



UiT Norges arktiske universitet

Fakultet for biovitenskap, fiskeri og økonomi – Handelshøgskolen ved UiT

Topp-ledelsens involvering og læring i organisasjonen

En casestudie av kvalitetsstyring hos Sykehuset Innlandet

Emil Rakoczy

Masteroppgave i økonomi og administrasjon desember 2021

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	1
2	Innledning.....	2
2.1	Bakgrunn	2
2.2	Formål og problemstilling	3
2.3	Definisjoner og presiseringer.....	3
2.4	Oppgavens videre oppbygging	4
3	Teori	5
3.1	Litteraturgjennomgang	5
3.1.1	Teoretisk rammeverk for styringssystemer	5
3.1.2	Kvalitetsstyring i et historisk perspektiv	12
3.1.3	Kvalitetsstyring i et praktisk perspektiv	12
3.2	Praktisk kvalitetsstyring i et teoretisk rammeverk	15
3.3	Kritiske suksessfaktorer for implementeringen av TQM	16
3.4	Kvalitetsstyring og en lærende organisasjon	17
3.4.1	Om læring i organisasjoner	17
3.5	Dekobling	20
4	Metode.....	21
4.1	Vitenskapelig ståsted	21
4.2	Forskningsdesign	24
4.2.1	Casedesign.....	25
4.2.2	Utvalg	26
4.3	Metodevalg	27
4.3.1	Kvalitative individuelle intervjuer	28
4.3.2	Dokumentstudier	30
4.4	Forskningsprosessen / datainnsamling	31
4.5	Dataanalyse.....	32

4.6	Studiens kvalitet	34
4.6.1	Intern gyldighet	34
4.6.2	Funnenes overførbarhet.....	36
4.6.3	Forskningens pålitelighet	36
4.6.4	Funnenes bekreftbarhet	37
4.7	Forskningsetiske avveininger	37
4.7.1	Hensynet til informantene før under og etter intervjuet.....	38
4.7.2	Hensynet til personvernet.....	38
5	Casebeskrivelse	39
6	Empiriske data og diskusjon	42
6.1	Læring i organisasjonen.....	42
6.1.1	Tilbakemeldinger gjennom kvalitetssystemet.....	42
6.1.2	Strategisk læring i organisasjonen.....	44
6.1.3	Organisasjonens læring av egen erfaring	45
6.1.4	Overføring av kunnskap i og utenfor organisasjonen	48
6.1.5	Diskusjon og oppsummering av læring i organisasjonen.....	51
6.2	Topp-ledelsens involvering	53
6.2.1	Drivere for kvalitetsstyringen.....	54
6.2.2	Styrets arbeid.....	56
6.2.3	Ressursavsetning til kvalitetsarbeidet	57
6.2.4	Kunnskap hos topp-ledelsen.....	59
6.2.5	Initiativ og aktivitet hos topp-ledelsen	60
6.2.6	Påvirkning av drivere for kvalitetsstyringen	62
6.2.7	Diskusjon og oppsummering av topp-ledelsens involvering	66
7	Konklusjon	70
7.1	Forslag til videre forskning.....	72
8	Referanser.....	73

Vedlegg A	78
Vedlegg B.....	81

Figurliste

Figur 1 - Management control systems as a package (Kilde: Malmi & Brown, 2008).....	8
Figur 2 – PUKK / PDCA sirkelen	13
Figur 3 - organisering (kilde: Sykehuset Innlandet).....	40
Figur 4 - Risikoanalyse. Hendelsesanalyse. Kilde: Håndbok for helsetjenesten	47

Tabelliste

Tabell 1 - oversikt over informanter	32
--	----

Forord

Denne oppgaven er en avsluttende masteroppgave i studiet økonomi og administrasjon, med økonomisk styring som major og økonomisk analyse som minor. Oppgaven er halvårlig og avgir 30 studiepoeng. Studiet gir ved avslutning tittelen Siviløkonom og er den avsluttende oppgaven på en 2-årig mastergrad i økonomi og administrasjon på Handelshøgskolen ved UiT Norges Arktiske Universitet.

Oppgaven har vært krevende å gjennomføre under den pågående pandemien. Det har blitt mange utsettelse og skifter, og det seneste kom i oktober da et sykehus trakk seg fra forskningsprosjektet på grunn av et stort lokalt smitteutbrudd. Dette medførte at oppgaven måtte modelleres om fra sammenliknende casestudie til enkeltcasestudie en måned før levering. Det gjenværende sykehuset stilte heldigvis sterkt opp med flere respondenter, slik at undersøkelsen kunne gjennomføres likevel.

Forfatteren ønsker å takke UiT ved Handelshøgskolen i Tromsø for en fremragende utdanning. Videre takkes inderlig veileder Henning Sollid og biveileder Elsa Solstad for inspirasjon, motivasjon, utmerket veiledning og tålmodighet. Takk til Ingerid Hansen for støtte og faglige tilbakemeldinger.

1 Sammendrag

Formål

Formålet er å undersøke sammenhengen mellom toppledelsens involvering i kvalitetsstyring og læring i organisasjonen hos sykehuset Innlandet, med fokus på i hvilken grad toppledelsen må involvere seg.

Design / Metode / Tilnærming

Oppgaven benytter en kvalitativ tilnærming under rammeverket til Malmi og Brown (Malmi & Brown, 2008). Det gjennomføres kvalitative intervjuer med ledelsen i organisasjonen på flere nivåer.

Funn

Studien identifiserer stor grad av læring og involvering fra topp-ledelsen. Forskingens identifisering av topp-ledelsens involvering som en kritisk suksessfaktor for en vellykket implementering av kvalitetsstyring styrkes.

Implikasjoner og begrensninger for videre forskning

Undersøkelsen er et casestudie og kan som sådan ikke alene etablere en årsakssammenheng mellom topp-ledelsens involvering og kvalitetssystemets «godhet», men som et casestudie så kan den være med å bekrefte tidligere forskning.

Praktiske implikasjoner

Topp-ledelsen bør være bevist på sin avgjørende rolle i implementeringen av kvalitetsstyring.

Originalitet / verdi

Topp-ledelsens involvering er identifisert som en av de viktigste suksessfaktorene for implementasjon av kvalitetsstyring. Studien er med på å bekrefte tidligere forskning og kan ses på som et bidrag i utviklingen av kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Nøkkelord

TQM, TKL, kvalitetsstyring, kvalitetsledelse, organisatorisk læring, dobbeltkrets læring, oppledelsens involvering.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn

Kvalitetsbegrepet har utbredt seg som en bærende ide i tjenesteytende organisasjoners styringsprosess. Dette på bakgrunn av at virksomheter ser egen nytte i kvalitetssikring av driften, men også fordi virksomheter må sikre oppfyllelse av pålagte krav fra lovgiver. Både i den generelle og allmenne internkontrollforskriften (Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter, 1996), men også i flere spesielle forskrifter som til eksempel IKT-forskriften (Forskrift om bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT), 2003). Deriblant er Helse- og omsorgstjenesten lovpålagt til å systematisk jobbe med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, der rapportering av uønskede hendelser og pasienterfaringer samt kvalitetsmålinger er sentrale i forbedringsarbeidet (Regjeringen, 2021; Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016).

Utvikling av retningslinjer for kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er et viktig bidrag rundt arbeidet med kvalitet. Helsedirektoratet har blant annet et lovfestet ansvar for å formidle, vedlikeholde og utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for å bidra til økte prioriteringer rundt kvalitet og for å redusere uønskede variasjoner (Regjeringen, 2021). Videre har viktigheten rundt utvikling og fokus på kvalitetsarbeid blitt presentert gjennom årlige stortingsmeldinger, hvor hovedformålet har vært å belyse status på utfordringer og risiko tilknyttet kvalitet og pasientsikkerhet. Meldingene har videre belyst gjennomgående forbedring av kvalitet i den norske helsetjenesten sett i sammenheng med internasjonalt nivå. Samtidig viser meldingene til forbedringspotensialer innenfor samhandling, koordinering, kommunikasjon og pasientsikkerhet (Regjeringen, 2021). Videre retter media stadig søkelys mot helsetjenesten på bakgrunn av pasienters og pårørendes erfaringer om redusert kvalitet på tjenester. I tillegg viser en pasientundersøkelse fra 2019 tilbakegang på de fleste indikatorskårene siden forrige undersøkelse i 2015. FHI presiserer at pasienters erfaring som blir målt i undersøkelsene betraktes som et relevant perspektiv i beskrivelsen av kvalitet (FHI, 2021).

En viktig forutsetning for å styrke kvalitets- og forbedringsarbeid er kvalitetsorientert ledelse (Helse Sør-Øst RHF, 2021). Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring poengterer at det er toppledelsens ansvar at helsetjenestens virksomhet planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres, samt å systematisere kvalitetsarbeidet og forbedring av pasientsikkerhet (Regjeringen, 2021). Aune (2000) påpeker også at kvalitetsledelse sees på som en

policybeslutning som må styres av toppledelsen. Videre er toppledelsens involvering en viktig suksessfaktor for å lykkes med implementasjonen (Sreedharan, Sunder, & Raju, 2018).

I likhet med forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring er Nasjonal handlingsplan for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet sentral i arbeidet (Regjeringen, 2021).

Handlingsplanen for 2019-2023 referer til forskriften om hvordan ledere har et ansvar for systematisk arbeid. Videre hevdes det at systematisk arbeid må ta utgangspunkt i å utvikle en kultur som tilrettelegger for læring og arenaer for deling av kunnskap og erfaring (Helsedirektoratet, 2021). Gjønnes og Tangenes (2014) påpeker også at *«læringsprosesser som skjer på bred front i virksomheten og på mange ulike nivåer, bør være retningsgivende for korreksjoner og fornyelse av virksomhetens ressurser og tilsiktede strategi.»*

Som et supplerende bidrag i utviklingen av kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, vil det være interessant å undersøke i hvilken grad toppledelsens involvering og fenomenet læring fungerer som faktorer i praksis. Dette i form av hvordan kvalitetsstyring er forankret i toppledelsen og i hvilken grad læring eksisterer i organisasjonen, som da videre setter utgangspunktet for hvordan samspillet mellom toppledelsens involvering og læring i organisasjonen er.

2.2 Formål og problemstilling

Denne studien ønsker å bidra innen forskningen på forholdet mellom topp-ledelsens involvering i kvalitetsstyringen og organisatorisk læring, som videre kan ses på som et bidrag i utviklingen av kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. På bakgrunn av dette er oppgavens formål å undersøke sammenhengen mellom toppledelsens involvering i kvalitetsstyring og læring i organisasjonen hos sykehuset Innlandet. Følgende problemstilling er formulert:

God kvalitetsstyring, i hvilken grad må topp-ledelsen involvere seg?

2.3 Definisjoner og presiseringer

En god kvalitetsstyring kjennetegnes av læring og kontinuerlig forbedring, altså organisatorisk og strategisk læring. Dette forutsetter informasjon og tilbakemeldinger fra kvalitetssystemet, og at disse gir grunnlag for erfaringsbaserte endringer, også kjent som double-loop læring. Dette er fordi man får evaluert erfaringer fra organisasjonen og med utgangspunkt i det kan endre og utvikle seg som organisasjon. Dette er bakgrunnen for forskningsspørsmål 1.

FS1: I hvilken grad gir kvalitetsstyringen i Sykehuset Innlandet grunnlag for læring?

Forskning viser en klar kausalitet mellom kvalitetssystemets evne til utvikling og topp-ledelsens involvering. Topp-ledelsens involvering fremheves som et viktig, om ikke den viktigste faktoren, for et levende kvalitetssystem. Gitt at oppgavens funn viser at kvalitetssystemet gir grunnlag for læring, bør vi også observere at ledelsen i høy grad er involvert i kvalitetsarbeidet. Dette er bakgrunnen for forskningsspørsmål 2.

FS2: I hvilken grad er topp-ledelsen involvert i kvalitetsarbeidet?

Undersøkelsen er et casestudie og kan som sådan ikke alene etablere en årsakssammenheng mellom topp-ledelsens involvering og kvalitetssystemets «godhet», men som et casestudie så kan den være med å bekrefte tidligere forskning.

Et prosjekt som er forankret i ledelsen, defineres av Store norske leksikon som et prosjekt hvor ledelsen er sterkt involvert i behovet for, og gjennomføringen, av prosjektet (Store norske leksikon, 2020). I en slik overført betydning benyttes i engelsk-språklig forskning uttrykket "management commitment" (Petersen, 1999) og "top management commitment" (Sreedharan et al., 2018; Salahedin, 2009; Aquilani, Silvestri, Ruggieri, & Gatti, 2017). Forankring og involvering i oppgaven begrenser seg altså til ledelsen, selv om begrepet også vil finnes brukt i både smalere og videre forstand; smalere som forankring hos de ansatte eller bredere ved forankring i organisasjonen i sin helhet.

TQM (Total Quality Management eng.), TKL (Total Kvalitetsledelse) og kvalitetsstyring benyttes om hverandre i oppgaven, slik det passer med siterte kilder. Begrepene omtaler samme fenomen i oppgaven som er kvalitetsstyring i organisasjoner.

Studien avgrenses til Sykehuset Innlandet som et eksempel innenfor helse- og omsorgstjenesten. Avgrensningen gjøres på bakgrunn av at inkludering av flere helseforetak ville hatt en betydelig økning av studiens omfang.

2.4 Oppgavens videre oppbygging

Det teoretiske rammeverket gjennomgås i kapittel 3, og den metodiske tilnærmingen legges frem i kapittel 4. En casebeskrivelse av Sykehuset Innlandet med hierarkisk oppbygging av ledelsesstrukturen presenteres i kapittel 5. Empiriske funn, med oppsummering og diskusjon i lys av det teoretiske rammeverket presenteres samlet i kapittel 6. Oppgaven avsluttes med konklusjon og forslag til videre forskning i kapittel 7.

3 Teori

Teorikapittelet vil vise aktuell teori og forskning for oppgaven. Kapittelet vil først introdusere det overordnede rammeverket for styring- og kontrollsystemer, deretter grunnlaget for adferdsstyring gjennom kvalitetsstyring før vi går inn på læring i organisasjoner og avslutter med dekobling.

3.1 Litteraturgjennomgang

3.1.1 Teoretisk rammeverk for styringssystemer

For å kunne gå inn på kvalitetsstyring som styringssystem i en virksomhet, må vi først se på det overordnede rammeverket for styringssystemer:

Malmi og Brown (2008) introduserer sitt rammeverk for styringssystemer (Management Control Systems, heretter MCS) i sin studie fra 2008. Her viser de til at tidligere forskning har etterlyst studier av MCS som en pakke (Chenhall, 2003; Dent J. , 1990; Fisher, 1998; Flamholtz, Das, & Tsui, 1985; Otley D. , 1980), men at der gjort lite empirisk forskning og kommet frem få konkrete teorier (Abernethy & Chua, 1996; Alvesson & Kärreman, 2004; Simons, 1995). Blant annet peker Chenhall (2003) på at å studere isolerte elementer av MCS har potensiale for alvorlige mangler i forskningsmodellen. Malmi & Brown viser videre til Fisher (1998), som argumenterer for at sammenhengen mellom forskjellige MCS ikke anerkjennes i forskningen. Dette teoretiseres som mulig årsak til at Dent i sin forskning på beredskap (contingency eng.) (Dent J. , 1990) finner svake sammenhenger, og kun kan trekke fragmenterte slutninger på forholdet mellom de undersøkte variablenes relasjoner til MCS. Dette understøttes også av Chenhall (2003), som supplerer med at variablene som er undersøkt ikke har gitt konsistente forklaringer på hvilke typer MCS som passer de forskjellige organisasjonstyper, eller driver ytelsen. Samlet sett argumenterer dette for å se MCS som et helhetlig rammeverk, hvor da de forskjellige komponentene påvirker hverandre (Malmi & Brown, 2008).

Malmi og Brown (2008) poengterer at å studere de enkelte komponenter i et samlet MCS fører til at vi kan gå glipp av sammenhenger, som at et system, f.eks. Balanced Scorecard (BCS), kan påvirkes av eksistensen eller ytelsen i et annet implementert system. Å skaffe seg en bredere forståelse av MCS som en pakke, kan dermed gi forbedrede teorier som dekker hvordan man designer en rekke kontroller. Noe som igjen kan understøtte organisasjonenes mål og kontrollaktiviteter, og dermed igjen drive organisasjonens ytelse.

Videre siteres Abernethy og Brownell (1997):

«It is clear that organizations rely on combinations of control mechanisms in any given setting, yet virtually nothing is known about how the effects of any one control are governed by the level of simultaneous reliance on other forms»

Det belyses tre konkrete utfordringer ved å studere MCS som en pakke:

1. Et tydelig og definert skille mellom kontrollsystemer og informasjons-/beslutningsstøttesystemer.
2. Forstå hvordan alle systemer i en MCS-pakke opererer som en interrelatert helhet.
3. Størrelsen og kompleksiteten på MCS som en pakke kan gi utfordringer i seg selv ved å studere MCS.

Spesielt siste punkt gir utfordringer ved empiriske studier, ved at det blir vanskelig å lage undersøkelser som fanger opp underliggende fenomener på en meningsfull måte, samt å samle tilstrekkelig størrelse på utvalget (Malmi & Brown, 2008).

Malmi & Brown (2008) adresserer den første utfordringen i arbeidet med definisjonen av MCS. Deres gjennomgang av tidligere forskning viser både videre og spissede definisjoner av MCS. Chenhall (2003) siteres på sin definisjon av MCS:

«.. is a broader term that encompasses management accounting systems and also includes other controls such as personal and clan controls ...»

Hvor Chenhall (2003) her definerer *management accounting systems* som:

«.. systematic use of ..», «.. a collection of practices such as budgeting or product costing..», «.. to achieve some goal.»

Malmi og Brown (2008) siterer videre Merchant og Otley (2007) som i sin konseptualisering har en enda videre definisjon:

«.. almost everything in the organisation is included as part of the control system»

I smalere definisjoner skiller Merchant og Van der Stede (2007) *management control* fra *strategy control*, og definerer *management control* som:

«.. dealing with employees behaviour..»

Denne spredningen og samlede uklarheten i definisjonen av MCS, og det manglende skillet mellom kontrollsystemer og beslutningsstøttesystemer, illustrerer Malmi og Brown (2008) med et eksempel:

Ved miljømessig usikkerhet kan det trenge breddeinformasjon, altså mer enn kun finansiell informasjon, dersom man skal kunne danne seg et multifasettert grunnlag for å fatte en beslutning. Dette taler for en økt bruk av administrativ kontroll (accounting eng.) ved miljømessig usikkerhet. Samtidig vil det under samme forutsetninger fra et adferdsperspektiv kunne være behov for en mer fleksibel organisasjon med betydelig myndighetstildeling (empowerment eng.) til de ansatte, og med det mindre bruk av administrativ kontroll.

Dermed kan en beredskapsfaktor, slik som et usikkert miljø ha forskjellig påvirkning på administrativ kontroll, alt avhengig av om systemet benyttes for beslutningsstøtte, eller om systemet benyttes til adferdskontroll.

Malmi og Brown (2008) foreslår derfor at de systemer, regler, praksiser, verdier og andre aktiviteter som ledelsen iverksetter for å styre ansattes adferd, bør kalles *management controls*. Videre hvis dette er komplette systemer, i motsetning til en enkel regel om noe spesifikt, så bør disse kalles MCSs.

Administrative systemer (accounting eng.) som er utformet for å støtte beslutningstaking på hvilket som helst nivå i organisasjonen, men som ikke overvåker bruken av systemene, burde ikke kalles MCSs, men i stedet benevnes som *management accounting systems*.

Dette leder samlet til definisjonen:

«As such, management controls include all the devices and systems managers use to ensure that the behaviour and decisions of their employees are consistent with the organisation's objectives and strategies, but exclude pure decision-support systems.»
(Malmi & Brown, 2008)

Dette leder forfatterne videre til oppsummeringen; I organisasjoner er det ofte mange MCSs, og hadde disse vært koordinert og designet som en helhet, ville man kalt hele systemet en MCS. I organisasjoner introduseres MCS av og for forskjellige interessegrupper, og er derfor i praksis varierende integrerte med hverandre. Derfor er det mer naturlig å se på systemene

samlet som en pakke av systemer, i stedet for et helhetlig komplett system (Malmi & Brown, 2008).

Forfatterne av artikkelen illustrerer rammeverket for «Management Control systems as a package» slik:

Cultural Controls						
Clans		Values			Symbols	
Planning		Cybernetic Controls				Reward and Compensation
Long range planning	Action planning	Budgets	Financial Measurement Systems	Non Financial Measurement Systems	Hybrid Measurement Systems	
Administrative Controls						
Governance Structure		Organisation Structure			Policies and Procedures	

Figur 1 - Management control systems as a package (Kilde: Malmi & Brown, 2008)

Modellen skisserer altså opp 5 typer kontroller; planleggende (planning eng.), kybernetiske (cybernetic eng.), belønning og kompensasjon (reward & compensation eng.), administrative og kulturelle (cultural eng.) kontroller. Ifølge forfatterne er styrken og målet med modellen, at den fasiliterer og stimulerer forskning på området. Dette i stedet for å foreslå en endelig løsning på alle konseptuelle problemer. Hver av de 5 kontrolltypene har betydelige strømmer av tilknyttet forskning. Styrken ligger altså i bredden av omfanget, heller en dybdedimensjonen av de individuelle kontrollene. Rammeverket kan dermed bidra til å løse de innledningsvis to siste fremsatte utfordringene (Malmi & Brown, 2008).

Planleggende kontroller

Forfatterne refererer til Flamholtz et al. (1985) sin definisjon av planlegging som en prognose-basert kontrollform. Med dette menes at man forholder seg til antagelser og prognoser i motsetning til faktiske resultater. Planleggingen setter mål og forventninger til organisasjonen, samt standarden og nivået som forventes av ledelsen og de ansatte. Planleggingen bidrar også til målkongruens på tvers av organisasjonens funksjonelle områder (Malmi & Brown, 2008).

Planleggingen deles i to deler; aktivitetsplanlegging, hvor mål og oppgaver for de neste 12 månedene fastsettes i operasjonelle planer. Og langsiktig planlegging, hvor strategisk planlegging gjøres på mellom og lang sikt.

Kybernetiske kontroller

Her siterer forfatterne Green og Welsh (1988) på deres definisjon av kybernetiske kontroller:

«.. a process in which a feedback loop is presented by using standards of performance, measuring system performance, comparing that performance to standards, feeding back information about unwanted variances in the systems, and modifying the system's comportment»

Ved gjennomgang av tidligere forskning identifiserer forfatterne fire grunnleggende kybernetiske kontroller: Budsjetter, finansielle mål, ikke-finansielle mål og hybrider, som da inneholder *både* finansielle og ikke-finansielle mål. Budsjetter skiller seg fra finansielle mål ved at budsjettene setter større komplette og aggregerte mål, mens det med finansielle mål menes vanlige finansielle indikatorer som ROI (Return of Investment) og EVA (Economic Value Added) (Malmi & Brown, 2008).

Med ikke-finansielle kontroller menes f.eks. TQM (Total Quality Management eng.), eller Total Kvalitetsstyring på norsk. Som regel forkortet til kun kvalitetsstyring i Norge.

Forfatterne fremsetter at disse ikke-finansielle kontrollene blir mer og mer viktig for dagens organisasjoner, og kan bidra til å identifisere driverne for ytelse i organisasjonene (Malmi & Brown, 2008). Green og Welsh (1988) sin beskrivelse av kybernetiske kontroller er også tett sammenfallende med kvalitetsstyring i praksis. Man fastsetter standarder ved prosedyrer og rutiner, mottar avvik ved uønskede hendelser i organisasjonen og sammenlikner organisasjonens ønskede ytelse med den faktiske observerte ytelsen. Når det er formålstjenlig endres prosedyrer og rutiner, eller andre tiltak iverksettes som reaksjon på enkeltstående eller samlede avvik (Aune, 2000).

Hybride kontroller inneholder elementer fra begge overstående kontroller. *Balanced Score Card* (BCS) er et eksempel på dette (Malmi & Brown, 2008).

Belønnings- og kompensasjonskontroller

Grunntanken er at tilstedeværelsen av belønning og kompensasjon fører til økt anstrengelse for å nå målene (Bonner & Sprinkle, 2002). Belønning rangerer fra ekstern, til intern (Flamholtz et al., 1985). Ekstern belønning kan f.eks. være penger, mens intern belønning kan være følelsen av å ha gjort en god jobb, eller bidratt på en god måte til fellesskapet.

Malmi og Brown (2008) lister opp tre mulige effekter på anstrengelsen (effort eng.) når man kobler den til en oppgave i et belønningssystem. Det kan påvirke retning, altså hvilken oppgave de ansatte velger å fokusere på, det kan påvirke hvor lenge de fokuserer på oppgaven og til sist intensiteten. Altså mengden oppmerksomhet de ansatte tilegner oppgaven.

