre etter enn kanskje at det har vært tre fall. Det er liksom bare et tall på et vis" (F)

Vi ser her noen viktige eksempler på at kvalitetsmålinger, ikke er eneste måte å evaluere virksomhet på. Utøvelse av helsetjenester er svært sammensatt, og ikke minst, forbundet med følelser hvor alt ikke kan måles eller registreres. Når man bruker tallverdier til bruk i evaluering, rører man ved noe som kan være svært sammensatt i organisasjonen og hos helseutøvere. Dette poenget er nevnt flere ganger i dette empirikapittelet. Kanskje er dette en viktig årsak til negativitet i forhold til klinisk registerings arbeid hos helseutøvere; at skjebner

og lidelser oversettes til tall? Dette representerer et eget tema innenfor etiske betraktninger på kvalitetsmålinger som vi ikke fulgte opp i våre intervjuer p.g.a. begrensningene i forskningsspørsmålet, men kommenteres da det utgjør en svakhet i oppgaven.

4.5.5 Hovedfunn av fenomenet kvalitetsmålinger på avdelingene

I de neste underpunktene har vi trukket ut hovedfunn i forhold til vår forskning til bruk i påfølgende teoretiske analyse og konklusjon:

1. Kultur og struktur har betydning for bruken av kvalitetsmålinger. Vi finner forskjell i hvordan avdelingene innfører og bruker kvalitetsmålinger. Avdelinger som er nyopprettede, utsatt for store omstillinger og preget av lite stabilitet har svakere kultur, og det presenteres problemer med å innføre kvalitetsmålinger. Andre oppgaver (kjernevirksomhet) må prioriteres på kort sikt hos disse. Stabile avdelinger derimot, virket å ha sterkere kultur for å registrere og måle. I tillegg har fenomenet kvalitetsmålinger trolig større betydning enn ordet i seg selv gir uttrykk for. Hver enkelt-måling har ikke bare betydning for pasienten eller som ledd i virksomhetsstyringen, men kan bidra til å forme en sikkerhetskultur og sette fokus på kvalitetsarbeid. Dette funnet virker å henge sammen med stabiliteten på avdelinger.
2. Implementering og opplæring har betydning for kvalitetsmålingers bruk på avdelingene. Vi finner i vår studie at avdelinger som ikke hadde erfaring i bruk av målinger i forhold til virksomhetsstyring, og implementering, opplevde ledelsesutfordringer mht til dette.
3. Vi fant variasjon i verdsetting og begrepsforståelse av kvalitetsmålinger. Informantene verdsatte egendefinerte målinger fremfor de nasjonale. Egne målinger ble brukt i virksomhetsstyring, mens de målingene som man ikke var familiære med, ble ikke nevnt i styringssammenheng. Sykepleiere virket mer opptatt av pasientsikkerhetsprogrammet enn legene gav inntrykk av.
4. Vi oppfattet ingen særskilt kjennskap eller bevissthet rundt koblinger mellom kvalitetsmålinger og oppdragsdokumenter for sykehuset. Dette representerer en dekobling i første element av styringssirkelen. I andre faser av styringssirkelen var det

derimot flere rasjonelle koblinger. Evalueringsprosessen utheves i denne sammenhengen.

5.0 Analyse

I åpningsspørsmålene våre spurte vi informantene: «Hvilke kvalitetsmålinger gjøres på avdelingen der de jobber». Dette skulle pense intervjuet inn mot hovedtemaet, og samtidig få oversikt over hvilken erfaring informantene hadde om temaet.

Deretter gikk vi metodisk til verks for å få data som skulle kunne knyttes opp mot aktuell teori og konteksten for våre undersøkelser ble belyst. Vi fikk følgelig forskjellige svar hos informantene på spørsmålene våre. Vi vil i dette kapittelet analysere våre hovedfunn nærmere, og trekke inn teoretiske forklaringer.

5.1 Kultur og struktur har betydning for bruken av kvalitetsmålinger

Under arbeidet med å tolke dataene fra intervjuene oppdaget vi at det var varierende erfaring med bruk kvalitetsmålinger blant informantene. Flere av informantene hadde åpenbart langvarig erfaring i bruk av målinger, og disse poengterte samtidig sterkest nytte av dette til enkelte elementer i styringssirkelen, og gav inntrykk av å ha bredest kompetanse på temaet.

