

Styring mot pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

En analyse av styringsdiskursen for å finne betydningen av ledelse for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Ingunn Børø

Masteroppgave i
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi



Universitetet i Bergen
Det medisinske fakultet
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

August 2023

Forord

Jeg har kommet til det punktet hvor det er på tide å takke de som takkes bør for at jeg har klart å komme i mål med masteroppgaven.

Takk til Jonas og Sebastian for lånet av «gaming» rommet det siste året som har blitt okkupert av en studerende mamma. Takk for tålmodigheten, jeg gleder meg til å bruke mindre tid på studier og mer tid sammen med dere. Takk til Frida og Hedda som enda ikke helt forstår hva mamma har drevet med det siste året, men som allerede har *master* og *diskurs* i sitt vokabular.

Kaja, mamma og pappa – takk for heiarop og støtte underveis.

Til gode kollega på laboratoriet ved Barne- og Ungdomsklinikken – takk for oppmuntrende ord og nysgjerrige spørsmål.

Til min mann – hadde det ikke vært for deg hadde ikke mitt ønske om en master vært mulig. Du har styrt det meste på hjemmebane med 4 barn det siste året. Du har fungert som en stødig mentor alle gangene jeg var bestemt på å gi opp. Tar jeg ikke feil kan du like mye om diskurs og styring i helseforetak som jeg gjør - i hvert fall er du ikke langt bak.

Til gode studievenner jeg har gått sammen med på UIB over flere år – takk for fine, utfordrende og givende år.

Takk til Inger Lise Teig for god veiledning og inspirasjon underveis. Tipset du gav meg på en av de siste veiledningstimmene om å lese Annie Ernaux var den beste motivasjonen jeg kunne fått for å ferdigstille masteroppgaven. Jeg er full av begeistring og kan ikke la være å sitere Ernaux:

Til enhver tid eksisterer det – parallelt med det folk betrakter som naturlig å gjøre og si, med tankene man blir pålagt å tenke av bøker, plakater på metroen, vitser – en hel rekke ting som samfunnet tier om uten selv å være klar over det. Dermed blir alle de som følger disse tingene uten å kunne nevne dem ved navn, dømt til et ensomt ubehag. En dag revner tausheten, brått eller gradvis, ordene veller ut over tingene, og mens de endelig blir anerkjent, danner det seg nye tausheter under dem. (Ernaux, 2020, s. 97)

Bergen, 11.07.2023

Ingunn Børø

Innholdsfortegnelse

KAPITTEL 1. INNLEDNING

1.1 Utgangspunkt for studiet	3
1.2 Et historisk tilbakeblikk	4
1.3 Begrepsparet kvalitet og pasientsikkerhet	5
1.4 Utfordringsbildet	7
1.5 Oppgavens oppbygning	8
1.6 Hva forskningen sier om ledelse, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring	8
1.7 Grunnlag for tema – presentasjon av problemstilling	10
1.8 Hensikt og formål	11
1.8.1 Hvorfor en analyse av handlingsplaner?.....	13
1.9 Avgrensning og begrepsavklaringer	14

KAPITTEL 2. TEORI

2.1 Ledelse og organisasjonsresultater – er troen større enn virkningen?.....	15
2.2 Om styringssystem i de regionale helseforetakene, helseforetakene og daglig leders ansvar	16
2.3 Diskurs og sosialkonstruktivisme	17
2.3.1 En Foucault-inspirert tilnærming til diskursanalysen	18
2.4 Makt	20
2.5 Subjektposisjoner	21
2.6 Sjangerteori	21
2.7 Handlingsplaner som del av en styringsdiskurs	23
2.8 <i>Sørge for</i> ansvar og lovmessig forankring som del av hegemoniet?.....	24

KAPITTEL 3. METODE

3.1 Utvelgelsesprosessen	26
3.2 Forskerrollen og metodekritikk	27
3.3 Neumanns tretrinns-metode	28
3.3.1 Valg og avgrensning av diskurs	28
3.3.2 Diskursens representasjoner	30
3.3.3 Representasjonenes bestandighet	31
3.4 Diskursens materialitet	32

KAPITTEL 4. FUNN OG ANALYSE

4.1 Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023	33
4.2 Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024	35
4.3 Utviklingsplan 2035	37

DEL 1

4.4 Valg og avgrensning av diskurs	39
4.5 Handlingsplanenes kommunikative formål	42
4.5.1 <i>Educational</i> som kommunikativt formål	42
4.5.2 <i>Self-legitimation</i> som kommunikativt formål	43
4.5.3 <i>Guiding future action</i> som kommunikativt formål	45
4.5.4 <i>Building identity</i> som kommunikativt formål	45
4.5.5 <i>Promotion</i> som kommunikativt formål	46
4.6 Oppsummering av handlingsplanenes kommunikative formål	47
4.7 Styringsdiskursens representasjoner	47
4.7.1 Representasjon 1: Styringsdiskursen retter søkelyset mot læring fremfor sanksjoner	48
4.7.2 Representasjon 2: Ledelse er sentralt for å ivareta pasientsikkerheten	50
4.7.3 Representasjon 3: Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 er et uttrykk for governmentality	53
4.7.4 Representasjon 4: Transformasjonsledelse er en forutsetning for å lykkes med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid	55
4.7.5 Representasjon 5: Arbeidsmiljø settes i sammenheng med pasientsikkerhet.....	57

DEL 2

4.8 Styringsdiskursens materialitet	60
4.8.1 Kvalitetsindikatorer	61
4.8.2 Det grønne korset – kvalitet og pasientsikkerhet hver dag	62
4.8.3 ForBedringsundersøkelsen	64
4.8.4 Subjektposisjoner	66
4.9 Makt	68
4.9.1 Definisjonsmakt	68
4.9.2 Handlingsplanenes makt	70

KAPITTEL 5. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

5.1 Oppsummering	72
5.2 Konklusjon	74
Referanseliste	77

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel Styring mot pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. En analyse av styringsdiskursen for å finne betydningen av ledelse for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.				
Forfatter Ingunn Børø				
Forfatterens stilling og arbeidssted Seksjonsleder, Haukeland Universitetssjukehus				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder Inger Lise Teig		
Antall sider 81	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
Sammendrag Bakgrunn: Spesialisthelsetjenesten i Norge eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og er organisert i fire regionale helseforetak (RHF). RHF-ene har et selvstendig ansvar for all offentlig tjenesteyting innenfor sitt geografiske område. RHF-ene er delt inn i helseforetak som er regulert gjennom helseforetaksloven. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er nasjonale satsninger som tydeliggjøres i oppdragsdokument, handlingsplaner, forskrifter og lover. Lov om enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten ansvarliggjør ledere på alle nivå i organisasjonen for systematisk styring. Denne oppgaven er skrevet med et ønske om å skape forståelse for hvilke måter ledelse har betydning for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i nasjonal, regional og lokal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Hensikt: Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik og Utviklingsplan 2035 legger føringer for hvordan virksomheten skal styre arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Hvordan nasjonale helsemyndigheter ansvarliggjør ledere for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring kommer til uttrykk gjennom språket i handlingsplanene. I et styringsperspektiv er det interessant å se om handlingsplanene har lik tilnærming til ledelsens betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring eller om det eksisterer en divergens. Det er sannsynlig at handlingsplanenes evne til å fremstille leders betydning og ansvar for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring har betydning for prioriteringer og utøvelse av ledelse. Materiale: I denne oppgaven benyttes dokumenter i form av handlingsplaner som empiri. Metode: Oppgaven er løst med bruk av kvalitativ forskningsmetode. Oppgaven har form som en diskursanalyse inspirert av Michel Foucault hvor historiske, sosiale og kulturelle handlingsbetingelser er sentrale for å forstå hvordan en ytring eller en handling oppfattes som naturlig. Videre er Neumanns tretrinns-metode for gjennomføring av diskursanalysen benyttet. Resultat og konklusjon: Leders betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring presenteres i handlingsplanene som språklige ytringer. Styringsdiskursens representasjoner som ble avdekket ved hjelp av handlingsplanene viser at ledere også har betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring gjennom sine handlinger som motiverer, involverer og retter søkelys på læring fremfor sanksjoner.				
Nøkkelord Diskursanalyse, styring, ledelse, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring				

**Dissertation submitted for the degree of
Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics in The
University of Bergen**

Title and subtitle of the dissertation				
Management towards patient safety and quality improvement. An analysis of the management discourse to determine the importance of leadership for patient safety and quality improvement.				
Author				
Ingunn Børø				
Author's position and address				
Section leader, Haukeland University hospital				
Date of approval			Supervisor	
			Inger Lise Teig	
Number of pages	Language dissertation	Language abstract	ISSN-number	ISBN-number
81	Norwegian	English		
<p>Background: The Norwegian state by the Ministry of Health and Care, owns the specialist health service. By dividing the services into four regions, the Ministry ensures complete health care service in Norway. Each has an independent responsibility for all public health care within each geographic district. The Health Enterprises Act regulates each unit's responsibilities. Patient safety and quality improvement are national ventures, as clarified in the assignment document, action plans, regulations, and laws. The Act on uniform management in the specialist healthcare service makes leaders on all levels in the organization liable for systematic management. This thesis attempts to create an understanding of how leadership may influence quality and patient safety in national, regional, and local action plans for patient safety and quality improvement.</p> <p>Purpose: National action plan for patient safety and quality improvement 2019-2023, Regional plan for quality and patient safety and Development plan 2035 lay guides on how each company must manage the work with patient safety and quality improvement. How National health authorities make leaders responsible for patient safety and quality improvement is expressed through the language in the action plans. From a management perspective, it is interesting to study whether the action plans have an equal approach to the leader's importance for patient safety and quality improvement, or if there exists a divergence. It is perfectible that the action plan's ability to present the leaders influence and importance for patient safety and quality improvement has importance for prioritizing and exercise of management.</p> <p>Material: This thesis uses documents in the form of action plans as empirical evidence.</p> <p>Method: This thesis uses a qualitative research method and has the form of a discourse analysis inspired by Michel Foucault. Historical, social, and cultural action conditions are central to understanding how an utterance or an act perceives as natural.</p> <p>Result and conclusion: The action plans present the leaders' influence on patient safety and quality improvement as linguistic expressions. The governance discourse, which were uncovered by the action plans shows that leaders also have an influence on patient safety and quality improvement through own actions which motivates, involves, and focus on learning rather than sanctions.</p>				
Key word				
Discourse analysis, management, leadership, patient safety and quality improvement				

KAPITTEL 1. INNLEDNING

Prolog

Noe av det gøyeste mine barn vet, er å se bilder av sin mor fra åttitallet. Håret var kreppt, klærne pastellfarget og uteaktiviteter som å hoppe paradiset og strikk var noe alle jenter som vokste opp på den tiden gjorde. Interiøret inne besto som regel av pastellfarget tapet, utstilte såpestykker med sløyfebånd og dorulldukker med heklet kjole. Mine foreldre brukte sparepengene sine til å bygge badstue i kjelleren, og vannseng var en selvfølgelighet for de som fulgte med i tiden. Tanker, meninger og holdninger ble forsterket av moteikoner og reklamemagasiner som markedsførte hvilke betingelser som burde være til stede for å være en del av majoriteten. Virkeligheten ble godtatt med de tanker, meninger og holdninger som regjerte på åttitallet. Uten overordnede krav eller forventninger kom nye tanker og visjoner som dannet grunnlaget for nytenking. Såkalte eksperter kom med nye betingelser for hva som burde være til stede, og tanker, meninger og holdninger var i endring. I dag er det lite som kan minne om samfunnet slik det eksisterte på 80-tallet. I møte mellom oss selv og andre skapes en ny virkelighet uten at det legges vekt på at virkeligheten kunne være annerledes (Neumann, 2021).

1.1 Utgangspunkt for studiet

For lesere kan det virke uforståelig at beskrivelsen av 80-tallets virkelighet er relevant i en masteroppgave som omhandler leders betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Innfallsvinkelen er valgt for å belyse hvordan Helsedirektoratet i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 påpeker at «systematisk arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er et ansvar for alle ledere på alle nivå», er et resultat av en virkelighetsforståelse definert av et myndighetsorgan som skaper forventninger, holdninger og meninger som er like selvfølgelige og begrensende som de normer og den virkeligheten som rådet flere tiår tilbake (Flessen, 2016, s. 5; Helsedirektoratet, 2019 s. 16).

Spesialisthelsetjenesten i Norge eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, og er organisert i fire regionale helseforetak (RHF) som hver for seg er ansvarlig for all offentlig tjenesteyting innenfor sitt geografiske område. RHF-ene består av flere helseforetak (HF) som er regulert gjennom helseforetaksloven av 15.06.2001. Helse- og omsorgsdepartementet styrer RHF-ene gjennom de årlige oppdragsdokumentene hvor det spesifiseres hvilke oppgaver som skal utføres og hvilke krav som stilles (Braut, 2022).

Helsedirektoratet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og har funksjon som et fag- og myndighetsorgan som skal ha spisskompetanse på norsk helselovgivning, samt utvikle en helhetlig nasjonal helseberedskap. Direktoratet er tildelt myndighet til å tolke og gi mening til lov og regelverk innenfor helse- og omsorgssektoren (Helsedirektoratet, 2017).

I denne masteroppgaven benyttes diskursanalyse som metode for å finne hvilken betydning ledelse har for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i nasjonale, regionale og lokale dokumenter regulert gjennom Spesialisthelsetjenesteloven av 1999. Dokumentene analyseres og benyttes som empiri.

1.2 Et historisk tilbakeblikk

Etterkrigstidens Norge var preget av folks tiltro til helsemyndigheter og eksperter. Profesjonene sto høyt i kurs, og legene hadde suveren myndighet til å bestemme hvem som skulle få behandling og hvilken behandling som skulle tilbys. Brukerne av helsetjenesten godtok helsekøer og venting som en videreføring av krigens rasjoneringsordninger (Sørensen, 2005, s. 259). Nye tanker, nye impulser og økende krav fra brukere av helsetjenesten og helsemyndigheter utfordret styringsmodellen til spesialisthelsetjenesten. Styring av dagens spesialisthelsetjeneste er tuftet på en fordeling av ansvar for virksomheten ned til laveste organisatoriske enhet. Samfunnets holdninger og meninger, samt sosiale praksiser i dagens spesialisthelsetjeneste gjør det utenkelig å se for seg en virkelighet hvor ekspertstyrer skulle hatt tilsvarende makt som i etterkrigstiden.

Norske borgere forventer en trygg og sikker helsetjeneste som yter tjenester til fellesskapets beste. I dag er folks tiltro til helsetjenesten utfordret i en tid hvor teknologiske muligheter er større enn noen gang, samtidig som dilemmaer rundt prioriteringer av hvilke pasienter som skal få hva er høyst reelle. Norske borgeres forventning til helsetjenesten har vært i stor endring siden etterkrigstiden. Endringen bekrefter at virkeligheten er i bevegelse, og at ny virkelighet skapes og oppfattes av medlemmer av samfunnet som en normaltilstand. Hva er det som gjør at vi godtar den virkeligheten vi lever i? Neumann svarer på dette spørsmålet med: «Fordi det stemmer sånn omtrent med den til enhver tid alminnelig mening [...]» (Neumann, 2021, s.13).

Enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten trådte i kraft i 2001, og er beskrevet i Spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-9). Formålet med enhetlig ledelse var å unngå pulverisering av ansvarsforhold på avdelinger hvor det ofte var en lege som ledet legene, og en sykepleier som ledet sykepleierne. En delt ledelsesmodell la i liten grad til rette for

tverrfaglige strategier og mål, og uklare ansvarsforhold kunne være et hinder for gjennomføring av nødvendige endringsprosesser for å imøtekomme brukernes behov (NOU1997: 2).

Enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten pålegger alle organisatoriske enheter i sykehus å ha en leder med det totale ansvaret for drift, personell og økonomi (Grund, 2006).

Ekspertstyrer er erstattet med enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten og mål- og resultatstyring er innført som et resultat av New Public Management og tanker fra privat næringsliv (Grund, 2006). Troen på at ledelse skaper resultater sier noe om hva ledelse fører til, men ikke hva ledelse er eller betydningen av ledelse (Arnulf, 2012).

1.3 Begrepsparet kvalitet og pasientsikkerhet

Norske borgere har forventninger om en helsetjeneste som tilbyr tjenester av god kvalitet. I den nasjonale kvalitetsstrategien presenteres et sett av dimensjoner som skal danne grunnlaget for god kvalitet i helsetjenesten. Pasientsikkerhet er inkludert i kvalitetsbegrepet som tjenester som er trygge og sikre. Dimensjonene beskriver helsetjenester av høy kvalitet som:

- Utnytter ressursene på en god måte
- Tilgjengelige og rettferdig fordelt
- Involverer brukerne og gir dem innflytelse
- Samordnet og preget av kontinuitet
- Virkningsfulle

(Folkehelseinstituttet, 2021)

Pasientsikkerhet kan forstås på ulike måter. For det første kan begrepet pasientsikkerhet forstås som et element ved kvalitet, for det andre som et resultat som følge av systematisk arbeid med kvalitet, og for det tredje kan pasientsikkerhet sees på som en forutsetning for kvalitet. Internasjonalt er det gjort en kartlegging for å begrepsfeste betydningen av pasientsikkerhet med bakgrunn i et behov for et klart og entydig begrepsbruk (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2010) refererer til Vincent et al., (1998) når en generell definisjon av begrepet pasientsikkerhet presenteres som “pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelse eller mangel på det samme” (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010, s. 6). Definisjonen har en retorikk som peker på

sikkerhet som fravær av skade. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 benytter følgende definisjon av begrepet som gir føringer for begrepsbruken i helsetjenesten i Norge: “Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser” (Helsedirektoratet, 2019, s. 31).

De siste 15 årene har synet på hva som er god kvalitet vært i endring. God kvalitet ble tidligere sett på som resultater av enkeltindividers innsats og kompetanse, hvor sanksjoner var løsningen ved alvorlige hendelser. Enkeltindividers innsats har fremdeles betydning for kvaliteten på tjenestene, men helsetjenesten i Norge har gjennomgått en betydelig dreining fra søkelys på enkeltindividet ved alvorlige hendelser, til å rette søkelyset mot strukturen og prosessene i helsetjenesten. Materielt kommer endringen til syne ved omleggingen av meldeordningen for uønskede hendelser hvor ordningen ble flyttet fra Helsetilsynet i fylket til Kunnskapscenteret. I dag går meldinger om uønskede hendelser til Helsedirektoratet med hensikt å lære av dem, og forebygge at samme feil skjer igjen (Aase, 2015).

Begrepsparet kvalitet og pasientsikkerhet sees i strategidokumenter og handlingsplaner både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Fra myndighetene sees begrepene blant annet i Melding til Stortinget nr. 10 (2012-2013) med tittelen «God kvalitet-trygge tjenester». I nevnte melding er det også lagt vekt på at kontinuerlig kvalitetsarbeid er et lederansvar på alle nivå i organisasjonen. I oppdragsdokumentet 2022 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse-Vest RHF er ett av hovedmålene å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 6). Helsedirektoratet kom i 2019 med Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, som en overordnet plan som skal understøtte og legge til rette for at Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren fra 2017, etterleves (Helsedirektoratet, 2019).

1.4 Utfordringsbildet

Kvalitet i helsetjenesten handler ofte om verdier og hva som er viktig for det enkelte mennesket. Grunntanken i kvalitetsarbeid er å leve opp til brukernes forventninger. Utfordringsbildet blir tydelig da kvalitet for pasientene/pårørende har like mye å gjøre med den subjektive opplevelsen av tjenesten som det objektive faglige innholdet.

Bakgrunnen for Norges offentlige utredninger NOU 2015: 11 med tittelen «Med åpne kort» var et ønske om en bred gjennomgang av hvordan samfunnet følger opp alvorlige hendelser og lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten. Utredningen legger ansvaret på leder av aktuelle virksomheter for å oppfylle de krav i internkontrollforskriften som beskriver hvordan virksomheten jobber systematisk for å redusere sannsynlighet for å utsette pasienter for unødvendig risiko. «Selv om ansvaret i prinsippet er lagt til øverste leder [...] vil myndigheten i praksis være delegert til leder av den aktuelle virksomheten når det gjelder den praktiske gjennomføringen av internkontrollen (styringssystemet)» (NOU 2015: 11, s. 76).

Utfordringsbildet som tegner seg både nasjonalt og globalt er at det er for mange pasientskader og uønskede hendelser. Nasjonalt er informasjon om pasientskader fragmentert, og finnes hos ulike aktører. Norge mangler et helhetlig bilde av omfanget av uønskede hendelser og pasientskader (Helsedirektoratet, 2019, s. 5).

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) legger frem sin bekymring for omfanget av pasientskader på verdensbasis i rapporten «Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level» hvorpå løsningen på det globale utfordringsbildet beskrives som “[...] more leadership and action” (OECD, 2017, s.5).

I dagens samfunnsmodell eksisterer en virkelighetsforståelse av at strategi- og handlingsplaner er grunnleggende for god virksomhetsstyring. I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten ilegges leder av virksomheten ansvaret for at det gjennomføres systematisk styring av virksomheten.

Spesialisthelsetjenesteloven ansvarliggjør staten gjennom de regionale helseforetakene for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste, og krever at enhver som yter helsetjenester har et *sørge for* ansvar for at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999§ 3-4 a).

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i fem kapitler. Kapittel én gir en presentasjon av oppgavens utgangspunkt, samt setter utgangspunktet for studien i sammenheng med problemstilling. Tidligere forskning presenteres for å plassere oppgaven faglig og gir et signal om hvilke tematikker og perspektiver jeg finner relevante. Kapittel to gir en oversikt over hvilke teoretiske modeller jeg legger til grunn for å besvare oppgavens problemstilling. Kapittel tre gir en oversikt over valgt metode, samt refleksjoner rundt min egen forskerrolle og metodekritikk. I kapittel fire går jeg analytisk til verks og benytter Neumanns tre-trinns metode for gjennomføring av diskursanalysen. For å ikke gå glipp av diskursens materialitet som regulerer sosial samhandling, gjør jeg et forsøk på å identifisere det materielle i diskursen. Kapittel fem er viet til oppsummering og konklusjon hvor jeg argumenterer for hvorvidt forskningsspørsmålene er besvart.

1.6 Hva forskningen sier om ledelse, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

I min masteroppgave har jeg valgt å benytte dokumenter som empiri med diskursanalyse som metode. Det har vært utfordrende å finne forskningslitteratur med ledelse, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet som tema med diskursanalyse som metode. Da handlingsplaner og strategidokumenter benyttes som empiri, kjente jeg også på behovet for å søke etter forskningslitteratur som benyttet seg av tilsvarende dokumenter som empiri med den hensikt å forstå hvordan bruk av en bestemt sjanger kan være med å gi meningsinnhold og definere en viss forståelseshorisont.

Funn fra tidligere forskning på ledelsens betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring viser at ledelse er viktig for å skape en kultur hvor pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring prioriteres. Det kan være verdt å differensiere ledelsesbegrepet i toppledelse, og ledelse lengre ned i linjestraturene da det eksisterer lite forskning på toppledelsens betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Roger et al., 2010). Leape et al. (2009) trekker frem viktigheten av at medarbeiderne trives og føler seg trygge på jobb og knytter trivsel opp mot pasientsikkerhet. Betydningen av ledelse trekkes frem som sentralt i flere sammenhenger. For det første er det et ledelsesansvar å skape en kultur hvor medarbeiderne opplever at jobben er betydningsfull. For det andre er det leders ansvar å skape en forbedringskultur som muliggjør forbedringsarbeid, og for det tredje må ledelsen ha en tilnærming til organisasjonen hvor medarbeiderne blir sett på som ressurser for å oppnå organisasjonenes mål.

Øvretveit (2010) skriver i sin forskningsartikkel at fraværet av ledelse kan knyttes opp mot dårlig kvalitet og lite søkelys på sikkerhet, og sier implisitt at ledelse har betydning for hvordan virksomheter arbeider med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Konklusjonen hans er derimot noe tvetydig, da han ikke kan si noe om betydningen av ledelse sammenliknet med andre faktorer som påvirker kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Ei heller klarer han å konkludere han med hva ledere bør gjøre for å oppnå en kultur med søkelys på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Ledelsens evne til å skape tillitt til medarbeiderne i organisasjonen viser seg å være en viktig faktor for hvordan medarbeiderne forholder seg til pasientsikkerhets- og kvalitetssikringsarbeid (Firth-Cozens, 2004). Schindler og Thomas (1993) la i sin studie frem fem faktorer som har betydning for tillitt i organisasjoner. Studiet fokuserte både på tillitt medarbeidere mellom, og tillitt mellom leder og medarbeidere. Faktorene med betydning for tillitten ble identifisert som integritet, kompetanse, lojalitet, åpenhet og evnen til å vise vei med målrettet adferd.

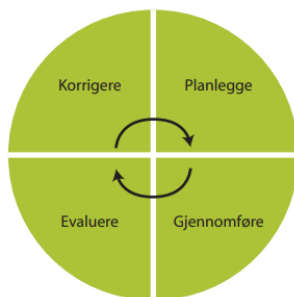
Herdlevær (2018) benyttet en diskursanalytisk tilnærming for å forstå Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten samt Helse-Vests lederplakat i et ledelsesperspektiv. Forskriften er gitt av helsemyndigheter med definisjonsmakt. Helse-Vests lederplakat er beskrivelsen av hvordan det regionale helseforetaket har tolket forskriften og operasjonalisert den. Masteroppgaven legger vekt på hvordan diskurser bidrar til å danne sosiale konstruksjoner, og trekker frem hvordan Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten danner produksjonsbetingelser for hvordan ledelse utøves. Det som er særlig relevant for min masteroppgave, er hvordan prioritering av kvalitet og pasientsikkerhet trekkes frem som sentrale ansvarsområder for ledere både i forskriften og i Helse-Vests lederplakat.

Pälli et al., (2009) har forsket på strategi som tekst og sosial praksis med diskursanalyse som metode, og avdekket særtrekk ved strategidokumenter som sjanger. "The basic or general communicative purpose and strategies could be summarized as to guide future action" (Pälli et al., 2009, s. 314). Samlet ble påfølgende kommunikative formål identifisert i strategidokumentet til byadministrasjonen i Lahti: "[...] education, self-legitimation, guiding future action, building identity and promotion" (Pälli et al., 2009, s 307).

1.7 Grunnlag for tema – presentasjon av problemstilling

NPM sitt inntog i offentlig sektor mot slutten av 1980-tallet forbindes med et nyliberalistisk tankesett og politisk orientering ført av Ronald Reagan i USA og Margaret Thatcher i Storbritannia. Tanken var at offentlige virksomheter skulle styres som det private næringslivet, og at det ville bidra til bedre kvalitet og større effektivitet i den offentlige sektor. Styringsprinsipper som kjennetegnes av NPM er typisk mål- og resultatstyring (Grund, 2006).

Ansvar for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er lagt til den enkelte virksomhet. Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er fra nasjonale myndigheter et av de fremste virkemidlene for å tydeliggjøre virksomhetenes ansvar, samt å understøtte det lokale søkelyset på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Forskriften benytter Demings forbedringssirkel som utgangspunkt for å visualisere følgende faser av et styringssystem som grunnleggende: Planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Forskriften beskriver nærmere hva fasene fører med seg av oppgaver for virksomheten i helse- og omsorgstjenesten. (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017; Meld. St.9 (2019-2020), s. 37)).



Figur 1: Visualisering av Demings forbedringssirkel (Meld. St. (2019-2020), s. 37)

Hvordan aktiviteter planlegges er ofte nedskrevet i strategi- og handlingsplaner. Da ansvaret for planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering er lagt til ledere på alle nivå, er det interessant i et ledelsesperspektiv å finne ut hvilke måter handlingsplanene som er inkludert i denne oppgaven vektlegger lederes betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

I masteroppgaven vil det bli gjort analysering av handlingsplaner. Problemstillingen jeg har valgt i denne masteroppgaven er følgende:

På hvilke måter har ledelse betydning for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i nasjonal, regional og lokal handlingsplan?

Den metodiske fremgangsmåten som blir benyttet i oppgaven er en Foucault-inspirert diskursanalyse. Som supplement har jeg valgt å benytte teoretiske perspektiver fra Vijay K. Bhatia for å forstå hvordan handlingsplaner som sjanger bidrar til å iverksette sosiale praksiser i styringsdiskursen.

Da Michel Foucault ikke utviklet en analytisk modell for gjennomføring av diskursanalyse, vil Neumanns modell benyttes. Handlingsplanene som omfattes av analysen er Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 og Utviklingsplan 2035 Haukeland universitetssjukehus. Utviklingsplan 2035 Haukeland universitetssjukehus omtales videre som Utviklingsplan 2035. Ved å se på tre handlingsplaner fra tre ulike nivå i hierarkiet, kan det etableres kunnskap om hvordan betydningen av ledelse fremstilles på tre ulike nivå. Handlingsplanene legger føringer for hvordan ledere forstår sitt ansvar for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. I den sammenheng er det interessant å finne ut om beskrivelsen av leders betydning samsvarer i dokumentene, eller om dokumentene gir ulik forståelse av leders betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

1.8 Hensikt og formål

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 og Utviklingsplan 2035 er handlingsplaner som legger føringer for hvordan virksomheter skal styre arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Oppgaven er skrevet med den hensikt å forstå hvordan nasjonale, regionale og lokale handlingsplaner fremstiller leders betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Hvordan ledelse i spesialisthelsetjenesten skal organiseres, er forankret i Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Videre er leders ansvar for systematisk styring av virksomheten beskrevet i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren. Nasjonale helsemyndigheter bidrar til definisjonsmakt. Hvordan nasjonale helsemyndigheter, lover og forskrifter beskriver leders ansvar knyttet til pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring vil sannsynligvis ha innvirkning på hvordan betydningen av ledelse fremstilles i handlingsplanene som er inkludert i denne oppgaven. I et styringsperspektiv er det interessant å se om handlingsplanene har lik tilnærming til ledelsens betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring eller om det eksisterer en divergens. Det er sannsynlig at handlingsplanenes evne til å fremstille leders betydning og ansvar for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring har betydning for prioriteringer og utøvelse av ledelse.

For å finne svar på problemstillingen er diskursanalyse valgt som metode. Meninger legger ofte grunnlaget for handling, og diskursanalyse er en studie av forutsetningene for at handlinger skal finne sted. For å identifisere meninger som del av det sosiale vektlegges ofte språket, som har sin primæroppgave å nettopp skape mening (Neumann, 2021). Hvordan forfatterne av handlingsplanene fremstiller mål, tiltak og oppfølging av handlingsplanene, kan ha betydning for grad av forankring blant virksomhetsledere med ansvar for systematisk styring av virksomheten. Hvilke kommunikative formål som benyttes samt hvilke effekter de frembringer er derfor interessant å avdekke i et styringsperspektiv.

Maktfaktoren er sentral i diskursanalyse, og særlig makt i den form som fremstiller verden på en bestemt måte, som det ikke stilles spørsmålstegn ved, og som iscenesetter sosiale praksiser (Neumann, 2021). Makt er grunnleggende for å muliggjøre endringer og forbedringer, og gjennom diskursanalysen skal jeg forsøke å avdekke hvordan handlingsplanene som er inkludert i oppgaven bidrar til å konstituere, reprodusere og transformere sosiale maktrelasjoner i styringsdiskursen.