Administrative kontroller

Administrative kontroller beskrives av Malmi og Brown (2008) i tre deler:

1. Organisasjonens design og struktur (Otley & Berry, 1980; Emmanuel, Otley, & Merchant, 1990; Abernethy & Chua, 1996; Alvesson & Kärreman, 2004). Strukturen og designet kan endres av ledelse og bidra til blant annet endring av funksjonelle enheter og endring av samarbeidsformer i organisasjonen.
2. Ledelsesstrukturer i organisasjonen (Abernethy & Chua, 1996). Med dette menes styrets struktur og sammensetning, ledelsesgrupper og prosjektgrupper. I tillegg kommer systemene som er tilgjengelig for å koordinere ledelsens aktiviteter, både horisontalt og vertikalt i organisasjonen. Dette f.eks. kan være så enkelt og presist som systemene for å organisere møter mellom ledelsen.
3. Retningslinjer og prosedyrer. Dette inneholder f.eks. standardiserte prosedyrer, praksis (Macintosh & Daft, 1987), regler og retningslinjer (Simons, 1987).

Merchant og Van der Stede (2007) inkluderer retningslinjer og prosedyrer i det de kaller aktivitetskontroll (action controls eng.), med andre ord rammer og begrensninger for adferd.

Grunnlaget for deler av kvalitetsstyringen, altså det som er basert på retningslinjer og prosedyrer, vil falle inn under administrative kontroller. Kvalitetsstyringen som system vil likevel befinne seg i kybernetiske kontroller som nevnt tidligere.

Kulturelle kontroller

Malmi og Brown (2008) henviser til forskning, hvor de sier at kultur kan eksistere i organisasjonens kontekst, og til tider være utenfor ledelsens kontroll (Clegg, Kornberger, & Pitsis, 2005). Likevel vil kultur være et kontrollsysteem når det brukes til å regulere adferd.

Forfatterne identifiserer videre aspekter av kulturell kontroll, basert på deres gjennomgåtte forskning.

1. Verdibaserte kontroller (Simons, 1995). Simons utviklet trossystemer som grunnlag for verdibaserte kontroller. Disse fungerer på tre nivåer, hvor det første er når organisasjoner ansetter mennesker som har samme verdigrunnlag som organisasjonen. Det andre er når ansatte adopterer organisasjonens verdigrunnlag gjennom sosialisering. Det tredje er når ansatte endrer sin adferd til å samsvare med organisasjonens verdier, selv om de ikke nødvendigvis deler dem personlig.
2. Symbolbaserte kontroller (Schein, 1997). Når en organisasjon skaper visuelle uttrykk, slik som uniformer eller utformingen av bygningen, så betegnes dette som symbolbaserte kontroller. Til eksempel kan en uniform benyttes til å fremme en kultur av profesjonalitet, eller åpne landskap i selskapets lokaler kan tenkes å fremme kommunikasjon, både vertikal og horisontalt.
3. Klankontroller (Ouchi, 1979). Historisk forskning identifiserer sub-kulturer i organisasjoner (Dent J. , 1991; Clegg et al., 2005). Disse sub-kulturene kan også kalles klaner. I klan-kontroller sosialiseres individer ved at de tilegner seg et bestemt sett av verdier og ferdigheter, f.eks. leger eller advokater. Dette kan også være deler av en organisasjon med en naturlig avgrensning, slik som en divisjon eller organisasjonsenhet.

Om rammeverket

Malmi & Brown (2008) beskriver rammeverket slik:

«Our proposed typology starts from the idea that control is about managers ensuring that the behaviour of employees (or some other relevant party, such as a collaborating organisation) is consistent with the organisation's objectives and strategy. It is structured around how to control is exercised and, as such, it broadly maps the tools, systems and practices have available to formally and informally direct employee behaviour.»

Rammeverket er altså strukturert rundt hvordan kontroll utøves, formelt og uformelt, for å styre ansattes adferd. En utbredt kybernetisk kontroll for å styre ansattes adferd, er kvalitetsstyring.

3.1.2 Kvalitetsstyring i et historisk perspektiv

Moderne kvalitetsstyrt ledelse utspringer fra etterkrigstiden i Japan, hvor unge bedriftsledere og produksjonsarbeidere ble overbevist av amerikanerne om viktigheten av å forebygge feil foran å finne dem i ettertid gjennom inspeksjon (Aune, 2000). Japanerne stod overfor den vanskelige oppgaven med å skulle produsere sivile produkter med et krigsskadet produksjonsapparat, og på den tiden, med et svært dårlig rykte når kom til egenproduserte sivile produkter. W.E. Deming, en amerikansk ekspert på statistisk kvalitetskontroll, hadde ideer om bruk av statistiske metoder til å styre prosesser for å fremstille produkter med jevnere kvalitet. Denne ideen om sammenhengen mellom kvalitet og produktivitet tok japanerne til seg. I 1950-årene utga J.M. Juran "Quality Control Handbook" og påviste hvordan kostnadene ved feilproduksjon, vraking, og reklamasjoner kunne reduseres ved bruk av kvalitetsstyring. På bakgrunn av ideene fra Deming og Juran utviklet japanerne konseptet Total Quality Management – TQM., på norsk Total Kvalitetsledelse (TKL) (Beggerud, 2010).

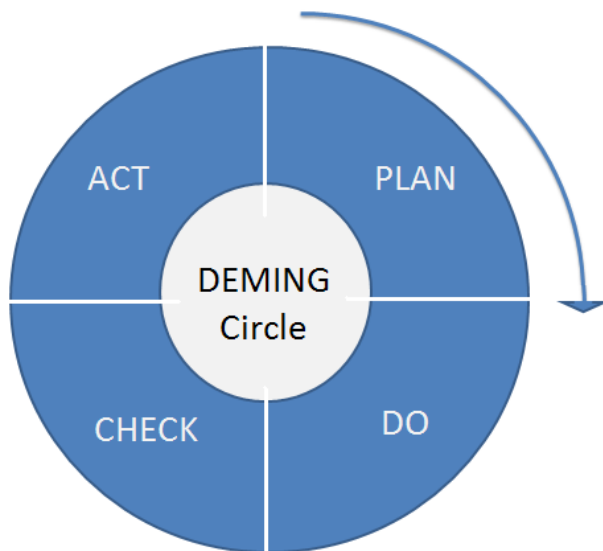
TQM er en ledelsesstyrt tilnærming til kvalitetsarbeid og baserer seg på at alle organisasjonens medlemmer deltar. Målsetningen er kort fortalt å sikre kravoppfyllelse og langsiktig suksess gjennom tilfredse kunder eller brukere. Dette synet ligger til grunn for blant annet utviklingen av ISO sine kvalitetsstandarder (Beggerud, 2010).

3.1.3 Kvalitetsstyring i et praktisk perspektiv

3.1.3.1 Generelt om TQM

I operasjonaliseringen av TQM benyttes tilnærmingen til å forbedre produksjonsprosesser i vareproduksjon og styre adferd og prosesser i tjenesteproduksjon. Den merkantile tilnærmingen er at organisasjonens kostnader med kvalitetsstyringen er lavere enn kostnadene ved feil, reklamasjoner eller misfornøyde kunder og brukere (Aune, 2000). Kvalitetsstyring er et kontinuerlig forbedringsarbeid, og dette illustreres i Deming-sirkelen med fasene Planlegging, Utføring, Kontroll og Korrigering (Plan, Act, Check, Do) (Beggerud, 2010), og finnes også igjen som førende og illustrert prinsipp i ISO-9001:2015 (Standard Norge, 2015). Man planlegger arbeidet i form av en produksjonsprosess eller identifisert prosess i virksomheten med hensyn på identifiserte krav fra kunder eller brukere, til tjenesten eller

produktet. Under planleggingen identifiserer man områder som krever kontroll og oppfølging. Dette kan være basert på identifisert risiko, eller det kan være andre årsaker som forhindring av følgefeil tidlig i produksjonen. Deretter starter gjennomføringen og den løpende kontrollen. Basert på registrerte avvik og funn under kontroll og gjennomføring, beslutter man tiltak for utbedring. Sirkelen gjentas ved at disse evalueres og implementeres i planleggingsfasen igjen, hvor prosedyrer og rutiner oppdateres (Aune, 2000). PDCA-Sirkelen finner vi også igjen i «Lean Six Sigma» og Lean sin implementasjon av verktøyet «kontinuerlig forbedring» (Rolfesen, 2014). Kvalitetsstyringen følger samme prinsipp på foretaksnivå, og PDCA-sirkelen vil da fungere som en styringssirkel for ledelsens aktiviteter i virksomhetsstyringen.



Figur 2 – PUKK / PDCA sirkelen

TQM-konseptet tar utgangspunkt i fire grunnleggende forutsetninger vedrørende kvalitet, mennesker, organisasjoner og ledelsens rolle (Aune, 2000):

- Kostnadene forbundet med feil og avvik er større enn kostnadene forbundet ved å utvikle prosesser, utdanne og trene ansatte (kvalitetsstyring).
- Medarbeidere ønsker å gjøre de riktige tingene på riktig måte, og vil ta initiativ til forbedringer forutsatt at de er gitt de riktige verktøyene, har mottatt tilstrekkelig opplæring og blir tatt alvorlig av kolleger og ledelse dersom de har ideer eller forslag.
- Organisasjonen betraktes som et system sammensatt av gjensidig avhengige elementer, som i felleskap må løse oppståtte problemer.

- Toppledelse og styre ansvarliggjøres og erkjenner at de ikke kan fraskrive seg eller løpe fra sitt ansvar for kvaliteten på de produserte varer og tjenester.

Videre omfatter TQM tre hovedoppgaver i tillegg til kvalitetsplanlegging (Aune, 2000):

- Kvalitetsvedlikehold omfatter kvalitetsstyring og kvalitetssikring av tildelte oppgaver etter fastlagte standarder i eksisterende prosesser. Altså bevaring av status-quo i virksomhetens produksjon.
- Kvalitetsforbedring (også kjent som Kaizen) omfatter mindre forbedringer i prosesser, standarder og produkter. Kostnadene med forbedringen er lave og krever problemløsning og opplæring i kvalitetstenkning. Typisk måles forbedringstakten i antallet gjennomførte forbedringsprosjekter.
- Kvalitetsfornyning (også kjent som Kairyo) omfatter større forbedringer i produkter, standarder, prosesser og ny teknologi. Kostnadene kan typisk bli store, og man er avhengig av et kreativt og tillitsfullt arbeidsmiljø.

Dette sammenfaller også med Jurans kvalitetstriologi, som består av kvalitetsplanlegging, kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring, hvor man i dag har delt kvalitetsforbedringen i «forbedring» og «fornyning» som vist over (Aune, 2000).

3.1.3.2 Prinsipper for kvalitetsledelse under TQM

Aune (2000) fremsetter i hovedsak fire prinsipper for kvalitetsledelsen under TQM:

Kundefokus

Under Jurans planleggingsfase fremkommer kartleggingen av kundens behov. Dette er sentralt i alt kvalitetsarbeid, utgangspunktet skal være kundens og brukerens behov eller krav til tjenesten og produktet. Fokuset på kunden skal være langsiktig og gå foran for eksempel kortsiktige aksjonærinteresser. Målingen av medarbeidere må skje med grunnlag i resultatet som skapes hos kunden, og ikke alltid i hva arbeidsgiver mener er «riktig» adferd.

Prosessfokus

Virksomhetens mål må operasjonaliseres i hvilke prosesser som må til for å nå målene. Disse definerte, gjerne tverrfunksjonelle prosessene, må formaliseres. Prosessene blir dermed gjenstand for den kontinuerlige kvalitetsforbedringen. Målingen tilknyttet prosessene må være forbedringsfokusert med hensyn på kunder og dyktiggjøring av medarbeidere mer enn kontroll.

Verdifokusert samhandling

Det blir stadig flere oppgaver enkeltindivider eller spesialister ikke kan løse alene, man er avhengig av lagarbeid på tvers av flere fagfelt for å lykkes. Kvalitetsarbeidet forutsetter at medarbeiderne ønsker å oppnå organisasjonens mål om kvalitetsforbedring, og ledelse må legge til rette for dette arbeidet i form av samhandling mellom enkeltindividene.

Kontinuerlig læring

Kvalitetsstyring er et kontinuerlig arbeid som forutsetter opplæring. Ettersom forbedring og fornying er en kontinuerlig pågående prosess i organisasjonen, fordrer dette også at opplæringen blir kontinuerlig. Det må tilrettelegges for en felles forståelse av kontinuerlig læring fremfor at «vi er best».

3.1.3.3 ISO-standarden

Grunnleggende begreper og prinsipper for kvalitetsledelse er standardisert i ISO-9000-standarden, med tilhørende tillegg, utgitt av «International Organization for Standardization (ISO), som i Europa forvaltes av den europeiske standardiseringsorganisasjonen CEN, og i Norge av «Standard Norge». (Standard Norge, 2015; Standard Norge, 2015).

Standardiseringen av begreper og krav gir mulighet for sertifisering etter definisjonene satt i standarden, noe som er tilgjengelig hos godkjente sertifiseringsinstanser. Eksempel på dette er DNV-GL og Norsk Akkreditering. Sertifisering etter standarden medfører ekstern revisjon ved årlig oppfølging og resertifisering av sertifiseringsinstansen. Selskaper kan sertifisere seg etter kravene i ISO 9001:2015, som baserer seg på terminologi og definisjoner fra ISO 9000:2015. Standarden er internasjonal og kommersiell, altså ikke nødvendigvis initiert og pålagt av myndigheter (Aune, 2000).

3.2 Praktisk kvalitetsstyring i et teoretisk rammeverk

TQM nevnes kort av Malmi og Brown (2008) som eksempel på et system som vil høre inn under Kybernetisk styring og ikke-finansielle styringssystemer (Ittner & Larcker, 1998). Gjønnes og Tangenes (2014) beskriver kybernetikken som studien av, og byggingen av regulerte systemer, som har til hensikt å opprettholde eller søke mot en foretrukket tilstand. Sreedharan et. al. (2018) viser hvordan topp-ledelsens involvering er en av flere kritiske suksessfaktorer for implementasjonen av kvalitetsstyring. En økende involvering fra topp-

ledelsen kan dermed tilsi at kvalitetsstyringen «flyter» ut av den kybernetiske styringen og identifiseres i flere styringssystemer. En av de fire grunnforutsetningene for TQM var ifølge Aune forankring i topp-ledelsen (Aune, 2000), og dette veier for at en god implementasjon av TQM også innebærer at kvalitetsstyringen blir en del av flere styringssystemer i modellen til Malmi og Brown. Aune (2000) siterer Professor Martin K. Starr ved Columbia University:

«Kvalitet er det mest komplekse, mangedimensjonale virksomhetskonsept som noen gang er blitt redusert til et ord på åtte bokstaver. En plakatt på veggen som kunngjør «Kvalitet er vårt fremste mål», er en uhyrlighet i sin naivitet sett i sammenheng med den virkelige oppgave vi står overfor med å definere, oppnå og måle kvalitet.»

Det kan derfor argumenteres for at deler av kvalitetsstyringen også vil ha elementer hørende inn under andre deler av rammeverket. Til eksempel vil vi finne elementer under «Planlegging» hos Malmi og Brown (2008), i det kvalitetsarbeidet medfører både handlingsplaner som følge av tiltak, men også kan omfatte langsiktige strategier for kvalitetsstyringen. Aune (2000) argumenterer for hvordan kvalitetsstyringen må gå på tvers av organisasjoner i en verdifokusert samhandling. Dette medfører at enkelte kvalitetsrelatert prosedyrer og retningslinjer må settes på øverste virksomhetsnivå, og også må forankres på topp i organisasjonen for å ha formell gjennomslagskraft. Kvalitetsstyring vil derfor også ha elementer fra administrative kontroller. Videre sett taler også Aunes verdifokusering for avgreininger innen kulturell styring, både ved at man etablerer et sett verdier, men også at man etablerer prinsippet om kundens behov og krav i alle ledd i organisasjonen.

I hovedsak vil kvalitetsstyringen, selv med forgreininger innen andre områder, høre inn under kybernetiske kontroller i Malmi og Brown sitt rammeverk (Malmi & Brown, 2008).

3.3 Kritiske suksessfaktorer for implementeringen av TQM

Implementering av kvalitetsstyring i en organisasjon kan altså bli meget omfattende.

Forskning identifiserer topp-ledelsens involvering som en av de viktigste suksessfaktorene for implementeringen av kvalitetsstyring. I en studie av Sreedharan et al. (2018) på kritiske suksessfaktorer innen TQM, Six Sigma, Lean og LSS, kom topp-ledelsens involvering ut som den desidert viktigste suksessfaktoren:

«It can be observed that the most important of the successfactors is the top management commitment ... Moreover top management commitment is the most crucial factor for success and is common to all the four CI constructs considered for

this study, implying that without this factor, it is difficult to implement either of the improvement methodologies»

Videre konkluderes det i en studie med en systematisk gjennomgang av litteraturen innen kritiske suksessfaktorer i implementasjonen av kvalitetsstyring, at topp-ledelsens lederskap, involvering og rolle er den samlede viktigste suksessfaktoren (Aquilani et al., 2017).

3.4 Kvalitetsstyring og en lærende organisasjon

«TKL-konseptet er av natur et dynamisk konsept, idet kontinuerlig læring og forbedring er et sentralt element.» (Aune, 2000)

Aune skiller mellom opplæring av individet og en lærende organisasjon (Aune, 2000). Der hvor opplæringen av individet utgår fra individet selv, skjer læringen i organisasjonen gjennom kvalitetsarbeidet. Aune (2000) viser til Peter Senge (2006) sin beskrivelse av en lærende organisasjon fra hans bok *The Fifth Discipline* (Flood, 1998):

- Personlig mestring – utvikling av egne ferdigheter og en forpliktelse til livslang læring.
- Mentale modeller – kjenne og gjenkjenne våre mentale modeller, og hvordan disse påvirker våre personlige- og organisasjonens visjoner.
- Felles visjoner – organisasjonens deltagelse i visjonen, gjennom dialog og diskusjon lengre ned i organisasjonshierarkiet. Felles visjon i en medskapende og samarbeidende prosess i motsetning til noe som «presses gjennom» fra topp-ledelsen
- Laglæring – samkjøring av de ansattes innsats for å trekke ut synergieffekter
- Systemtenkning – fremme en helhetlig tenkemåte

Aune (2000) påpeker videre hvordan dette sammenfaller med prinsippene i TKL.

Organisatorisk læring er stor del av det kvalitetsstyringen ønsker å oppnå, og studier bekrefter både korrelasjon og kausaleffekter mellom kvalitetsstyring og organisatorisk læring (Yazdani, Attafar, Shahin, & Kheradmandina, 2016; Hung, Lien, Yang, Wu, & Kuo, 2011; Sohal & Morrison 1995).

3.4.1 Om læring i organisasjoner

Gjønnes og Tangenes (2014) beskriver læring og fornyelse slik:

«Når en virksomhet gjennomfører en strategi, utføres aktiviteter i henhold til et handlingsprogram og erfaringer fra og refleksjoner omkring hva som gjøres når planlagte aktiviteter gjennomføres, påvirker virksomhetens kompetanse gjennom læring. Slike læringsprosesser som skjer på bred front i virksomheten og på mange ulike nivåer, bør være retningsgivende for korreksjoner og fornyelse av virksomhetens ressurser og tilsiktede strategi.»

Sammenhengen til PDCA-sirkelen er tydelig. Man planlegger strategien (P), utfører aktiviteter (D) og gjør refleksjoner omkring de planlagte aktivitetene (C). Til slutt fornyelse og korreksjoner (A). Mintzberg og Waters (1985) var de som introduserte begrepet «fremvoksende strategi», som også kan beskrives som en manifestasjon av en mengde vellykkede læringsprosesser (Gjønnes & Tangenes, 2014). Gjønnes og Tangenes (2014) skiller videre mellom læring i situasjonen og strategisk læring. Den individuelle læringen i situasjonen skjer delvis som selvgenerert og spontant søk-og-eksperimenter adferd. Altså det samme som Peter Senge (2006) refererer til under utvikling av egne ferdigheter og personlig mestring. Strategisk læring beskrives på den annen side slik:

«Dette er en læringsprosess som skjer hos og i regi av ledelsen, og som består i at en periodevis eller på kontinuerlig basis bruker feedback fra målstyringsystemet til å sammenholde resultater med målsettinger, for deretter – gjennom dobbeltsløyfelæring – å reise spørsmål ved de verdier, forutsetninger og fakta som ligger til grunn for de strategiske målformuleringene så vel som den vedtatte strategien.» (Gjønnes & Tangenes, 2014)

Forfatterne viser videre her til Kaplan og Norton (2001a) sin bok om emnet, hvor de beskriver dette som strategisk læring. Selv om kvalitetsstyring ofte resulterer i konkrete tiltak og handlingsplaner (kortsiktig planlegging), så sammenfaller beskrivelsen med hvordan kvalitetsstyring utøves i praksis. Organisasjonen produserer avvik som feedback til ledelsen, som igjen benytter informasjonen i en dobbel-loop til å endre eller etablere ny adferd, gjennom å reise spørsmål ved etablert praksis, forutsetninger og fakta.

Singel-loop læring og dobbel-loop læring er introdusert av Harvard-professoren Chris Argyris (Gjønnes & Tangenes, 2014). Singel-loop læring henviser til at man justerer sin adferd i forhold til gapet mellom oppnådde mål og resultater uten at man egentlig stiller spørsmål ved målene. Et eksempel på dette vil være at man i en kvalitetsstyrt organisasjon

mottar avvik på antall uønskede hendelser og at adferden justeres for å redusere antallet uønskede hendelser. Dobbelt-loop læring medfører at man i tillegg til å justere adferden, også stiller spørsmål ved forutsetningene, informasjonen og verdien som ligger til grunn for adferd og målsetninger (Gjønnes & Tangenes, 2014). Et eksempel på dette vil være at man i sammenheng med analysering av uønskede hendelser gjennomfører årsaksanalyser og beslutter tiltak som medfører endringer. Tiltakene kan medføre endring i prosedyrer og rutiner, men også strategiske endringer og skifter i målformuleringer.

En studie på organisatorisk læring i forbindelse med kvalitetsstyring konkluderer med at kvalitetsstyring er en del av det å bli en lærende organisasjon, og at de undersøkte kvalitetsstyringsinitiativene alle ledet til organisatorisk læring (Sohal & Morrison, 1995). Forfatterne anmerket likevel at de fleste kvalitetsstyringsinitiativene ikke kommer dit. Studien legger til grunn en kausaleffekt i at læring er en villet konsekvens av kvalitetsstyring, og at det er en korrelasjon mellom forbedring i organisasjonen og organisatorisk læring. Studien legger til grunn 5 områder hvor en organisasjon må være dyktig for å bli en lærende organisasjon (Sohal & Morrison, 1995):

- Systematisk problemløsning
- Eksperimentering med nye tilnærminger
- Læring fra egen erfaring og tidligere historie
- Læring fra erfaringer og best-practise hos andre
- Overføring av kunnskap gjennom organisasjonen

Yazdani et al. (2016) henviser til Jimenéz-Jimenéz og Sanz-Valle (2011) og Lopez, Peon og Ordas (2006) i sin studie på kvalitetsstyring og organisatorisk læring (Yazdani et al., 2016). Studien legger til grunn at organisatorisk læring inkluderer fire underprosesser:

- 1) Kunnskapsanskaffelse: Organisasjonen får ønsket informasjon og kunnskap.
- 2) Kunnskapsdistribusjon: Ansatte deler og overfører kunnskap gjennom organisasjonen.
- 3) Kunnskapstolkning: Ansatte omformer informasjonen til nyttig kunnskap for organisasjonen.
- 4) Organisatorisk minne: Kunnskap lagres på utvalgte steder for fremtidig bruk.

Studien undersøker korrelasjonen mellom kvalitetsstyring og organisatorisk læring og konkluderer med at deler av kvalitetsstyringen i caset hadde en signifikant positiv korrelasjon med den organisatoriske læringen i de undersøkte organisasjonene. Hung et al. (2011) identifiserer kausaleffekter en studie på høyteknologiske bedrifter i Taiwan, hvor konklusjonen er at kvalitetsstyring har en signifikant og positiv påvirkning på organisatorisk læring.

Oppsummert er organisatorisk læring en viktig del av forbedringselementet i kvalitetsstyring og en sentral komponent i fenomenet. Organisatorisk læring kan identifiseres med flere overlappende indikatorer, slik det illustreres over fra teori og studier på området.

3.5 Dekobling

En av de første til å omtale fenomenet dekobling er Meyer og Rowan i sin forskningsartikkel fra 1977 (Meyer & Rowan, 1977). Meyer & Rowan beskrev hvordan deler av organisasjoner koblet seg fra resten av organisasjonen og man dermed fikk et gap mellom formelle rutiner, og praksis i de avkoblede enhetene. Man sier en ting og gjør noe annet. En motivasjon for dekobling som Meyer og Rowan (1977) teoretiserte var behovet for legitimitet, der hvor den faktiske praksis i organisasjonen ikke var i samsvar med eksterne forventninger. Man etablerte formelle rutiner utad som legitimerte organisasjonen overfor utenforstående, men fortsatte med det som var mest praktisk i det daglige.