Ut ifra dette tolker vi at bruk av kvalitetsmålinger ser ut å være en viktig del av kulturen ved disse avdelingene, der ledere er tydelig på at kvalitetsmålinger er bra. Disse avdelingene hadde hatt effektmålinger over tid. Det var dermed en eksisterende kultur for å bruke kvalitetsmålinger, hvilket fasiliterte innføringen av nye målinger igjen.

Dette er i tråd med Simons holdningssystemer (Simons 1995, referert i Tjørve og Bekkelund 2012) som formulerer en plan over verdier og meninger i en enhet. Forventninger om bruk av kvalitetsmålinger fra leder, er eksempel på en slik plan for å skape holdninger og kultur hos de underordnete. I Simons teori er det en forutsetning at planen brukes aktivt, noe disse lederne gjorde. I og med disse informantene hadde fokus på kvalitetsmålinger og brukte dette aktivt tyder dette også på diagnostisk bruk på disse avdelingene. Informantene ga inntrykk av å ha klare, fastsatte mål, de målte resultatene, og hadde fokus på årsakene til avvik og brukte dette til forbedringsarbeid.

Samtidig kom det også frem at de lederne som angav størst nytte av målinger, arbeidet ved det man kan kalle stabile avdelinger. Strukturen til disse var lite preget av flytting og større omorganiseringer i forhold til andre avdelinger i foretaket med dårligere kultur for målinger. Dermed kan vi antyde at stabilitet, er viktig kriterium for å utvikle en god kultur for kvalitetsmålinger. Dette er i tråd med organisasjonsteori, som beskriver at en god struktur henger sammen med en sterk kultur. (Jacobsen, Thorsvik 2013)

I tillegg vil vi påpeke at stabile avdelinger, med kultur for målinger virket være mer opptatt av kvalitet og sikkerhet. I det pålagte pasientsikkerhetsprogrammet, var en av målsetningene å øke sikkerhet- og kvalitetsfremmende kultur på avdelingsnivå. I vår forskning var det flere av informantene som nevnte dette, mens andre igjen ikke delte noen bevissthet rundt dette. De uttrykte at en positiv effekt av pasientsikkerhetsprogrammet hadde vært økt fokus på pasientsikkerhet, til tross for manglende, ekstra ressurser og utfordringer med implementering.

I motsatt fall vil kvalitetsregisterarbeid, og nasjonale indikatorer være resultater av sammensatte årsaker samt ha lengre tidshorisont. Dette kommenteres av Rygh og Mørland (2006) ved det Nasjonale Kunnskapssenteret, ved at indikatorer er resultater av komplekse prosesser. Dette poengterer viktigheten av å ha kliniske kunnskaper om hvordan kvalitetsmålinger blir til, og hvordan tilfeldige årsakssammenhenger kan spille inn i hverandre. F.eks kan komplikasjoner på avdelinger som fallskade, eller CVK infeksjon i verstefall føre til død, og dermed gi negativt resultater i andre kvalitetsregistre. Derfor bør nok en leder ta ansvar, og følge opp om *alle* målinger, eller den totale kvaliteten, som avdelingen skal tilby. Det vil i så tilfelle være mer i tråd med prinsippet om enhetlig ledelse. Sosial- og helsedepartementet (1997)

Kontinuerlige evalueringsmålninger, på forskjellige områder er virkemidler, som vil kunne gi svar på om forskjellige fasetter ved behandlingen er god nok. Målinger kan i følge Simons brukes både holdningsfremmende og barriereskapende, noe pasientsikkerhetsprogrammet er eksempel på. (Simons 1995, referert i Tjørve og Bekkelund 2012) Man gjør fortløpende registreringer for å kartlegge om det foreligger risiko, som i neste omgang skal føre til helsefremmende handling eller forebyggende tiltak, ved å hindre atferd (eks. unngå unødvendige katetre).

I pasientsikkerhetsprogrammet er det i tillegg anbefalt at resultater fra kvalitetsmålinger føres opp på ei tavle i hver enkelt avdeling slik at omgivelsene kan erfare hvordan avdelingene gjør det mht hver enkelt parameter. Våre informanter hadde ikke tatt dette i bruk, selv om dette ble nevnt. Dersom de hadde offentliggjort resultatene i tråd med intensjonen til programmet ville dette kunne påvirke omdømme for omgivelsene, og forhåpentligvis bidra til å motivere de ansatte og gi trygghet til publikum. Dette funnet kan kobles opp mot både diagnostisk bruk (Simons 1995, referert i Tjørve og Bekkelund 2012) og institusjonell teori.(Jacobsen, Thorsvik 2013)