Tema i denne oppgaven er ledelse og styring av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Ved hjelp av diskursanalyse som metode vil det bli gjort en analyse av styringsdiskursen, hvor krav til ledelse og ledelsens betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring synliggjøres ved å benytte handlingsplaner på nasjonalt, regionalt, og lokalt nivå. Neumann (2021) legger opp til at diskursanalysen består av tekst og sosial materialitet. I tillegg til å benytte handlingsplaner, forsøker jeg i denne oppgaven å finne styringsdiskursens materialitet. Hvilke materielle substanser eksisterer i styringsdiskursen som er med på å konstituere den virkeligheten som omfavner oss?

Betydningen av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er også grunnleggende for å forstå hvilket ansvar ledere på alle nivå i spesialisthelsetjenesten har for systematisk styring av virksomheten. Fremstiller forfatterne av handlingsplanene begrepsparert likt, eller er det ulik fremstilling av begrepene pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som gjør ansvarsområdet utydelig?

Med bakgrunn i hensikt og formål med oppgaven, skisseres fire forskningsspørsmål som skal bidra til å gi svar på oppgavens problemstilling.

Forskningsspørsmål:

Beskriver dokumentene hvilke krav og forventninger som stilles til leder i organisasjonen, og hvordan er disse eventuelt presentert?

På hvilke måter bidrar handlingsplanene til å konstituere, reprodusere og transformere sosiale maktrelasjoner?

Hvordan er begrepsparet kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet omtalt i handlings- og strategidokumentene? Omtales begrepsparet likt i de tre dokumentene eller fremstiller forfatterne begrepsparet ulikt?

Hvilke kommunikative formål benyttes i handlingsplanene? Hvilken effekt har de kommunikative formålene i styringsdiskursen?

1.8.1 Hvorfor en analyse av handlingsplaner?

Strategiplanlegging har blitt en viktig del av virksomhetsstyringen i spesialisthelsetjenesten. I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er systematisk virksomhetsstyring lovfestet. Handlingsplaner kan sees på som et styringsverktøy som plasserer ansvar og som beskriver tiltak for å nå fremtidige mål. Ledelsens ansvar for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er styrt og regulert gjennom statlige styringsmål som dermed fremskaffer et sett med sannhetsregimer som sier at pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er arbeid som skal integreres i etablerte styringslinjer (Helsedirektoratet, 2019).

I Meld. St. 10 (2012-2013) ilegges ledelsen det fullstendige ansvaret for «[...] virksomhetens mål, strategi og styring» rettet mot kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid (Meld. St. 10 (2012-2013), s 81). Statlige styringsmål tolkes og operasjonaliseres gjennom nasjonale, regionale og lokale handlingsplaner som gjenkjennes ved at de deler et sett av kommunikative formål og er tilhørere av samme sjanger (Bhatia, 1993; Horsberg, 2010). Felles kommunikative formål bidrar til å lage en ramme rundt handlingsplanene som sjanger, med likhetstrekk i innhold og struktur (Bhatia, 1993; Horsberg, 2010).

For å forstå sitt ansvar for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid som leder, er det etter min oppfatning avgjørende hvordan nasjonale, regionale og lokale handlingsplaner velger å vektlegge lederes betydning. Ved hjelp av språket skapes representasjoner av virkeligheten som igjen bidrar til å konstituere den virkeligheten vi omgir oss med (Jørgensen & Phillips, 1999; Neumann, 2021). Handlingsplaner benyttes som et utgangspunkt i denne oppgaven.

1.9 Avgrensning og begrepsavklaringer

Spesialisthelsetjenesten omfatter institusjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk. Spesialisthelsetjenesten inkluderer også ambulansetjeneste, privatpraktiserende spesialister med driftsavtale, rehabiliteringsinstitusjoner og laboratorie- og røntgenvirksomhet. Det er de fire regionale helseforetakene som har ansvar for å sikre befolkningen i hver region tilgang til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Tjenesten er hjemlet i lov om spesialisthelsetjenesten m. m av 1999. (ssb.no, Spesialisthelsetjenesten, 2021)

I denne oppgaven knyttes begrepet spesialisthelsetjeneste opp mot sykehus organisert etter den norske helseforetaksmodellen. Hvilken betydning ledelse har for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i tidligere nevnte handlingsplaner, avgrenses til å gjelde ledelse på sykehus.

Diskursbegrepet er mangfoldig, og kan oppfattes som en abstrakt tilgang til virkeligheten gjennom tolkninger av bestemte måter å snakke om eller forstå verden på. En Foucault-inspirert tilgang til diskursanalysen leder forskeren mot å avdekke hvordan gitte utsagn blir akseptert som meningsfulle i ulike historiske epoker (Jørgensen & Phillips, 1999). For diskursanalytikerer gir det ingen mening å beskrive hva samfunnet består av uten å få fram den klare betydningen av hvordan det ble slik og hvordan samfunnet opprettholdes. En Foucault-inspirert tilgang til diskursanalysen retter søkelyset mot de epistemologiske spørsmålene *hvordan* vi kan ha kunnskap om samfunnet vi omgir oss med til enhver tid (Neumann, 2021). Videre beskriver Neumann (2021) det ontologiske utgangspunktet som læren om det værende, forstått som læren av hva verden består av. Med diskursanalytiske briller på, er det relevant å søke etter hvilke *handlingsbetingelser* som eksisterer og som styrer hva som til enhver tid er akseptabelt. Slik jeg forstår Neumann, kan handlingsbetingelser knyttes til det ontologiske perspektivet som beskriver hva som er utgangspunktet for handling i styringsdiskursen.

For å følge opp de epistemologiske spørsmål om hvordan vi kan ha kunnskap om verden, er det i denne oppgaven naturlig å inkludere et historisk perspektiv som gir grunnlag for dagens forståelse av hvilket ansvar som er delegert til ledere på alle nivå i spesialisthelsetjenesten. Det ontologiske utgangspunktet, det vil si hvilke handlingsbetingelser som eksisterer i styringsdiskursen vil fungere som et bakteppe for å avdekke hva som ligger til grunn for handling (Neumann, 2021).

Oppgaven vil avgrenses til å følge Foucaults diskursanalytiske tilnærming, og utelukker dermed en mer lingvistisk tilnærming til diskursanalysen.

Det er i den sene fase av forfatterskapet Foucault ser tilbake på sitt arbeid og sier at det ikke er diskurser han har undersøkt, men problematiseringsformer i form av tanker som oppstår i det en handling ikke lengre er selvfølgelig (Øye et al., 2018). Jeg har valgt å utelate siste epoke av Foucaults forfatterperiode, uten at oppgaven mister sin Foucault inspirerte tilnærming.

Spesialisthelsetjenesteloven av 1999 legger føringer for ansvar, plikter, rettigheter og organisering for alle som tilbyr eller yter spesialisthelsetjenester (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Som avgrensning på oppgaven har jeg valgt å benytte dokumenter som er forankret i spesialisthelsetjenesteloven av 1999.

KAPITTEL 2. TEORI

2.1 Ledelse og organisasjonsresultater – er troen større enn virkningen?

Med utgangspunkt i oppgavens problemstilling er det relevant å søke i eksisterende teori for å se hvordan organisasjonsteoretikere fremstiller leders betydning for organisasjonsresultater. Kan organisasjonsteoriens fremstilling av leders betydning ha innvirkning på hvordan betydningen av ledelse er omtalt i nasjonale, regionale og lokale handlingsplaner for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring?

Fagerdal et. al (2022) konkluderte i sin studie med at ledelse har stor betydning for hvordan virksomheter i helsetjenesten styres. I den akademiske ledelsestanken eksisterer to påstander hvor det fra ledelsesforskningens ståsted er en selvfølge at ledelse er av stor betydning (Strand, 2001).

Organisasjonsteoretikerne derimot, fremlegger flere argumenter for at ledelse som fenomen ikke har direkte betydning for organisasjonens resultater og begrunner dette med at ledere velges ut fra et homogent sjikt i samfunnet og ikke skiller seg ut fra befolkningen ellers. Et annet argument er at organisasjoner har så faste strukturer at enkeltindivider ikke kan gjøre en nevneverdig forskjell (Strand, 2001). Argumentasjonen finner støtte i et mye brukt sitat innen tema om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helsetjenesten: «Every system is perfectly designed to get the results it gets» (Carr, 2008). I sitatet vektlegges organisasjonsstrukturen foran betydningen av ledelse for å oppnå gode organisasjonsresultater. En tredje faktor som organisasjonsteorien fremmer som argument mot at ledelse har nevneverdig betydning for

organisasjonens resultater er omgivelsenes ustabilitet og en tilværelse som er lite kontrollerbar, noe som fenomenet ledelse ikke har særlig innvirkning på (Strand, 2001).

Argumentasjonsrekken til organisasjonsteorien kan like fullt snus, og brukes som argument for at ledelse har betydning for organisasjonens resultater. Nettopp fordi omgivelsene er ustabile kan det argumenteres for at det eksisterer et handlingsrom for ledere til å kunne agere på endringer i omgivelsene og tidlig være med å påvirke. Det kan også argumenteres for at en organisasjon er mere enn de strukturelle rammene, og at det er nødvendig med ledelse for å ivareta, veilede og støtte menneskene som jobber i organisasjonen (Strand, 2001).

Nyere litteratur peker på ledere som nøkkelpersoner når det gjelder å påvirke hvordan medarbeiderne oppfatter og verdsetter organisasjonen. Nyere forskning understøtter denne tankegangen, og viser til godt samsvar mellom leders egenskaper og adferd på den ene siden og medarbeiderbedømmelser og virksomhetsresultater på den andre (Strand, 2001). Det er særlig egenskaper og adferd som hører til under paraplyen transformasjonsledelse som beskrives som virkningsfulle for å nå virksomhetens mål (Martinsen, 2005).

2.2 Om styringssystem i de regionale helseforetakene, helseforetakene og daglig leders ansvar

Etter spesialisthelsetjenesteloven §2-1 a har de regionale helseforetakene et *sørge for* ansvar for at personer innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester. Ansvaret er forbundet med plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold samsvarer med krav fastsatt i lov eller forskrift (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-1 a).

Helseforetaksloven fastsetter nærmere de regionale helseforetakenes og helseforetakenes ansvar og oppgaver knyttet til styringssystem. I helseforetaksloven § 2a presenteres følgende: «Regionale helseforetak har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Regionale helseforetak skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomheten i helseforetaket som de eier [...]» (Helseforetaksloven, 2001, §2a).

Helseforetakene ble etter innføring av sykehusreformen i 2001 ansvarliggjort for den daglige driften, og ble som følger ansett for å være selvstendige rettssubjekter (Grund, 2006). I helseforetaksloven §6 om partsstilling kommer helseforetakene som selvstendige rettssubjekter til syne ved bestemmelsen om at «foretaket har selv rettigheter og plikter, er

part i avtaler med private og offentlige myndigheter og har partsstilling overfor domstoler og andre myndigheter» (Helseforetaksloven, 2001, §6).

Etter helseforetaksreformen §37 er leder av helseforetaket ansvarlig for «[...] den daglige ledelsen av foretaket [...]» (Helseforetaksloven, 2001, §37). En slik tydeliggjøring av ansvar gjør at også kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet faller innunder daglig leders ansvarsområde.

Det kan derimot stilles spørsmål med hvorvidt daglig leder av helseforetak har kunnskap nok på alle nivå i helseforetaket til å kunne stilles til ansvar for at helseforetaket driver kontinuerlig kvalitetsforbedring og har søkelys på pasientsikkerheten. Daglig leder for de regionale helseforetakene vil ha det overordnede ansvaret for at det etableres styringssystemer ved de ulike helseforetakene, samtidig må ansvaret sees i sammenheng med hvilke oppgaver det er snakk om og hvem som har den nærmeste muligheten til å påvirke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

2.3 Diskurs og sosialkonstruktivisme

Vitenskapsteoretisk plasseres diskursanalyse under sosialkonstruktivismen med utgangspunkt i at mennesker konstruerer sin egen virkelighet basert på vår betegnelse av den. Menneskets kunnskap om verden blir til gjennom språket som danner grunnlaget for sosial samhandling (Hitching et al., 2011). I denne oppgaven kommer språket til syne i handlingsplanene som er inkludert i analysen, samt sekundærlitteratur som forskrifter, lover og stortingsmeldinger. Sosialkonstruktivismens utgangspunkt er å observere, avdekke og beskrive fenomener som ikke uten videre synlige (Hitching et al., 2011). Sosialkonstruktivismen har fenomenologien som fundament, og tar avstand fra antagelsen om et objektivt tilgjengelig verdensbilde (Tjora, 2021). Kunnskap om det vitenskapsteoretiske grunnlaget for analysen danner videre forståelse av oppgavens struktur og metodikk (Wifstad, 2018).

Diskursanalysens overordnede teorem er å kombinere analyse av ytringer og tekster med kulturen og samfunnet (Hitching et al., 2011). Utgangspunktet for diskursanalyse er at tekst og samfunn påvirker hverandre gjensidig, og dermed står i et dialektisk forhold til hverandre. Utgangspunktet skaper en virkelighet som beskriver hvordan språklig og sosial samhandling påvirkes av den sosiale sammenhengen de blir til i. Samtidig bidrar tekster og sosiale praksiser til å bekrefte og skape ny kunnskap om verden som fremstår som så naturlig at det ikke stilles spørsmål ved. (Hitching et al., 2011, s. 11).

Metodisk benyttes Neumann sin analysestruktur for å gjennomføre diskursanalysen. Jeg finner det derfor relevant å presentere Neumanns definisjon av diskursbegrepet:

En diskurs er et system for frembringelse av et sett utsagn og praksiser som, ved å innskrive seg i institusjoner og fremstå som mer eller mindre normale, er virkelighetskonstituerende for sine bærere og har en viss grad av regularitet i et sett sosiale relasjoner. (Neumann, 2021, s. 21-22)

Jørgensen og Phillips (1999) har valgt en annen definisjon på diskursbegrepet og ordlegger seg i knapphet når de beskriver diskurser som «[...] en bestemt måte å tale om å forstå verden (eller et utsnitt av verden) på» (Jørgensen & Phillips, 1999, s 9).

Diskursbegrepet er mangfoldig, og mangler en konkret beskrivelse. Det er likevel mulig å sammenfatte hovedlinjer som favner ulike tilganger til diskursanalysen. For det første er det interessen for språket og språkets evne til å reflektere virkeligheten. For det andre er det et kritisk blikk på maktrelasjoner i samfunnet, og gjerne makt av typen som utfordrer den tradisjonelle forståelsen av en endimensjonal maktutøvelse. For det tredje sees diskursanalyse som en pakkelsning som omfatter både teori og metode og for det fjerde kan det innenfor de fleste tilganger til diskursanalysen avdekkes koblinger til Michel Foucaults tankemønster (Flessen, 2016; Jørgensen & Phillips, 1999; Øye et al., 2018).

2.3.1 En Foucault-inspirert tilnærming til diskursanalysen

Om Foucault er det blitt sagt at han «[...] oppfører seg som en fra en fremmed planet som akkurat har tatt det første varsomme skrittet på Jorda. Han forsøker å forstå det uforståelige som av jordens innbyggere selv oppfattes som noe selvfølgelig og meningsfylt» (Ulleberg, 2016, s 70).