Formelle krav og rutiner blir seremonielle aktiviteter som utad fremstår konforme, men som ikke har noen reell praktisk verdi. Kontrollsystem og rutiner blir et skinnsystem som skjuler hva som faktisk foregår i organisasjonen. Westphal og Zajac (2001) viser hvordan fenomenet også kan oppstå som følge av sterke ledere med andre interesser en organisasjonens uttalte interesser.

Fenomenet handler kort oppsummert om når det ikke er samsvar mellom formelle rutiner og prosedyrer, og det man faktisk gjør i det daglige.

Solstad og Petterson (2020) har forsket på fenomenet i norsk helsesektor og avdekker flere indikatorer på dekobling i sin studie. Studien ser på effektene av omorganisering og sammenslåing på mellomledere i profesjonsdelen av organisasjonen. Studien finner indikatorer på dekobling fra topp-ledelsen hos mellomledere. Dette kan sees i sammenheng med oppfattelsen av avstand til topp-ledelsen. Oppfattelsen av denne avstanden var at den

geografiske avstanden mellom topp-ledelsen og klinikken ble oversatt hos informantene til en også mentalt opplevd avstand. Videre indikeres det at budsjett-prosessen, som er rammen for studien, ble oppfattet som en prosess som i hovedsak ble besluttet fra toppen av organisasjonen og så presset videre nedover. Dette ble indikert å ha en negativ effekt på tillitsforholdet mellom topp-ledelsen og mellomledersjiktet.

Studien finner også mangel på involvering. Studien påpeker at mangelen på involvering fra det profesjonelle nivået i organisasjonen indikerer at mellomlederne ikke har oversatt de nye organisatoriske strukturene og/eller budsjettene i egne klinikker.

4 Metode

Den samfunnsvitenskapelige metode handler om å beskrive virkeligheten, gjennom metodisk innhenting av kunnskap. Til forskjell fra naturvitenskapen, hvor man undersøker fenomener uten språk, er studiefeltet for samfunnsforskningen mennesker (Johannesen et al., 2016).

Metodelæren handler om hvordan vi kan finne belegg for våre problemstillinger og forskningsspørsmål gjennom undersøkelse av virkeligheten. Samtidig som vi unngår å trekke raske konklusjoner eller enkle antagelser (Johannesen et al., 2016).

4.1 Vitenskapelig ståsted

Forskning består av å undersøke virkeligheten ved innsamling av data, analysere dataene og deretter komme til en konklusjon eller et resultat (Johannesen et al., 2016). I denne prosessen er forskerens vitenskapelige ståsted sentralt, da forskeren velger ut hvilke data som skal samles inn og hvilket metodeverk som skal benyttes. Forskerens eksisterende kunnskap og forståelse vil kunne påvirke både hva forskeren observerer, og hvordan han tolker og vektlegger observasjonene i den videre analysen (Johannesen et al., 2016). Det er derfor viktig i all forskning å klargjøre forskerens vitenskapelige ståsted. I denne klargjøringen er teorier, metodologi, epistemologi og ontologi sentrale begreper som forskeren må ta stilling til.

Teorier kan forklares som antagelser eller påstander om virkeligheten, som man søker bekreftet eller avkreftet gjennom forskning og observasjon (Johannesen et al., 2016). Teorier kan være på flere forskjellige nivåer innen samfunnsvitenskapelig metode. Ontologiske teorier, som finnes på det øverste nivået, dreier seg om hva virkeligheten er og hvordan den

ser ut (Johannesen et al., 2016). Johannesen et al. (2016) nevner to eksempler; noen ontologiske teorier hevder at alle samfunn må tolkes ut fra individene. Det eksisterer ikke noen selvstendig realitet utenfor individet. Samfunnet består altså utelukkende av individer som samhandler. Dette kalles ontologisk individualisme. På den andre siden finnes det teorier som mener samfunn er en selvstendig realitet, som ikke kan reduseres til enkeltindivider og deres handlinger. Herunder nevnes massesuggesjon som eksempel, hvor fenomenet kun kan oppstå i større grupper og ikke kan reduseres til, eller forstås som, enkeltindividers handlinger. Dette kalles ontologisk kollektivism. Ontologiske teorier kan altså sees på som forutsetninger om virkeligheten, som vi legger til grunn i forskningen (Johannesen et al., 2016).

I epistemologiske teorier på nivået under, reflekteres det over hva *kunnskap* om virkeligheten egentlig er. Johannesen et al. (2016) bruker eksemplene; om vi kan stole på våre egne sanseerfaringer, og i hvilken grad våre egne fordommer og eksisterende kunnskap spiller inn på tolkningen av det vi observerer. Et grunnleggende spørsmål er hvordan man skal gå frem for å kvalitetssikre kunnskapen i forhold til dette. Videre velger forskeren en metodologi som sikrer mest mulig pålitelig og relevant kunnskap om emnet som skal forskes på, for å tilnærme seg forskningen (Johannesen et al., 2016).

Kvale og Brinkmann (2015) fremhever fem forskjellige filosofier innen epistemologien. I *hermeneutikken* spiller samtale og tekst en sentral rolle. Forskeren søker å oppnå en gyldig og allmenn forståelse gjennom fortolkning og kontekst (Kvale & Brinkmann, 2015). I *pragmatismen* er den sentrale oppfatning at språket ikke kopierer virkeligheten. Kunnskap skal erfares gjennom sanseerfaring og empirisk observasjon. Den *postmoderne tenkning* preges av mistro til etablerte sannheter. Kunnskap må bekreftes gjennom praktisk erfaring, og er avhengig av forskerens perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015). *Fenomenologi* setter forhåndskunnskap i parentes og fokuserer på presise beskrivelser og essensielle betydninger i disse. Det legges stor vekt på intervjupersonenes opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015). En *dialektisk posisjon* søker argument og motargument, det vektlegges motsigelser. Både i intervjuet og i verden. Dialektikken søker det nye fremfor det eksisterende (Kvale & Brinkmann, 2015).

Denne oppgaven er i hovedsak inspirert av hermeneutikken. Hermeneutikken tilkom som en reaksjon på positivismen, hvor man var av den oppfatning at den eneste måten å tilegne seg kunnskap på, var gjennom sanseerfaring og empirisk observasjon (Jacobsen, 2015).

Hermeneutikk vektlegger en fortolkningsbasert tilnærming (Jacobsen, 2015). På et ontologisk nivå er virkeligheten dynamisk og menneskeskapt. Kunnskapen er preget av det unike og særegne og den skapes ved å undersøke mennesket og hvordan det oppfatter virkeligheten. Forskeren er fortolkeren, og kunnskapen er lokal og unik. I en fortolkningsbasert tilnærming finnes det ikke én objektiv forståelse av virkeligheten, og forskeren må derfor sette seg inn i hvordan mennesker fortolker og legger mening i sosiale fenomener (Jacobsen, 2015). Det foregår altså en dobbel fortolkning, først i mennesket som opplever fenomenet, og deretter i forskerens fortolkning av det mennesket sier. I den hermeneutiske metode har analysen av data en spiralform. Man begynner i datagrunnlaget og analyserer enkeltdeler, som man igjen ser i lys av helheten. Helheten igjen, sett i lys av enkeltdelene danner en ny forståelse av delene, og man kan igjen gå inn i datagrunnlaget med denne nye forståelsen (Jacobsen, 2015).

Jacobsen (2015) fremsetter også en pragmatisk tilnærming som en tredje mulighet mellom positivismen på den ene siden og hermeneutikken på den andre siden. Dette må ikke forveksles med pragmatismen som filosofi, slik den er kort omtalt tidligere. En pragmatisk tilnærming anerkjenner at begge metodene har sine fordeler og bakdelene, og at man må benytte de metodene som passer best med problemstillingen man ønsker å undersøke (Jacobsen, 2015). Innenfor ontologien mener man virkeligheten er menneskeskapt og konstruert, men anerkjenner likevel at det finnes en virkelighet utenfor den enkelte. Man fokuserer på regelmessigheter og sannsynligheter foran lovmessighet. Innen epistemologien tenker man at virkeligheten ikke kan beskrives objektivt. Det vil alltid være en fortolkning, men det vil likevel være meningsfullt å snakke om felles oppfatning av fenomener; intersubjektivitet. Man vil altså være i stand til å oppnå kunnskap utenfor seg selv. Kunnskapen er kumulativ som i positivismen, men *også* avhengig av kontekst som i hermeneutikken (Jacobsen, 2015).

I oppgaven er det ønskelig å komme nært problemstillingen og konteksten den opererer i. Formålet er å avdekke det unike og særegne. Oppgaven søker både den subjektive opplevelsen hos individet, men også å danne et bilde av den oppfatningen som er felles og intersubjektiv. Derfor velges det et forskningsdesign som lar forskeren komme i kontakt med enkeltindivider for å få klarhet i deres forståelse og tolkning av virkeligheten.

4.2 Forskningsdesign

Forskningsdesignet setter rammen for gjennomføringen av undersøkelsen. Med utgangspunkt i problemstillingen, må det tas stilling til hva og hvem som skal undersøkes, og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres (Johannesen et al., 2016).

En viktig avklaring er forholdet mellom empiri og teori. I en deduktiv tilnærming, vil man ta utgangspunkt i teori, for så teste teorien ved empiriske data (Johannesen et al., 2016). Ved en induktiv tilnærming vil man starte uten noe teori, for så å trekke slutninger eller danne ny teori med grunnlag i observasjonene man gjør (Jacobsen, 2015). Denne oppgaven tar utgangspunkt i eksisterende teori, og gjør undersøkelser for å bekrefte eller avkrefte teorien. Oppgaven har derfor en deduktiv tilnærming til undersøkelsen.

Videre går et annet viktig skille mellom beskrivende og forklarende design (Jacobsen, 2015). Et beskrivende design retter seg mot å beskrive et fenomen, hvor beskrivelsen ofte vil være avgrenset i tid. Et forklarende design, også kalt et kausalt design, har bakgrunn i årsakssammenhenger som omhandler i hvilken grad årsak fører til virkning (Jacobsen, 2015). «Kausalitet» er et omstridt begrep innenfor samfunnsvitenskapen, da begrepet tar utgangspunkt i lovmessigheter som er vanskelig å påvise (Jacobsen, 2015). Nyeng (2004) beskriver at kausalitet ikke er forenlig med hermeneutikken, da en slik fortolkningsbasert tilnærming forkaster lovmessigheter som idé innenfor menneskevitenskap. Denne oppgaven har et beskrivende formål, da studiet retter søkelyset mot å beskrive hvordan kvalitetsstyring og læring korrelerer i organisasjonen.

Tidsdimensjonen skiller i hovedsak mellom tverrsnittsundersøkelser og longitudinelle undersøkelser. I førstnevnte utføres undersøkelsene på et bestemt tidspunkt eller en avgrenset og kort periode, mens longitudinelle undersøkelser foregår over tid (Johannesen et al., 2016). For å belyse problemstillingen i denne oppgaven er det valgt tverrsnittsundersøkelse. Tverrsnittsundersøkelser utført på kun ett tidspunkt gjør at man må være svært varsom for å trekke konklusjoner om utvikling over tid. Designet har også sine begrensninger i forhold til å avdekke årsakssammenheng mellom fenomener, selv om det ikke er uvanlig at tverrsnittsdata benyttes slik (Johannesen et al., 2016). Slike undersøkelser vil ifølge Johannesen et al. (2016) i så fall ha svært begrenset gyldighet. Denne oppgaven ønsker å undersøke om konkrete fenomener er til stede i organisasjonen, og ikke utviklingen av disse over tid. Undersøkelsen ser på korrelasjon, og ikke kausalitet, derfor er tverrsnittsundersøkelse foretrukket i designet.

Når forskningsdesign skal utformes, er grad av bredde og dybde et grunnleggende valg (Jacobsen, 2015). I en breddestudie vil man søke å samle data fra et bredest mulig utvalg av populasjonen, slik at man kan trekke generaliserende konklusjoner fra funnene man eventuelt gjør i forskningen. I dybdestudien ønsker man å finne mest mulig informasjon om emnet uten at man nødvendigvis uttaler seg om årsak og virkning. Hensikten er å skape en helhetlig og utstrakt beskrivelse av fenomenet, som videre fører til innholdsrik og relevante data (Jacobsen, 2015). Litteraturen skiller henholdsvis mellom ekstensivt og intensivt design, der førstnevnte undersøker flere enheter i bredden (Jacobsen, 2015). Intensivt design tar utgangspunkt i et mindre utvalg som undersøkes i dybden. Designet egner seg i undersøkelser som har som formål å forstå det særegne og individers fortolkninger (Jacobsen, 2015). Denne oppgaven er, som tidligere nevnt, inspirert av hermeneutiske paradigme, der nærhet til objektet som undersøkes tradisjonelt er viktig, kontra avstand i positivismen (Jacobsen, 2015). Oppgaven tar dermed utgangspunkt i et intensivt design for å få en dypere forståelse for objektenes opplevelse av konteksten de opererer i og hvordan dette samsvarer horisontalt i organisasjonen.

Avslutningsvis skiller det også mellom et holistisk og et individualistisk perspektiv. I et holistisk perspektiv må mennesket observeres i samhandling med andre. Konteksten handlingen skjer i betyr noe for tolkningen av det man observerer. Dette er en motsetning til positivismens individualistiske tilnærming hvor mennesket undersøkes i kunstige omgivelser, f.eks. i et laboratorium (Jacobsen, 2015). Oppgaven ser klart mot det holistiske da kvalitetsstyring som fenomen forutsetter samhandling mellom mennesker. Det man ønsker å styre er nettopp menneskelig adferd.

Oppsummert har oppgaven en deduktiv tilnærming, da vi fremsetter en hypotese med grunnlag i eksisterende teori, for så å få bekreftet eller avkreftet hypotesen gjennom empiri. Studien har et beskrivende design og gjøres som en tverrsnittsundersøkelse. Videre undersøkes fenomenet som et holistisk fenomen. Oppgaven tar utgangspunkt i nærhet til forskningsobjektet for å gå dypere inn i den enkeltes forståelse og virkelighetsoppfatning. Oppgaven har derfor valgt casestudie som tilnærming til empirien.

4.2.1 Casedesign

Casestudier skiller i hovedsak mellom tre ulike casedesign (Jacobsen, 2015).

Enkeltcasestudier er klart avgrenset i tid og rom. Forskeren går dypt inn i en situasjon eller organisasjonen for å oppnå en virkelighetsnær beskrivelse (Jacobsen, 2015). Dersom man

velger longitudinelle undersøkelser foran tverrsnittsundersøkelser, vil man kunne avdekke kausale mekanismer, men det vil være vanskelig å generalisere funn ut over casen (Jacobsen, 2015).

I *aksjonsforskning* endrer forskeren aktivt forutsetningene for å observere endringer over tid (Jacobsen, 2015). Formålet kan være å avdekke kausale mekanismer eller bare måle effekten av endringene. Forskeren er med andre ord deltagende i forsøket. Også her er det vanskelig å generalisere eventuelle funn (Jacobsen, 2015).

Det siste casedesignet er *sammenliknende casestudier*. Denne typen casedesign bøter på noen av svakhetene med enkeltcasestudier (Jacobsen, 2015). Ved å sammenlikne flere enkeltcaser kan man finne støtte for kausalitet eller mer konkret hypotesetesting. Flere caser øker også muligheten for generalisering til andre caser (Jacobsen, 2015).

Casestudier kan gjennomføres på forskjellige nivåer. Det kan være på det aller laveste nivået, f.eks. ett individ i et enkeltcasestudie, eller det kan være på høyere nivåer hvor man ser på kollektive enheter som en organisasjon. (Jacobsen, 2015). Innenfor et enkeltcasestudie på en organisasjon, kan man også differensiere flere nivåer. Det lavest nivået vil være enkeltindividet som arbeider i organisasjonen, og det øverste nivået vil være organisasjonen som helhet. Imellom kan man finne organisatoriske eller geografiske avgrensninger, slik som f.eks. administrasjonen, avdelingen osv. (Jacobsen, 2015).

Denne oppgavens casedesign tar utgangspunkt i enkeltcasestudier ved Sykehuset Innlandet som en kollektiv enhet, avgrenset basert på avdelinger og divisjoner. Studiene tillater forskeren å undersøke i dybden av en situasjon eller enhet, som videre fører til detaljerte og rike beskrivelser av fenomenet. Samtidig påpekes det at enkeltcasestudier ofte er forbundet med hermeneutisk forskning (Andersen, 2013) (Easterby-Smith, Thorpe, & Jackson, 2008).

4.2.2 Utvalg

Jacobsen (2015) lister opp seks formålsstyrte utvalgs-kriterier for kvalitative undersøkelser. *Tilfeldig utvalg* handler om å trekke ut et tilfeldig valgt, men representativt utvalg for populasjonen. *Bredde og variasjon* er et kriterium hvor man forhåndskategoriserer respondentene i grupper for så å trekke vilkårlig fra gruppene. Formålet er å sikre bredde og variasjon i utvalget. Man vil sikre seg at man har med respondenter fra alle identifiserte kategorier (Jacobsen, 2015). *Informasjon* som kriterium søker å sikre at utvalget gir mye og god informasjon. Man velger derfor respondenter som enten er villige til å gi mye

informasjon, eller er i posisjon til å ha mye informasjon. *Det typiske* utvalget fordrer en formening om hva som er det gjennomsnittlige og mest representative for det man ønsker å undersøke. Utvalget gir ingen garanti for at det representerer det typiske og bør derfor skje i diskusjon med flere andre mennesker (Jacobsen, 2015). *Det ekstreme* kan søkes som en kritisk test til resultatene man oppnår i undersøkelsen. Dersom alle er fornøyde kan man søke respondenter som man er sikker på er misfornøyde. Dersom disse også viser seg å være fornøyde så kan dette støtte opp rundt resultatet om at alle er fornøyde (Jacobsen, 2015). *Snøballmetoden* begynner uten faste kriterier i undersøkelsen. Man lar intervjuobjektene foreslå nye informanter, eller man trekker disse ut fra interessante observasjoner etter hvert som intervjuene går fremover. Metoden kan være meget fruktbar, men også meget krevende da hvert enkelt intervju må analyseres grundig før man går videre (Jacobsen, 2015).

Respondentene er valgt ut med utgangspunkt i at kvalitetsstyring er et ledelsesfag. Problemstillingen omhandler topp-ledelsen og det har derfor vært av stor interesse å snakke med ledere som er nær topp-ledelsen. Observasjonen av læring i organisasjonen benytter indikatorer fra kvalitetsstyringen, og fordrer derfor informanter som har kunnskap om disse indikatorene. Denne kunnskapen kommer best til syne der kvalitetsstyringen aggregerer avvik, og ikke der selve avvikene produseres (blant de ansatte). Denne akkumuleringen skjer i ledelsen. Respondentene er derfor valgt ut med *informasjon* som kriterium. Samtidig ønskes en viss *bredde* i utvalget, slik at det er søkt respondenter fra flere divisjoner hos Sykehuset Innlandet. Respondentene er foreslått av kvalitetsdirektøren ved sykehuset på grunn av dennes kunnskap om egen organisasjon, samt posisjon i virksomheten med tanke på å få tilgang til informantene.

4.3 Metodevalg

I metodevalget skiller man i hovedsak mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvantitative metoden forholder seg til tall og målbare observasjoner og den kvalitative til språk og handlinger (Jacobsen, 2015). I skillet mellom positivismen og hermeneutikken er man vant til å se dette som to ytterpunkter eller motpoler. På den andre siden velger Jacobsen (2015) en pragmatisk tilnærming på metodevalget og sier at begge metodene kan formidle mening. Selv om man med rene statistiske undersøkelser må ha tallgrunnlag, og da velger en kvantitativ metode, så kommer ofte valget som følge av graden av pre-strukturering av informasjonen (Jacobsen, 2015). I den kvantitative metoden må forskeren på forhånd kategorisere problemstillingen og avgjøre hvilke målbare variabler som kan gi informasjon under analysen av data. I den kvalitative metoden gjøres ofte struktureringen i etterkant.

Åpenheten i kvalitative undersøkelser sammenfaller med den induktive tilnærmingen til empirien. Man undersøker, kategoriserer dataene og trekker teorier ut av datagrunnlaget (Jacobsen, 2015).

I oppgaven er det valgt kvalitativ metode. Problemstillingen er eksplorerende, og kvalitativ metode vil gi en nærhet og nyanserikdom til det som skal observeres. I den kvalitative metode er det særlig fire metoder for innsamling av data som fremheves (Jacobsen, 2015). Det individuelle, åpne intervjuet, fokusgruppeintervju, observasjon og dokumentundersøkelse. Av disse fire er det særlig individuelle intervjuer og dokumentundersøkelse som er mye brukt, noe som også er valgt for denne oppgaven. Disse to metodene for innsamling av data krever mindre ressurser og planlegging (Jacobsen, 2015). Vurderingskriteriet har vært hvilken metode som vil gi best mulig informasjonsgrunnlag og datainnsamling, gitt oppgavens begrensning i tid og ressurser. Individuelle intervjuer har vært enkelt å planlegge, samtidig som de er vurdert som best for å belyse problemstillingen. I tillegg har det vært supplert med dokumentstudier for enkelte fordypninger.

4.3.1 Kvalitative individuelle intervjuer

Det individuelle åpne intervjuet egner seg; når relativt få enheter skal undersøkes, når vi er interessert i hva det enkelte individ sier og når vi er interessert i hvordan den enkelte fortolker og legger mening i et spesielt fenomen (Jacobsen, 2015).

Jacobsen (2015) henviser til ulike kanaler i det individuelle intervjuet. Kanalene kan være ansikt til ansikt, telefon, chat og e-post. E-post skiller seg her ut som en asynkron kanal, det går tid mellom spørsmål og svar, og respondentene får god tid til å tenke. Det samme kan man oppleve i en chat-situasjonen, men i mindre grad. Respondenten får tid til å tenke og kan lese gjennom svaret sitt før det sendes for hver gang (Jacobsen, 2015). I forbindelse med den pågående pandemien under oppgaven, har en ny kanal etablert seg med stor utbredelse, video-møte også kjent under flere produktnavn som Teams (fra Microsoft) og Zoom. Videochat kanalen er det mediet som kommer nærmest det å møtes fysisk uten å faktisk møtes ansikt til ansikt. I tillegg til at den rent teknisk er vidt utbredt og mye brukt, så gjør den det også veldig enkelt og møtes ansikt til ansikt uten at man faktisk er tilstede fysisk i samme rom. Man må kunne legge til grunn at en viss nærhet vil mangle kontra det å møtes fysisk, slik at noen begrensninger og konsekvenser må påregnes. Jacobsen (2015) påpeker i forbindelse med telefon som kanal, at den er svakere på å etablere tillit og åpenhet sammenliknet med det å møtes fysisk. Intervjuer kan også miste kontroll over intervjusituasjonen. Dette antas å

minskes ved bruk av bildeoverføring, altså video-møte (Jacobsen, 2015). I denne oppgaven er det valgt intervjuer over kanalen video-møte.

Strukturering av intervjuet bør holdes utenom ytterpunktene (Jacobsen, 2015). Med dette menes at det ikke skal være så åpent at man ikke har intervjuguide, og ikke så lukket at man har faste svaralternativer til respondenten (Jacobsen, 2015). I intervjuet er det innenfor denne rammen valgt en sterk grad av struktur. Det vil si at spørsmålene er forhåndsdefinert og tematisert, men med åpne svar (Jacobsen, 2015). Dette er valgt med bakgrunn i problemstillingen. Selv om den er eksplorative, så er dette innenfor to bestemte områder, topp-ledelsens involvering og læring i organisasjonen. Det er disse to fenomenene som er av interesse for oppgaven og spørsmålene er derfor forankret i eksisterende teori. Oppgaven ønsker altså å danne seg et velfundert inntrykk av i hvilken grad disse fenomenene eksisterer i organisasjonen, og i mindre grad om respondentenes følelser rundt fenomenene.

Det er mange utfordringer forbundet med kvalitative intervjuer. For det første er det ofte ressurskrevende i motsetning til å sende ut spørreskjema til et fastsatt antall respondenter. Nyanserikdommen og kompleksiteten i dataene kan også føre til tolkningsproblemer og dette i kombinasjon med det ofte lave antallet respondenter fører gjerne til problemer med generaliseringen av funnene. Dette er altså en avveining og noe man må ofre for nærheten og nyanserikdommen i dataene (Jacobsen, 2015). Nærheten kan også være en svakhet i seg selv. Intervjuer kan bli *for* nær intervjuobjektet, og involvere seg i det en gruppe gjør og sier. I stedet for å holde seg objektiv og kritisk til det som kommer frem, kan intervjuer føle seg som en del av de man studerer og forsvare det de sier (Jacobsen, 2015) Avslutningsvis er undersøkelseeffekten en stor og mye diskutert utfordring. Dette handler om hvordan intervjuer påvirker respondenten. Man kan i ytterste konsekvens ende med å måle noe man har skapt med intervjuet, i stedet for å måle hvordan respondenten opplever et fenomen (Jacobsen, 2015).