Fenomenet kvalitetsmålinger har trolig større betydning enn ordet i seg selv gir uttrykk for. Hver enkelt-måling har ikke bare betydning for pasienten eller som ledd i virksomhetsstyring, men kan bidra til å forme en sikkerhetskultur og sette fokus på kvalitetsarbeid. Dette er eksempler på Simons interaktiv- og diagnostisk bruk av kvalitetsmålinger. (Simons 1995, referert i Tjørve og Bekkelund 2012)

5.2 Implementering og opplæring i bruk av målinger på avdelingene.

De hyppigst forekommende årsakene til at de andre informantene ikke hadde systematisk innført, pålagte målinger, eller tatt dette i mer utstrakt bruk, var mangel på tid, eller problemer med implementering. Samtlige informanter tok på forskjellig vis orde for hvordan det oppleves å bli pålagt systematisk kvalitetsmålingsarbeid på avdelingene.

Pasientsikkerhetsprogrammet ble særskilt nevnt i denne sammenhengen, ved at man ikke fikk tilført økte ressurser for å utføre dette mer-arbeidet. Dette forklares under teori for den økonomiske styringssirkelen som omhandler planer eller budsjett. For å bedre implementering og bruk av programmet kunne man i toppledelsen satt av midler i budsjettet til forbedringsagenter, eller eksperter på programmet. En slik bruk av budsjett ville synliggjort at kvalitetsmålinger var en prioritet i organisasjonen og økt sannsynligheten for at programmet ville bli best mulig. (Pettersen et al, 2008)

Avdelingsledere opplevde i tillegg å bli pålagt opprettelse av styringsverktøy, uten at man fikk opplæring i hvordan man skulle bruke dette i virksomhetsstyringen. Her finner vi at teoretisk utdannelse i helseledelse manglet. Simons' "levers of control" beskriver dette poenget med at det finnes et generelt rammeverk for styringssystemer, hvor enkle

målsetninger og prosesser er virkemidler. Kvalitetsmålinger kan brukes til dette formål. Ledelsens oppgave er i denne teorien å definere målsetninger for ønsket adferd, samt sette barrierer for det uønskede. I tillegg gis det rom for kunnskapsutveksling når man ikke har fastlagt strategi eller definert noen klar målsetning, hvilket er interaktiv bruk. Til sist i denne teorien skal ledelsen definere klare mål på det som organisasjonen anser som kritiske prestasjonsparametere som er diagnostisk bruk. Figur (4), rammer og dimensjoner i styringsmekanismer i kapittel 2.3, illustrerer dette. (Simons 1995, referert i Tjørve og Bekkelund 2012)

Når man måler uten konsekvens for bruk i virksomhetsstyringen, gir dette opphav til flere interessante problemstillinger. Dette opplevdes av flere av informantene som meningsløst, og arbeidet med slike registreringer ble ikke prioritert. Når man i tillegg legger til grunn av det ikke var budsjettert for å drive med slike målinger, gir dette ytterligere styrke til den videre drøftingen. Dette funnet kan analyseres ut ifra institusjonell teori (Brunsson 1993), hvor man velger bort unyttig arbeid for å kunne prioritere kjernevirksomhet. Vi har kalt det en overlevelsesmekanisme for ledere i organisasjoner. Dekoblingen mot overveldende krav er rasjonell i denne sammenhengen, selv om det ikke er i tråd med eiers ønske.

Jakobsen og Thorsvik (2013) beskriver organisasjoner i forhold til omgivelsene. Indikatorer kan i denne sammenhengen brukes for å bedre omdømme mot omgivelsene, selv om de ansatte og ledere i avdelinger ikke opplever dette som meningsfylt. Kvalitetsmålinger blir i slike tilfeller utført, og brukt, rent diagnostisk for å demonstrere avdelingens legitimitet.

Dette kan problematiseres ytterligere utfra de metodiske utfordringer i forhold til hvordan målinger blir utført. Som vi har nevnt under begrepsforklaringene på kvalitetsregistreringene. Eksempler kan være at målinger utføres på forskjellige måter ved forskjellige enheter og med manglende etterlevelse. I tillegg vil pasienter som registreres vanligvis preges av store individuelle forskjeller. Dette gir redusert validitet ved dataene som samles inn, med påfølgende usikre sammenlikningsgrunnlag. (Schem, 2005). Vår studie viser at ledere er bevisste i forhold til dette, og følgelig velger man bort slikt unødig, ressurskrevende arbeid.