Den franske filosofen Michel Foucault er en sentral skikkelse for alle tilganger til diskursanalysen. Foucault presenterte ikke en egen metode for diskursanalyse, men utviklet gjennom sitt arbeid diskursanalytiske tilganger som han kalte arkeologi og genealogi. I den arkeologiske analysen leter Foucault etter de historiske mulighetsbetingelsene som danner grunnlaget for produksjon av utsagn (Ulleberg, 2016). Utgangspunktet er at kunnskap ikke er en avspeiling av virkeligheten, men at diskursiv konstruksjon av hva som er kunnskap og sannhet forandrer seg i ulike tidsperioder (Herdlevær, 2018; Ulleberg, 2016). Tilgangen til diskursanalysen som Foucault kaller genealogien kan benyttes som et supplement til den arkeologiske analysen. Genealogien tar utgangspunkt i nåtiden, og går tilbake i tid for å for å

identifisere forutsetninger for at dagens fenomener eksisterer som de gjør. Genealogien som tilnærming til diskursanalysen bidrar dermed til å vise hvordan tilsynelatende gitte forutsetninger for handling har sin opprinnelse (Ulleberg, 2016, s. 71).

Relatert til denne oppgaven kan en genealogisk tilnærming til diskursanalysen bidra til å forstå hva som har formet dagens helseforetaksmodell med fordeling av ansvar for styring av virksomheten til nederste organisatoriske enhet.

Et sentralt begrep som er aktuelt i denne oppgaven hvor styring av virksomheter står sentralt, og som kjennetegner en Foucault inspirert tilnærming til diskursanalysen er governmentality. Empirien som benyttes er handlingsplaner som gir føringer for hvordan ledere skal prioritere pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid, samt hvilke tiltak som skal gjennomføres for å nå målet om trygge og sikre helsetjenester. Handlingsplanene kan med et foucauldiansk blikk sees på som organisert styringskunst som legger føringer for hva ledere skal prioritere og hvordan systematisk tilnærming til pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring skal gjennomføres for å oppnå trygge og sikre helsetjenester. Som eksempel definerer Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 pasientsikkerhet som tjenester som er trygge og sikre. Likeledes beskriver både Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024, samt Utviklingsplan 2035 at virksomheten skal styres etter prinsipper i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten. På denne måten defineres noe kunnskap som sann og riktig, og sier implisitt at kunnskap utenfor dette domenet er underordnet eller feil (Øye et al., 2018).

Hammer (2021) beskriver governmentality som «[...] det punktet der styring ovenfra kobles til vår ledelse av oss selv» og bekrefter med sitt utsagn makten som befinner seg i styrings- og handlingsplaner. Lemke (2001, s. 55) skriver i hovedsak at governmentality har to funksjoner; for det første som representasjon av et diskursivt felt hvor begreper blir definert, sannhetsregimer spesifisert og strategier for å løse utfordringer blir beskrevet. For det andre som intervensjon i form av produksjon av ny kunnskap og nye sannhetsregimer i form av prosedyrer, fysiske institusjoner og direktorater. En slik beskrivelse støtter opp under funksjonene til Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet 2019-2023, Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 og Utviklingsplan 2035 som speiler et diskursivt felt som beskriver sannheter for hvordan offentlige helseinstitusjoner skal styres for at pasientsikkerheten og kvaliteten skal ivaretas (Øye et al., 2018).

2.4 Makt

I en Foucault-inspirert diskursanalyse er forholdet mellom kunnskap og makt sentralt. Kunnskap om virkeligheten blir formet gjennom språket og diskursiv praksis som trekker grenser for hvilke ytringer som aksepteres. Videre beskriver Foucault makten som produktiv i den forstand at den produserer kunnskap (Ulleberg, 2016; Øye et al., 2018). I en samfunnskontekst kan helseforetak med sin organisasjonsstruktur være objekt for makt som produserer en viss form for kunnskap om helse, sykdom og forebygging. Kunnskap – makt teoremet kan dermed forstås som en loop hvor makt produserer kunnskap og kunnskap legitimerer makten (Strand, 2001; Ulleberg, 2016).

Foucault utviklet dispositivbegrepet som en utfordring til den tradisjonelle forståelsen av en endimensjonal maktutøvelse hvor makt defineres som evnen til å få andre til å gjøre som en selv vil, uansett hva disse andre vil (Øye et al., 2018; Arnulf, 2012). En annen vinkling på endimensjonal maktutøvelse er hvordan A handler for å få B til å gjøre noe som ligger utenfor B sine interesser hvor B også kan yte en form for motstand mot A (Neumann, 2021).

Det kan dras sammenlikninger mellom en forståelse av endimensjonal maktutøvelse og principal-agent teorien som beskriver hvordan medarbeidere i det skjulte arbeider mot organisasjonenes mål for å oppfylle egne interesser (Nyland & Pettersen, 2018). Ved å dra inn en flerdimensjonal maktforståelse, åpner det seg et bredere spekter av analysetilganger for å forstå hvilke former av makt som vi daglig omgås. Ved å analysere dimensjoner av makt trekkes maktforståelsen mot Foucaults dispositivbegrep. En todimensjonal maktforståelse tar hensyn til kontekst for maktutøvelse. I en organisasjonskontekst kan prinsipalen lettere få makt over agenten da organisasjonen er tilrettelagt for prinsipalens handlinger, som gjør at handlingene lettere godtas av agenten. En tredimensjonal maktforståelse legger til grunn at agentens interesser er et resultat av det systemet agenten daglig er en del av, og at prinsipalens handlinger godtas uten opposisjon (Neumann, 2021). Dispositivbegrepet kan forstås som maktens spissfindige virkemåte hvor makt utøves i en form som fremstår så normal og uproblematisk at hverken prinsipal eller agent er klar over at makt utspilles (Øye et al., 2018). Foucaults dispositivbegrep kan forstås som en fjerde dimensjon av maktforståelse (Neumann, 2021).

Dispositivbegrepet er aktuelt i denne masteroppgaven av flere grunner. For det første avdekkes en fjerde dimensjon av maktforståelse ved å forstå hvordan handlingsplaner som

sjanger er med på å opprettholde maktbalansen mellom forfatter og leser. Analyserammen suppleres derfor med Vijay K. Bhatia for å forstå makten som finnes i selve sjangerbegrepet.

For det andre kan makten som identifiseres i handlingsplaner omtales som produktiv, da dokumentene bidrar til å skape kunnskap om styring og prioritering i virksomheten (Jørgensen & Phillips, 1999). I tillegg har handlingsplaner en iboende makt til å danne kontekst for ledelse og evne til å vise vei til fremtidige handlinger (Pälli et al., 2009).

2.5 Subjektposisjoner

Den vestlige oppfattelsen av subjektet kan beskrives som en autonom og suveren enhet som handler etter egne vurderinger og som står fritt til å bestemme over seg selv (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 24) Foucault presenterer en annen subjektoppfattelse hvor diskursen trekker grenser for hva som kan sies og hva som kan gjøres hvorpå subjektet blir en agent for kulturen og språket. (Jørgensen & Phillips, 1999). Neumann (2021) argumenterer for at subjekter identifiserer seg med representasjoner, verdier og tenkemåter som diskursen frembringer, og at subjekter styres av diskursive grenser som regulerer muligheten for handling. Prosessen hvor subjekter plasseres eller plasserer seg selv i diskursens subjektposisjon kalles interpellasjonsprosess (Jørgensen & Phillips, 1999). Knyttet til styringsdiskursen og ledelse kan involvering, inkludering og søkelys på læring fremfor sanksjoner være tankemåter og verdier innen styringsdiskursen som skaper subjektposisjoner som konstituerer subjekter som evner å styre og veilede i tråd med diskursens regler (Neumann, 2021). En spennende tanke som utledes fra beskrivelsen av konstitueringen av subjekter i diskursen er at evnen til å identifisere seg med representasjoner, verdier og tenkemåter går ut over den institusjonelle *rollen* subjektet har. Styringsdiskursen konstituerer en subjektposisjon for styring, medvirkning, involvering og inkludering som fylles av ledere, medarbeidere, pasienter og brukere som subjekt.

2.6 Sjangerteori

Behovet for å forstå hva en sjanger er, og hvordan sjangeren påvirker hvordan tekster forstås og tolkes oppstår som følge av at denne oppgaven benytter handlingsplaner som empiri. Hvordan handlingsplanene med sin struktur og kommunikative formål bidrar til å konstituere, reproducere og transformere sosiale maktrelasjoner er interessant i lys av en Foucault-inspirert tilgang til analysen hvor makt står sentralt.

Hvilke felles særtrekk innen rammen for yrkesrelatert sjanger bidrar til å gi mening til lesere av dokumentene? Vijay K. Bhatia er en teoretiker som har jobbet med analyse av sjanger innenfor rammene for det som kalles yrkesrelaterede sjangre. I følge Bhatia (1993) er det flere faktorer som bidrar til konstruksjonen av ulike sjangre. Bhatia (1993) trekker likevel frem felles kommunikative formål som grunnlaget for konstruksjonen av sjangere. I sin fremstilling av sjangerbegrepet legger Bhatia (1993) vekt på at det følger visse krav til samsvar mellom form og funksjon, og at sjangeren legger føringer for språkbruk og valg av struktur i en tekst. Bhatia (1993) hevder likevel at en forfatter har stor frihet til å utfolde seg språklig og kan tillate seg å være kreativ innenfor gitte rammer for å oppnå gevinst. Forfatterens mulighet til kreativitet begrenses likevel av leserens forventning til sjangeren. “It is possible for a specialist to exploit the rules and conventions of a genre in order to achieve special effects [...] but s/he cannot break away from such constraints completely without being noticeably odd” (Bhatia, 1993, s. 14).

Tekster som bryter med rammeverket som er satt for sjangeren kan gi konsekvenser i retning av at teksten ikke godtas innen rammen for sosial praksis. På denne måten oppstår brudd i maktbalansen mellom forfatter og leser. En slik tilnærming til bevisst bruk av språklig kreativitet kan kobles til Foucault og bruken av dispositivbegrepet hvor makt utøves i en form som fremstår normal og uproblematisert for leser (Øye et al., 2018).

I følge Bhatia (1993) må sjangre studeres i lys av kontekstuelle faktorer, da sjangeren i seg selv gir liten eller ingen mening stående alene. Kontekstuelle faktorer er avgjørende for å forstå sjangerens kommunikative formål. Slik jeg velger å tolke Bhatia må sjangeren forstås ut ifra hvilket diskursivt felt den tilhører. En slik tolkning kan bekreftes av Neumann (2021) som beskriver diskurs som en “[...] sammensmeltet tekst og sosial materialitet” (Neumann, 2021, s. 34). Det som imidlertid ser ut til å skille Neumann fra Bhatia er bruken av begrepene tekst og sjanger. Mens Neumann skriver at tekst og sosial materialitet sier noe om virkelighetsoppfatningen, indikerer Bhatia at en hel sjanger sammen med sosial materialitet kan gjøre det samme. “[...] which makes it possible for the analyst to understand how a particular genre defines, organizes and finally communicates social reality” (Bhatia, 1993, s. 18).

2.7 Handlingsplaner som del av en styringsdiskurs

I føringer fra lovgivende makt er det lovpålagt for helseforetak å planlegge virksomhetens aktiviteter slik at omfang og innhold samsvarer med lovpålagte krav (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Virksomhetsstyringen skal gjennomføres som en syklisk prosess bestående av fire faser; planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende. De fire fasene danner grunnlaget for hvordan helseforetak er pålagt å styre aktiviteten. Hvordan virksomheten planlegger aktiviteten gir forståelsen av at det snakkes om fremtidige aktiviteter. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren § 6a gir planleggingsfasen innhold:

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver: a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og brukersikkerhet i virksomheten. (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, 2017, § 6a)

Hvordan virksomheten skal gjennomføre aktiviteter gir assosiasjoner til at det snakkes om iverksetting av nødvendige tiltak for å gjennomføre aktiviteter som bidrar til å nå fremtidige mål. Videre vil evaluering og korrigerende av virksomheten for det første fremstå som et virkemiddel slik at ansvaret for å kontrollere virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål forankres i linjeledelse og bidrar til kontinuerlig oppfølging. For det andre bidrar plikten til å korrigerende virksomhetens aktiviteter til at den ansvarlige for virksomheten kontinuerlig må ha søkelys på korrigerende tiltak “for å sørge for [...] tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterlevs” (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, 2017, § 9b).

Hvordan spesialisthelsetjenesten skal styres for å gi befolkningen faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester omfavnes av *sørge for* ansvaret spesialisthelsetjenesten har. Videre er ansvaret for styringssystem lagt til øverste leder av virksomheten. Lov om enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten retter ansvaret mot ledere på alle nivå i spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Hvordan systematisk styring av virksomheter skal gjennomføres er i tillegg beskrevet i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Sosiale prosesser som settes i gang ved produksjon av fremtidige mål frembringer en myriade av mikroprosesser og praksiser i form av forhandlinger, møtevirksomhet og samhandling. Det eksisterer dermed et system sammensatt av tekst og sosial materialitet som er institusjonalisert og som fremstår som virkelighetskonstituerende, hvor det danner seg et bilde av en diskurs som videre omtales som styringsdiskursen. Videre vil styringsdiskursen i dette avsnittet omhandle den språklige materialiteten i form av handlingsplaner.

Strategier har gjerne som mål å belyse hvilke utfordringer som eksisterer, og beskriver gjerne hvordan utfordringene skal løses. Betydningen av begrepet strategi kan tilknyttes begreper som planlegging, endring og handling som også er begreper som beskriver hvordan handlingsplaner er strukturert (Horsberg, 2010). Strategier med samme tema eksisterer gjerne på ulike nivå i samfunnet med ulik grad av detaljering. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, Region plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 og Utviklingsplan 2035 er eksempler på handlingsplaner med samme tema presentert på ulike nivå i organisasjoner tilknyttet helsetjenesten.

2.8 *Sørge for ansvar og lovmessig forankring som del av hegemoniet?*

Lovgivende makt har gjennom Specialisthelsetjenesteloven §2-1a gitt de regionale helseforetakene et *sørge for* ansvar for at personer med bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-1a). *Sørge for* ansvaret er av definisjonsmakten beskrevet som plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold samsvarer med lovpålagte krav (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, §2-1a).

Helseforetakene er tilbydere av hovedmengden av helsetjenester, og er dermed de regionale helseforetakenes viktigste virkemiddel for å oppfylle *sørge for* ansvaret. Som del av plikten til å planlegge virksomheten, utarbeides utviklingsplaner, strategi, og handlingsplaner som har som felles kommunikative formål å beskrive nødvendige tiltak for å imøtekomme fremtidens utfordringer (Helse Vest RHF, 2020).

Krav om et lovpålagt ansvar for å tilby helsetjenester med god kvalitet i dag og i fremtiden, leder frem til en forståelse av at det må eksistere kvalitetsorganisasjoner. Kravet om god kvalitet i dag og i fremtiden betyr at arbeid med å oppnå god kvalitet er en systematisk og kontinuerlig prosess, og ikke noe som oppnås endelig (Folkehelseinstituttet, 2021).

Definisjonsmaktens krav til kvalitet og pasientsikkerhet får betydning for organisasjonens prioriteringer, hvilken opplæring ledere får i kvalitetsarbeid samt hvilke holdninger ansatte har til eget arbeid.

Forståelsen av nåtidens organisering av spesialisthelsetjenesten med statlig eierskap og delegert ansvar til regionale og underliggende helseforetak er så etablert at det i diskursteoretisk sammenheng kan defineres som en objektiv forståelse. Slik er også forståelsen av enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten, med én ansvarlig leder på hvert nivå.

Den objektive forståelsen er et resultat av tidligere politiske prosesser som i denne sammenheng føres tilbake til statlig overtakelse og organisering av regionale og underliggende helseforetak med et *sørge for* ansvar for befolkningen innen helseregionen (Jørgensen & Phillips, 1999).