Intervjuene er utført via Teams der informantene selv finner det best. Respondentene har fått velge tid og sted fritt. For noen har stedet vært hjemmekontoret, og for andre arbeidsplassen. Det frie valget av sted har bidratt til at intervjuene har kunnet vært gjennomført uavbrutt og uten forstyrrelser, og man må kunne legge til grunn at det har medført at respondentene har følt seg tryggere i situasjonen enn om det hadde vært valgt et nøytralt møterom på f.eks. et hotell. Struktureringen i intervjuet har vært sterk, innenfor slingringsmonnet i et normalt kvalitativt intervju. Dette bidrar til å holde en viss avstand i intervjuet, samtidig som intervjuer likevel

får nærhet til respondenten. Strukturen bidrar også til å kunne trekke horisontale sammenlikninger i organisasjonen, da intervjuene får veldig lik struktur og gjennomføring. Spørsmålene i intervjuet er også faglig rettet mot kvalitetsstyringen og åpner i seg selv i mindre grad for påvirkning fra intervjuer, verken bevist eller ubevist. Intervjueguiden er utarbeidet med grunnlag i teorien og begrepene omtalt i teorikapittelet.

4.3.2 Dokumentstudier

Data forskeren samler selv kalles for primærdata. Her har forskeren selv så god kontroll som det er mulig å få på dataenes kvalitet. Dokumenter er sekundærdata, noen andre har gjort innsamlingen og presentasjonen av dataen. Ofte kan dataene være manipulert for å passe behovet til datainnsamleren (Jacobsen, 2015). Det vil alltid være et spørsmål om påliteligheten til dataene og det er ikke sikkert de utvalgte variablene og verdiene passer med forskerens behov.

Sekundærdata fra dokumentstudier kan være spesielt godt egnet dersom man ikke har tilgang på primærdata eller man ønsker å få tak i hva mennesker faktisk har sagt og gjort (Jacobsen, 2015). Dokumentene må håndteres med en kildekritisk tilnærming, hvor man ser på autentisitet, troverdighet, representativitet og tolkning/betydning (Johannesen et al., 2016). *Autentisiteten* handler om en kritisk tilnærming til bestemmelsen og opphavet til kilden. Hvilke motiver ligger til grunn i opphavssituasjonen, og hva var formålet med tilblivelsen. *Troverdighet* vurderes i henhold til formålet det skal si noe om. Man ser på om kilden er relevant for problemstillingen og om det foreligger faglige svakheter. *Representativitet* ser på om dokumentet er dekkende for det vi vil undersøke, og *tolkning/betydning* om det foreligger spesielle fortolkningsregler for dokumentet, slik som språk og terminologi (Johannesen et al., 2016).

Oppgaven har sett på styrereferater fra Sykehuset Innlandet. Referatene er offentlig tilgjengelige på sykehusets web-sider, og styremøtene holdes som hovedregel for åpne dører (Sykehuset Innlandet, 2021). Som referat fra styrets arbeid må man legge til grunn en høy grad av autentisitet. Formålet med dokumentet er å referere styrets vedtak, og til en viss grad også saksbehandlingen. Selv om vedtakene som regel ikke vil inneholde informasjon om diskusjonen, kan man likevel tegne et bilde av hva som er på bordet hos styret i form av sakene som tas opp. Dokumentene har en høy grad av troverdighet i forhold til hvor ofte kvalitetsstyring er til behandling på møtene og hvilke eventuelle tiltak og endringer styret iverksetter. Man må likevel ta med i vurderingen at styret også er lovpålagt å føre tilsyn med

den daglige ledelsen regelmessig og selv er underlagt stor interesse fra media. Et så omdømmekritisk område som pasientsikkerhet og kvalitetsstyring vil derfor ha en naturlig plass i referatene uansett styrets faktiske holdning til området. Likevel vurderes dokumentet som representativt for styrets faktiske arbeid. Det er naturlig at styret arbeider både med saker som følge av lovpålagt tilsyn, og saker de har genuin interesse for. Man kan altså danne seg et inntrykk fra dokumentene, men inntrykket vil være fra sekundærdata og heller danne grunnlag for å understøtte funn fra primærdata, enn å selv være grunnlag for funn i forskningen (Johannesen et al., 2016). Referatene må også tolkes under det lys at de er nettopp det, referater. Det vil naturlig nok forekomme en viss formalisering og stilisering av vedtakene rent språklig, og man vil ha liten tilgang til den forutgående saksbehandlingen. Dette er et viktig tolkningsmoment i dokumentanalysen.

I tillegg er de også benyttet offentlige tilgjengelige dokumenter for faktuelle opplysninger om organiseringen av Sykehuset Innlandet, samt enkelte kopier av interne rutiner fra sykehusets kvalitetssystem.

4.4 Forskningsprosessen / datainnsamling

Sykehuset Innlandet ved kvalitetsdirektør takket ja til å bidra til undersøkelsen tidlig i oppgavens forløp (februar 2020). Avtalen har vært å sende over intervjuguide og forespørsel om respondenter til kvalitetsdirektøren, som så ville gjøre interne forespørsler i organisasjonen om deltagelse. Fremgangsmåten ble valgt fordi det var ressursbesparende, og fordi det ble ansett som sikrere å få positive svar ved å gå via denne kanalen. Det ble i første omgang gitt tilgang på 3 informanter (oktober 2021) og deretter etter forespørsel, gitt 2 til (november 2021). Forespørslene ble håndtert meget raskt av kvalitetsdirektøren, i de fleste tilfellene dagen etter oversendelse av forespørselen. Informantene stilte til intervju i løpet av samme eller påfølgende uke. Organisasjonen viste i så måte stor villighet til å delta.

Forskningsintervjuene ble utført ved hjelp av ferdig fastsatt intervjuguide. Informantene fikk selv foreslå tidspunkt for intervjuene, og fikk deretter oversendt en innkalling i Teams med tilhørende informasjonsskriv fra Norsk senter for forskningsdata (NSD), samtykkeerklæring og intervjuguide. Intervjuguiden ble sendt ut på forhånd, slik at informanten kunne stille forberedt til intervjuet. Dette ble ansett for å være tillitsbyggende og dermed gi et bedre datagrunnlag enn om man ikke skulle oversende guiden på forhånd.

Tabell 1 - oversikt over informanter

	Dato	Varighet	Org. nivå	Stilling	Tilhørighet
Informant 1	28.10.2021	27m 47s	3	Avd. leder	Stab – Avd. 1
Informant 2	29.10.2021	33m 18s	2	Div. direktør	Operativ Div. A
Informant 3	02.11.2021	37m 34s	3	Avd. leder	Stab – Avd. 2
Informant 4	18.11.2021	24m 57s	2	Div. direktør	Operativ Div. B
Informant 5	19.11.2021	33m 45s	2	Ass. Div. dir.	Operativ Div. C

Intervjuene ble tatt opp med video og lyd og deretter transkribert. De transkriberte intervjuene utgjorde hovedgrunnet for den senere dataanalysen.

Informantene er anonymisert med generiske stillingstitler som plasserer dem i riktig nivå i organisasjonen. Tilhørigheten skiller mellom stab og operativ virksomhetsinndeling hos sykehuset. Organisasjonsnivået følger også inndelingen hos Sykehuset Innlandet, dette omtales nærmere i kapittel 5 Casebeskrivelse.

4.5 Dataanalyse

Analysen av datamaterialet består i stor grad av å forenkle kompleksiteten (Jacobsen, 2015). Innholdet skal struktureres og reduseres til ord, setninger og avsnitt, for så igjen å settes sammen til nye deler. Disse delene skal igjen bindes sammen slik at man kan forsøke å forstå helheten som dannes (Jacobsen, 2015), som igjen gir grunnlaget for ny forståelse av delene. Dette er tidligere referert til som den hermeneutiske spiral.

Jacobsen (2015) illustrerer prosessen i fire deler. I den første og *dokumenterende* fasen systematiseres intervjuer og observasjoner. Deretter kommer den *utforskende* fasen hvor materialet gjennomgås etter forhold som trer frem av dataene. I tredje fase *systematiseres og kategoriseres* informasjon i de kvalitative dataene, for til slutt å *sammenbindes* der hvor man finner sammenhenger eller sammenfallende data (Jacobsen, 2015).

På master- og bachelornivå benyttes metodene innholdsanalyse og prosessanalyse oftest innen samfunnsvitenskapene. Prosessanalyse er en årsaksanalyse som i hovedsak benyttes ved søken etter kausalitet. Man ser på hendelser etterfølgende i tid til hverandre og knytter dette til et observert utfall (Jacobsen, 2015). Da problemstillingen omhandler korrelasjon og ikke kausalitet, er ikke denne metoden benyttet videre i oppgaven.

Innholdsanalyse handler om kategoriseringen av datagrunnlaget og tilknytting av mening til disse kategoriene (Jacobsen, 2015). Kategoriseringen skjer i form av koding. Første-syklus koding skjer ved at ord, setninger og avsnitt tilordnes en kategori ut fra gitte kriterier. Deretter kan forskeren søke kategorier som ikke direkte finnes i dataene, men som danner seg etter den første analysen er gjennomført. Dette kalles andre-syklus koding (Jacobsen, 2015). Eksempler på andre-syklus kategorier, kan være nye kategorier som danner seg i datagrunnlaget, eller det kan være overordnede og samlende kategorier med hensyn på det som ble avdekket i første del av analysen.

I sammenbindingen ser man etter sammenhenger i datagrunnlaget. Dette kan brukes til å avdekke kausale sammenhenger (Jacobsen, 2015), men også til å avdekke fenomener som korrelerer.

Fortolkningskonteksten fremheves av Kvale og Brinkmann (2015) i forbindelse med intervjuanalyser. Fortolkningsperspektivet av intervjuet har primært tre utgangspunkter; selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse (Kvale & Brinkmann, 2015). I den *selvforstående* tolkningskonteksten, forsøker intervjueren å formulere det den intervjuede selv oppfatter, ut fra sin egen selvforståelse, som meningen med sine uttalelser. I den *kritiske forståelsen basert på sunn fornuft* går intervjueren ut over den intervjuedes selvforståelse, og tolker uttalelsene i en kontekst av sunn fornuft.

Fortolkningen kan altså gå utover den intervjuedes egen forståelsesramme (Kvale & Brinkmann, 2015). I den tredje konteksten benyttes *teoretisk forståelse* som ramme for tolkningen. Denne kan gå utenfor rammene av både den intervjuedes selvforståelse og publikums oppfattelse av sunn fornuft. Forståelsen skjer i lys av teorigrunnlaget for fenomenet man studerer. Konteksten kan i praksis både differensieres ytterligere, og også gå over i hverandre (Kvale & Brinkmann, 2015).

Opgaven benytter innholdsanalyse som metode, hvor datagrunnlaget og meningsinnhold blir kategorisert basert på koding. Analysen er utført ved hjelp av dataprogrammet NVivo, der

første-sykluskoding tar utgangspunkt i intervjuguidens temaer. Ord, setninger og avsnitt fra de transkriberte intervjuene ble dermed tilordnet tre kategorier basert på oppgavens teoretiske rammeverk; toppledelsens involvering, læring og dekobling. Dataanalysen ble hovedsakelig utført i det Kvale og Brinkmann (2015) definerer som en teoretisk fortolkningskontekst, hvor tolkningen skjer i lys av teorigrunnlaget for fenomenet som studeres. Konteksten er likevel også basert på den kritiske forståelsen ved sunn fornuft i analysen av uttalelsene. Videre i prosessen ble intervjuene gått gjennom på nytt for å avdekke og etablere nye kategorier. Avslutningsvis ble til sammen 13 kategorier etablert og videre sammenstilt for å avdekke korrelasjon og eventuelle funn.

Dokumentstudier har vært benyttet innledningsvis for faktaopplysninger til casebeskrivelsen og planlegging av forskningsdesignet, samt intervjuguiden. Det ble analysert offentlig tilgjengelig informasjon fra Sykehuset Innlandets web-sider (Sykehuset Innlandet, 2021). I tillegg ble det etter intervjuene gjort analyser av styrereferater for året 2021 (Sykehuset Innlandet, 2021).

4.6 Studiens kvalitet

Johannesen et al. (2016) vektlegger fire områder for vurderingen av kvaliteten på en undersøkelse. Områdene er forskningens troverdighet, overførbarhet, pålitelighet og bekreftbarhet (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2016, s. 231). Jacobsen (2015) understreker at forskningens kvalitet ligger i forskerens evne til å være åpen om de metoder og teknikker som er benyttet under forskningen, og forskerens evne til å reflektere over emnet (Jacobsen, 2015).

4.6.1 Intern gyldighet

Studios troverdighet beror på om resultatene oppfattes om riktige. Vurderingen skjer ifølge Jacobsen i tre faser. I fasene vurderes relasjonen mellom data/studieobjektet og virkeligheten, relasjonen mellom forsker/funn og studieobjekter/data og til slutt forholdet mellom virkeligheten og /forsker/funn (Jacobsen, 2015).

Gir studieobjektene en sann representasjon av virkeligheten?

Sykehuset Innlandet er valgt på grunn av forskerens tilgang på respondenter på dette sykehuset. Ut over dette kunne undersøkelsen vært gjennomført på et hvilket som helst sykehus. Sykehuset ble kontaktet tidlig i prosessen og var utpreget positiv til deltagelse.

Kvalitetsstyring er et ledelsesfag og styringen foregår på ledelsesnivå, sammen med informasjonsflyten. Den akkumulerte informasjonen vises øverst i organisasjonen. Jo dypere ned man går i avdelinger og enheter, jo smalere inntrykk får man av helhetsbildet. I det ytterste vil man til slutt havne på ansattnivå, som i praksis ser kvalitetsstyringen fra et brukernivå, ved at avvik genereres og prosedyrer leses. Oppgaven ønsker å se på topp-ledelsens involvering og det har derfor vært mest formålstjenlig å få respondenter som enten er i topp-ledelsen eller er nær topp-ledelsen for å studere fenomenet. Respondentene er spredt horisontalt i organisasjonen, noe som også har medført geografisk spredning. To respondenter er også på et lavere nivå i organisasjonen, men her må det merkes at disse sitter i staben, og dermed er relativt nær topp-ledelsen. Det har fra Sykehuset Innlandet ikke vært begrensninger i kildegangen, verken horisontalt eller vertikalt. Ved forespørsel om ytterligere kilder etter første intervjurunde, ble det umiddelbart levert nye. Oppgaven har dermed fått tilgang på ønskede kilder. En kritikk av kildene kan imidlertid gå på hvorvidt det er riktige kilder for å belyse problemstillingen. Andre og flere kilder vil alltid tilføre ny informasjon, slik at dette blir en avveining mellom ressurser tilgjengelig for studien og ønsket informasjonsmengde.

Oppgaven har søkt å samle informasjon fra flere kilder for å oppnå en gyldig beskrivelse av fenomenet. De fleste kildene er nær eller en del av topp-ledelsen, og det er naturlig å vurdere hvorvidt kildene forsvare topp-ledelsen og ønsker å svare lojalt. Kildene bekrefter imidlertid ubetinget flere forhold av negativ karakter og forteller også uoppfordret om sider av temaet de ikke opplever som tilfredsstillende. Man kan imidlertid ikke utelukke at enkelte svar eller respondenter har vært preget av dette, selv om man i svarene ikke kan se direkte tegn på dette biaset hos informantene. Kildene kan ikke sies å ha klare motiver for å si noe annet enn det som er sant. Kritikkverdige funn vil også evt. gå mot organisasjonen som helhet, og gruppen som topp-ledelsen utgjør er så stor at det vil virke utvaskende på den individuelle ansvarsfølelsen. Kildene har god kunnskap om emnet og er førstehåndskilder, og kildene er i stor grad uavhengig av hverandre.

Gir forskeren en sann representasjon av data?

Validering på dette punktet kan ifølge Jacobsen (2015) gjøres ved flere former for validering; respondentvalidering og kritisk drøfting av kategorier, hendelser og sammenhenger. Respondentvalidering innebærer å konfrontere respondentene med funn fra undersøkelser, men har ikke vært aktuelt i denne oppgaven (Jacobsen, 2015). Kategorier, observasjoner og

sammenhenger er imidlertid grundig drøftet i oppgavens empiridel med utfyllende eksempler og referanser til teori og forskning på fagområdet. Forskeren har også inngående erfaring.

Gjenspeiler resultatene virkeligheten?

Funnene i oppgaven bekreftes av annen forskning på området. Studien valideres dermed av annen forskning, og validerer tilsvarende funn innen fagområdet. Det må likevel anmerkes at forskningen med fordel kan gjentas under tilsvarende rammer, f.eks. hos et annet sykehus i Norge, for å ytterligere validere funnene innen offentlig tjenesteproduksjon.

4.6.2 Funnenes overførbarhet

Overførbarhet handler om funn i forskningen kan generaliseres (Jacobsen, 2015). Innen kvalitativ forskning er generaliseringen i hovedsak teoretisk rettet. Det vil si at man kan avdekke fenomener, kausalmekanismer og spesielle forutsetninger for at noe skal ha en effekt (Jacobsen, 2015). Å generalisere fra utvalg til populasjon er vanskeligere å få til.

Generaliseringen skjer derfor primært til andre enheter innen samme organisasjon, eller til andre case som har like forutsetninger. Overførbarhet til populasjonen har studien ikke grunnlag for. Overføring til andre case kan teoretiseres. Sykehusene i Norge har mange likheter i oppbygningen, men dette kan ikke vurderes på noe annet nivå enn at det motiverer til videre forskning. For å generalisere til andre case, må det gjøres en sammenliknende studie hvor flere case ses på samtidig. Spørsmålet om overførbarhet blir derfor internt i organisasjonen. Det er intervjuet 5 informanter i 5 forskjellige divisjoner i organisasjonen. To av divisjonene ligger i stabsområdet, mens 3 av divisjonene ligger i operativt område. Det kan argumenteres for at funnene kan være overførbare til andre divisjoner, under gitte forutsetninger. Det henvises her til drøftelsen rundt pasientsikkerhet som driver for kvalitetsstyringen og at denne driveren bør foreligge i divisjonen for at funnene skal kunne overføres.

4.6.3 Forskningens pålitelighet

Reliabilitet i forskningen kan påvirkes av undersøkelsesopplegget, datainnsamlingen og analysen (Jacobsen, 2015). Undersøkelsesopplegget påvirker informanten i hovedsak på to måter. Undersøkereffekten er påvirkningen intervjuer har på objektet, og dette vil alltid være til stede i undersøkelser som ikke er skjulte observasjoner. Effekten er forsøkt minimert ved å holde intervju spørsmålene nøytrale og gjennomføringen tilsvarende. Med nøytraliteten i gjennomføringen menes at intervjuer har hatt fokus på å ikke respondere i særlig grad til informantenes svar, og særlig ikke følelsesmessig. F.eks. er det fokusert på å ikke oppmuntre

eller bekrefte empatisk med tilsvar som «Det skjønner jeg godt ...» og liknende. Dette øker påliteligheten, men kan gå på bekostning av nærheten til objektene. Konteksteffekten omhandler sammenhengen dataene er samlet inn i (Jacobsen, 2015). Konteksten har vært naturlig og planlagt. I dette ligger det at intervjuene har vært utført over en kjent kommunikasjonskanal og kommunikasjonsform for informantene, og i deres selvvalgte og naturlige omgivelser. Respondentene har fått forberede seg til intervjuet og selv valgt tid og sted for gjennomføring. Konteksteffekten er derfor søkt minimert, selv om den aldri kan utelukkes.

Transkriberingen ble gjort nøyaktig og ordrett uten at noe ble utelatt eller omskrevet.

4.6.4 Funnenes bekreftbarhet

Bekreftbarheten handler om hvorvidt en annen forsker kan gjenta eksperimentet og samme resultater.

Det er redegjort i detalj for hvordan data har blitt samlet inn, registrert og analysert.

Beskrivelsen er så detaljert at en annen forsker bør kunne gjenta forskningen under relativt like forutsetninger. Teori og metode er grundig gjort rede for og intervjueskjemaet er vedlagt oppgaven. Spørsmål er forankret i eksisterende teori og forskning.

Det vil i et annet case selvsagt også foreligge andre omstendigheter og rammer som vil påvirke forskningen på en mer eller mindre uforutsigbar måte. Men dersom samme enkeltcase studeres på nytt, bør funnene kunne bekreftes ved bruk av samme metode.

4.7 Forskningsetiske avveininger

“Samfunnsvitenskapelige undersøkelser har konsekvenser, både for de som blir undersøkt og for samfunnet. Forskeren har plikt til å tenke nøye gjennom hvordan forskningen kan påvirke dem det forskes på, og hvordan forskningen vil oppfattes og bli brukt” (Jacobsen, 2015) Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har utformet etiske retningslinjer som forskeren er underlagt (Johannesen et al., 2016). Jf. kapittel A, § 4 skal forskeren “[...] forsikre seg om at forskningen ikke bryter med lover og regler eller utgjør en risiko for mennesker, samfunn og natur [...]” (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021).

De etiske avveiningene ble påbegynt svært tidlig i oppgaven, og løpende evaluert gjennom hele forskningen. Intervjuguiden ble sendt inn til NSD i flere omganger og endret etter hvert som oppgaven skiftet form. Forskningens risiko for samfunn, mennesker og natur ble

evaluert. Oppgaven har ingen påvirkning på naturen, men eventuelle funn kan påvirke samfunnet i form av at de tas opp i den praktiske utøvelsen av kvalitetsstyringen. Forskningen må derfor være kritisk og forsiktig der hvor funnene har rom for alternative tolkninger. Dette ble særlig viktig i drøftingen av empirien. Det området som ble identifisert med størst risiko, var risikoen for menneskene som deltok i intervjuene. Dette ble derfor behandlet mer utførlig.

4.7.1 Hensynet til informantene før under og etter intervjuet

Intervjuguiden ble vurdert i forhold til konsekvenser for intervjupersonene, uten at det ble funnet grunnlag for at den kunne gi noen negative konsekvenser. Intervjupersonene fikk prate fritt under intervjuet og fikk prate seg ferdig. Før avslutning av intervjuet ble alle informanter spurt om de var noe mer de ønsket å legge til, eller om de hadde noe de følte var usagt om temaet. Intervjuene ble med det avsluttet på en mild og forutsigbar måte.

Informantene fikk oversendt intervjuguiden på forhånd. Dette ble gjort for å senke stressnivået under intervjuet og for at de skulle føle minst mulig press i forkant.

4.7.2 Hensynet til personvernet

Personvernets legale sider er i varetatt ved at intervjuguide og samtykke skjema er sendt inn til godkjenning hos NSD. NSD forvalter personvernens hensynet i forskning for alle norske utdanningsinstitusjoner. NSD har godkjent samtykkeerklæring, informasjonsskriv og intervjuguiden.

Informantene og forskningsdata er anonymisert i oppgaven. Data som ikke er anonymisert blir slettet etter avtale med informantene, straks forskningen er gjennomført og sensur foreligger. Forskningsdata er oppbevart på en konfidensiell og trygg måte, slik at de ikke er tilgjengelige for utenforstående. Alle informantene ga et informert og tydelig samtykke. De ble informert skriftlig før intervjuet ble planlagt, men også muntlig før intervjuet startet opp.

Transkriberingen ble gjort på en slik måte at informantenes konfidensialitet ble godt ivaretatt.