5.3 Vi fant variasjon i verdsetting og begrepsforståelse av kvalitetsmålinger

Leger og sykepleiere hadde preferanser for målinger som lå deres fagfelt nærmest. Dette kan skyldes flere faktorer. Kulturelt sett vil man som fagperson føle sterkere tilhørighet til det man er kjent med fra tidligere, og at dette kjennetegnes ved det som kalles kulturell styring. (Pettersen et al, 2008) I forbindelse med innføringen av enhetlig ledelse i helsevesenet (Sosial- og helsedepartementet (1997) skulle slike barrierer forsvinne. For å bli avdelingsleder var det ikke lenger noe krav om helsefaglig profesjon, så lenge fagansvaret ble dekket av en legefaglig rådgiver.

I våre analyser kom det frem nokså klart at fagbakgrunn har betydning for hvordan man oppfattet fenomenet kvalitetsmålinger på avdelingene. Sykepleiere var mer opptatt av de parameterne som omhandlet kvalitet på rundt pleiesituasjoner, mens legene i større grad tok til orde for kvalitetsmålinger som omhandlet prestasjonseffekter, mens vi merket tydelig at spesialiserte avdelinger var mer opptatt av å snakke om og verdsette sine egne kvalitetsregistreringer. Det fremkom flere eksempler på at f.eks EPJ⁶, avvikssystem, og komplikasjonsgjennomganger hadde ført til endringer. Dette er klare eksempler på interaktiv, og diagnostisk bruk av kvalitetsregistreringer. (Simons 1995, referert i Tjørve og Bekkelund 2012) Her ble kvalitetsmålinger i tillegg brukt i tråd med styringssirkelen. Elektronisk pasientjournal som her nevnes konkret, representerer i tillegg et diagnostisk ledelsesverktøy. Dvs at man evaluerer en aktivitetsparameter og sjekker det opp mot en gjeldende målsetting, eller visjon, og handler i forhold til dette. Diagnostiske ledelsessystemer kan dermed brukes slik at koblinger i styringssirkelen blir sterkere. (Simons 1995, referert i Tjørve og Bekkelund 2012)

Flere av informantene nevnte problemer med å ha konkrete målbare parametere. I tilfeller der man leter etter optimal håndtering av en situasjon, eller klinisk problemstilling, kunne man i stedet ta i bruk interaktiv bruk av målinger. Dette kan oversettes med at man følger målinger fortløpende, og raskt kan ta høyde for om behandlingen eller målsettingen, skal justeres. "Veien blir til, mens man går ", har vi valgt å bruke for å beskrive dette tidligere i oppgaven. Det er ikke målingen i seg selv som er viktig, men prosessen for å komme frem til den.

⁶ EPJ- elektronisk pasient journal

Tilblivelse av slike målinger krever tett samarbeid og dialog mellom ledere og arbeidstakere. Bevissthet rundt interaktiv bruk vil således kunne være et nyttig verktøy i virksomhetsstyring, i tilfeller hvor man ikke har kunnet sette seg klare målsetninger eller strategier for å nå disse. (Simons 1995, referert i Tjørve og Bekkelund 2012)

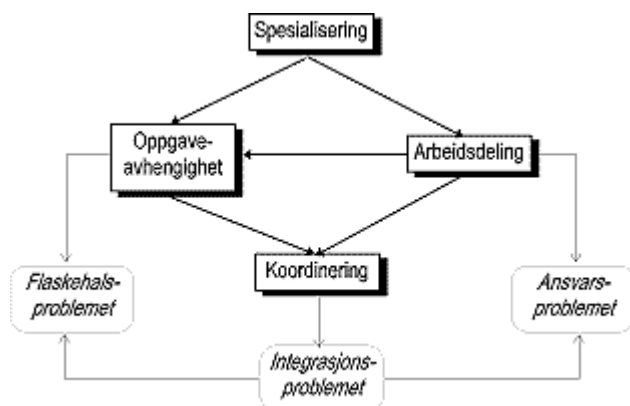
I våre intervjuer snakket enkelte avdelingsledere spontant om andre avdelingens eller helsefagarbeideres kvalitetsresultater, uten at dette hadde noen påvirkning på deres samarbeid. Dette er en svakhet ved vår analyse, og vi burde nok tatt med konkrete spørsmål om avdelingsledere hadde kjennskap til dette.