Hegemoniet oppstår når politiske maktkamper avløses av objektive forståelser hvor det er konsensus om en virkelighetsforståelse som den naturlige (Jørgensen & Phillips, 1999). Grensen mellom det objektive og det politiske maktspeillet er ikke fastlåst, og det som i dag oppfattes som selvfølgelig viten har en gang vært grunnlaget for politiske prosesser. (Jørgensen & Phillips, 1999).

KAPITTEL 3. METODE

Diskursanalyse plasserer seg metodisk under kvalitativ forskningsmetode og har som mål å danne mening og gi forståelse av en prosess eller et fenomen. Vitenskapsteoretisk plasseres diskursanalyse seg under sosialkonstruktivismen, hvis oppfatning av verden er at virkeligheten er sosialt skapt (Neumann, 2021). Kvalitativ forskningsmetode vektlegger forståelse fremfor forklaring i søken etter å finne svar i en forskningsprosess (Tjora, 2021). Masteroppgaven gjennomføres som en diskursanalyse med bruk av handlingsplaner, strategidokumenter, stortingsmeldinger og forskrifter som empiri. Kildene kan beskrives som normative i den forstand at de beskriver fremtidige mål og visjoner. Masteroppgaven vil ha en abduktiv tilnærming, hvor nye ideer og hypoteser kan oppstå som representasjoner underveis i forskningsprosessen. En abduktiv tilnærming kan bety at det utvikles flere mulige forklaringer på det samme fenomenet, og at det gjennomføres logiske resonnement for å komme til en sannsynlig konklusjon (Tjora, 2021). Oppsummert vil jeg påstå at oppgaven har en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming til problemstillingen med en abduktiv forskningsstrategi (Wifstad, 2018).

Diskursanalyse som metode har ikke et tydelig skille mellom teori og metode. Jørgensen og Phillips (1999) beskriver teori og metode som en pakkøløsning som inkluderer språkets rolle i konstruksjonen av verden, teoretiske modeller for gjennomføring av diskursanalyse, metodologiske retningslinjer samt teknikker for språkanalyse (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 12).

I en ledelsesdiskurs med en retning mot leders rolle i nasjonale, regionale og lokale handlingsplaner som omhandler kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, vil det være nødvendig å lete etter tekster som kan identifiseres som monumenter som fungerer som «[...] knute- eller for ankringspunkter for diskursen» (Neumann, 2021, s. 49). I denne oppgaven vil helsemyndighetene representere den norske sentraladministrasjonen, og det vil derfor være aktuelt å lese lover, forskrifter og strategi- og handlingsplaner hvor pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og ledelse er omtalt.

Analyse av Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 og Utviklingsplan 2035 analyseres etter Neumanns tretrinns-metode. De nevnte dokumentene blir analytisk brutt ned for å forstå leders betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

3.1 Utvelgelsesprosessen

Innledningsvis brukte jeg søkeordene handlingsplan, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring med ønske om å tilegne meg kunnskap om hvordan leders betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring var omtalt i overordnet handlingsplaner. Videre fattet jeg interesse for å undersøke om måten ledelse var omtalt på i overordnede handlingsplaner var gjenkjennbar i regionalt helseforetaket og underliggende foretak sin fremstilling av betydning av ledelse. For å danne meg en forståelse av hvilke produksjonsbetingelser som har eksistert for nevnte dokumenter, har jeg lest stortingsmeldinger, forskrifter, lover og høringsinnspill som danner en forståelse av kontekst og forankring til lovgivende makt. Mitt ønske var å lese tekster for å «[...] analysere mening som del av det generelt sosiale der mening dannes» (Neumann, 2021, s. 35).

For å tilegne meg kunnskap om diskursanalyse har jeg lest diskursteori for å få en forståelse av hvordan metoden benyttes som analyseverktøy for analyse av diskurser. I et mangfold av tilganger til diskursanalyse, har jeg valgt en Foucault-inspirert tilgang med en samfunnsvitenskapelig vinkling hvor målet med forskningen er å avdekke hvilke forutsetninger for handlinger som kan identifiseres ut fra nevnte handlingsplaner.

Da Foucault aldri utarbeidet en praktisk fremgangsmåte for å analysere diskurser, er Neumanns tretrinns-metode valgt. Neumann har i likhet med Foucault en samfunnsvitenskapelig tilgang til diskursanalysen hvor språket brukes som en inngang til å forstå den sosiale verden (Neumann, 2021).

3.2 Forskerrollen og metodekritikk

Innenfor samfunnsforskningen fremstår kvalitativ forskning som den ene av to paradigmer når det gjelder fremskaffelse av empiri og analyse av fremskaffet data. Den andre retningen beskrives som kvantitativ forskning. Diskursanalyse er en av mange forskningsmetoder som tilhører den kvalitative forskningsstrategien (Tjora, 2021). Kvantitativ forskningsteknikk vil derfor ikke bli videre omtalt.

Kvalitativ forskningsstrategi forholder seg gjerne til et fortolkende paradigme, hvor søkelyset er rettet mot informantenes opplevelse og meningsdannelse samt hvilke konsekvenser meningen får (Tjora, 2021). I denne oppgaven er dokumenter byttet ut med informanter, og benyttes som empiri.

Som forsker er det viktig å ha et bevisst forhold til valgt metode, og også være klar over metodens svakheter. Muligheten til å generalisere funn vil ikke være gjeldene utover de tilfeller som i denne oppgaven er utforsket. Utvalgte tekster og dokumenter som er benyttet som empiri er skrevet av definisjonsmakten. Definisjonsmakten avgrenses her til å gjelde Regjeringen, Helsedirektoratet, Helse-Vest og Helse-Bergen.

Det kan stilles spørsmål om hvorvidt definisjonsmakten har en korrekt forståelse av handlingsrommene til ledere på ulike nivå i sykehusene og hvilket mulighetsrom ledere har til å iverksette operasjonalisering av krav og mål i strategi- og handlingsplanene.

En forutsetning for å gjennomføre en god diskursanalyse er kulturell kompetanse på det feltet som analyseres (Neumann, 2021). I rollen som masterstudent og leder, er jeg selv en del av en styringsdiskurs med delegert ansvar for styring mot virksomhetens mål. Det kan være avgjørende å forsøke å sette seg selv og sin egen kunnskap i parentes, så ikke ens egen viten og vurdering overskygger analysen (Jørgensen & Phillips, 1999). Diskursanalysens svakhet ligger i risikoen for at forskeren ikke makter å se diskursen som et konstruert betydningssystem som kunne fremstått annerledes (Jørgensen & Phillips, 1999). Foucault har mottatt kritikk fra andre diskursanalytikere for sitt ontologiske og epistemologiske grunnlag for tenking, hvor sannhet er noe som skapes og legitimeres i diskursen og dermed umuliggjør

kritikk av sannheten utenfra (Øye et al., 2018). Som diskursanalytiker er ikke målet med denne oppgaven å definere hva som er sant og ikke, men mitt bidrag vil være å kartlegge et område innen styringsdiskursen for å finne betydningen av ledelse for de resultater som oppnås i organisasjonen innen pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

3.3 Neumanns tretrinns-metode

Ifølge Neumann (2021) er det én forutsetning og tre trinn som gjør seg gjeldende for å gjennomføre en diskursanalyse. Forutsetningen er at diskursanalytikerens må skjønne språket det tales om, i den forstand at de sosiale virkelighetene hvor diskursen eksisterer må være kjent. Sagt på en annen måte er det grunnleggende at diskursanalytikerens har kulturell kompetanse på feltet det skal forskes på (Neumann, 2021). Deretter benyttes Neumanns tre trinn for gjennomføring av diskursanalysen: *valg og avgrensning av diskurs, diskursens representasjoner, og representasjonenes bestandighet* med hensikt å fange de sosiale prinsippene som utgjør konteksten for handling.

3.3.1 Valg og avgrensning av diskurs

Hvordan avgrense diskursen om leders betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring? En diskurs eksisterer ikke isolert fra andre diskurser, og grenseoppgangen til andre diskurser kan være utydelig. Det betyr at det hverken eksisterer et gitt startpunkt for analysen, ei heller en selvfølgelig start og slutt på diskursen. Første skritt i en diskursanalyse er å avgrense diskursen i rom og tid. Et vesentlig spørsmål blir da hvor begynner og hvor slutter diskursen om leders betydning for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og hvor går grensene for diskursen opp mot andre diskurser? Diskursens avgrensning blir heller ikke enklere gitt at vi lever i et samfunn fremstår som mer eller mindre omskiftelig (Neumann, 2021).

Som forsker er det jeg som foretar avgrensningen av diskursen, med utgangspunkt i empirien. Jeg må argumentere for det empiriske startpunkt jeg tar utgangspunkt i. Neumann viser til at en diskursanalyse kan ha ulike startpunkt og peker på tekster, hendelser, gjenstander og institusjoner som mulige startpunkt (Neumann, 2021). Som nevnt tidligere baserer jeg mine empiriske kilder på tekster i form av handlingsplaner, stortingsmeldinger, forskrifter og lovverk.

Med utgangspunkt i tekster som inngang til å avgrense diskursen kommer spørsmålet om hvilke tekster som skal leses, og hvor mange tekster diskursanalytikerens skal lese for å få dekket så mange eventualiteter som mulig. «Foucault insisterte på at man burde lese alt,

studere alt» (Neumann, 2021, s. 52). En slik fremgangsmåte er ikke praktisk mulig, og jeg må finne en mere pragmatisk fremgangsmåte for å avgrense hvilke tekster som skal inkluderes i diskursanalysen. En mulig fremgangsmåte kan være å ta utgangspunkt i tekster som fremstår som knute- eller forankringspunkter for diskursen. Disse tekstene omtales som monumenter og er sentrale i utformingen av diskursen. En annen fremgangsmåte for å avgrense hvilke tekster som skal være en del av analysen, kan være å ta utgangspunkt i sekundærlitteratur for å få innblikk i hvilke tekster det ofte henvises til. Tekster det ofte henvises til er gjerne tekster med bred resepsjon og som utgjør hoved referansepunktene i diskursen (Neumann, 2021).

Tekster som gjentar eller bare i liten grad utvider hoved resepsjonen vil gjerne gå stille og rolig for seg, og i liten grad forklare diskursens historiske perspektiv. Et metodisk grep som diskursanalytikeren kan gjøre, er å inkludere tekster som skaper «liv og røre» og som ofte oppstår i det det skjer noe nytt som møtes med ulike forsøk på begrensning fra det som dominerer diskursen (Neumann, 2021). Eksempler på tekster som skaper «liv og røre» kan være høringsinnspill, artikler eller innlegg i media som gjerne gir diskursanalytikeren andre representasjoner enn det som fremtrer fra offentlige dokumenter (Flessen, 2016).

I og med at det ofte er interessant å undersøke endringer i diskursen, er det også aktuelt å avgrense diskursen i tid. Diskursen vil i prinsippet bære med seg minnet om sin egen opprinnelse i den forstand at enhver tekst muliggjøres av forutgående tekster (Neumann, 2021). Dette gir avgrensingsutfordringer da det jeg analyserer utgjør alt er sagt og alt som er skrevet. Det er derimot umulig å gå tilbake til uminnelige tider hver gang det skal gjøres en diskursanalyse. Neumann hevder at en pragmatisk fremgangsmåte for å avgrense diskursen i tid kan være å ta utgangspunkt i en hendelse som er epokegjørende og skaper et tidsskille (Neumann, 2021). For diskurs om leders betydning for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet kan innføring av spesialisthelsetjenesteloven med en tydeliggjøring av helseforetakenes *sørge for ansvar* overfor befolkningen være en hendelse som skaper et tidsskille. Med spesialisthelsetjenesteloven kom også innføringen av enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten med en overføring av ansvar fra fagprofesjoner til én ansvarlig leder på alle nivå i organisasjonen.

3.3.2 Diskursens representasjoner

Hvordan virkeligheter kommer til syne i diskurser og opptrer som sosialt reprodusert fakta omtales av Neumann (2021) som representasjoner. Hvordan mennesket finner mening i verden er knyttet til tidligere erfaringer, hendelser og livshistorie. Vitenskapsteoretisk kan diskursens representasjoner kobles til menneskets forståelseshorisont hvor et fenomen gir mening gjennom en helhet av oppfatninger, verdier og normer (Wifstad, 2018, s. 128).

Oppfatninger, verdier og normer danner modeller i menneskets bevissthet som anvendes for å skape mening (Neumann, 2021, s. 30). Representasjoner sett i lys av sosialkonstruktivismen kan ut ifra teorien forstås som fenomener slik de *fremstår* for mennesket til forskjell fra fenomenets tekniske materie (Neumann, 2021). Diskurser består til enhver tid av ulike representasjoner. En sentral oppgave ved bruk av Neumanns tretrinns-metode er å vise hvordan representasjoner blir konstituert og får sin utbredelse i diskursen (Neumann, 2021, s. 31). Når bærere av samme representasjon institusjonaliserer seg, danner bærerne en *posisjon* i diskursen.

For å belyse fenomenet representasjon og representasjoners posisjon i diskurser, kan følgende eksempel være med å bidra: Innen ledelsesdiskursen eksisterer ulikt syn på leders betydning for organisasjonens resultater. Organisasjonens resultater avgrenses i dette tilfellet til å gjelde pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Nøkkelen til å oppnå gode organisasjonsresultater er at ledere og medarbeidere har et felles eierskap til kvalitetsforbedringsarbeid er én representasjon (Helsedirektoratet, 2019). En annen representasjon kan være at tydelig ledelse er fundamentet som gjør det mulig å forvandle utfordringer til muligheter og realisere mulighetene, og en tredje representasjon kan være at ledelse er mindre viktig da organisasjoner som helseforetak har så faste strukturer at enkeltindivider ikke har nevneverdig makt til å gjøre noen forskjell (Strand, 2001). En fjerde representasjon kan til og med være at det er leders medfødte egenskaper til å lede som påvirker organisasjonsresultatene.

I eksempelet over eksisterer flere representasjoner om leders betydning for organisasjonens resultater. I diskurser hvor det eksisterer to eller flere representasjoner hvor ingen av representasjonene er dominerende, omtales av Neumann (2021) som åpne diskurser. Begrepet hegemoni knyttes til diskursens representasjoner og kommer frem i situasjoner hvor en representasjon står uutfordret i diskursen og fremstår som naturlig (Neumann, 2021, s. 31).

3.3.3 Representasjonenes bestandighet

Steg nummer tre kan gjennomføres ved å spørre om alle trekk ved en gitt representasjon er like bestandige. For å gi mening til representasjonenes bestandighet, belyses det med et eksempel med utgangspunkt i representasjonen om at det er leders egenskaper og karisma som er avgjørende for hvilke resultater som oppnås.

Tanken om den store mann ble skrevet for ca. 5000 år siden, omtrent på samme tid som skriften ble oppfunnet. Den første kjente historien omhandler den sumeriske kongen, Gilgamesj. Som figur var Gilgamesj halvt menneske og halvt Gud, og var nødt til å kjempe mot monstre og gå gjennom dødsriket. Etter disse bragdene ble han akseptert som hersker med makt til å bestemme lover for folket (Arnulf, 2012, s. 48). Siden den gang har representasjonen bestått gjennom årtusener, og såkalte heroiske teorier om ledelse består. Det er lett å forestille seg at noen ledere er spesielle, «[...] at de kommer og redder oss med klarsyn og egenskaper som vi ellers ikke ville hatt tilgang til, og at vi må underkaste oss deres vilje i beundring for det som de har, men som vi ikke har» (Arnulf, 2012, s. 51). Også i populærkulturen fremstilles helter som individer med karisma og medfødte egenskaper som gjør at de får følgere. Det kan se ut til at forventninger om lederen som en person med spesielle egenskaper, finnes hos de fleste til tross for at det er vanskelig å påvise hva dette spesielle består av (Arnulf, 2012, s.42). Eksempelet viser en representasjon som er eksistert i flere tusen år og som har en bestandighet som er enorm (Neumann, 2021).