5 Casebeskrivelse

Sykehuset Innlandet er et mellomstort sykehus i norsk sammenheng og favner 346 000 innbyggere i opptaksområdet, som er fordelt på 42 kommuner i Innlandet. Sykehuset har virksomhet på 40 geografiske steder fordelt på:

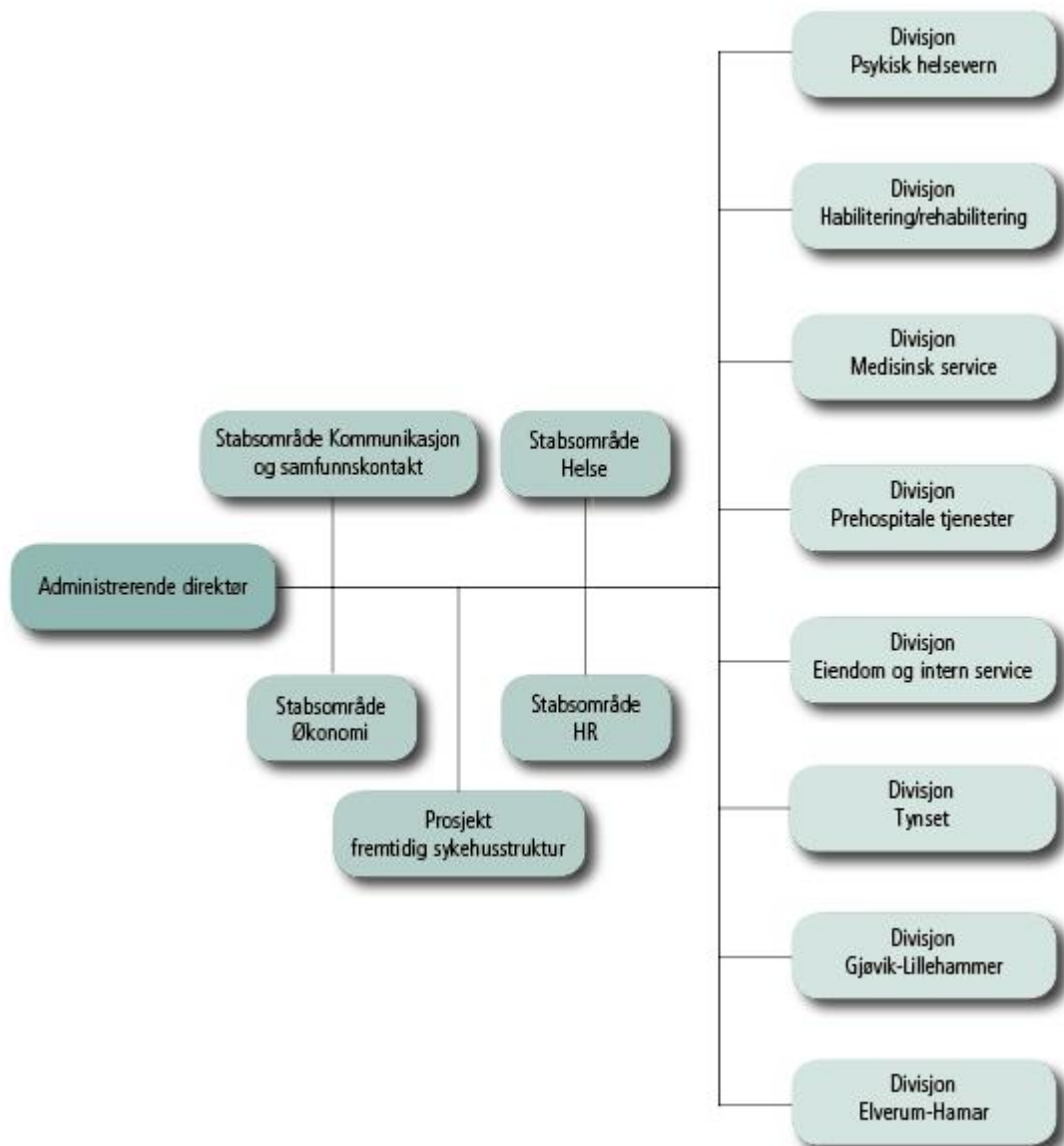
«fem somatiske sykehus, to sykehus for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), to lokalmedisinske sentre og ett desentralisert spesialisert senter, distriktspsykiatrisk virksomhet ti steder, barne- og ungdomspsykiatrisk døgnbehandling tre steder, åtte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, to enheter for habilitering, tre enheter for rehabilitering, 26 ambulansestasjoner og luftambulansebase på Dombås» (Sykehuset Innlandet, 2021)

Sykehusets visjon er «Sykehuset Innlandet skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det» (Sykehuset Innlandet, 2021).

I 2020 hadde sykehuset i gjennomsnitt 6798 årsverk fordelt på 8905 ansatte. Omsetningen var på om lag 8,3 milliarder kroner (Sykehuset Innlandet, 2021).

Organiseringen av sykehuset skjer i åtte divisjoner, hvor hver divisjon ledes av en divisjonsdirektør. Syv av divisjonene er operative enheter som håndterer pasienter. Unntaket er Divisjon Eiendom og intern service, som omhandler forvaltning og støttetjenester. I tillegg er det definert fire stabsområder hvor det i tillegg også ligger prosjektet «Framtidig sykehusstruktur» og «Organisasjonsutviklingsprogrammet». Stabsområdene, prosjektet og programmet har alle hver sin ansvarlige direktør. På figuren under mangler Organisasjonsutviklingsprogrammet tegnet inn i stabsområdet (Sykehuset Innlandet, 2021).

I studien er divisjonene og avdelingene anonymisert slik det fremgår av tabell 1 i kapittel 4.4.



Figur 3 - organisering (kilde: Sykehuset Innlandet)

Ledelsen i sykehuset er inndelt i hierarkiske nivåer. Nivå 1 er administrerende direktør og øverste operative leder ved sykehuset. Nivå 2 er divisjonsdirektører og stabsdirektører. Nivå 3 er avdelingsledere og nivå 4 er enhetsledere. Enkelte enheter har ledere under enhetsleder, og disse er da på nivå 5, som f.eks. en avdelingssykepleier, men dette gjelder ikke alle divisjoner og stabsområder.

Sykehuset er underlagt helseforetaket Helse Sør-Øst RHF som setter de øverste føringer for organisasjonen og styret. Styret er øverste organ i sykehuset og møtes en gang i måneden. Styret består av en styreleder, en nestleder, fire ordinære medlemmer, fire ansattvalgte medlemmer og to observatører fra Brukerutvalget. Styret definerer seg selv slik:

«Styret er Sykehuset Innlandets øverste organ. Styrets oppgaver er knyttet til forbedring av kvalitet og tjenesteinnhold, utvikling av strategi og mål, kontroll av driften og evaluering.» (Sykehuset Innlandet, 2021)

Kvalitetsstyringen i sykehuset består av et omfattende rutine- og prosedyreverk. I det daglige genereres det avvik i forhold til uønskede hendelser, forbedringer og andre kvalitetsavvik. Avvikene behandles som regel hierarkisk der de oppstår, på laveste nivå i avdelinger (nivå 3). Avvik kan eskaleres opp i organisasjonen og ved alvorlige hendelser eskaleres de alltid til øverste nivå som er administrerende direktør (nivå 1). Avvikene behandles med en fastsatt saksbehandling, hvor blant annet årsaksanalyse kan inngå. Årsaksanalysen er myntet på pasientsikkerhet og et omfattende arbeid, som gjennomføres på alle alvorlige hendelser. Med bakgrunn i ett eller flere avvik, kan det besluttes tiltak for å utbedre forholdene. Akkumulerte avvik behandles både på divisjonsnivå, i Divisjonens Kvalitets- og Pasientsikkerhetsutvalg (DKPU), men også i de store avdelingene som har egne kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg, med møter 4 ganger året. Deretter behandles videre aggregerte avvik og hendelser i foretaket på Nivå 1 i Sykehuset Innlandets Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (SIKPU), som ledes av administrerende direktør.

Alle i organisasjonen kan forfatte såkalte læringsnotater, basert på avvik, tiltak eller andre observasjoner, som så gjøres tilgjengelig for hele organisasjonen. Rapportering fra systemet er løpende tilgjengelig i ferdige rapport-maler som tas ut ved behov. I tillegg omfatter systemet internt og eksternt revisjonsarbeid, risikoanalyser og ledelsens gjennomgang (LGG).

Oppgaven har studert kvalitetsstyringen som et organisatorisk fenomen med fokus på toppledelsens involvering og læring i organisasjonen. Kvalitetsstyringen er samordnet for organisasjonen på en slik måte at resultater, avvik og tiltak akkumuleres vertikalt på tvers av divisjoner og stabsområder i ett felles system. Divisjonene, og avdelingene, kan ha forskjellige grunnlag for styringen og forskjellige sett med rutiner og prosedyrer, men kvalitetsarbeidet i form av resultatdokumentasjon og aktivitet vil vises i en samordnet form. I oppgaven er det blitt intervjuet informanter på nivå 2 fra divisjonene A, B og C og en

informant på nivå 3 i avdeling 1. Det er også intervjuet en informant på nivå 3 fra stabsområdet i avdeling 2. Divisjoner og avdelinger er anonymisert av hensyn til personvernet og etter avtale med informanter og NSD.

6 Empiriske data og diskusjon

I dette kapitlet presenteres studiens empiri. Diskusjonen presenteres etter empirien i oppsummeringen av hvert delkapittel.

6.1 Læring i organisasjonen

Organisatorisk læring kommer i undersøkelsen frem gjennom å observere tilbakemeldingene og erfaringene fra kvalitetssystemet og hvordan organisasjonen benytter dette til strategisk læring, læring av egne erfaringer og overføring av kunnskap i og utenfor organisasjonen. Grunnlaget for den organisatoriske læringen er informasjon fra virksomheten til ledelsen gjennom kvalitetssystemet, som deretter sammenstiller den opplevde tilstanden med fastsatte målparametere og fatter beslutninger basert på dette.

6.1.1 Tilbakemeldinger gjennom kvalitetssystemet

En forutsetning for læring i ledelsen er informasjonsflyten til ledelsen. Det flyter mye informasjon gjennom kvalitetssystemet. Både avvik, men også forbedringsforslag, risikoevalueringer, revisjoner, rapporter fra ledelsens gjennomgang og andre aggregerte rapporter.

På spørsmål om alle avvik blir meldt inn svarer samtlige informanter avkrefteende på dette. Informant 2 utdyper:

«Nei, det tror jeg vi aldri kommer til å oppnå 100%. men det er jo vanskelig å si prosentvis. Men det tror jeg bare vi må være realistiske på at det blir det ikke. Men mange blir meldt.»

Synet støttes av informant 1 og 4 som sier det alltid er snakk om underrapportering, selv om kvalitetsledelsen jobber med å forbedre meldekulturen. Ved spørsmål på divisjonsnivå om organisasjonen er flink til å melde avvik så oppleves det slik av informant 3 og 4, mens informant 5 svarer «Jeg synes vi kan være bedre på det.». I den undersøkte avdelingen svares det av informant 1:

«Nei, det kan jeg vel ikke si helt. Med hånden på hjertet. Det er alltid snakk om underrapportering.»

Avvikene rapporteres i hovedsak fra produksjonen, av og blant de ansatte. De håndteres i første omgang der de oppstår, altså av nærmeste ledernivå. De sakene som ikke man finner løsning på, eller som man finner alvorlig, eskaleres videre til neste ledernivå og så videre. Informant 1 rapporterer at det er få saker som går videre til saksbehandling hos divisjonsdirektør:

«Dem behandles i min avdeling i hovedsak. Det er veldig få uønskede hendelser som går videre til divisjons direktør for å si det sånn.»

På områder med uttalt fokus fra ledelsen behandles det ukentlig i den undersøkte avdelingen, ifølge informant 1:

«når det gjelder sånn type pasient, altså det med fristbrudd og ventende uten kontakt så har vi egentlig ukentlig sjekk på det i min avdeling da. Og da rapporterer jeg oppover til divisjons direktøren sin ledergruppe om hvordan ståa er hos oss. Der har vi rimelig åpne linjer. Det er ganske transparent løsning på det altså»

Alle avvik går likevel uavhengig av saksbehandlingssted inn i den aggregerte statistikken og er tilgjengelig for ledelsen ved behov, og i forbindelse med møter i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalgene. De innebyggede rapportene i systemet blir dermed en del av ledelsens informasjonsflyt fra kvalitetsstyringssystemet og oversikt over kvalitetsarbeidet. Om rapportene sier informant 3, på forespørsel om hyppigheten på rapportering fra systemet:

«Ja. Ellers så er det jo alt etter som prosess. Det er jo gjerne i forbindelse med tertialrapporter og årlige melding. Der er det jo alltid med kvalitetsstall og resultater. Også er det jo, ja. I forbindelse med årsrapport og årlig melding og, ja måneds rapporter. Og det går jo ikke bare til styret, men også da til fagdirektør og AD selvsagt. Kvalitetsregisteret og slike ting er jo årlig eller kontinuerlig. Med ut ifra hva fagmiljøet holder på med. Det kan jo være at vi rapporterer på pasienter eller antall operasjoner, eller instruksjons registrering er jo fire ganger i året. Ja. Slike ting. Det er ikke sånn faste datoer eller som det blir rapportert på. Det kommer alt an på hva det er.»

Det foregår altså en omfattende og kontinuerlig flyt av informasjon til ledelsen på alle nivåer, gjennom kvalitetssystemet.

6.1.2 Strategisk læring i organisasjonen

Ledelsen bruker tydelig feedback fra kvalitetsstyringssystemet både periodevis og kontinuerlig. Dette viser seg i de gjentakende og faste møtene i de fire nivåene av kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalgene, hvor feedback fra kvalitetssystemet er beslutningsgrunnlaget. Styret mottar faste rapporter på kvalitetsarbeidet og behandler dette i hvert møte, som det kommer frem av både dokumentstudiene og av informantene. Dette kontinuerlige arbeidet i ledelsen får også strategiske konsekvenser. Informant 4 gir et eksempel ved forespørsel om det har tilkommet langsiktige endringer eller strategiske tiltak som følge av avvik:

«Vi hadde blant annet fra vår side, så så vi at det var noen avvik i forhold til blodtransfusjoner. Forbyttinger også videre, og det har vi løftet opp og som har blitt både et satsningsområde via et mål i virksomhetsstrategien og virksomhetsplan og i forhold til anskaffelse av IT-utstyr som da kan være med å kontrollere identiteten slik at du unngår de feilene. Så slikt sett da er det jo det.»

Tilsvarende forteller informant 3 om hvordan organisasjonens ytelse på hoftebrudd medførte langsiktige strategiske tiltak:

«... vi hadde ganske dårlig score på hoftebrudd, også iverksatte vi et pasientforløp på det. Og mange selvsagt tiltak der, så nå har vi gode resultater. Nå er vi omtrent på toppen i landet av tid til operasjon hvilket er veldig viktig for en hoftebruddspasient. At de kom raskt til operasjon. Der fikk vi gjort noen langsiktige strategiske gode tiltak da.»

Dette finner man også igjen i den langsiktige virksomhetsplanen for Sykehuset Innlandet:

«For å kvalitetssikre pasientbehandlingen, må Sykehuset Innlandet i større grad bidra med data inn i de nasjonale kvalitetsregistrene. Innsats iverksettes for riktig og effektiv registrering.

Et viktig virkemiddel for å redusere uønsket variasjon er utvikling og implementering av helhetlige pasientforløp. Erfaringer fra Pasientforløpene hoftebrudd, hjerneslag og «god start» (ankomst akutt mottak og overgang til sengepost) skal benyttes i videre

arbeid. Det skal jobbes etter en standardisert mal for hvordan prosessene skal planlegges, gjennomføres, måles og forvaltes.»

Videre gir informant 2 nok et eksempel knyttet til brudd på arbeidsmiljøloven:

«Når jeg tenker på for 10 12 år siden ble vi jo plutselig klar over at vi i helsevesenet hadde veldig mye brudd på arbeidsmiljøloven. Det er jo helt klare avvik. Men det var jo noe som egentlig ingen som hadde tenkt på å risiko vurdere noe. Og det kom jo en type sånn, bare den bevisstheten vi fikk, altså på omfanget på brudd på arbeidsmiljølov har jo påvirket oss rent strategisk i hele sektoren. Det dukket jo opp ikke sant, fra liksom gjennom en eller annen telling eller registrering eller en klage, husker ikke helt. Det kom veldig overraskende på oss. For vi har vel egentlig akseptert at sånn er det, dette er bare virkeligheten. Når man da påfører virkeligheten en måte å tenke på sånn knyttet til avvik og uønsket hendelser så, så blir det veldig tydelig for oss hvor mye bedre vi kan bli.»

Informanten beskriver her konkret hvordan ledelsen reiser spørsmål med verdiene og forutsetningene som ligger til grunn for de strategiske målformuleringene, noe som sammenfaller med definisjonen for strategisk læring, slik den er omtalt i teorikapittelet:

Aktiviteten til ledelsen viser tydelig en dobbel-loop læring i organisasjonen. Denne læringen påvirker også strategiske beslutninger og medfører endring og fornyelse i de langsiktige planene for virksomheten.

6.1.3 Organisasjonens læring av egen erfaring

De løpende læringseffektene i organisasjonen kommer fra kvalitetsarbeidet klartest til syne gjennom tiltak og endring av rutiner og prosedyrer. På spørsmål om avvikene medfører forbedrede rutiner sier informant 1:

«Det vil jeg jo og si at det gjør. Litt vanskelig å komme på et eksempel sånn i farten. Men det går jo igjen med litt sånn saksbehandlingsrutiner hos oss da. Hvor vi jobber med det hele tiden, få dette her til å flyte best mulig. Vi hadde og en intern revisjon her i år, som oppdaget noen få avvik hvor vi har endret rutiner i forhold til det som kom frem. Blant annet var det en avdeling som ikke sendte ut vedtaksbrev både til pasienten og til henviser. Så det, vi skal sende to brev, og hva vi har vedtatt i forhold

til rette helsehjelp og hva vi skal sett i gang med, og det har vi jo endret rutine på da. Det er sånne ting det ofte handler om.»

Informant 2 svarer også bekreftende på samme spørsmål:

«Ja, absolutt. f.eks. måten vi håndterer elektive pasienter på. Hvor vi har, ved endringer av medikament rekvireringssystemet ser at våre elektive pasienter kan ramle mellom stolene. Fordi vi har hatt et sånt fast-track forløp som vi da ha måttet endret på for å få det avstemt mot de nye administrative systemene våre. Og da får du helt klart en forbedring av rutinen.»

Resterende informanter svarer også bekreftende og med eksempel på hvordan avvik har ført til oppdatering eller endring av prosedyrer og rutiner. Informant 3 gir to konkrete eksempler:

«Tidligere så var det jo at pasienter måtte komme til sykehuset flere ganger for ulike operasjoner eller ulike forberedelser, men at vi fikk samlet det og endret den arbeidsprosessen slik at vi fikk gjort alt det på en dag. Det kan jo være en type eksempel. eller noe så enkelt som at vi fikk flyttet opp søppelbøtter opp på veggen fra gulvet slik at det ble mye enklere for renhold og vaske gulvet. Renhold av gulvet, det var en sånn enkel ting vi fikk ordnet med. Og også på bakgrunn av en tilbakemelding.»

Endringene kan altså være både store og små endringer, men organisasjonen benytter erfaringen fra kvalitetsstyringen til å lære av dette og deretter ved behov endre på rutiner og prosedyrer. En endring på søppelbøtter er en enkel endring, men likevel omfattende når den skal gjøres i hele organisasjonen. Tilsvarende er en endring av pasientforløpet med samordning av tjenester og logistikk også en omfattende endring å gjennomføre som kan berører mange deler av organisasjonen. En slik endring er også en effektivisering av arbeidsforløpet. Både for pasienten, men også for det administrative arbeidet med f.eks. å sjekke pasienten inn og ut.

Ved hendelser av alvorlig art skal sykehuset gjennomføre en omfattende hendelsesanalyse etter rutinen «Uønskede hendelser – Hendelsesanalyse og hendesegjennomgang» (Lundby, 2019). Prosedyren har som vilkår at en uønsket hendelse er i rødt eller oransje risikoområde slik det er illustrert i rutinen:

TABELL 4. Beslutningsmatrise for hendelsesanalyse

		Alvorlighetsgrad			
		Katastrofal	Betydelig	Moderat	Liten
Sannsynlighet for gjentakelse	Svært stor				
	Stor				
	Liten				
	Svært liten				

Figur 4 - Risikoanalyse. Hendelsesanalyse. Kilde: Håndbok for helsetjenesten

Dersom hendelsen vurderes innen gitt område, skal det gjøres full hendelsesanalyse. For andre hendelser gjøres det en hendelsesgjennomgang, som er mindre omfattende og håndteres av teamleder for det aktuelle området i gruppesamtale med andre ledere. Tiltak skal besluttes.

Ved full hendelsesanalyse skal det nedsettes et analyseteam, som skal gjøre en omfattende gjennomgang av journaler og dokumentasjon. Det skal gjøres individuelle intervjuer med de involverte og benyttes analyseverktøy i prosessen. I etterkant av prosessen skal det utarbeides et kort og anonymisert læringsnotat av oppsummeringen. Dette skal presenteres på personalmøte og deretter sendes inn til stabsområdet helse ved avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet. Læringsnotatet publiseres deretter på Sykehuset Innlandets internettside tilgjengelig for hele organisasjonen.

Hendelsesanalysen har utgangspunkt i gjentakelsesfaren ved hendelsen og antyder dermed også behovet for læring etter hendelsen. Bruken av læringsnotatene beskrives av informant 3 ved spørsmål om hvor og hvordan tiltakene som besluttes diskuteres i organisasjonen:

«Det vil jo bli de her tre nivåene med kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg, også har vi læringsnotater som vi utarbeider eller avdelingen, den som opplever den uønskede hendelsen da utarbeider et læringsnotat, der det står hva som har skjedd og hvordan dem har fulgt opp med tiltak og hva det førte til og læringspunkter for å unngå at hendelsen skal skje igjen. Og da er det noe som ligger tilgjengelig for ansatte, og som da kan bli tatt opp på de her kvalitetsutvalgene til diskusjon.»

Informant 2 spesifiserer at arbeidet med rutiner ikke bare er reaktivt, men også springer naturlig ut fra planlegging:

«Det vil jo bli de her tre nivåene med kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg, også har vi læringsnotater som vi utarbeider eller avdelingen, den som opplever den uønskede

hendelsen da utarbeider et læringsnotat, der det står hva som har skjedd og hvordan dem har fulgt opp med tiltak og hva det førte til og læringspunkter for å unngå at hendelsen skal skje igjen. Og da er det noe som ligger tilgjengelig for ansatte, og som da kan bli tatt opp på de her kvalitetsutvalgene til diskusjon.»

Samlet sett pågår det en tydelig læring i organisasjonen med bakgrunn i egen erfaring fra kvalitetssystemet. Dette gjenspeiler seg i endringen av rutineverk, men også eskaleringen av alvorlige hendelser med påfølgende utarbeidelse av læringsnotater.

6.1.4 Overføring av kunnskap i og utenfor organisasjonen

Kunnskapen i organisasjonen overføres både skriftlig og muntlig. Læringsnotatene og rutineendringene er to skriftlige eksempler. Men det pågår også diskusjon og muntlig overlevering i kvalitet og pasientsikkerhetsutvalgene på de forskjellige nivåene i organisasjonen.

6.1.4.1 Kunnskapsdeling innad i organisasjonen

Informant 1 sier følgende etter spørsmål om hvor og hvordan avvikene og tiltakene diskuteres i organisasjonen:

«Ja, det som meldes tar vi opp i møtene i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg i avdeling, og ser også på tilsvarende i divisjonen sitt kvalitetsutvalg. Også er vi nok for dårlig til å ta det opp i type personalmøter, det er jo noe vi liksom hele tiden skal tilstrebe og huske å ta det der og, sånn at det blir satt fokus på det ut helt ned i organisasjonene, og der er vi nok for dårlig rett og slett. Til å ha det som god rutine. Og det handler nok litt om at vi får så få uønskede hendelser, det er ikke ukentlig det kommer noe for å si det sånn. Men der har vi absolutt et forbedringspotensial. Det handler om læring ikke sant, at man skal lære av hverandre da. Og fokus på det som ikke fungerer. Og så, og det er jo viktig å få helt ned i organisasjonen.»

Informanten uttrykker behovet for at kvalitetsstyringen diskuteres i alle ledd i organisasjonen, men viser til at det i det daglige er få uønskede hendelser, og derfor ikke nok å diskutere på avdelingsnivå. Informanten erkjenner at det er et forbedringspotensial her.

Informant 3 utdyper om diskusjonen av avvikene i organisasjonen:

«Dem diskuteres jo i miljøet til og med før melding så blir det jo diskutert. Så diskuteres det jo mellom de involverte, selv om vi kanskje skulle ønske at man var

flinkere til å diskutere en hendelse mellom involverte parter før man melder også. Sånn at det er, jeg opplever egentlig at diskusjon foregår på ulike nivå. I min ledergruppe her og så får jeg jo av og til frem en diskusjon. Eller det kommer noen og sier at man har hatt en hendelse sånn og sånn, også blir det diskutert spontant, så jeg synes egentlig at uønskede hendelser diskuteres ganske mye. Men sånn har det alltid vært også før vi fikk disse systemene.»

«Særlig der hvor vi ser at vi må ha praksis endring, jeg vet jo at på avdelingsmøter osv. så diskuteres det jo og oversikt over hendelser og avvik. Sånn at statistikken brukes jo som en form for tilbakelesning til de kliniske miljøene. Så det foregår.»

Diskusjonene er altså strukturert og systematisert i kvalitet og pasientsikkerhetsutvalgene. Der foregår de til faste intervaller. På avdelingsnivå er det mer uformelle diskusjoner, med unntak av de store avdelingene som har egne utvalg. Kunnskapsoverføringen er altså satt i system på ledelsesnivå, men overlatt mer til den enkelte mellomleder å vurdere omfanget av på nivå 3 og 4, som er avdeling og enhet. Informanten indikerer også en kultur for diskusjon av avvik blant de ansatte.