Dette gjenspeiler flere forhold ved klinisk bruk av kvalitetsindikatorer. Og vi vil fremheve de viktigste forklaringene rundt dette:

1. Pettersen et al (2008) beskriver at man må ha inngående klinisk kunnskap for å kunne tolke og forstå årsaksforhold bak en registrering. Når man i tillegg skal kunne bruke dette som støtte til styringsverktøy stiller det høye krav til kompetanse.

2. Ifølge Pettersen et al (2008), passer dette med det fenomenet som best beskrives i underkapittel om ustyrlike organisasjoner. Effektiv sykehusdrift krever samarbeid på tvers av multiple fag og avdelingsdisipliner. Medisinsk utvikling preges av økende grad av spesialisering og dernest større grad av arbeidsdeling. Kvalitetsfull pasientbehandling krever således økende grad av koordinering og tverrfaglig samarbeid hvilket beskrives i større organisasjoner som interaksjonsproblemer, eller problemer med arbeidsdeling og gjensidig avhengighet. Dette gir igjen opphav til to nye problemer kalt flaskehals- og ansvarsproblemer. Figuren under oppsummerer problemer i forhold til intern organisering ved høyt spesialiserte organisasjoner. (Sosial- og helsedepartementet (1997)

Figur 6: Problemer knyttet til intern organisering.



5.4. Vi oppfattet ingen særskilt kjennskap eller bevissthet rundt overordnede målsetninger, og "sørge for prinsippet"

Som nevnt i innledningen har helseforetakene gjennomgått flere reformer siste ti-år. Helseforetaksreformen fra 2002, legger føringer for aktivitet på sykehusene i form av oppdragsdokumenter fra eier. Foretakene får derved oppdrag å sørge for at mange målsetninger oppfylles samtidig. Disse dokumentene skaper målsetninger for avdelinger, som representerer styringssirkelens første element, som definerer visjoner, målsetninger og strategier. (Pettersen et al 2008)

Ingen av informantene nevnte at de brukte målinger for å oppfylle krav mht oppdragsdokumentet. Dette var nok overaskende, da ledere regelmessig må rapportere på slike målsetninger, og at dette igjen burde vært koblet opp mot planlegging og budsjettering. Dette representerer en dekobling i forhold til styringssirkelen. (Pettersen et al 2008) Dette funnet konkretiseres i institusjonell teori, hvor Brunsson, beskriver at ledere, som blir overlesset med arbeidsoppgaver, må velge ut hva det skal leveres på. Dette rasjonaliserer dekoblingen, da det i perioder kan være eneste måte å overleve på i organisasjoner hvor det er for mange samtidige krav og målsetninger. (Brunsson 1993)

Et annet moment rundt fastsatte målsetninger og koblinger problematiseres under teori om målstyring, hvor fastsatte mål, stadig må justeres og oppdateres. (Pettersen et al, 2008) I helsevesenet vil derfor målstyring by på utfordringer, da det stadig pågår forskning og teknologisk utvikling, samt at kompleksiteten i årsakssammenhenger ikke alltid er åpenbare. Videre problematiseres målstyring i helsevesenet ytterligere av at organisasjonene er oppbygd av svært mange profesjoner og interesser, og med hensyn til fenomenet med kulturell styring, vil høyt spesialiserte faggrupper, kunne bli sektorforsvarere, som i verstefall bare ser

sine egne behov uten å ta ansvaret for organisasjonen og kanskje pasientens beste. (Jacobsen, Thorsvik 2013)

En ideell modell for målstyring og sterke koblinger i forhold til styringssirkelen er teorien bak balansert målstyring. Her vil man i første omgang bestemme forskjellige målsetninger. Deretter må man lage målbare verdier eller indikatorer som understøtter strategien for å nå det oppsatte målet. Dersom indikatorene avdekker dårlige resultater vil dette føre til fastlagte handlingsmønstre for å bedre situasjonen. Slike skåringskort kan man benytte innenfor flere områder innenfor helsevesenet, som f.eks pasienttilfredshet, komplikasjonsforebygging (pasientsikkerhetsprogrammet), budsjett, regnskapsoppfølging og faglige målsetninger. (Pettersen et al, 2008)

6.0 Oppsummering

Vi ønsket med vår forskning å kartlegge hvordan ledere i den somatiske spesialisthelsetjenesten gjorde bruk av kvalitetsmålinger på avdelingsnivå. Dette ville gi svar på om ressursbruken rundt registreringsvirksomhet kunne forsvares i forhold til andre arbeidsoppgaver, og om målinger ble brukt i styring. Dette er aktuelt da kvalitetsmålinger allerede har en stor, og økende del av den kliniske arbeidshverdagen.