Analysens tre steg henvender seg til det talte og skrevne ord og kan sees på som abstrakte prosesser. Hovedpoenget med diskursanalyse er å fremlegge en metode som kan se det språklige og det materielle i et helhetsperspektiv ved å forstå diskurs som et språklig, men også som et materielt fenomen (Neumann, 2021, s. 76).

3.4 Diskursens materialitet

Neumanns tretrinns-metode henvender seg til den språklige delen av styringsdiskursen som bidrar til å skape mening. Språket har i seg selv en materialitet i måten det presenteres på i ulike lagringsmedium som bøker, handlingsplaner, lover og forskrifter. Det er altså ikke dokumentene i seg selv som omtales som materielt, men snarere grensene og formene som benyttes for bevaring (Neumann, 2021, s. 78). Diskursens språklige materialitet omtales av Neumann (2021) som arkivet.

Utenom språklig meningsdanning har diskurser et materielt uttrykk som kommer til syne i de representasjoner setter i spill en rekke sosiale praksiser. Sosiale praksiser bidrar til å skape en virkelighet som i sin tur bekrefter de representasjonene som er skapt i diskursen. Neumann (2021) beskriver fenomenet som en feedback –loop hvor diskursens representasjoner utgjør en form for sosial resonans (Neumann, 2021, s. 86). Hva betyr dette for mitt empiriske materiale? Om handlingsplanene som er inkludert i denne oppgaven gir en beskrivelse av leders ansvar for styring av virksomheten for å imøtekomme et behov for bedre pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, vil styringsdiskursens materialitet bestå av sosiale praksiser som ledere iverksetter for å ivareta sitt ansvar.

Diskurser konstituerer og peker ut ulike subjektposisjoner som er operative i diskursen. Sentralt når det tales om diskursens materialitet, er å identifisere de ulike subjektposisjonene som produseres i diskursen. En metode jeg kan bruke for å avdekke ulike subjektposisjoner er å lete etter hvem som uttaler seg i diskursen, hvilket ståsted de har, og hvorfor akkurat de har autoritet til å uttale seg (Flessen, 2016, s. 34). Om ledelse i styringsdiskursen er sentrale spørsmål: Hvem ansvarliggjøres? Hva er betydningen av ledelse i styringsdiskursen? Hvilken type ledelse omtales? (Flessen, 2016, s. 34).

KAPITTEL 4. FUNN OG ANALYSE

It's only words and words are all I have to take your heart away – The Bee Gees

Jeg har valgt å gjennomføre analysen ved å dele kapittelet inn i to hoveddeler. Den første delen retter søkelyset mot styringsdiskursens skrevne ord i form av Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 og Utviklingsplan 2035. Diskursens skrevne ord struktureres rundt handlingsplanenes kommunikative formål, avgrensning av diskursen samt identifisering av diskursens representasjoner og representasjonenes bestandighet i styringsdiskursen.

Den andre delen henvender seg til diskursens materialitet og makt hvor det materiellets betydning for sosial samhandling presenteres, samt hvilke typer makt som observeres i diskursen. For å beskrive diskursens materialitet rettes søkelyset mot hvilke subjektposisjoner som konstitueres i styringsdiskursen samt hvilke materielle handlingsbetingelser som eksisterer og iscenesetter sosial samhandling. For å identifisere maktbegrepet i styringsdiskursen, rettes søkelyset mot identifisering av hvilke måter handlingsplanene bidrar til å konstituere, reproducere og transformere sosiale maktrelasjoner i styringsdiskursen.

I det følgende gis en presentasjon av handlingsplanene som inngår i analysen:

4.1 Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023

Sammen med brukerorganisasjoner, fagforeninger og helse- og omsorgstjenesten har Helsedirektoratet produsert Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. Målgruppen er rettet mot «[...] virksomhetsledere med ansvar for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring [...]» (Helsedirektoratet, 2019). I samarbeid med helse- og omsorgstjenesten, myndigheter og organisasjoner er Helsedirektoratet ansvarlig for å sikre nasjonalt søkelys på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Meld. St. 9 (2019- 2020), s. 38). Gjennom pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» er det arbeidet systematisk for å redusere pasientskader, forbedre pasientsikkerhetskulturen samt etablere faste strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Pasientsikkerhetsarbeidet er forankret i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023), som er produsert av Helsedirektoratet i samarbeid med brukerorganisasjoner, fagforeninger og helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2019). «I trygge hender 24-7» og handlingsplanen er

en forlengelse av arbeidet knyttet til den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen (2011-2013) og det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet (2014-2018) (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2021).

For å redusere forekomsten av pasientskader befester satsingsområdene i handlingsplanen seg til behovet for bedre ledelse og kultur, kompetanse på området, systemer og strukturer som understøtter arbeid med pasientsikkerhet samt nasjonale satsinger på områder med identifiserbar risiko og potensiale til forbedring (Helsedirektoratet, 2019). Innenfor de fire hovedområdene som skal frembringe trygge og sikre helse- og omsorgstjenester, skisserer handlingsplanen syv tiltak. Tiltakene fremstår som virkemiddel for å nå målet om “færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren” (Helsedirektoratet, 2019, s. 12). I denne oppgaven vil tiltakene knyttet til ledelse og kultur inkluderes, mens resterende tiltak utelates.

Handlingsplanens visjon fremstår som uklar og i kontrast til handlingsplanens mål hvor visjonen beskrives som “en trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste, uten skade, for hver pasient og bruker, alltid og overalt” (Helsedirektoratet, 2019, s. 4). Visjonen fremstår som utopisk all den tid helsetjenesten er tildelt samfunnsansvaret for å sikre at befolkningen får den behandlingen de har krav på. Spesialisthelsetjenesten behandler pasienter med økt risiko for forverring av tilstanden, og også død. Om årsaken til forverret tilstand eller død kan knyttes til svikt i behandlingen er ikke alltid mulig å fastslå. Like fullt må det fremtidige målet være at ingen brukere av helsetjenesten skal skades eller dø som følge av behandlingen (Helse Vest RHF, 2020b).

Virksomhetens aktiviteter skal styres etter Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. § 3-9 i Spesialisthelsetjenesteloven (1999) beskriver kravet til organisering med én ansvarlig leder på alle nivå i organisasjonen. Det vil derfor være et ledelsesansvar på alle nivå at systematisk arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring ivaretas. I Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten er ledelsesforankringen tydeliggjort i § 2-1 «Ledelsen ved institusjonen skal sørge for at infeksjonskontrollprogrammet utformes, iverksettes og vedlikeholdes som en del av institusjonens internkontrollsystem». Videre sier paragrafen: «Ledelsen ved institusjonen og enhver som utfører verv eller arbeid for denne, skal påse at bestemmelsene [...] overholdes» (Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten, 2005, § 2-1).

Tiltakspakkene i handlingsplanen som presenteres for å forbedre ledelse og kultur beskrives som: innlemme arbeidet med pasientsikkerhet i etablerte styringslinjer, etablere og styrke arenaer for deling av kunnskap og erfaring og utvikle en kultur som tilrettelegger for åpenhet og læring (Helsedirektoratet, 2019).

4.2 Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024

Region plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 er Helse Vest RHF sin overbyggende kvalitet- og pasientsikkerhetsstrategi i perioden 2020-2024. Planarbeidet har vært organisert som et regionalt prosjekt med representanter fra helseforetakene i regionen og er en del av *sørge for* ansvaret for innbyggerne i regionen. Planen er skrevet som et tiltak for å følge opp ulike forskrifter og strategier, deriblant Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren og Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. Innledningsvis beskriver planen bakgrunnen for utarbeidelse av handlingsplanen og trekker frem behovet for trygge helsetjenester og kontinuerlig arbeid med kvalitetsforbedring. “Trygge helsetjenester og vedvarande arbeid for å sikre kvalitet er avgjerande for at Helse Vest skal nå måla sine” (Helse Vest RHF, 2020b, s. 1). Utover å definere et behov for trygge tjenester gis ikke begrepet ytterligere innhold i handlingsplanen, og forutsetter at leseren fra før av er kjent med terminologien. De største grepene som presenteres i planen og som skal bidra til mobilisering av hele organisasjonen i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er kulturbygging for åpenhet og tillitt, kompetansebygging i kvalitetsforbedringsarbeid, standardisering av pasientforløp og prosedyrer, sammenhengen mellom helse, miljø og sikkerhet (HMS) og pasientsikkerhet og økt brukerinvolvering.

Videre presenteres utfordringsbildet regionen står ovenfor når det gjelder pasientsikkerhet, og peker på det komplekse samspillet mellom brukerne av helsetjenesten og et stort antall fagpersonell, ulike nivåer i helsetjenesten og avansert teknologi.

Begrepsparet kvalitet og pasientsikkerhet gis et innhold i handlingsplanen: “Kvalitet omhandlar i kva grad det som skjer i helsetenesta med pasientene fører til ein helsegevinst for individet og for folkehelsa, gitt dagens kunnskap” (Helse Vest 2020b, s. 3). Beskrivelsen går bort i fra en mekanisk beskrivelse av kvalitetsbegrepet som tingenes iboende egenskaper og vektlegger den menneskelige og materielle påvirkningen som utslagsgivende for grad av oppnådd kvalitet. Videre er det interessant i et styringsperspektiv at forfatterne velger å vektlegge at grad av oppnådd kvalitet må sees opp imot dagens kunnskap. Implisitt kan det

tolkes og sees i sammenheng med at ny kunnskap kan skapes og frembringe et behov for styring i en annen retning for å imøtekomme *sørge for* ansvaret.

Videre gis pasientsikkerhet følgende betydning: “Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser” (Helse Vest 2020b, s. 3). Planen fører her en negativ retorikk som vektlegger behovet for å verne om brukerne av helsetjenesten fremfor å ha søkelys på å tilby riktig behandling av høy kvalitet.

I forarbeidet til Helse Vest sin strategiplan Helse 2035 er nullvisjonen tolket med en mer pragmatisk tilnærming enn hva som kommer frem av Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023:

Det etiske grunnlaget for denne visjonen er at tap av liv eller alvorlege skadar er uakseptabelt. Pasienttryggleiksarbeidet etter ein Nullvisjon inneber at ein legg til grunn eit systemperspektiv, der ein legg vekt på samspelet mellom medisinske, tekniske og organisatoriske element og menneska som bruker desse. Uønskede konsekvensar på grunn av feil i dette samspelet må unngåast. (Helse Vest RHF, 2020b, s. 3)

Ut ifra tolkningen kan det se ut til at nullvisjonen først og fremst er knyttet opp mot tap av liv som følger av behandling gitt av helsetjenesten. Visjonen poengterer like fullt at uønskede hendelser grunnet feil i kommunikasjon og samhandling må unngås, men unnlater å fordele ansvar for dette arbeidet.

Handlingsplanen trekker frem nødvendigheten av at ledere på alle nivå i organisasjonen må ha forståelse for den systematiske tilnærmingen til forbedringsarbeid, og forutsetter dermed at ledere på alle nivå i organisasjonen har forstått Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og fremgangsmåten for systematisk forbedringsarbeid.

Økt kompetanse på forbedringsmetodikk er et av tiltakene som trekkes frem i handlingsplanen. Tiltaket retter søkelyset både mot medarbeidere og ledere, og gir både ledere og medarbeidere et felles ansvar for å skape trygge tjenester av god kvalitet. “Leiarane må få breiare opplæring i kvalitetsleiing” (Helse Vest RHF, 2020b, s. 11). Videre sier planen om medarbeidernes ansvar: “Kvar enkelt medarbeidar i sjukehusa er med på å skape trygge tenestar av god kvalitet til pasientane. Eit viktig bidrag til trygge tenestar er opplæring i forbetringsmetodikk” (Helse Vest RHF, 2020b, s. 11). Videre er tiltakene spesifisert ved at det regionale helseforetaket skal utarbeide opplæringspakker i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid som er rettet mot alle medarbeidere. Deretter beskrives et *sørge for*

ansvar for at “alle leiarar har gjennomført grunnkurs i leiing av kvalitetsforbetring” (Helse Vest RHF, 2020b, s. 12). Hvem *sørge for* ansvaret er lagt til, og hvem som skal følge tiltakene er beskrevet som samhandling mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene. Hvordan linjeledelsen i hvert enkelt helseforetak skal følge opp tiltakene internt er ikke beskrevet, og toppledelsen sin rolle i kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid kan ha betydning for dette arbeidet.

4.3 Utviklingsplan 2035

Utviklingsplan 2035 er Haukeland Universitetssjukehus sin langsiktige plan for hvordan medarbeidere, pasienter og pårørende sammen skal skape pasientens helsetjeneste. Haukeland Universitetssjukehus har ikke utarbeidet en egen handlingsplan utelukkende for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, men både pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og ledelse omtales i arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste:

I utviklinga av sjukehuset må leiarane gi medarbeidarane medråderett og vidareutvikle arbeidsmiljøa for å fremje pasienttryggleik og understøtte ein forbetningskultur. Det blir ei sentral leiaroppgåve å leie medarbeidarar som får reelt ansvar for forbetnings- og endringsarbeid. (Haukeland Universitetssjukehus, s. 43)

Planen presenterer videre 13 punkter med underliggende tiltak som må iverksettes for å nå målet om å skape pasientens helsetjeneste og for å møte behovet for helsetjenester frem mot 2035. Utover å presentere punktene som skal føre til realisering av pasientens helsetjeneste, er planen uklar i sin beskrivelse av hvilket meningsinnhold som legges i begrepet pasientens helsetjeneste. “Pasientane etterspør meir heilskap i behandlinga” gir en beskrivelse av nåsituasjonen i foretaket og gir assosiasjoner om at pasientens helsetjeneste handler om helhetlig pasientbehandling (Haukeland Universitetssjukehus, s. 3). Videre står det beskrevet at pasientene er “[...] minst nøyde med utskrivning frå sjukehuset, samhandling og ventetider” som gir føringer for elementer som samhandling og koordinering for å realisere pasientens helsetjeneste. Ved å unnlate å gi en definisjon av begrepet pasientens helsetjeneste åpner forfatterne opp muligheten for individuell tolkning av begrepet, hvor målet med utviklingsplanen fremstår som uklart.

Av de 13 punktene som foretaket presenterer for å realisere pasientens helsetjeneste, er ikke ledelse eller pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring nevnt som hovedpunkter. Ledelse, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring omtales likevel som en overordnet paraply for at helseforetaket skal nå målet om å realisere pasientens helsetjeneste.

Leiarar på alle nivå har ansvar for gjennomføring av systematisk forbetningsarbeid. Nasjonale anbefalingar og kunnskapsbasert metodikk ligg til grunn for dette arbeidet. Statistikk, tilbakemeldingar frå enkeltpasientar [...], melding om avvik frå tilsette, klagesaker, tilsynssaker og erstatningssaker er andre kjelder til å finne risikoområde og moglegheiter for læring. (Haukeland Universitetssjukehus, s. 5)

Ved å stadfeste at forbedringsarbeid skal gjennomføres kunnskapsbasert er grensene for hvordan forbedringsarbeid skal gjennomføres gitt og avgrenset. Utviklingsplan 2035 konstituerer en virkelighet som sier at alle andre tilnærminger til forbedringsarbeid er uviktig eller skal utelukkes.