Ved spørsmål om tilbakemelding på tiltak nedover i organisasjonen sier informant 4:

«Ja, det er jo en del av hele oppsettet i avviksbehandlingen, at det håndteres i første omgang av nærmeste leder, og at dem da automatisk og gir tilbakemelding til dem som har meldt. Det ligger i systemet. Også er det jo ofte at da en del av tiltaket er oppfølging i personalgruppa. Kanskje det er mer opplæring eller en systematisk gjennomgang på et område.»

Og videre utdyping på om det besluttes tiltak på alle avvik:

«Men vi har i hvert fall jobbet en del med at det ikke er støtt vi ser at de tiltakene virker veldig fornuftig. Det er liksom ofte, «ja, tatt opp på personalmøte». Det er jo ikke egentlig et tiltak. Så vi har jobbet med å hvordan få lederne til å få, ja reelle tiltak da som kan gi effekt.»

Personalmøter er som regel noe som skjer på laveste nivå i organisasjonen. Informanten indikerer at kvalitetsstyringen kanskje blir mer tilfeldig lengre ned i organisasjonen ved at avvikene diskuteres, men at det ikke besluttes reelle tiltak og at det dermed oppnås endring.

Likevel må læringen også sees i lys av endringen som gjennomføres av topp-ledelsen. Selv om avvikene ikke får besluttede tiltak i avdelingen, vil de likevel utgjøre en del av den aggregerte erfaringen som alltid når opp til topp-ledelsen. Kunnskapsoverføringen skjer dermed også via opplæring og innføring av nye rutiner og prosedyrer. Videre er praksisen med læringsnotatene kunnskapsutveksling både horisontalt og vertikalt i organisasjonen. Informant 2 opplyser også at læringsnotater er i en startfasen, og at de forventer at dette vil øke læringen horisontalt i organisasjonen.

6.1.4.2 Kunnskapsdeling utenfor organisasjonen

Sykehuset benytter Global Trigger Tool (GTT) som beskrives slik at informant 3:

«Det er et internasjonalt verktøy der de plukker ut randomiserte pasientjournaler og skanner det i anførselstegn, etter pasientskader også uønskede hendelser som har skjedd da. Også er det 240 journaler som blir gjennomgått per år, også blir det samlet og gitt tilbakemelding til den avdelingen da, som der det har skjedd. Og med oppfordring om å se på det. Og noen har jo da at dem er bevisst på det og at dem har rettet tiltak til den uønskede hendelsen, og andre kan være at det ikke er gjort noe med det. At de ikke har oppdaget det selv. Men at det ble oppdaget gjennom denne journal gjennomgangen.»

GTT er en del av det overnasjonale arbeidet for å få ned pasientskader i norske sykehus (I trygge hender 24-7, 2021). Funnene fra journalgranskingen i GTT meldes tilbake til avdelingene og foretaket med lovforankret oppfordring til diskusjon og tiltak. Videre melder sykehuset saker til nasjonale kvalitetsregistre (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, 2021) som samordner kvalitetsnivået nasjonalt og melder tilbake til sykehuset dersom sykehuset har uberettiget variasjon i resultatene. Det teller totalt 59 nasjonale kvalitetsregistre, og tilbakemeldingene på sykehusets leveranse kvalitet tas opp på styrenivå og er også en del av virksomhetsplanen, slik hoftebruddsleveransen er omtalt tidligere. Informant 3 beskriver kvalitetsregistrene slik:

«De ulike fagområdene har sine kvalitetsregistre. F. eks hoftebrudd har et eget nasjonalt hoftebruddsregister. De som opererer hoftebrudd rapporter til det registeret. Så da følger vi også opp de resultatene fra det registeret når årsrapporter kommer. Det er et eksempel på kvalitetsregisteret. Det går mer på sann fagnivå.»

Gjennom GTT og kvalitetsregistre vises det at organisasjonen også lærer av erfaringen til andre eksterne organisasjoner.

6.1.5 Diskusjon og oppsummering av læring i organisasjonen

Det er en omfattende flyt av informasjon og erfaring fra produksjonen til ledelsen gjennom avvikssystemet. De enkelte avvikene håndteres i hovedsak der de oppstår, altså i produksjonen, men utgjør likevel en del av den aggregerte statistikken som topp-ledelsen ser på. Det virker å gå et skille i organisasjonen ved nivå 3, altså på avdelingsnivå. Under dette nivået avtar ledelse som fag til fordel for det medisinskfaglige og produksjonen. Selv om de fleste avvik ikke går ut av avdelingen, kategoriseres alle avvikene slik at ledelsen kan behandle det overordnede bildet i form av statistikk og rapporter. Alle avvik rapporteres ikke, men det oppleves også som uopnåelig å komme dit av organisasjonen.

Kvalitetssystemet er et styringssystem, men det er også et informasjonssystem. I styringen er det et top-down system hvor topp-ledelsens beslutninger og føringer iverksettes nedover i organisasjonen, men systemet skal også fungere som down-up informasjonssystem.

Erfaringene fra produksjonen må nå ledelsen for at man skal kunne oppnå dobbel-loop læringen. Hvis informasjonssystemet ikke fungerer, vil systemet kun være et singel-loop system med basis i top-down ledelse.

Aktiviteten slik den beskrives av informantene følger både PDCA-sirkelen (Gjønnes & Tangenes, 2014) og lovkravet slik det tilsvarende er satt frem i forskriften (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). Sykehuset viser planlegging i form av virksomhetsplaner og styrets arbeid (Plan), det gjennomføres aktiviteter (Do) og kontinuerlig oppfølging og kontroll i kvalitets og pasientsikkerhetsutvalgene flere nivå i ledelsen (Control). Hendelser eskaleres, og informasjonen danner grunnlagt for nye aktiviteter, korreksjoner og endringer (Act). En singel-loop organisasjon hvor læringen mangler, vil ikke indikere mer halve styringssirkelen. Ledelsen planlegger, og de ansatte gjennomfører. Informasjonen flyter ikke tilbake, og man får ingen læring av egne erfaring. Hos Sykehuset Innlandet ser man klare indikasjoner på betydelig aktivitet i alle deler av PDCA-sirkelen.

Aktiviteten i organisasjonen har altså klare likhetstrekk med læring slik det beskrives av Gjønnes og Tangenes (2014). Kvalitetsstyringssystemet fungerer som feedback til ledelsen, som ikke bare korrigerer adferden, men også gjør vurderinger av forutsetningene som ligger til grunn for rutiner og prosedyrer. Det gis også eksempler av informantene på at dette også

medfører strategiske endringer. Dette er også referert til som dobbel-loop læring (Gjønnes & Tangenes, 2014).

Det forekommer også strategisk læring i organisasjonen og fremlegges flere eksempler på dette. Den strategiske læringsprosessen fremstår som kontinuerlig og åpen slik den gjengis av informantene. Gjønnes & Tangenes beskrev strategisk læring slik:

«Dette er en læringsprosess som skjer hos og i regi av ledelsen, og som består i at en periodevis eller på kontinuerlig basis bruker feedback fra målstyringssystemet til å sammenholde resultater med målsettinger, for deretter – gjennom dobbeltsløyfelæring – å reise spørsmål ved de verdier, forutsetninger og fakta som ligger til grunn for de strategiske målformuleringene så vel som den vedtatte strategien.» (Gjønnes & Tangenes, 2014)

Dette sammenfaller med beskrivelsen fra Kaplan og Norton (2001a) og gjengis i flere eksempler fra informantene. Både slik det er gjengitt over, men også med den kontinuerlige praksisen i ledelsen slik arbeidet med kvalitetsstyringen beskrives.

Organisasjonen lærer også av egen erfaring, dette er tydelig i de mange tiltak og endringer som besluttes. Både av enkelthendelser, men også i form av det større bildet hvor ledelsen behandler interne rapporter og oversikter, og fra eksterne kilder. Denne kunnskapsanskaffelsen og læringen fra egen erfaring er indikatorer på organisatorisk læring ifølge forskning på området (Sohal & Morrison, 1995; Yazdani et al., 2016).

Kunnskapsdelingen foregår strukturert i ledelsen og behandles på faste møter i nivå 1 og 2, mens avdelingens størrelse avgjør om det også behandles på nivå 3. I nivåene under er kunnskapsdelingen overlatt til diskusjoner på personalmøter og mellom de ansatte. Det utarbeides læringsnotater som tilgjengeliggjøres i hele organisasjonen og som diskuteres på de øverste ledelsesnivåene gjennom kvalitet og pasientsikkerhetsutvalgene, men det fremstår ikke som at det er noen fast praksis for at disse tas opp strukturert på lavere nivå i organisasjonen, altså i produksjonen. Der henviser informantene til personalmøter og kulturen for kunnskapsdeling gjennom diskusjoner både før og etter avvik, slik det fremsettes av informant 2. Denne overføringen av kunnskap gjennom organisasjonen og hvordan den gjennom kunnskapstolkning omformes til nye rutiner, læringsnotater og prosedyrer er også en indikator på læring i organisasjonen ifølge forskning på området (Jiménez-Jiménez & Sanz-Valle, 2011) (Sohal & Morrison, 1995). Lagringen av kunnskapen for fremtidig bruk omtales

også som «Organisatorisk minne» og er en av de fire underprosessene som nevnes av (Yazdani et al., 2016).

Det foregår også læring og kunnskapsutveksling ut av organisasjonen i forbindelse med kvalitetsarbeidet. Det leveres avvik til sentrale nasjonale kvalitetsregistre som melder tilbake til sykehusets øverste ledelse om variansavvik i produksjonen. Med dette menes blant annet for høye antall pasientskader eller for lang ventetid på operasjon (f.eks. i forbindelse med hoftebrudd). Videre benyttes et internasjonalt verktøy (GTT) gjennom det nasjonale arbeidet for pasientsikkerhet. Verktøyet medfører ekstern analyse av journaler ved sykehuset, med tilbakemelding på kvalitetsnivået i forhold til pasientsikkerheten. Arbeidet med tilbakemeldingene medfører både enkelttiltak og større endringer. Slik lærer organisasjonen også av eksterne kilder. Læring av best-practise hos andre er en av de identifiserte områdene hvor organisasjonen må ha ferdigheter for å bli en lærende organisasjon ifølge studien til Sohal og Morrison (1995).

Samlet sett er det tydelige indikatorer på strategisk læring, slik det defineres av forskning (Mintzberg & Waters, 1985; Kaplan & Norton, 2001a), og slik det defineres av litteratur (Gjønnes & Tangenes, 2014; Aune, 2000) Videre indikeres det betydelig organisatorisk læring slik det defineres av forskning på området (Yazdani, Attafar, Shahin, & Kheradmandina, 2016) (Sohal & Morrison, 1995).

Forskningsspørsmål 1 var:

I hvilken grad gir kvalitetsstyringen i Sykehuset Innlandet grunnlag for læring?

Med bakgrunn i den omfattende læringen som indikeres i organisasjonen, og hvordan grunnlaget for læringen stammer fra kvalitetsstyringssystemet, kan man konkludere med at kvalitetsstyringen i Sykehuset Innlandet i stor grad gir grunnlag for læring.

6.2 Topp-ledelsens involvering

Topp-ledelsen involvering kommer frem gjennom dokumentstudiene og informantenes svar. Dokumentstudiene avdekker de formelle driverne for kvalitetsstyringen og styrets arbeid på området. Informantene belyser den operative virksomheten og topp-ledelsen faktiske involvering.

6.2.1 Drivere for kvalitetsstyringen

Sykehuset Innlandet er underlagt Helse Sør-Øst RHF. Virksomhetsstrategien fastsettes med basis i eksterne føringer fra Nasjonal helse- og sykehusplan og det regionale helseforetakets vedtak. Føringerne kommer til syne i Virksomhetsstrategi (Sykehuset Innlandet, 2021) og Utviklingsplan 2018-2035 for Sykehuset Innlandet (Sykehuset Innlandet, 2021), slik disse er vedtatt av styret for sykehuset. Kvalitetsarbeidet er underlagt Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). Virksomhetsstrategien tar tidlig opp kvalitetsarbeidet som en grunnleggende faktor for helsetjenesten:

«Arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er grunnleggende for å skape pasientens helsetjeneste. Sykehuset Innlandet skal videreutvikle sin tjeneste slik at pasienter og brukere i større grad opplever trygg og god helsehjelp. Helse, miljø og sikkerhet (HMS) skal være en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Forbedringsarbeid skal være en del av lederoppgavene på alle nivåer og skal også inkludere bruk av elektroniske styringssystemer.»

Videre er det fastsatt tydelige mål for kvalitetsarbeidet, hvor alle er forankret i pasienten:

«Mål 2021-2024

- Ingen fristbrudd*
- Redusere uønsket variasjon i pasientbehandlingen med fokus på*
- kapasitetsutnyttelse*
- 50 prosent av pasientene som skal skrives ut, reiser hjem før kl. 13.00*
- Innen 2021 skal minst 95 prosent av pasientavtalene overholdes*
- Overlevelse etter sykehusinnleggelse skal økes til 96 prosent målt ved indikatoren*
- «30 dager totaloverlevelse»*
- Færre alvorlige pasienthendelser sammenlignet med nivået for 2020*
- Redusere forbruket av helsetjenester hos pasienter med høyest forbruk, i*
- samhandling med primærhelsetjeneste, sammenlignet med 2019*
- Andelen sykehusinfeksjoner skal reduseres til under tre prosent*
- Innen 2021 skal gjennomsnittlig, samlet ventetid for alle tjenesteområder være under 50 dager. Gjennomsnittlig ventetid fra henvisning til start av helsehjelp skal være under 54 dager innenfor somatikk, under 40 dager innenfor psykisk helsevern og 30 dager innenfor TSB*

- *Øke andelen korrekt hoveddiagnose og medisinsk koding*
- *Ingen korridorpasienter*
- *Redusere andel pasienter som ikke møter til avtalt kontakt; særlig viktig innenfor psykisk helsevern*
- *Andel pakkeforløp gjennomført for behandling i poliklinikk og forløpstid for utredning i psykisk helsevern skal være minst 80 prosent*
- *Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 prosent*
- *Det opprettes et kvalitetsregister i Psykisk helsevern»*

Virksomhetsstrategien viser til virkemidlene for å oppnå målene. Der nevnes forskriften som et gjennomgående virkemiddel som skal benyttes systematisk på alle nivåer i foretaket:

«Systematisk bruk av «Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» skal være et gjennomgående virkemiddel. Forbedringsmetodikken skal benyttes på alle nivåer i foretaket.»

Videre stilles det krav til kvalitetssystemet som et eget virkemiddel:

«Arbeidet med god meldekultur, åpenhet og læring på tvers fortsetter. Uønskede pasienthendelser skal meldes i systemet «Sifra», og Sykehuset Innlandet skal ha en åpen og god meldekultur innenfor alle områder. Det skal benyttes virkemidler som læringsnotat, bruk av hendelsesanalyse- og gjennomgang. I tillegg skal uønskede hendelser være sentralt i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg på alle nivåer, samt i styremøter.»

Fra virksomhetsplanen kan man altså se en tydelig strategisk og langsiktig føring for organisasjonen med hensyn på kvalitetsstyringen. Driveren for arbeidet er utpreget pasientfokuseret og tydelig forankret i lovverket. Det er satt krav til hvordan arbeidet i kvalitetssystemet skal gjennomføres.

Dette bekreftes også av informant 3 ved spørsmål om hva som setter rammene for kvalitetsarbeidet i organisasjonen:

«Men ellers er det jo selvsagt forskriften, kvalitetsforbedring og ledelse, vår virksomhetsplan, som tar da ti eller 11 har vi nå i år virksomhetsmål, og da går det

primært på kvalitet. Og det setter rammer for hva vi skal jobbe med da, fra år til år. Og også over lengere perioder da. Flere år.»

6.2.2 Styrets arbeid

Styredokumentene (Sykehuset Innlandet, 2021) for sykehuset ligger offentlig tilgjengelig på sykehusets web-sider. Når det kommer til kvalitetsarbeidet inneholder styreprotokollene i hovedsak ikke mer informasjon enn at styret tar administrerende direktør sine rapporter til orientering. Det man imidlertid kan trekke ut fra alle 11 møtene i 2021, er at styret har behandlet kvalitetsarbeidet på hvert eneste møte i form av vedleggene fra administrerende direktør. I vedleggene rapporteres det mer utførlig på kvalitetsindikatorer i samsvar med målene i virksomhetsstrategien.

Aktiviteten bekreftes også av informant 3 i omtalen av styrets arbeid:

«Ja, det gjør det. For hvert styremøte som er en gang i måneden så rapporterer vi også kvalitetsresultater til styret. Så de er veldig involverte i kvalitetsutvikling og resultatet.»

Ved spørsmål om hvor resultatene av kvalitetsarbeidet rapporteres sier informant 3 videre at arbeidet rapporteres til styret:

«Ja, fra min avdeling og også divisjonene så rapporteres det til fagdirektør også rapporterer vi til AD og til styret. Og selvsagt også til helse sør-øst og helsedirektoratet gjennom ulike kvalitetsindikatorer og slike ting som skal rapporteres. Kvalitetsregisteret som de ulike fagmiljøene rapporterer. Det er også kvalitet så, men internt i SI så går det jo primært til nærmeste leder som da er divisjonsdirektør eller fagdirektør og AD og så styret.»

Styrets aktive involvering bekreftes av informant 2 som ved spørsmål om topp-ledelsens involvering blant annet sier:

«Men styret etterspør jo også og får jo i månedsrapporter oversikt over kvalitetsparametere og også hendelsesoversikt så vidt jeg husker.»

En av styrets oppgaver er å føre tilsyn med den daglige ledelsen av sykehuset, og når det kommer til kvalitetsarbeidet, så viser dokumentanalysen at dette gjøres ved hvert eneste møte. Styrets aktive involvering bekreftes også i noen grad uoppfordret av informantene.

6.2.3 Ressursavsetning til kvalitetsarbeidet

Budsjettene, og i så måte den overordnede ressursplanleggingen, er en oppgave som tilfaller topp-ledelsen i alle virksomheter. Informantene er forespurt om det er fastsatt egne budsjetter for kvalitetsarbeidet og i hvilken grad de har avsatte årsverk til kvalitetsarbeidet.

Ressursavsetning tolkes som en indikator på at handling følger ord, og at man faktisk gjør prioriteringer i de tilgjengelige ressursene for å sikre at arbeidet gjennomføres.

På stabsnivå i avdeling 2 er det satt av dedikert budsjett for avdelingen under srabsfunksjonen ifølge informanten:

«Jeg har eget budsjett for min avdeling, som da er kvalitet og pasientsikkerhet. Så slikt sett har vi et egent budsjett. Så er det stadsområde helse som er en egen divisjon, som da går på kvalitet det også.»

Avdelingen er overordnet koordineringsenhet for alt av arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i Sykehuset Innlandet og har 25 ansatte. Til det overordnede arbeidet er det altså satt av betydelige ressurser. Det er også kvalitetsrådgivere pr divisjon, men ikke noen tydelig føring fra topp-ledelsen angående budsjettering på kvalitet videre ned i de andre divisjonene i organisasjonen ifølge informant 3:

«Nei, det kjenner jeg ikke til. Jeg tror ikke at det heller finnes. På divisjonsnivå så er det kvalitetsrådgivere per divisjon hos oss. Noen steder har dem jo klinikker. Men i sykehuset innlandet er det divisjon da. Og der er det jo kvalitetsrådgiver på divisjonsnivå. På avdelingsnivå er det noen som har det og andre ikke. Men jeg tror det går litt, jeg tror ikke det er noen føringer at dem skal ha det. Men det er mye mulig uten at jeg vet om det altså. På avdelingsnivå.»

Ved undersøkelse i divisjonene bekreftes hos informant 1, 4 og 5 som svarer kort nei på spørsmålet om de har eget budsjett for kvalitetsarbeidet. Informant 2 ser annerledes på dette og svarer følgende på spørsmålet om de har eget budsjett for kvalitetsarbeidet i divisjonene:

«Ja, i den forstand at vi har en kvalitetsrådgiver ansatt. Så svaret må bli ja.»

I alle divisjonene er det opprettet minimum en stilling som kvalitetsrådgiver, men stillingsprosenten på denne rådgiveren vurderes lokalt. Svaret til informant 2 må altså sees i lys av denne føringen fra foretaket. Hos informant 2 er det satt av kun én stilling i 60-100% på divisjonsnivå. Den er ved undersøkelsen på 60%. Hos informant 4 er satt av fem stillinger,

hvor tre er i 100%, og to i 50%. Dette er en kvalitetsleder på divisjonsnivå, to stillinger 100% stillinger og to 50% stillinger i avdelingene. Hos informant 5 er det satt av to 100% stillinger og en stabsstilling med 50% avsatt til kvalitetsarbeid.

På avdelingsnivå tynnes ressursene ut i enkelte divisjoner og kvalitetsarbeidet blir en del av oppgavene man må håndtere i hverdagen, på lik linje med andre gjøremål. Informant 1 svarer fra sin avdeling på nivå 3 slik på om det er dedikerte ressurser til kvalitetsarbeidet:

«Ja, det er et godt spørsmål. Det kan jeg ikke heller si at vi har. Nei altså vi har jo en KPU som vi kaller det. Faste møter i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg på min avdeling. Der har vi 4 møter i året. Der er det jo ledelsen pluss tillitsvalg, verneombud og noen fagpersoner. Vi har jo ikke satt av noen egne ressurser til det. Det er sånn som vi må ta i en vanlig hverdag. Så deltar jeg da i divisjonskvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg som nå har 4 møter i måneden.»

Men informant 1 utdyper dette videre og er usikker på om det er behov for dedikerte ressurser på dette nivået:

«Litt usikker på det altså. Vi har som sagt de møtene. Føler jo at alt annet kommer i tillegg til det andre. Men at vi håndtere det da. Om kanskje ikke helt gått nok? Det er jo alltid spørsmål om vi har nok fokus på det. Men føler at i min avdeling har vi god nok oversikt på det som handler om kvalitet ja.»

Videre uttrykker informanten engasjement for området, noe som kan peke mot at vurderingen ut fra informantens ståsted oppfattes som riktig av informanten selv:

«Nei, jeg tenker det her er jo kjempeviktig område og vi er jo veldig opptatt av kvalitet i forhold til pasienthåndteringen vår da. Så jeg synes vi har bra fokus på det, og vi har gode score på det på forbedringsundersøkelsen, at her er det trygt å være pasient.»

Informant 2 som rapporterer den laveste ressursavsetningen på divisjonsnivå synes systemet for virksomhetsstyring begynner å bli for omfattende og utdyper:

«.. både det som handler om kvalitetsarbeid, detalj-orientering rundt alle mulige parametere knyttet til drift osv. Så jeg, jeg tror vi sliter ut en del ressurser på også jakte data, og vi kanskje heller burde være flinkere til å lytte til organisasjonene.»

Informanten opplever videre en tillitsmangel i helsesektoren med begrensede ressurser, og ser en fare for at fokuset på avvik og mangler kan virke demotiverende for de ansatte som kun ønsker å hjelpe andre mennesker. Altså at fokuset på avvik og mangler tolkes av de ansatte som at man ikke er god nok:

«Altså det å få beskjed om at man ikke er god nok hele tiden, hvilket kan være en spin-off effekt av avviksfokus. Det gjør noe med følelsen av å få det til. Å være nyttig, av å være til hjelp. Du må huske at det fleste som jobber i helsesektoren velger det fordi de har et oppriktig ønske om å gjøre en forskjell. Hvis Det man får inntrykk av er avvik og mangler, hvis det er det som blir en form for hovedkommunikasjon så er vi aldeles på gale veier.»

Samlet sett indikerer undersøkelsene at det er avsatt betydelige ressurser i virksomheten til kvalitetsarbeidet, og at det er overlatt til lokale avgjørelser hvor mye mer som skal avsettes i hver divisjon. Av de undersøkte divisjonene er det to som utpeker seg i form av avsatt personell og det er divisjon B, og divisjonen C. Begge disse to divisjonene er underlagt ytterligere og skjerpene føringer for kvalitetsstyringen. For divisjon C er matforsyningen underlagt Internkontrollforskriften for næringsmidler (Forskrift om internkontroll for å oppfylle næringsmiddellovgivningen, 1994). Forskriften stiller klare og ufravikelige krav til systematisk kvalitetsstyring i all håndtering av næringsmidler. Aktiviteten skal dokumenteres, noe som gjøres i kvalitetssystemet. Divisjon B er underlagt sertifiseringskrav etter NS-EN ISO-15189 (Norsk Akkreditering, 2021) som stiller strenge krav til ledelsessystemet og den tekniske kompetansen. Disse kravoppfyllelsene er dokumentert i kvalitetsstyringssystemet og indikerer en skjerpet oppmerksomhet på kvalitetsstyringen i divisjonen noe som også bekreftes av informant 4.