Vi ville derfor undersøke om vi måler bare fordi det er pålagt, eller om resultatene brukes til noe nyttig? Kunne det være aspekter ved fenomenet kvalitetsmålinger som ikke kom godt nok frem? Hvilke perspektiver hadde forskjellige mellomledere i forhold til dette?

Vi har valgt flere teorier for å belyse forskningsspørsmålet, med hovedvekt på den ideelle økonomiske styringssirkelen, Simons Levers of control og institusjonell teori. I tillegg beskriver vi konteksten som ledere på avdelingsnivå opererer under. I dette ligger det eierskapsstrukturer i helsevesenet, helsereformer og ideologisk bakgrunn i tråd med New public management.

Studien er gjennomført ved somatiske avdelinger på UNN-Tromsø, som er et universitetssykehus. Vi har intervjuet 6 tilfeldig utvalgte ledere på samme ledernivå. Vi har brukt en kvalitativ metode for å få svar på forskningsspørsmålet som vi har definert på følgende måte:

«Hvordan brukes kvalitetsmålinger i virksomhetsstyring på avdelingsnivå i den somatiske spesialisthelsetjenesten?»

Våre hovedfunn oppsummeres i følgende underpunkter:

- Kultur og struktur har betydning for kvalitetsmålinger, som samtidig virker å bidra til økt fokus på kvalitet og sikkerhetskultur.
- Implementering av målingssystemer og opplæring i bruken av disse er en viktig faktor.
- Informantene hadde varierende forståelse av betydningen av kvalitetsmålinger og bruken av disse.
- Lite fokus på målingers betydning i forhold til overordnede strategier og mål

6.1 Konklusjon:

Kvalitetsmålinger brukes i liten grad til virksomhetsstyring på dette ledernivået. Selv om alle informantene var involvert i kvalitetsmålinger ved sine avdelinger, var ikke arbeidet alltid satt i system. Videre fant vi at det virket å være dekoblinger i forhold til elementene i styringssirkelen. Dette kom nok tydeligst frem ved en manglende kobling mellom overordnede målsetninger og planer, mens det var mer sammenheng mellom aktivitetsanalyser og evaluering av egen virksomhet.

Hver enkelt-måling har ikke nødvendigvis så stor betydning i seg selv, men målinger generelt kan bidra til å forme en kultur for kvalitet og pasientsikkerhet. Forenkling av registreringer og oversikt over målinger, bør utføres på en slik måte at slikt arbeidet med kvalitetsmålinger ikke blir overveldende.

Basert på konklusjonene våre og hovedfunn vil vi hevde at dette kan oppsummeres i følgende læringsutbytter. Vi fant dårligere etterlevelse og bruk kvalitetsmålinger i avdelinger preget av svak kultur og ustabil struktur. Strukturelle endringer virker negativt inn på kvalitetsarbeid på avdelingsnivå, og sannsynligheten for at det oppstår dekoblinger i forhold til målsetninger og rapporteringskrav vil trolig være stor.

Ledere på avdelingsnivå er opptatt av kvalitet og pasientsikkerhet, men det mangler helhetsforståelse og koblinger mot overordnede strategier og målsetninger. Vi fant ikke at målinger og registreringer ble brukt i samarbeid mellom avdelinger eller fagtilhørigheter, og man holdt målinger som omhandlet eget fag og praksis nærmest. Dette bør man fokusere på ved opprettelse og vedlikeholdelse av målingssystemer. Det handler kanskje om å ufarliggjøre målingers betydning, slik at de kan brukes til noe konstruktivt? Kvalitetsmålinger og

styringsparametere kan brukes til overordnet koordinering for å kartlegge flaskehalser og ansvarliggjøring i høyt spesialiserte organisasjoner, og dette burde kanskje hatt sterkere fokus, f.eks i forhold til ledelsesutdanning?

6.2 Etterord

Som helsearbeider må man forvente at man blir evaluert i forhold til sin virksomhet, selv om dette ikke alltid oppleves som noe positivt. Vi forvalter fellesskapets midler, og har dermed et ansvar for at det ikke sløses. Målinger og registreringer kan i mange tilfeller være eneste måte å dokumentere mangler, hensiktsmessig forvaltning eller øke kunnskapsnivået på i helsevesenet. Målinger må foretas på hensiktsmessig måte og brukes med forstand.