For å kunne benytte uheldige hendelser og klagesaker til læring, forutsetter det at sakene blir meldt. Det skaper igjen en forutsetning om tillit mellom ledelse og medarbeidere, og mellom brukerne og helsetjenesten. Ansvar for å motivere og involvere medarbeiderne i endringsprosesser rettes mot ledelsen, noe som tydeliggjøres i planen:

Ein stor del av leiaranes oppgåver blir å motivere medarbeidarane og leggje til rette for å ta inn ny teknologi- og å integrere forskning og innovasjon som ein tydelegare del av den kliniske verksemda. (Haukeland Universitetssjukehus, s. 43)

Retorikken gir signaler om at ønskede egenskaper hos ledere er evnen til å drive transformasjonsledelse som inspirerende motivasjon for å nå helseforetakets mål om å realisere pasientens helsetjeneste.

Bruk av kvalitetsindikatorer nevnes som verktøy for å identifisere områder hvor helseforetaket har potensialer til forbedring, og standardiserte pasientforløp er tiltak som nevnes for å kunne gi samme behandlingsresultater på tvers av sykehus. "Pasientforløpa skal vere styrande for organiseringa av verksemda" (Haukeland Universitetssjukehus, s. 4). Både bruk av kvalitetsindikatorer og standardiserte pasientforløp er tiltak som sier lite om pasientens subjektive oppfatning av hva god kvalitet er. Hvis målet med Utviklingsplan 2035 er å styre mot pasientens helsetjeneste gir det utfordringer på flere måter. For det første er det mangelen på meningsinnhold i begrepet pasientens helsetjeneste som gjør målet utydelig, og for det andre gir standardiserte forløp liten mulighet for individuell tilpassing og videre brukernes mulighet for handling til å styre eget forløp.

Hvordan den subjektive oppfatningen av hva god kvalitet er, kan skille seg fra kvaliteten som kommer til syne ved bruk av måling og monitorering av kvaliteten ved hjelp av

kvalitetsindikatorer. Et av tiltakene som presenteres i planen er å “styrke involvering av medarbeidarane i utvikling av nye løysingar /ny teknologi for å betre kvalitet, effekt og brukaroppleving” (Haukeland Universitetssjukehus, s. 58). Ved å ta i bruk brukernes opplevelse av kvalitet, gis styringsdiskursen en ny representasjon hvor begrepet kvalitet får en ny betydning og som nødvendiggjør styring i en retning av subjektive opplevelser.

Utviklingsplan 2035 presenterer avslutningsvis en mer detaljert tiltaksoversikt som helseforetaket mener må til for å realisere målet om pasientens helsetjeneste. Fokus på økt endrings- og forbedringskompetanse blant ledere og medarbeidere er tiltak som er beskrevet for å muliggjøre bruk av ny teknologi slik at pasientene får bedre tilgang til tjenestene. Tiltaket gir derimot ingen beskrivelse av *hvordan* helseforetaket tenker å øke forbedringskompetansen blant sine ledere og medarbeidere, ei heller er ansvaret for dette arbeidet fordelt.

DEL 1

4.4 Valg og avgrensning av diskurs

Som utgangspunkt for valg og avgrensning av diskurs benyttes mitt empiriske materiale i form av Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 og Utviklingsplan 2035. Handlingsplanenes eksistens kan begrunnes med statens overordnede prinsipper for styring av helseforetak, samt nasjonal strategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. I tillegg til tidligere nevnte handlingsplaner, vil Spesialisthelsetjenesteloven av 1999 og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten bidra til valg og avgrensning av diskurs.

Nåtidens utgangspunkt kan være godkjente nasjonale dokumenter som beskriver ledelsens ansvar for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a gir følgende beskrivelse av virksomheters *sørge for* ansvar for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring: “Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet”. Systematisk kvalitetsforbedring er beskrevet som ledd i det systematiske kvalitetsarbeidet. Spesialisthelsetjenesteloven §3-4 lovfester at virksomheter som omfattes av loven skal opprette kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg. Ved en lovfesting om å gjennomføre systematisk kvalitetsforbedring for å forbedre pasientsikkerheten bidrar nasjonale

myndigheter til å stadfeste hvordan virksomheter skal nå målet om trygge og sikre tjenester og gir retningslinjer for hva som skal prioriteres.

Hvem er det som stilles til ansvar i Spesialisthelsetjenesteloven for at virksomheten har en systematisk tilnærming til kvalitetsarbeid? Om ledelse i sykehus beskriver § 3-9 at: «Sykehus skal organiseres slik at det er én ansvarlig leder på alle nivåer [...]». En lovfesting av enhetlig ledelse gir en virkelighetsoppfatning om at nasjonale myndigheter ser verdien av profesjonell ledelse som evner å tenke strategisk, gjøre nødvendige prioriteringer og opptre beslutningsdyktig innenfor de rammer som eksisterer. Samtidig gir lov om enhetlig ledelse signaler om en dreining fra klinisk faglig autoritet til ledelsesfaglig autoritet som også understreker nasjonale myndigheters krav om profesjonell ledelse med hensikt å unngå fragmentering av ansvar.

De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester er beskrevet i Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten. Lov om enhetlig ledelse gir en virkelighetsforståelse av at ledere på alle nivå i organisasjonen er ansvarlige for å innlemme arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i etablerte ledelseslinjer. Det er dermed indentifisert et lovfestet ansvar helt ned til førstelinjeleddet for å prioritere pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som tiltak for å nå målet om trygge og sikre tjenester til befolkningen.

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, Region plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 og Utviklingsplan 2035 er tekster som kan inngå i diskursen som monumenter. Samtidig vil dokumentene bidra til å peke ut relevant sekundærlitteratur ved at de henviser til andre relevante tekster (Neumann, 2021).

Definisjonsmakten viser til at virksomheten har et *sørge for* ansvar for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 3-4 a). Videre rettes ansvaret mot virksomhetsledere på alle nivå i spesialisthelsetjenesten for at arbeidet følges opp. Lov om enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten rammer inn leders ansvarsområder og definerer drift, resultater og personale som det helhetlige ansvaret (Grund, 2006). Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er tema som berører både fag og personell. Dette tydeliggjøres i Utviklingsplan 2035: “Godt arbeid med helse, miljø og sikkerhet (HMS) fremjar både kvalitet og pasientsikkerheit gjennom å sikre trygge arbeidsforhold” (Haukeland Universitetssjukehus, s. 6). Ved å definere ansvaret for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

som del av lederes ansvarsområde, danner det seg konturer av en diskurs hvor ledelse står sentralt – en ledelsesdiskurs.

Ifølge Neumann (2021) eksisterer ikke diskurser løsrevet fra andre diskurser, og ledelsesdiskursen er intet unntak. Ved å bruke Neumann (2021) sin definisjon av diskurs kan ledelsesdiskursen gis innhold, og består av “*alt det ledere gjør*” som fremstår som normalt. Som eksempel kan det normale trekkes frem som: å gå på møter, å holde medarbeidersamtaler, planlegge årsbudsjetter og å styre virksomheten etter organisasjonens mål. Det eksisterer derfor et behov for å avgrense ledelsesdiskursen ytterligere for å få rammet inn analysen.

Både Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 og Utviklingsplan 2035 henviser til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og- omsorgstjenesten som beskriver systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter kan sees i sammenheng med handlingsplanenes formål om å vise vei til fremtidig handling. Ansvar for etablering og videre gjennomføring av virksomhetens systematiske styring er gitt til virksomhetsledere (Helsedirektoratet, 2019). Handlingsplanene inkludert i denne analysen kan dermed sees på som et virkemiddel som benyttes til styring av virksomhetens aktiviteter. Fra å definere en ledelsesdiskurs har jeg med bakgrunn i ansvaret ledere har for systematisk styring av virksomheten, gjort en ytterligere avgrensning hvor diskursen som trer frem er styringsdiskursen.

Hensikten med denne oppgaven er ikke å evaluere om nåtidens forståelse av styringsansvar er bedre enn tidligere, men heller søke opp hvordan det har blitt slik og hvilken materialitet det fører med seg. Spørsmålet er hvor foranledningen til dagens virkelighetsforståelse finnes. I lys av en Foucault-inspirert tilnærming til diskursanalysen vil genealogien bidra til å belyse dagens forståelse av styringsansvar. Det vil derfor være naturlig å lese NOU er og stortingsmeldinger som omhandler ledelse og organisering på norske sykehus i tiden før Spesialisthelsetjenesteloven (1999) ble vedtatt. NOU er og stortingsmeldinger fra 1990-tallet gir et bilde på utfordringene sykehusene sto ovenfor knyttet til organisering og ledelse. Dermed har jeg gjort en avgrensning i tid til å gjelde dokumenter fra 1990-tallet og frem til nåtidens handlingsplaner som er inkludert i denne oppgaven som del av en styringsdiskurs.

4.5 Handlingsplanenes kommunikative formål

For å identifisere hvilke kommunikative formål som benyttes i handlingsplanene, tas det utgangspunkt i de kommunikative formålene som Pälli et al., 2009 identifiserte i sin analyse av strategiplanen til Lahti. For det første vil analysen kunne si noe om strategiplaner og handlingsplaner deler samme kommunikative formål. For det andre er det interessant i et styringsperspektiv hvilke effekter de kommunikative formålene bidrar med i styringsdiskursen. De kommunikative formålene det tas utgangspunkt i er: education, self-legitimation, guiding future action, building identity og promotion.

4.5.1 Education som kommunikativt formål

I det følgende redegjøres det for hvordan det kommunikative formålet som beskrives som *education* kommer til syne i handlingsplanene. I et styringsperspektiv er det også sentralt å identifisere hvem handlingsplanene er rettet mot – hvilken målgruppe handlingsplanene sikter til.

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023: “Målgruppen for handlingsplanen er virksomhetsledere med ansvar for at det etableres systematisk styring av virksomhetens styring i henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring [...]” (Helsedirektoratet, 2019, s. 4).

Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024: “Leiinga må på alle nivå ha forståing for den systematiske tilnærminga, til dømes korleis ein jobbar syklisk med forbetringar [...]” (Helse Vest, 2020b, s. 4).

Utviklingsplan 2035: “Leiarar på alle nivå har ansvar for gjennomføring av systematisk forbetningsarbeid [jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten]” (Haukeland Universitetssjukehus, s. 5).

Region plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 har i tillegg til å henvise til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og- omsorgssektoren et avsnitt som går nærmere inn på metodikken som ligger til grunn for forskriften: “Forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helsetenesta legg til grunn Demings PDSA sirkel som modell for kontinuerleg forbetring” (Helse Vest RHF, 2020b, s. 5). I tillegg visualiseres forbedringssirkelen både i Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 og Utviklingsplan 2035. Ved å gå nærmere inn på metodikken som ligger til grunn for systematisk kvalitetsarbeid, fremstår handlingsplanene på regionalt og lokalt nivå som mer *educational* enn Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet

og kvalitetsforbedring 2019-2023, og henvender seg også til ledere som ikke er kjent med metodikken.

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 og Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 begrepsfester pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, og er samstemte i innholdet:

Kvalitet: Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt. (Helsedirektoratet 2019, s. 31; Helse Vest 2020b, s. 26)

Innholdet i kvalitetsbegrepet sammenfaller med den nasjonale kvalitetsstrategiens beskrivelser av tjenester av god kvalitet (Folkehelseinstituttet, 2021).

Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Dette innebærer også begrepet brukersikkerhet som benyttes særlig i kommunal helse- og omsorgstjeneste. (Helsedirektoratet 2019, s. 31; Helse Vest 2020b, s. 26).

Denne definisjonen av pasientsikkerhet setter søkelys på et større bilde enn feilbehandling og skade, og omfatter i tillegg utfallet av hendelsen, hendelsen i seg selv, hvor hendelsen skjedde, samt prosessene som førte til hendelsen (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010).

Ved å gi innhold til begrepsparet gir forfatterne leserne mulighet til å forholde seg til en felles virkelighet som blir institusjonalisert i styringsdiskursen.

4.5.2 Self-legitimation som kommunikativt formål

Samtlige handlingsplaner som omfattes av analysen beskriver utfordringsbildet samfunnet står ovenfor når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet.

Overganger innad i virksomheter og mellom tjenestenivåer er et sårbart punkt i pasientforløp og utgjør en utfordring for pasientsikkerheten. Manglende kommunikasjon, svikt i informasjonsflyt, mangler i legemiddellister og uklart oppfølgingsansvar er velkjente risikofaktorer. (Helsedirektoratet, 2019, s.8).

Videre sier Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 om behov for bedre ledelse, kultur, systemer og koordinert innsats: "Global vises det til behovet

for å sikre tydelig ledelse, en kultur for åpenhet og læring, og et system for å kunne gjennomføre forbedringer og systematisk styring av forbedringskompetanse” (Helsedirektoratet, 2019, s. 8).

Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 følger opp med: “Sjølv om helsetenesta i Noreg held høg kvalitet på dei fleste område i internasjonale samanlikningar (OECD), er det openbart at kvaliteten og pasienttryggleiken kan bli betre” (Helse Vest RHF, 2020b, s. 3). Utviklingsplan 2035 legger vekt på brukarundersøkingar som avdekkar at “pasientane er nøgde med mykje, men minst nøgde med utskriving frå sjukehuset, samhandling og ventetider” (Haukeland Universitetssjukehus, s. 3).

Ved å presentere utfordringsbildet samfunnet står ovenfor knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene, så presenteres også et behov for tiltak og fordeling av ansvar. Dermed legitimerer også handlingsplanene sin egen eksistens ved å identifisere verdien av pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring, og ledelse på overordnet nasjonalt nivå, regionalt nivå og lokalt nivå:

Handlingsplanen skal bidra til en målrettet og samordnet innsats for trygge og sikre tjenester og bedre pasientsikkerhet, og legge til rette for at krav i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kan etterleves. (Helsedirektoratet, 2019, s. 4)

Helse Vest RHF skal sørge for at befolkninga får tilgang til spesialisthelsetjenester slik det er fastsett i lover og forskrifter. Planarbeidet er eit ledd i dette sørge for ansvaret. (Helse Vest RHF, 2020b, s.1)

Våre oppdragsgivarar har gitt oss eit klart mål: Vi skal skape pasienten si helseteneste. (Haukeland Universitetssjukehus, s. 2)

Målet med handlingsplanene blir konstituert gjennom presentasjonen av utfordringsbildet samfunnet står ovenfor, og rettferdiggjør dermed handlingsplanenes eksistens.

4.5.3 Guiding future action som kommunikatív formål

Ord som forbedring, frem mot, etablering og videreføring legger føringer for at tekstene er fremtidsrettet. Språklig er det også interessant hvordan språkets uttrykk i nåtid kan indikere hendelser som skal skje i fremtiden. Som eksempel for å belyse poenget kan følgende tiltak med tidsfrist innen utgangen av 2024 trekkes frem: «Éin prosent av dei tilsette (årsverk) har rettleiarkompetanse i kvalitetsforbetring» (Helse Vest RHF, 2020b, s, 22).

Ved analyse av handlingsplanene synliggjøres beskrivelser av nåtiden som generelle sannheter: “God kvalitet utvikles best i arbeidskulturer der medarbeidere og ledere har et eierskap til kvalitetsforbedring og en faglig ambisjon om å utvikle seg til å bli bedre” (Helsedirektoratet, 2019, s. 8).

Alle handlingsplanene som omfattes av denne analysen har beskrevet tiltak for å nå fremtidige mål. Tiltakene er gradert etter hvilke som er påbegynt, og hvilke som er nybrottsarbeid i planperiodene. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 og Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 har i tillegg tildelt ansvar for oppfølging av tiltak.