6.2.4 Kunnskap hos topp-ledelsen

Ved direkte spørsmål på om det oppleves at topp-ledelsen har inngående kunnskap om kvalitetsstyring svarer informantene bekræftende på dette. Inngående kunnskap i topp-ledelsen understøtter involveringen. En topp-ledelse uten kunnskap om området, kan vanskelig involvere seg i særlig stor grad.

Informant 1 utdyper «.. vi har en divisjonsdirektør som er veldig opptatt av fag og kvalitet. Så jeg tenker at det, ja jeg tror jeg vil svare ja på det.». Toppledelsen beskrives av informant 3 som «.. genuint opptatt med at vi skal drive med kvalitetsarbeid. Og vi er jo en kvalitetsbedrift. Og det gjentas ofte.».

Informant 4 tolkes litt mer avveieende i sitt svar:

«Inngående? Hehe det var jo et vanskelig ord hehe. Ja, jeg gjør det. Og samtidig så tenker jeg at det er noe med en systematikk da i kvalitetsarbeid, og det jeg vil si at hun har god kompetanse, men kanskje ikke inngående.»

Informant 2 og 5 svarer kort ubetinget ja på spørsmålet.

Inntrykket av informantene er over det hele at det oppleves at topp-ledelsen har god til inngående kunnskap om kvalitetsstyring, med klar hovedvekt på inngående.

6.2.5 Initiativ og aktivitet hos topp-ledelsen

På divisjonsnivå oppleves topp-ledelsen som at den tar initiativ til kvalitetsstyring i virksomheten. Informant 4 svarer på bekreftende på spørsmålet:

«Ja, det opplever jeg absolutt. Det er både det her med pasientsikkerhets visittene. Der opplever jeg at det er et initiativ fra toppledelsen. Det å følge opp systematisk tilsyn og avvik, det blir gjort veldig systematisk opplever jeg nå i kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalget.»

Administrerende direktør går egne jevnlige pasientsikkerhetsvisitter for å få en egen opplevelse av ivaretagelsen av pasientsikkerheten. I enkelte divisjoner er dette delegert til divisjonsdirektøren. Visittene går minimum en gang i året og innebærer blant annet intervjuer av de ansatte. Ledelsen oppfattes også som proaktiv på området av informant 2 som sier *«jeg synes ledelsen vår i sykehuset innlandet er veldig proaktiv i forhold til kvalitetsarbeidet. Har det veldig høyt.»*. Dette utdypes videre av informant 3 ved spørsmål om topp-ledelsen tar initiativ i forhold til kvalitetsarbeidet:

«Ja, det gjør dem. Med å gi f.eks. min avdeling oppdrag da. Til å ta tak i prosesser som ser at vi treng å gjøre noe med. Noe som vi kanskje ikke er så gode på. Men også ting som vi er gode på og som dem tar initiativ til at vi skal spre og sørge for at andre kan lære av det.»

Informanten poengterer videre at kvalitetsarbeidet har fast agenda på alle styremøtene.

På avdelingsnivå fremstår initiativet noe mer uklart hos informant 1:

«Ja, vi må jo hele tiden rapportere tilbake da. Vi blir jo stilt de spørsmålene i type oppfølgingsmøter. Med vår ledelse, og vår ledelse er jo i tilsvarende møter med toppledelsen. Sånn at jeg tenker dette her går begge veier.»

Toppledelsen oppleves likevel som involvert i kvalitetsarbeidet av informanten. Men informanten er usikker når det spørres om hvorvidt akkumulerte avvik behandles av toppledelsen:

«Nei, det tror jeg ikke. Da må det i så fall gå videre fra divisjonens kvalitets- og sikkerhetsutvalg da og over til «sikpu» for at de skal få innsikt i det. At det blir meldt opp i direktør-møtet det har jeg ikke noe oversikt over, om det taes der. Da må det i så fall være at de går inn og ser i rapporter og sånn da.»

Informanten påpeker også at det fra dette nivået i ledelsen fremstår som de ansatte ikke vet så mye om hva topp-ledelsen holder på med:

«For det, de ansatte har ikke helt, de synes ikke de vet så mye om hva toppledelsen blander seg i for å si det sånn. Men fra mitt ståsted så synes jeg vi har, jeg føler det at toppledelsen har bra oversikt»

Svarene til informant 1 er relevante, men må også sees i lys av den organisatoriske avstanden fra informanten til topp-ledelsen. Svarene kan gi inntrykk av at det på dette nivået er mer uklart for informanten hvordan topp-ledelsen faktisk jobber. På divisjonsnivå rapporterer informant 2 om en veldig involvering fra topp-ledelsen i kvalitetsarbeidet:

«Ja, det opplever jeg veldig, i og med at vi har et styringssystem i helsetjenesten som går via oppdragsdokumenter på helt, helt overordnet nivå og ned til oss, at vi får områder hvor vi særskilt må ha fokus.» ... «Og det er veldig interesse på oppfølging rundt kvalitetsarbeidet. Det er jo en ganske så solid rigg har jeg inntrykk av i Brumunddal.»

Dette bekreftes av informant 3 som også svarer at topp-ledelsen er veldig involvert:

«Ja, det opplever vi veldig. Vi har en administrerende direktør som er veldig opptatt av kvalitet og pasientsikkerhet.. hun har fast agenda på alle styremøter ta det skal rapporteres på kvalitet. Det kommer alltid først»

Informant 4 opplever også høy grad av involvering fra topp-ledelsen:

«Jeg opplever det i aller høyeste grad både via pasientsikkerhets visitter som da administrerende direktør og fagdirektør har rundt på enheter i organisasjonen, og dem er systematiske via sykehusets innlandet sitt kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg som ledes av administrerende direktør, som er ca. en gang i måneden, gjennom ledelsens gjennomgåelse, der kvalitet og er et viktig element inn, og i da ulike risikovurderinger knyttet opp til det.»

Initiativet og involveringen fra topp-ledelsen sammenfaller med en betydelig aktivitet i forhold til kvalitetsstyringen i organisasjonen på leder-nivå. Aktiviteten viser seg blant annet i form av styrets pågående og systematiske oppfølging av kvalitetsarbeidet og administrerende direktørs månedlige ledelse av kvalitetsarbeidet i det øverste kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalget (SIKPU). Videre behandles kvalitet av divisjonsdirektørene i DKPU. Møtet avholdes fra ukentlig i enkelte divisjoner, til hver 6. uke i andre divisjoner.

Kvalitet er også et av temaene i ledelsens gjennomgang, som gjennomføres minimum årlig på alle ledelsesnivåer ned til nivå 4. Som en del av kvalitetsarbeidet foretas det også årlige pasientsikkerhetsvisitter, både av administrerende direktør selv, men også av fagdirektører og divisjonsdirektører.

6.2.6 Påvirkning av drivere for kvalitetsstyringen

En sterk og tydelig driver for kvalitetsarbeidet er altså pasientsikkerheten. Dette gjenspeiles i overordnede nasjonale krav til helseforetakene, i styrets arbeid og den vedtatte virksomhetsplanen og i det praktiske kvalitetsarbeidet i divisjonene og på avdelingsnivå. Det produseres tusenvis av prosedyrer og rutiner i Sykehuset Innlandet, forankret i hensynet til pasientsikkerheten. Pasientsikkerheten følges tett opp av ledelsen på alle nivåer.

I de undersøkte enhetene varierer ressursavsetningen på personellsiden. Den spenner fra 0,6 årsverk i Divisjon A, til 4 årsverk i Divisjon B. I mellom ligger Divisjon C med 2,5 årsverk. Avsetningen i Divisjon A er bare på 15% av de avsatte årsverkene i Divisjon B.

Divisjon B er underlagt strenge krav til kvalitetsstyringen i de medisinske laboratoriene gjennom «NS-EN ISO 15189 Medisinske laboratorier - krav til kvalitet og kompetanse». Sertifiseringen stiller krav til løpende intern og ekstern revisjon, informant 4 utdyper:

«Ja, det er jo og på veldig mange ulike nivåer. Og som laboratorievirksomhet jobber vi jo i henhold til en ISO standard for laboratoriene for å være akkreditert. Og der er det ganske strenge krav om at du skal ha en kontinuerlig gjennomgang av hele organisasjonen. Er vel i løpet av en femårs periode vi har en egen revisjonsplan som da sikrer det. Og det er jo, ja hvor mange revisjoner da i løpet av et år? Mellom 3 og 5/6 kanskje og burde sikkert hatt enda flere. Også er det noen på foretaksnivå, men det er ikke så mange. Også har vi også helse sør øst som har revisjoner hos oss. Også er det da de eksterne i tillegg. Både helsetilsynet og statsforvalteren og legemiddelverket.»

Informanten mener dette påvirker kvalitetsstyringen i divisjonen i forhold til andre kliniske områder i sykehuset:

«Jeg tror vel jeg tør å påstå at kanskje laboratoriet på mange måter er mer modne på kvalitetsstyringssystem enn en del andre kliniske områder. Også kan det være andre områder vi ikke er så gode på, men som jeg sa at i og med at vi skal jobbe i henhold til en ISO standard, så er det litt andre krav, kanskje særlig og til det overordna kvalitetsstyringssystemet som går på ledelse og den biten, kanskje ellers i helheten i organisasjonen. Også er det jo og noe med å ha like prosedyrer. Det å tenke at det er litt forskjell da og at det er en del innen sykepleie for eksempel som har litt mer fragmenterte prosedyrer enn som vi fremstår helhetlig.»

Informanten påpeker også et moment som kan påvirke kvalitetsstyringen mot mer struktur og systematisering, nemlig dette med at laboratoriene jobber mer likt sett mot de forskjellige fagene innen f.eks. sykepleie.

I Divisjon C har de ikke særlig grad av pasientkontakt ifølge informant 5:

«Ikke veldig tett på det. Nei. Men det vi har, vi har leveranser av varer for eksempel. Det har vi erfart nå i pandemien og at det klinikken er utrolig avhengig av disse støtte funksjonene for å kunne gi god pasientbehandling. Men direkte, jeg tror, det eneste jeg kan komme på da er at renholdsavdelingen har ansvar for noe operasjonsutstyr enkelte steder i helseforetaket, pluss at vi jobber med noe som heter en valideringsenhet hvor vi validerer alle dekontaminatorer ute på sykehuset for å sikre at utstyr er sterilisert da. Så har vi portørtjenesten som er veldig pasientnær, men

ellers så er det liksom mer de her støttefunksjonene for å få klinikken til å utføre sine tjenester da.»

Videre om fordelingen av kvalitetsarbeidet i divisjonen:

«Altså DKPU, det er divisjonens kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg. Og hvorfor vi heter det, det har også vært diskutert i og med at vi har veldig lite med pasientsikkerhet å gjøre. Sånn at det vil si at 95% hos oss omhandler ikke pasientsikkerhet. Også er det en pitte liten bit som er pasientsikkerhet.»

Pasientsikkerheten er identifisert som en gjennomgående sterk driver for kvalitetsarbeidet, og denne driveren av naturlige årsaker nesten ikke tilstede her. Likevel har divisjonen flere avsatte årsverk enn Divisjon A, med fire ganger så mange årsverk.

Informant 2 svarer følgende på spørsmål om topp-ledelsens involvering ved Divisjon A:

«Også er det jo også der hvor vi har alvorlige saker, så involverer vi jo toppledelsen i foretaket. Og det er jo når vi skal skrive svar i tilsynssaker så går det inn via fagdirektør og administrerende direktør da som har hoved signaturen i dokumentet. Og det er veldig interesse på oppfølging rundt kvalitetsarbeidet. Det er jo en ganske så solid rigg har jeg inntrykk av i Brumunddal. Ulempen med det at vi får liksom en del saker vår vei som er av og til opplever vi lokalt at vi egentlig ikke trenger, men noe vi blir underlagt, en sånn form for «alle skal bli behandlet likt»- regime. Så det gjør jo at vi av og til har litt, kanskje litt feil fokus. Men det er mye å lære på tvers også, så en skal være litt forsiktig med å være veldig bombastisk.»

Informanten uttrykker at enkelte føringer ovenfra kan oppfattes som irrelevant lokalt for divisjonen, noe som kan lede til feil fokus. Informanten gir også uttrykk for at ressursavsetningen er et lokalt prioriteringsspørsmål ved spørsmål om topp-ledelsen har gjort prioriteringer og omdisponeringer i forhold til ressursene:

Den ressursen vi har lokalt, har vi satt av lokalt. Også er det en diskusjon når det er ressursknapphet, om i hvor stor grad vi skal prioritere dette område opp mot andre områder. Og det er jo en pågående diskusjon. Men det er helt klar at det er satt av mye ressurs til å drive med kvalitetsarbeid.

På spørsmål om effektiviseringseffekter av kvalitetsarbeidet så tror ikke informanten at dette gir effektivitetsforbedringer, og utdyper:

Men, jeg har vel inntrykk av at mange i sektoren, i hvert fall i senere tid er egentlig ikke veldig interessert i at det skal bli mer effektivt. Fordi at slitenhet er en del av grunnstemningen nå i helsevesenet. Det er et sånt uttrykk, sterkest av, hvis man følger med i media og lytter liksom dypt i egen organisasjon, så er det det liksom at dette ønske om å bli mer effektiv det er ikke det som driv helsepersonell. Man ønsker heller mer tid til å kunne gjøre en grundigere jobb.

Informanten gir inntrykk av å være nær produksjonen i organisasjonen når det kommer til forståelse for hva som driver den delen av virksomheten. Informanten uttrykker også tanker om at det samlede systemet for virksomhetsstyring er for omfattende:

«Jeg har en følelse av at systemet for virksomhetsstyring totalt sett begynner å bli for omfattende.»

Og utdyper:

«både det som handler om kvalitetsarbeid, detalj-orientering rundt alle mulige parametere knyttet til drift osv. så jeg, jeg tror vi sliter ut en del ressurser på også jakte data, og vi kanskje heller burde være flinkere til å lytte til organisasjonene. Men dette er jo en politisk diskusjon, og det er jo knyttet til også i forhold til hva for noe offentlig styringssystemer vi ønsker å ha i land.»

Informanten uttrykker oppgitthet over jakten på data og det tolkes at informanten mener man bør lytte mer til produksjonen i helsevesenet. Informanten utdyper videre i den åpne avslutningen av intervjuet:

«Vi ser jo hvor mye krefter som brukes på dokumentasjon som kanskje ikke alltid er like nødvendig. Og at vi ha et tilsynssystem som er veldig rigid på at det som ikke er dokumentert ikke er gjort. Det er en grunnleggende tillitsmangel i sektoren, og når vi i tillegg har et rettighetsstyrt helsevesen og selvfølgelig begrenset ressurser. Men samtidig at hvis man lytter nøye og kanskje særlig den slitenes ører, hvis man lytter til den offentlige debatten rundt helsetjenestene så er det en ganske klar beskjed man får, er det at helsetjenesten ikke er god nok og at den ikke gjør jobben sin. Og at den prioriterer feil. Altså det å få beskjed om at man ikke er god nok hele tiden, hvilket kan

være en spin-off effekt av avviksfokus. Det gjør noe med følelsen av å få det til. Og være nyttig, av å være til hjelp. Du må huske at det fleste som jobber i helsesektoren velger det fordi de har et oppriktig ønske om å gjøre en forskjell. Hvis det man får inntrykk av er avvik og mangler, hvis det er det som blir en form for hovedkommunikasjon, så er vi aldeles på gale veier.»

Informanten sammenstiller avslutningsvis kreftene som brukes på dokumentasjon, begrensede ressurser og en slitenhet i produksjonen, og forsterker med dette et inntrykk av at det sterke fokuset på kvalitetsstyring utfordres fra andre deler av organisasjonen.

Uttalelsene fra informanten kan indikere en dekobling i topp-ledelsens involvering ved divisjon A. Dette viser veg at informanten gir inntrykk av at kvalitetsstyringen oppleves som en top-down prosess. Samtidig kan variansen i avsatte ressurser ved de tre divisjonene også relateres til ekstern påvirkning fra de andre oppgitte driverne hos divisjon B og C.

6.2.7 Diskusjon og oppsummering av topp-ledelsens involvering

Malmi og Brown (2008) strukturerte rammeverket sitt rundt ideen om at kontroll handler om å sikre at adferden i organisasjonen samsvarer med organisasjonens mål og strategi.

Rammeverket plasserer kvalitetsstyring i gruppen kybernetiske kontroller. Styringssystemer kan vanskelig tenkes å eksistere i en organisasjon med mindre topp-ledelsen enten tar initiativ til systemet, eller er involvert i større eller mindre grad. Man kan derfor anta at en større grad av topp-ledelsens involvering i styringssystemet vil kunne føre til at styringssystemet vokser i utbredelse i organisasjonen. Dette vil da også kunne vise seg i form at utbredelse i rammeverket til Malmi og Brown.

I rammeverket viser kvalitetsstyringen seg tydelig i administrative kontroller.

Ledelsesstrukturene er påvirket av kvalitetsstyringen i form av ledelsesgrupper ved de mange kvalitet og pasientsikkerhetsutvalgene. Ledelsens gjennomgang (LGG) i kvalitetssystemet koordinerer ledelsens aktiviteter i tillegg til saksbehandlingen og tiltakene som besluttes.

Dette sammenfaller med Malmi og Brown (2008) sin tredeling av administrative kontroller.

Ledelsesstrukturene i organisasjonen, med henvisning til Abernathy og Chua (1996), omhandler blant annet ledelsesgrupper og systemer for å koordinere ledelsens aktiviteter (Malmi & Brown, 2008).

Videre er det tredje punktet «Retningslinjer og prosedyrer» en del av de administrative kontrollene. Malmi og Brown (2008) henviser her til Simons (1987) og Machintosh og Daft

(1987) sin beskrivelse av standardiserte prosedyrer, praksis, regler og retningslinjer. Sykehuset Innlandet har som en del av kvalitetsstyringen mange tusen prosedyrer og retningslinjer i bruk i virksomheten. Dokumentene er gjenstand for revisjon og kontinuerlig vedlikehold. Dette indikerer at kvalitetsstyringen påvirker administrative kontroller i stor grad.

Kvalitetsstyringen påvirker også planleggingen i virksomheten, både den langsiktige planleggingen via virksomhetsplan og styrets arbeid, men også kortsiktig aktivitetsplanlegging i form av handlingsplaner og tiltak som besluttes i kvalitetsstyringssystemet. Malmi & Brown identifiserer to typer planleggende kontroller; langsiktige strategiske planer, og kortsiktige operasjonelle planer (Malmi & Brown, 2008).

Kvalitetsstyringen har altså tydelig påvirkning utenfor de kybernetiske kontrollene hvor den per definisjon hører hjemme. Man kan se den tydelig i både administrative kontroller, og i planleggende kontroller. Dette kan tolkes som en indikasjon på topp-ledelsens involvering i kvalitetsstyringen. Dette kan videre understøttes av bidraget kvalitetsstyringen har rundt forankringen av pasientsikkerheten som en driver og verdi-basert kontroll innen kulturelle kontroller i organisasjonen (Simons, 1995; Malmi & Brown, 2008).

De overordnede budsjettene fastsettes av topp-ledelsen. Budsjettet utarbeidet av administrerende direktør og godkjennes formelt av styret. Topp-ledelsens involvering i kvalitetsarbeidet viser seg også gjennom ressursavsetning i budsjetter til egen kvalitet og pasientsikkerhetsavdeling med 25 årsverk, og i form av tilgjengelige årsverk i divisjonene.

Aquilani et al. (2017) identifiserte topp-ledelsen lederskap, involvering og rolle som en avgjørende suksessfaktor i implementeringen. Topp-ledelsen oppleves av informantene å ha god inngående kunnskap om kvalitetsarbeidet, de tar initiativ til kvalitetsledelsen samt er involvert arbeidet. Dette viser seg tydelig i en utbredt aktivitet i den øverste ledelsen i den undersøkte delen av organisasjonen. Ansvar for kvalitetsarbeidet fremstår som godt forankret hos styret og administrerende direktør og resultatene av arbeidet rapporteres på alle styrets møter. Dette indikerer en førende rolle i kvalitetsarbeidet. Kvalitetsstyringen viser seg videre å være forankret gjennom flere ledd i topp-ledelsen. Saksbehandlingen ser i hovedsak ut til å foregå på avdelingsnivå og nedover ifølge informant 1, altså nært og i produksjonen.

I divisjon B er det et forsterket fokus på kvalitetsstyring med grunnlag i en ytre driver gjennom ISO-sertifiseringen. Denne indikerer å ha forsterket driveren fra pasientsikkerheten

slik at det har økt omfanget av kvalitetsstyringen i divisjonen. Tilsvarende finner man økt ressursavsetning i divisjon C. Der er det også et etablert ytre press gjennom den omtalte internkontrollforskriften.

Samtidig indikerer undersøkelsen en viss dekobling i divisjon A, hvor kvalitetsstyringen utfordres og det også er satt av lite lokale ressurser til arbeidet i forhold til de andre divisjonene.

En dekobling i den gitte divisjonen, slik det indikeres, vil ifølge Meyer og Rowan (1977) si at de formelle styringsmålene i kvalitetsstyringen oppfylles, men at det praktiske og overordnede hensynet vil være på den faktiske produksjonen, slik informant 2 også kan gi inntrykk av. Tid til å gjøre jobben og tid til å gjøre det man brenner for i yrket, som er å hjelpe andre, går foran de overordnede målene med styringssystemet. Dette betyr ikke nødvendigvis at pasientsikkerheten ikke ivaretas, men at styringssystemet som skal sikre ivaretagelsen kan bli nedprioritert. Dette kan indikere en dekobling i topp-ledelsens involvering, ved at informanten ikke oversetter kvalitetsstyringen i samme grad i egen divisjon som de andre informantene (Solstad & Petterson, 2020).

På den annen side må informantens uttalelser samtidig sees i lys av størrelsen på divisjonen. Det er samlet ca 200 årsverk og en pasientopptak på 25000. Sett i forhold til det totale pasientopptaket i Sykehuset Innlandet på 346 000, er pasientopptaket på 7,2% av det samlede pasientopptaket. Det kan være naturlig, gitt størrelsen på divisjonen, at ledelsen er tettere på produksjonen enn ellers, og at dette gjenspeiles i svarene. Det oppleves som usannsynlig at divisjonen skulle ha et legitimeringsbehov eller andre motivatorer, slik det teoretiseres av Meyer og Rowan (1977) eller Westphale & Zajac (2001). Informanten ved divisjonen er positiv og åpen til kvalitetsstyringen og de positive læringseffektene i flere andre uttalelser.

Solstad og Petterson forsket på en tilsvarende struktur i sin artikkel om ledelsesutfordringer i sykehussektoren i forbindelse med sammenslåinger (Solstad & Petterson, 2020). I studien henvises det til klinikker og klinikkledere. Sykehuset Innlandet opplyser å benytte divisjoner, der hvor andre sykehus benytter klinikker. Et av funnene fra studien er dekoblingen fra topp-ledelsen ved at mellomledere opplever avstand som følge av geografisk avstand. Divisjon A er 23 mil fra ledelsen i Brumunddal, over 3 timer med kjøring, det er altså en merkbar geografisk avstand til topp-ledelsen.

Videre finner Solstad & Petterson at budsjett-prosessen, som var rammen for studien, var en prosess som ble besluttet fra toppen av organisasjonen (Solstad & Petterson, 2020). Den ble opplevd som topp-styrt i en ovenfra-og-ned prosess av mellomlederne. Denne opplevelsen indikeres også av informant 2 i Divisjon A når kvalitetsstyringen beskrives som en opplevelse av at de underlegges et regime fra topp-ledelsen i Brumunddal hvor «alle skal bli behandlet likt» og at dette kan medføre feil fokus i divisjonen.

Likevel er indikasjonene for tvetydige til å trekke noen bestemt konklusjon når det kommer til dekobling av topp-ledelsens involvering i divisjon A. Variansen i ressursavsetningen kan skyldes ekstern påvirkning av driverne, og uttalelsene til informanten kan heller ikke utelukkes å stamme fra en utpreget forståelse av- og nærhet til egen avdeling. Samlet sett indikerer undersøkelsen at utvalget har en overordnet oppfatning av at kvalitetsstyring er forankret i topp-ledelsen.

Forskningsspørsmål 2 var:

I hvilken grad er topp-ledelsen involvert i kvalitetsarbeidet?

Kvalitetsstyringen fremstår som et omfattende styringssystem for virksomheten ved Sykehuset Innlandet. Det er etablert faste kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg på flere nivåer i organisasjonen, hvor topp-ledelsen indikeres å være involvert i stor grad. Dette understøttes også av informantene, særlig med henvisning til administrerende direktør.

Samlet sett er den omfattende initiativet og aktiviteten, den inngående kunnskapen, samt hvordan topp-ledelsen systematisk benytter erfaringen fra kvalitetsstyringen til å vedta både langsiktige og strategiske endringer, men også mange operasjonelle tiltak, en indikator på stor involvering fra topp-ledelsen.

Studien finner derfor at det indikeres at topp-ledelsen er involvert i kvalitetsarbeidet i stor grad.