Bevissthet rundt aktuelle bruksområder av målinger og registreringer, som denne masteroppgaven omhandler, kan kanskje brukes for å oppnå dette?

*Fakta slutter ikke å eksistere
bare fordi de oversees.*(Aldous Huxley)

7.0 Litteraturliste

Bøker:

Bibelen.

Pettersen, I.J. & Magnussen, J. & Nyland, K. & Bjørnenak, T. (2008) Økonomi og Helse, Perspektiver på styring. 2 utg. Oslo, Cappelen Damm.

Jacobsen, D.I & Thorsvik, J. (2013) Hvordan organisasjoner fungerer. 4 utg. Bergen, Fagbokforlaget.

Berg, E (2015), Hold munn eller gå! Makt og avmakt i helsevesenet, Emlia press AS

Jensen, B. (2013) Helsereformene i NPM perspektiv. 1: Veggeland, N. Reformen i norsk helsevesen, veier videre. Trondheim, Akademika forlag, s 31-64

Johannessen, A. & Kristoffersen, L. & Tufte, P.A (2009) Forskningsmetode for økonomisk - administrative fag. Oslo, Abstrakt forlag.

Rapport:

Tjørve, C. & Bekkelund, E (2012) Controllerens rolle og bruk av styringsverktøy. SNF rapport 05/12. Samfunns og næringslivsforskning AS, Bergen

Bengoa, R.(2006) Quality of care. A process for making strategic choices i health systems. [Internett] Tilgjengelig fra:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43470/1/9241563249_eng.pdf

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2005) Medisinske kvalitetsregistre i Norge – identifisering og kartlegging av eksisterende registre. [internett] Tilgjengelig fra:

file:///C:/Users/hbj2204unn/Downloads/Notat_05_medisinske_kvalitetsregistre.pdf [Nedlastet 24.01.16]

Medisinsk fagavdeling, policydokument 1. 2012. Kvalitet må måles og brukes til forbedring. Den norske legeforening. [Internett] Tilgjengelig fra:

<http://legeforeningen.no/PageFiles/103786/kvalitet%20m%C3%A5%20m%C3%A5les%20og%20brukes%20til%20forbedring.pdf> [Nedlastet 22.04.16]

Masteroppgave:

Gangås, A. & Næss, L.K. (2014) Hvordan brukes økonomisk informasjon i en insourcingprosess i offentlig sektor? Akademisk avhandling, Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Knudsen, M.K. & Skjelvik, T (2012) Fra krav til handling? Har oppdragsdokumentet betydning for styring av klinikken? Akademisk avhandling, Universitet i Bodø, Bodø.

Nettsted:

Direktoratet for økonomistyring. Styringsparameter [Internett] Tilgjengelig fra:

<http://dfo.no/forvaltning/okonomiregelverket/ord-og-begreper/glossary/s/styringsparameter/> [Nedlastet 02.05.16]

helsenorge.no/Direktoratet for e-helse. (2014) Om kvalitet og kvalitetsindikatorer,

Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer> [Nedlastet 04.03.16]

Tidsskrift:

Johanson, D. & Madsen, D.Ø. (2013) Økonomisk styring i Norge. Magma [Internett]

Tilgjengelig fra: <https://www.magma.no/okonomisk-styring-i-norge> [Nedlastet 21.03.16]

Rygh, L.H & Mørland B. (2006) Jakten på de gode kvalitetsindikatorene. Tidsskrift for den norske legeforening. [Internett] 21, 126 2822-5. Tilgjengelig fra:

<http://tidsskriftet.no/article/1448980> [Nedlastet 19.02.16]

Grepperud, S. (2009) Kvalitet i helsetjenesten – hva menes egentlig? Tidsskrift for den norske legeforening. [Internett] 11, 129:1112 – 4. Tilgjengelig fra:

<http://tidsskriftet.no/article/1841216> [Nedlastet 02.03.16]

Gjessing H (2015), Ut med foretaksmodellen? Tidsskrift for den norske legeforening. [internett] 10, 135:995. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/3337302/> [Nedlastet 15.03.16]

Schem, B.C. (2005) Indikatorer – nyttige, men problematiske. Tidsskrift for den norske legeforening. [Internett] 9, 125:1151 Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/1181178> [nedlastet 21.01.16]

Artikler

Brunsson, N (1993) Justification and hypocrisy as alternatives to control [Internett] Tilgjengelig fra: http://ac.els-cdn.com/036136829390001M/1-s2.0-036136829390001M-main.pdf?_tid=92f73082-33f2-11e6-b93c-00000aacb35d&acdnat=1466102942_4969126e00fccbb1b9ee95158674872e (Nedlastet 27.05.16)

Vorland, L. (2016) Nyttan av helseregistrene må økes. [Internett] Tilgjengelig fra:

<http://intranett.unn.no/forsiden/nyttan-av-helseregistrene-ma-okes-article138099-8693.html>

[Lastet ned 19.03.16]

Hansen, Tore. (2014, 20. oktober). New Public Management. I Store norske leksikon. Hentet 16. juni 2016 fra https://snl.no/New_Public_Management.

Torring, J (2015) Bombe under 30 års styretenkning: Hood og Dixon legger new public management i graven. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://denoffentlige.dk/bombe-under-30-aars-styringstaenkning-hood-og-dixon-laegger-new-public-management-i-graven> [Lastet ned 28.05.16]

Engen, Ø.B, Moe, L. (2015) Nasjonal sykehusplan – planen vil føre til sterk sentralisering.

Dagens medisin 20.11.15 [Internett] Tilgjengelig

fra:<http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/11/20/toppe-om-helse--og-sykehusplan/>

[Nedlastet 02.06.16]

Offentlige dokumenter

Helse- og omsorgsdepartementet (2014) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013. St.meld 11 (2014-2015) Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Representant forslag, Stortinget (2008-2009) Representantforslag fra stortingsrepresentantene

Sonja Irene Sjøli og Inge Lønning om en ny nasjonal helseplan. Dokument nr 8:94(2008-2009) Oslo, Stortinget

Helse- og omsorgsdepartementet (2000) Rundskriv om fritt sykehusvalg etter pasientrettighetsloven § 2-4. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) Fritt behandlingsvalg starter i 2015. Pressemelding nr 42(2015) Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Norsk sykepleierforbund (2006) Nasjonale kvalitetsregistre - høringsuttalelse. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.

Sosial- og helsedirektoratet (2005) ... Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedepartementet (1997) Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. Norges offentlige utredninger 1997:2. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) God kvalitet – trygge tjenester – kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. St.meld 10 (2012-2013) Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

8.0 Vedlegg

8.1 Intervjuguide

Intervju guide

- Hvilken helsefaglig bakgrunn har du?
- Hvor lenge har du jobbet som leder?
- Er dette den første lederjobben du har hatt?
- Hvor mange ansatte er det i din avdeling?

Hvilke kvalitetsmålinger gjøres på avdelingen?

Hva bruker du kvalitetsmålinger til?

Visjon, mål og strategi

- Har kvalitetsmålinger betydning for utviklingen av avdelingens mål og visjoner?

- Hvordan vil du beskrive avdelingens mål og visjoner?
- Synes du at kvalitetsmålinger gjenspeiler et riktig bilde av avdelingen?

Planer

- Legger du langsiktige planer på bakgrunn av resultater fra kvalitetsmålinger?
- Bruker du resultater av kvalitetsmålinger i planlegging av avdelingens drift?
- Blir opplæring/kompetanseheving planlagt i forhold til resultater fra kvalitetsmålinger?
- Har dette ført til at du har måttet lagt planer for virksomheten knyttet til målinger?

Handling

- Kommuniseres resultatene av kvalitetsmålinger til medarbeiderne? På hvilken måte?
- Hvordan kommuniseres resultatene av kvalitetsmålinger til deg som leder?
- Hvordan har avdelingen organisert innføringen av nye kvalitetsmålinger?
- Endrer du praksis på bakgrunn av kvalitetsmålinger? Eksempler?
- Blir normer, kultur, budsjett osv påvirket av disse målingene? Har man endret prosedyrer i forhold til dette?

Rapportering, oppfølging, evaluering

- Hvordan vil du beskrive utviklingen og fokuset på kvalitetsmålinger de senere år?
- Får resultatene av kvalitetsmålinger konsekvenser for deg som leder?
- Brukes kvalitetsmålinger i evaluering av grupper av ansatte og eller evaluering av enkeltpersoner?
- Hvor ofte får du rapporter fra kvalitetsmålingene på avdelingen? Hvor ofte gir du tilbakemeldinger til dine ansatte?