7 Konklusjon

Denne enkeltcasestudien tar for seg 3 divisjoner og 2 avdelinger i Sykehuset Innlandet. En av avdelingene hører inn under stab og er ansvarlig for kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet vertikalt og horisontalt i foretaket. Ved hjelp av kvalitative intervjuer av divisjonsdirektører og avdelingsledere søker studien å besvare problemstillingen:

God kvalitetsstyring, i hvilken grad må topp-ledelsen involvere seg?

Under studiens diskusjon er forskningsspørsmålene besvart:

FS1: I hvilken grad gir kvalitetsstyringen i Sykehuset Innlandet grunnlag for læring?

Kvalitetsstyringen i Sykehuset Innlandet gir i stor grad grunnlag for læring. Læringen som observeres skjer med grunnlag i erfaringen som kommer via kvalitetsstyringssystemet.

Studien har tydelige indikasjoner på læring i organisasjonen på flere forskjellige nivå. Læringen viser seg i form av strategisk læring ved at erfaringer fra organisasjonen fører til at forutsetninger og rammer for organisasjonen revurderes og den påfølgende strategien endres. Dette sammenfaller med strategisk læring og dobbelt-loop læring slik det beskrives i forskning og litteratur (Mintzberg & Waters, 1985; Kaplan & Norton, 2001a; Gjønnnes & Tangenes, 2014). Det er også tydelige indikasjoner på læring av egen erfaring. Både gjennom at rutiner og prosedyrer endres, men også i form av læringsnotater som deles i organisasjonen. Kunnskapen deles i organisasjonen ved muntlige diskusjoner, men også i form av de skriftlige læringsnotatene. Organisasjonen deler også kunnskap med eksterne kvalitetsregistre, som igjen tilbakefører erfaring fra andre institusjoner. Organisasjonen viser læring fra disse utvekslingene både ved at strategiske planer endres, men også faglig utveksling ned i divisjonene. Læringen sammenfaller med organisatorisk læring slik det beskrives i korrelasjonsstudier og kausalstudier mellom kvalitetsstyring og organisatorisk læring (Sohal & Morrison, 1995) (Yazdani, Attafar, Shahin, & Kheradmandina, 2016).

Forskningen har identifisert topp-ledelsen som av de viktigste suksessfaktorene i forbindelse med etableringen av en god og vellykket kvalitetsstyring (Sreedharan et al., 2018; Auilani et al., 2016).

Det andre forskningsspørsmålet var:

FS2: I hvilken grad er topp-ledelsen involvert i kvalitetsarbeidet?

Kvalitetsstyringen fremstår som et omfattende styringssystem for virksomheten ved Sykehuset Innlandet, hvor studien finner at det kan argumenteres for at topp-ledelsen indikeres å være involvert i stor grad.

Studien finner flere indikasjoner på topp-ledelsens involvering i kvalitetsstyringen. Topp-ledelsen oppleves av informantene å ha inngående kunnskap om fagområdet og er både aktiv og tar initiativ til kvalitetsarbeidet. Dette viser seg i alt fra langsiktige strategiske planer til det løpende arbeidet med kvalitetsstyringen. Arbeidet er systematisk og strukturert med klare målsetninger og kontinuerlig oppfølging både vertikalt og horisontalt i organisasjonen.

Svaret på studiens problemstilling blir dermed:

Studien finner at topp-ledelsen må involvere seg i stor grad i kvalitetsstyringen i Sykehuset innlandet, dersom man ønsker en god kvalitetsstyring. Sykehuset Innlandet oppleves gjennom analysen av læringen i organisasjonen å ha en god kvalitetsstyring. Dette skal ifølge eksisterende forskning indikere en stor involvering hos topp-ledelsen, noe studien også finner indikasjoner på at er tilstede i organisasjonen.

Studien støtter dermed opp under eksisterende forskning om topp-ledelsens involvering som en av de viktigste suksessfaktorene for en vellykket implementering av kvalitetsstyring.

Studien ser videre tegn til dekobling i en av divisjonene, men anser funnene samlet sett som for vage til å konkludere på dette området. Den observerte variansen kan også skyldes de indentifiserte eksterne drivere i de sammenliknende divisjonene og anbefaler heller nærmere undersøkelser og forskning. Selv om topp-ledelsens involvering er identifisert som den viktigste suksessfaktoren for kvalitetsstyringen, så er den ikke identifisert som den eneste. Det er mange andre kjente faktorer som påvirker fenomenet.

Konkludert underbygger oppgaven at ledelsen *må* involvere seg og forsterket det utsagnet. Et system lever ikke av seg selv, det er mennesker som får ting til å skje. Et system som skal styre mennesker, krever også at mennesker involverer seg i styringen hvis man skal lykkes. Suksessen til kvalitetssystemet avhenger ikke bare av topp-ledelsens involvering som en top-down prosess i et styringssystem. Suksessen er også avhengig av at kvalitetssystemet blir et godt down-up informasjonssystem. Dette krever ikke bare involvering av topp-ledelsen, men også involvering av de *ansatte*, noe som er en annen identifisert viktig suksessfaktor i forskningen (Sreedharan et al., 2017). Uten dette samspillet vil ikke organisasjonen kunne oppnå den viktige forbedringen og organisatoriske læringen.

7.1 Forslag til videre forskning

Læring i organisasjonen foregår ikke bare strategisk og som et observerbart fenomen i organisasjonen, det foregår også i individet (Senge, 2006) (Aune, 2000) (Gjønnes & Tangenes, 2014). Læringen i organisasjonen virker strukturert, mens læringen i individet virker mer overlatt til ustrukturerte avgjørelser i de lavere nivåene i organisasjonen. Videre forskning vil kunne avdekke om den observerte organisatoriske læringen også medfører tilsvarende grad av individuell læring.

Det observeres videre i studien en varians i drivere bak kvalitetsstyringen. Der hvor pasientsikkerheten er den overordnede driveren, finnes det også andre identifiserbare drivere. I studien ble det identifisert ekstern ISO-sertifisering og eksterne lovkrav som mulige alternative drivere. Påvirkningen disse driverne eventuelt har på organisasjonens kvalitetsstyring og den organisatoriske læringen vil også være et interessant objekt for videre forskning. Studien teoretiserer hypotesen om en kausaleffekt som det oppfordres til å undersøke nærmere.

Videre studier kan også undersøke en tilsvarende problemstilling i andre områder i helse- og omsorgstjenesten.

8 Referanser

- Abernethy, M., & Brownell, P. (1997). Management control systems in research and development organizations: The role of accounting, behavior and personnel controls. *Accounting, Organizations and Society*, ss. 233-248.
- Abernethy, M., & Chua, W. (1996). A Field Study of Control System "Redesign": The Impact of Institutional Processes on Strategic Choice. *Contemporary Accounting Research*(13), ss. 569-606.
- Alvesson, M., & Kärreman, D. (2004). Interfaces of control. Technocratic and socio-ideological control in a global management consultancy firm. *Accounting, Organizations and Society*(29), ss. 423-444.
- Andersen, S. (2013). *Forskningsstrategi, generalisering og forklaring* (2.. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Aquilani, B., Silvestri, C., Ruggieri, A., & Gatti, C. (2017). A systematic literature review on total quality management critical success factors and the identification of new avenues of research. *The TQM Journal*(184-213), ss. 184-84-213. doi:10.1108/TQM-01-2016-0003
- Aune, A. (2000). *Kvalitetsdrevet ledelse, kvalitetsstyrte bedrifter* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Beggerud, R. (2010). *Kvalitetsstyring - teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bonner, S., & Sprinkle, G. (2002). The Effects of Monetary Incentives on Effort and Task Performance: Theories, Evidence, and a Framework for Research. *Accounting Organizations and Society*(4-5), ss. 303-345.
- Chenhall, R. (2003). Management control systems design within its organizational context: findings from contringency-based research and directions for the future. *Accounting Organizations and Society*, 28, ss. 127-168.
- Clegg, S., Kornberger, M., & Pitsis, T. (2005). *Managing and Organizatoins: An Introduction to Theory and Practice*. London: SAGE.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021, 11 30). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet fra De nasjonale forskningsetiske komiteene: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- Dent, J. (1990). Strategy, organization and control: Some possibilities for accounting research. *Accounting, Organization and Society*(15), ss. 3-25.
- Dent, J. (1991). Accounting and organizational cultures: a field study of the emergence of a new organizational reality. *Accounting, Organizations and Society*, ss. 705-732.
- Easterby-Smith, M., Thorpe, R., & Jackson, P. (2008). *Management Research* (3.. utg.). London: SAGE Publications Ltd.

- Emmanuel, C., Otley, D., & Merchant, K. (1990). *Accounting for Management Control*. Padstow: Chapman and Hall.
- FHI. (2021, 12 1). *Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2019. Metodebeskrivelse og analyser for landet samlet*. Hentet fra FHI: <https://www.fhi.no/contentassets/1ed1cf501b0a43d58415dcb3ab889e6/metodebeskrivelse-og-analyser-for-landet-samlet.pdf>
- Fisher, J. (1998). Contingency Theory, Management Control Systems and Firm Outcomes: Past Results and Future Directions. *Behavioral Research in Accounting, suppl.*, ss. 47-64.
- Flamholtz, E., Das, T., & Tsui, A. (1985). Toward an integrative framework of organizational control. *Accounting, Organizations and Society*(10), ss. 35-50.
- Flood, R. (1998). "Fifth Discipline": Review and Discussion. *Systematic practice and action research*(3), ss. 259-273.
- Forskrift om bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT). (2003). *Forskrift om IKT-systemer i banker mv (FOR-2003-05-21-630)*.
- Forskrift om internkontroll for å oppfylle næringsmiddeloggivningen. (1994). *Internkontrollforskriften for næringsmidler (FOR-1994-12-15-1187)*.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)*.
- Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter. (1996). *Internkontrollforskriften (FOR-1996-12-06-1127)*.
- Gjønnes, S., & Tangenes, T. (2014). *Økonomi- og virksomhetsstyring* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Green, S., & Welsh, M. (1988). Cybernetics and dependence: reframing the control concept. *Academy of Management Review*, 13(2), ss. 287-301.
- Helse Sør-Øst RHF. (2021, 12 1). *Årlig melding 2017 for Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet fra Helse Sør-Øst RHF: [file:///C:/Users/Bruker/Dropbox/Min%20PC%20\(DESKTOP-D8399BT\)/Downloads/021-2018%20Vedlegg%201%20-%20C3%85rlig%20melding%202017%20fra%20Helse%20S%C3%B8r-%20C3%98st%20RHF%20til%20Helse-%20og%20omsorgsdepartementet.pdf](file:///C:/Users/Bruker/Dropbox/Min%20PC%20(DESKTOP-D8399BT)/Downloads/021-2018%20Vedlegg%201%20-%20C3%85rlig%20melding%202017%20fra%20Helse%20S%C3%B8r-%20C3%98st%20RHF%20til%20Helse-%20og%20omsorgsdepartementet.pdf)
- Helsedirektoratet. (2021, 12 1). *Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*. Hentet fra Helsedirektoratet: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a

- Hung, R., Lien, B.-H., Yang, B., Wu, C.-M., & Kuo, Y.-M. (2011). Impact of TQM and organizational learning on innovation performance in the high-tech industry. *International business review*(2), ss. 213-225.
- I trygge hender 24-7. (2021, 12 1). *Global Trigger Tool (GTT)*. Hentet fra I trygge hender 24-7: <https://www.itryggehender24-7.no/malinger/global-trigger-tool-gtt/praktisk-informasjon-for-global-trigger-tool-team>
- Ittner, C., & Larcker, D. (1998). Innovations in performance measurement: trends and research implications. *Journal of Management Accounting Research*, 10, ss. 205-239.
- Jacobsen, D. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* (3.. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Jiménez-Jiménez, D., & Sanz-Valle, R. (2011). Innovation, organizational learning, and performance. *Journal of Business Research*(4), ss. 408-417.
- Johannesen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kaplan, R., & Norton, D. (2001a). *The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrives in the New Business Environment*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lopez, S., Peon, M., & Ordas, C. (2006). HRM as a Determining Factor in Organizational. *Management Learning*(2), ss. 215-239.
- Lundby, A. u. (2019, 04 23). Uønskede hendelser - Hendelsesanalyse og hendelsesgjennomgang 1.01.
- Macintosh, N., & Daft, R. (1987). Management control systems and departmental interdependencies: An empirical study. *Accounting, Organizations and Society*(1), ss. 49-61.
- Malmi, T., & Brown, D. (2008). Management control systems as a package - Opportunities challenges and research directions. *Management Accounting Research*, 19, ss. 287-300. doi:10.1016/j.mar.2008.09.003
- Merchant, K., & Otley, D. (2007). A Review of the Literature on Control and Accountability. *Handbooks of Management Accounting Research*, ss. 785-802.
- Merchant, K., & Van der Stede, W. (2007). *Management Control Systems* (2. utg.). Harlow, Essex: Pearson Education Limited.
- Meyer, J., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *The American journal of sociology*(2), ss. 340-363.
- Mintzberg, H., & Waters, J. (1985). Of Strategies, Deliberate and Emergent. *Strategic Management Journal*(3), ss. 257-272.

- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. (2021, 30 10). *Kvalitet i helsetjenesten*. Hentet fra Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre: <https://www.kvalitetsregistre.no/>
- Norsk Akkreditering. (2021, 12 5). *Medisinske laboratorier*. Hentet fra Norsk Akkreditering: <https://www.akkreditert.no/kundeside/laboratorier/medisinske-laboratorier/>
- Nyeng, F. (2004). *Virenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Otley, D., & Berry, A. (1980). Control, organisation and accounting. *Accounting, Organizations and Society*(2), ss. 231-244.
- Otley, D. (1980). The contingency theory of management accounting: Achievement and prognosis. *Accounting, Organization and Society*(5), ss. 413-428.
- Ouchi, W. (1979). A Conceptual Framework for Design of Organisational Control Mechanism. *Management science*(9), ss. 833-848.
- Petersen, P. (1999). Total quality management and the Deming approach to quality management. *Journal og Management History*(8), ss. 468-488.
- Regjeringen. (2021, 12 1). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/>
- Rolfsen, M. (2014). *Lean blir norsk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Salahedin, S. (2009). Critical success factors for TQM implementation and their impact on performance of SMEs. *International Journal of Productivity and Performance Management*(3), ss. 215-237. doi:10.1108/17410400910938832
- Schein, E. (1997). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Senge, P. (2006). *The fifth discipline : the art and practice of the learning organization*. New York: Currency/Doubleday.
- Simons, R. (1987). Accounting control systems and business strategy: An empirical analysis. *Accounting, Organizations and Society*(4), ss. 357-374.
- Simons, R. (1995). *Levers of Control*. Boston: Harvard University Press.
- Sohal, A., & Morrison, M. (1995). TQM and the learning organization. *Managing Service Quality*(6), ss. 32-34.
- Solstad, E., & Petterson, I. (2020). Middle managers' roles after a hospital merger. *Journal of Health Organization and Management*(1), ss. 85-99.
- Sreedharan, V. R., Sunder, M. V., & Raju, R. (2018). Critical success factors of TQM, Six Sigma, Lean and Lean Six Sigma. *Benchmarking: An International Journal*, 25(9), ss. 3479-3504. doi:10.1108/BIJ-08-2017-0223

- Standard Norge. (2015). ISO 9000:2015 Ledelsessystem for kvalitet - Grunntrekk og terminologi. Norge.
- Standard Norge. (2015). ISO 9001:2015 - Ledelsessystemer for kvalitet - Krav . Norge: Standard Norge.
- Store norske leksikon. (2020, 07 26). *Store norske leksikon*. Hentet fra forankre: <https://snl.no/forankre>
- Sykehuset Innlandet. (2021, 03 12). *Om oss*. Hentet fra Sykehuset Innlandet: <https://sykehuset-innlandet.no/om-oss>
- Sykehuset Innlandet. (2021, 12 3). *Styremøter og -dokumenter 2021*. Hentet fra Sykehuset Innlandet: <https://sykehuset-innlandet.no/om-oss/styret/styremoter-og-dokumenter-2021>
- Sykehuset Innlandet. (2021, 11 15). *Styret i Sykehuset Innlandet*. Hentet fra Sykehuset Innlandet: <https://sykehuset-innlandet.no/om-oss/styret>
- Sykehuset Innlandet. (2021, 12 3). *Utviklingsplan 2018-2035*. Hentet fra Sykehuset Innlandet: <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2018/2018-04/036-2018%20Vedlegg%2001%20Utviklingsplan%202018-2035.pdf>
- Sykehuset Innlandet. (2021, 12 3). *Virksomhetsstrategi 2021-2024*. Hentet fra Sykehuset Innlandet: <https://sykehuset-innlandet.no/om-oss#foringer-og-strategier>
- Westphal, J., & Zajac, E. (2001). Decoupling Policy from Practice: The Case of Stock Repurchase Programs. *Administrative science quarterly*(2), ss. 202-228.
- Yazdani, B., Attafar, A., Shahin, A., & Kheradmandina, M. (2016). The Impact of TQM Practices on Organizational Learning case study: Automobile part manufacturing and suppliers of Iran. *The International journal of quality & reliability management*(5), ss. 574-596.

Vedlegg A

Vil du delta i forskningsprosjektet: Toppledelsens involvering i kvalitetsstyringen ved Sykehuset Innlandet

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke kvalitetsstyringen ved Sykehuset Innlandet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke toppledelsens involvering i kvalitetsstyringen og læring i organisasjonen i forhold til enkelt- og dobbeltkretslæring.

Forskningen skal benyttes i en avsluttende masteroppgave i siviløkonomstudiet ved Handelshøyskolen i Tromsø, UiT.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø ved handelshøyskolen er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er enten direkte foreslått som mulig intervjuobjekt etter forespørsel hos kvalitetsleder, eller blitt foreslått som intervjuobjekter av avdelingsledere utpekt av kvalitetsleder.

Hva innebærer det for deg å delta?

- *Du vil bli intervjuet av en student med et ferdig oppsatt antall spørsmål relatert til kvalitetsstyringen og ledelsen i organisasjonen.*
- *Det vil bli gjort opptak av intervjuet, som så vil bli transkribert til tekst.*
- *Teksten vil kategoriseres basert på vitenskapelig teori som ligger til grunn for undersøkelsen.*
- *Kategoriseringen vil igjen danne grunnlag for en diskusjon og konklusjon i forhold til oppgavens forskning.*

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Ved behandlingsansvarlig institusjon vil forfatter av oppgaven, veiledere ha tilgang til opplysningene.*
- *Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Intervjuer vil lagres kryptert lokalt på min PC, beskyttet med egen kryptert nøkkel i tillegg til brukernavn og passord.*
- *Krypteringsnøkkelen vil bli oppbevart på papir adskilt fra PC. Nøkkelen vil være unik for dette forskningsarbeidet.*

Ved en eventuell publikasjon, vil personopplysningene anonymiseres.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i løpet av 2021. Personopplysninger anonymiseres og opptak slettes ved prosjektets slutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges Arktiske Universitet, Fakultet for biovitenskap, fiskeri og økonomi / Handelshøgskolen har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- UiT Norges Arktiske Universitet, Fakultet for biovitenskap, fiskeri og økonomi / Handelshøgskolen ved Henning Sollid, henning.sollid@uit.no eller Emil Rakoczy emr022@post.uit.no.
- Vårt personvernombud: [Joakim Bakkevold personvernombud@uit.no](mailto:Joakim.Bakkevold.personvernombud@uit.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Henning Sollid
(Forsker/veileder)

Emil Rakoczy
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg B

Intervjuguide

Om studien:

Studien ønsker å se på topp-ledelsens involvering i kvalitetsarbeidet og hvordan dette korrelerer med læring i organisasjonen. Med topp-ledelsen menes styret og konsernledelsen.

Innledende spørsmål: (Samtykkeskjema)

1. Generell informasjon om forskningsprosjektet
2. Stilling og utdanning og arbeidserfaring
3. Avdeling; Ansvar og arbeidsoppgaver og hvor mange ansatte

Kvalitetsleder eller nær medarbeider

Om organisasjonen

1. Innledende spørsmål: (Samtykkeskjema)
2. Student gir generell informasjon om prosjektet og målsetninger
3. Stilling og stillingsbeskrivelse
4. Avdeling; Ansvar og arbeidsoppgaver og hvor mange ansatte
5. Kan du beskrive virksomhetens overordnede inndeling?
6. På hvilket nivå i organisasjonen befinner kvalitetsledelsen seg?
7. Hvem rapporterer kvalitetsledelsen til?
8. Hva inngår i organisasjonens konsern-ledelse eller topp-ledelse?
9. Hvem fastsetter den langsiktige strategien for organisasjonen?
10. Hvem fastsetter visjonen?
11. Hva er organisasjonens uttalte visjon?
12. Hvordan behandles avvik i organisasjonen?

Toppleidelsens involvering

13. Hvordan settes rammene for kvalitetsarbeidet?
14. Har dere eget budsjett for kvalitetsarbeidet?
15. Er det satt av ressurser til kvalitetskoordinator i avdelingene/klinikkene?
16. Opplever du at topp-ledelsen involverer seg i kvalitetsarbeidet, i så fall på hvilken måte?
17. Tar topp-ledelsen initiativ i forhold til kvalitetsarbeidet?
18. Er topp-ledelsen aktive i arbeidet og på hvilken måte?
19. Følger topp-ledelsen opp kvalitetsarbeidet og gjør de risikovurderinger?
20. Må man kjempe for ressursene til kvalitetsarbeidet, eller har topp-ledelsen gjort prioriteringer, omdisponeringer eller satt av ressurser?
21. Hvor rapporteres resultatene av kvalitetsarbeidet og hvor ofte?

22. Er kvalitetsarbeidet en del av organisasjonens strategi?
23. Opplevs det at topp-ledelsen har inngående kunnskap om kvalitetsstyring?

Læring i organisasjonen

24. Opplever du at organisasjonen er flink på å melde avvik?
25. Blir alle avvik meldt?
26. Gis det tilbakemelding på avvikene til avdelingen, og til melder?
27. Beslutes det tiltak på alle avvik?
28. Medfører avvikene effektivitetsforbedringer, og kan du gi et eksempel?
29. Medfører avvikene forbedrede rutiner, og kan du gi et eksempel?
30. Diskuteres avvikene i organisasjonen, evt. hvor og hvordan?
31. Diskuteres tilbakemeldingene på avvikene i organisasjonen, evt. hvor og hvordan?
32. Diskuteres besluttede tiltak på avvikene i organisasjonen, evt. hvor og hvordan?
33. Behandles akkumulerte avvik av topp-ledelsen?
34. Medfører de akkumulerte avvikene strategiske tiltak eller endringer, og kan du gi eksempel?

Annet

35. Har du innspill eller noe du vil tilføye som angår temaet?

Klinikkssjef/avdelingssjef

1. Innledende spørsmål: (Samtykkeskjema)
2. Student gir generell informasjon om prosjektet og målsetninger
3. Stilling og stillingsbeskrivelse
4. Avdeling; Ansvar og arbeidsoppgaver og hvor mange ansatte

Om organisasjonen

5. Har dere eget budsjett for kvalitetsarbeidet i klinikken/avdelingen?
6. Har dere dedikerte ressurser til kvalitetsarbeidet, og i hvilken stillingsprosent?
7. Hva tenker du inngår i organisasjonens konsern-ledelse eller topp-ledelse?
8. Hvordan behandles avvik i organisasjonen sett fra ditt ståsted?

Toppleidelsens involvering

9. Opplever du at topp-ledelsen involverer seg i kvalitetsarbeidet, i så fall på hvilken måte?
10. Tar topp-ledelsen initiativ i forhold til kvalitetsarbeidet?
11. Er topp-ledelsen aktive i arbeidet og på hvilken måte?
12. Må man kjempe for ressursene til kvalitetsarbeidet, eller har topp-ledelsen gjort prioriteringer, omdisponeringer eller satt av ressurser?
13. Hvor rapporteres resultatene av kvalitetsarbeidet og hvor ofte?
14. Opplevs det at topp-ledelsen har inngående kunnskap om kvalitetsstyring?

Læring i organisasjonen

15. Opplever du at organisasjonen er flink på å melde avvik?
16. Blir alle avvik meldt?
17. Gis det tilbakemelding på avvikene til avdelingen, og til melder?
18. Beslutes det tiltak på alle avvik?

19. Medfører avvikene effektivitetsforbedringer, og kan du gi et eksempel?
20. Medfører avvikene forbedrede rutiner, og kan du gi et eksempel?
21. Diskuteres avvikene i organisasjonen, evt. hvor og hvordan?
22. Diskuteres tilbakemeldingene på avvikene i organisasjonen, evt. hvor og hvordan?
23. Diskuteres besluttede tiltak på avvikene i organisasjonen, evt. hvor og hvordan?
24. Vet du om akkumulerte avvik behandles av topp-ledelsen?
25. Medfører de akkumulerte avvikene strategiske tiltak eller endringer, og kan du gi eksempel?

Annet

26. Har du innspill eller noe du vil tilføye som angår temaet?