4.5.4. Building identity som kommunikatív formål

Pälli et al., (2009) beskriver strategiplaner som et virkemiddel som bidrar til å skape felles identitet i en gruppe mennesker. Handlingsplanene som er inkludert i denne oppgaven henvender seg alle til virksomhetsledere som er ansvarlige for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Jeg gjør derfor en avgrensning hvor gruppen av mennesker i dette tilfellet er nettopp virksomhetsledere med ansvaret for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i tråd med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Handlingsplanene som er inkludert i denne studien beskriver en virkelighet som retter søkelyset mot læring fremfor sanksjoner når uheldige hendelser oppstår. Dermed bidrar handlingsplanene til å konstituere en felles identitet blant virksomhetsledere som sier hvordan tilnærmingen til uheldige hendelser skal være. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 og Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 velger begge å trekke frem viktigheten av læring, kulturbygging og åpenhet ved å utarbeide egne tiltak som er førende for hvilken holdning virksomhetsledere skal ha til uheldige hendelser. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 gir følgende beskrivelse: “Utvikle en kultur som tilrettelegger for åpenhet og læring” (Helsedirektoratet, 2019, s. 15). Videre følger Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik

2020-2024 opp med følgende tiltak: “Tryggleikskultur, risiko og læring”, og beskriver videre “ein må sørge for å lære av feil og uønskete hendingar [...]” (Helse-Vest, 2020b, s. 12). Utviklingsplan 2035 gir tilsvarende beskrivelse av holdningen til uheldige hendelser i organisasjonen og retter seg mot virksomhetsledere for å “[...] vidareutvikle arbeidsmiljøa for å fremje pasienttryggleik og understøtte ein forbetningskultur” (Haukeland Universitetssjukehus, s. 43). Videre involverer Utviklingsplan 2035 både pasientene og medarbeiderne i forbedringsarbeid: “Brukarperspektivet, både pasientane og medarbeidarane sitt, må leggjast til grunn i forbetningsarbeidet” (Haukeland Universitetssjukehus, s. 43).

4.5.5 *Promotion* som kommunikativt formål

Sett i lys av at denne oppgaven er avgrenset til å gjelde spesialisthelsetjenesten, er det interessant at *promotion* tas med som et mulig kommunikativt formål i handlingsplanene. Betydningen kan forstås som markedsføring, og i denne sammenhengen for pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring, ledelse og ansvar som del av en styringsdiskurs. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 poengterer viktigheten med nasjonal innsats for å forbedre pasientsikkerheten, og driver dermed målrettet markedsføring, eller salgsfremmende tiltak om du vil, for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

De siste 15-20 årene har kvalitet og pasientsikkerhet fått stadig økende oppmerksomhet i Norge og aktiviteten har vært økende. [...] Flere satsinger og prosjekter på nasjonalt nivå inkluderer pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Blant annet pasientsikkerhetsprogrammet, etablering av nasjonale kvalitetsregistre, [...], pakkeforløp [...]. (Helsedirektoratet, 2019, s. 11)

Promotion som kommunikativt formål skiller seg ut i handlingsplanene inkludert i denne analyse på flere områder. For det første er *promotion* som kommunikativt virkemiddel rettet mot virksomhetsledere med ansvar for styringssystemet, som betyr at virkemiddelet ikke har til hensikt å overbevise andre utenfor styringsdiskursen om at pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er områder “å satse på”. For det andre fordrer *promotion* som kommunikativt formål i denne analysen, en felles kognitiv tilhørighet. Denne måten å tolke *promotion* som et kommunikativt formål, skiller seg fra strategi- og handlingsplaner i næringslivet som Pälli et al., (2009) analyserte, som gjerne henvender seg et bredere spekter av lesere uten felles kognitiv struktur.

4.6 Oppsummering av handlingsplanenes kommunikative formål

Med bakgrunn i overforstående analyse, kan det argumenteres for at handlingsplanene som er inkludert i denne analysen deler samme kommunikative formål som Pälli et al., (2009) avdekket i strategiplanen til Lahti: *education, self-legitimation, guiding future action, building identity* og *promotion*.

Det som ser ut til å skille handlingsplanene inkludert i denne oppgaven fra strategiplanen til Lahti er for det første hvordan det kommunikative formålet *guiding future action* også definerer konkrete tiltak som skal føre til realisering av målene innen pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring satt av Helsedirektoratet, Helse Vest og Haukeland Universitetssjukehus. For det andre benyttes *promotion* som virkemiddel *innenfor* styringsdiskursens rammer. Det er derfor grunnlag for å si at handlingsplaner konstituerer sin egen sjanger som en undersjanger av strategigenren hvor *tiltak* for at mål og visjoner i mer overordnede strategidokumenter realiseres, spiller en viktig rolle.

Virksomhetsledere med ansvar for styringssystemet som tilhørere i en styringsdiskurs antas å være kjent med strategiarbeid og bruken av handlingsplaner som virkemiddel for å nå mål. Sagt på en annen måte har virksomhetslederne opparbeidet seg en felles kognitiv struktur med kunnskap om hvordan handlingsplaner er strukturert (Bhatia, 1993).

4.7 Styringsdiskursens representasjoner

Jeg vil i dette kapittelet legge frem fem representasjoner som er identifisert i handlingsplanene som er inkludert i oppgaven. Representasjonene bidrar i sin tur til å skape sosialt aksepterte virkeligheter i styringsdiskursen. Representasjonene som videre presenteres er virkeligheter innen styringsdiskursen slik de *fremstår* gjennom språket i handlingsplanene inkludert i oppgaven.

De fem representasjonene er: 1) styringsdiskursen retter søkelyset mot læring fremfor sanksjoner 2) ledelse er sentralt for å ivareta pasientsikkerheten 3) Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 er et uttrykk for governmentality, 4) transformasjonsledelse er en forutsetning for å lykkes med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, 5) arbeidsmiljø settes i sammenheng med pasientsikkerhet.

Etter hver representasjon gis en beskrivelse av representasjonens bestandighet.

4.7.1 Representasjon 1: Styringsdiskursen retter søkelyset mot læring fremfor sanksjoner

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 henvender seg til virksomhetsledere for systematisk styring av virksomheten etter Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren. Når handlingsplanen videre skriver at: “det må dessuten legges bedre til rette for deling av kunnskap og erfaring” ansvarliggjør Helsedirektoratet virksomhetsledere for at læring tas inn som del av den daglige driften (Helsedirektoratet, 2019, s. 16).

Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 gir også en forståelse av at læring fremfor sanksjoner fremmer en trygghetskultur på arbeidsplassen. Regional plan gir tydelige rammer for hvordan læringen skal foregå: “Risikoforståing skal utviklast med openhet og tillit og støtte opp om kunnskapsbasert læring både fra det som går galt, og det ein allereie er god på” (Helse Vest, 2019b, s. 12). Ved å gi en beskrivelse av læringsformen som kunnskapsbasert fortrenses andre former for læring, og læringsformen er dermed gitt og avgrenset. Regional plan tydeliggjør at læring må foregå på tvers av helseforetak i regionen, og på sikt i hele landet:

Dei viktigaste uønskete hendingane og tiltaka for å redusere risikoen for skadar på pasientar, skal delast med aktuelle avdelingar i regionen, og på sikt i heile landet. Dei som tek i mot læringsmeldingane, skal vurdere om dei er aktuelle for eiga verksemd[...]. Ein må sørgje for å lære av feil og uønskete hendingar, men òg dele erfaringane frå det ein får til. (Helse Vest RHF, 2020b, s. 12)

Fokuset på organisatorisk læring for å fremme pasientsikkerheten kan forstås som alle prosesser for kommunikasjon og deling av kunnskap og erfaring i innad i virksomheten, men også på tvers av organisasjonsgrenser. Læring som beskrives i representasjonen avgrenses derfor til å gjelde læring på organisasjonsnivå, det vil si læring av uønskede hendelser på avdelingsnivå og virksomhetsnivå (Aase, 2015).

Utviklingsplan 2035 konkretiserer kilder til å avdekke risikoområder som dermed gir mulighet for læring: “Statistikk, tilbakemeldingar frå enkeltpasientar gjennom Lytteposten, meldingar om avvik frå tilsette, klagesaker, tilsynssaker og erstatningssaker er andre kjelder til å finne risikoområde og mogelegheiter for læring” (Haukeland Universitetssjukehus, s. 5). I et styringsperspektiv er det interessant at helseforetaket omtaler klager, tilsynssaker og erstatningssaker i en positiv kontekst som skaper et mulighetsrom for læring og forbedring i

motsetning til sanksjoner. I tillegg til å ha søkelys på læring av uheldige hendelser, velger Utviklingsplan 2035 å rette søkelyset mot deling av vellykkede forbedringsprosjekter både lokalt, nasjonalt og internasjonalt. “Vi må søkje læring frå dei sjukehusa som prøver ut og får til forbedringar, lokalt, nasjonalt og internasjonalt” (Haukeland Universitetssjukehus, 2019, s. 42).

I handlingsplanene inkludert i denne studien rettes søkelyset mot læringspotensialet som finnes i uheldige hendelser og vellykkede forbedringsprosjekter. Forskingen peker i tillegg på læringspotensialet som finnes i nesten-hendelser, det vil si hendelser som blir avverget før de får konsekvens for pasienten (Aase, 2015). Argumentene for å konsentrere seg om læring av nesten-hendelser understøttes ved at ufarlige hendelser kan brukes som utgangspunkt for tiltak for å unngå hendelser med alvorlige konsekvenser som fører til pasientskade. Et annet argument for å benytte nesten-hendelser til læring, er at det vil være enklere å snakke om ufarlige hendelser, kontra alvorlige hendelser hvor en eller flere pasienter ble skadet (Aase, 2015).

Representasjonens bestandighet

I 2005 presenterte Verdens helseorganisasjon (WHO) rapporten “WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning system” hvor det fastslås at “the primary purpose of patient safety reporting systems is to learn from experience” (WHO, 2005, s. 12). Rapporten bemerker samtidig at rapportering av uheldige hendelser har liten verdi i seg selv, men at det er oppfølging og analysering av prosessen som førte til hendelse som vil gi en læringsgevinst. Betydningen av ledelse for å fremme læring fremfor sanksjoner tydeliggjøres i utsagnet om at læringsgevinsten kommer ved analysering av prosessen som førte til den uheldige hendelsen. Ledere på alle nivå i organisasjonen skal sørge for at virksomheten kontinuerlig har søkelys på kvalitetsforbedring for å kunne gi trygge og sikre tjenester til befolkningen (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017). Det vil derfor være leders ansvar å sørge for at prosesser analyseres og tiltak settes inn for å fremme læring slik at samme hendelse ikke skjer igjen.

Søkelyset på læring fremfor sanksjoner og leders ansvar ble for alvor belyst i etterkant av skandalen ved Stafford Hospital i England hvor det ble avdekket kritikkverdige forhold på sykehuset som førte til mangfoldige pasientskader og dødsfall (Berwick et al., 2013). I etterkant av granskningen kom rapporten “A promise to learn – a commitment to act” som retter søkelyset mot behovet for læring i pasientsikkerhetsarbeid, samt leders ansvar for at

kvalitetsarbeid settes øverst på agendaen: “Place the quality of patient care, especially patient safety above all other aims” (Berwick et al., 2013 s. 4). Rapporten peker videre på nødvendigheten av en kulturendring i ledelsen som fremmer læring fremfor sanksjoner i etterkant av uheldige hendelser for å unngå at samme hendelse skjer igjen.

Nasjonalt trekker Melding til Stortinget 10 (2012-2013) frem et behov for et bedre system for melding og oppfølging av uønskede hendelser med læring som formål. “Meldesystemet må derfor skilles fra systemer som innebærer straff eller sanksjoner for organisasjoner og ansatte”. Videre skriver Melding til Stortinget 10 (2012-2013): “Videre må den som melder oppleve det nyttig å melde». I dette ligger både at det skal være enkelt å melde uønskede hendelser og at den som melder får tilbakemelding om hvordan hendelsen følges opp og ser at det å melde fører til forbedring” (Meld. St.10 (2012-2013), s. 90). I Melding til Stortinget 10 (2012 –2013) ansvarliggjøres ledere for at befolkningen tilbys tjenester som er trygge og sikre, og pasientsikkerhetsarbeid omtales som “kjernen i styrenes og ledelsens overordnede ansvar” (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 81). Samtidig retter meldingen søkelyset mot at ledelsens kompetanse innen pasient- og kvalitetsforbedringsarbeid må styrkes.

Poenget med å trekke frem rapporten fra WHO, rapporten etter granskningen av Stafford Hospital og Melding til Stortinget 10 (2012-2013) er å vise at representasjonen som retter søkelyset mot læring fremfor sanksjoner ikke er en bestandig representasjon i styringsdiskursen. Styringsdiskursen har endret kurs fra å benytte sanksjoner som virkemiddel mot uheldige hendelser, til å rette søkelyset mot læring, forbedring og ansvarliggjøring av ledere på alle nivå for å skape en kultur som kjennetegnes av åpenhet, tillit og respekt. Helsedirektoratets overtakelse av meldeordningen for uønskede hendelser i 2016 kan sees på som en endring av styringsdiskursen fra å handle om at feil og uheldige hendelser ble møtt med sanksjoner, til et ønske om læring og forbedring for å unngå at samme feil skjer igjen.

4.7.2 Representasjon 2: Ledelse er sentralt for å ivareta pasientsikkerheten

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gir føringer for virksomheters styringssystemer. Nasjonale helsemyndigheter har i forskriften plassert leder av virksomheten i en institusjonell rolle med det overordnede ansvaret for å *sørge for* at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Samtidig viser forskning til at ledelse har betydning for pasientsikkerheten (Leape et al, 2009; Øvretveit, 2010). Dermed har det etablert seg en virkelighetsforståelse for at ledelse har betydning for pasientsikkerheten. I et styringsperspektiv hvor ledere er ansvarlige for å planlegge

virksomhetens aktiviteter, er det interessant å undersøke hvordan ledelse er omtalt i handlingsplaner på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Fremstilles betydningen av ledelse likt eller er det ulik fremstilling av leders betydning. Hvilken effekt har framstillingen av leders betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring?

Betydningen av ledelse for å redusere forekomsten av pasientskader og inkludere kvalitetsforbedringsarbeid i det daglige virket tydeliggjøres på flere måter i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. For det første stadfester Helsedirektoratet at ledelse er viktig ved at ledelse og kultur som sikrer oppmerksomhet og engasjement er presentert som et eget tiltaksområde. For det andre er forfatterne taktiske valg av ord med på å tydeliggjøre lederes ansvar for å styre virksomheten i retning av mål: “En fortsatt oppmerksomhet og forsterket innsats krever at pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring settes øverst på agendaen til eiere og ledere [...] på virksomhetsnivå og nasjonalt hold” (Helsedirektoratet, 2019, s. 16). Videre presiseres at “pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring må inn i etablerte styringslinjer” (Helsedirektoratet, 2019, s. 16). Ved å presisere at pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring settes øverst på agendaen, gir Helsedirektoratet føringer for prioritering og sier implisitt at andre oppgaver må vente. For å sikre fordeling av ansvar for å følge opp tiltak, har Helsedirektoratet listet opp hvem som er relevante aktører ved hvert tiltaksområde samt definert hvilke oppgaver som skal følges opp.

Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 følger ikke opp nasjonal handlingsplan hvor ledelse og kultur er eget tiltaksområde. Planen henviser til overordnede lover og forskrifter, og trekker frem Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten samt Nasjonal plan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023.

Innledningsvis gis det ingen beskrivelse av hvilken målgruppe handlingsplanen har til hensikt å henvende seg til, og handlingsplanen er vag i sin beskrivelse av hvem som er ansvarlig for forbedringsarbeid i organisasjonen: “Det viktigaste ein kan gjere for å mobilisere heile organisasjonen, er å sørge for at alle medarbeidarane er kjende med forbetningsarbeid og forstår meininga med det” (Helse Vest RHF, 2020b, s. 4). Det er tydelig at forfatterne ser gevinsten av kompetanse, men hvem som skal ha ansvaret er vagt.

Videre beskriver planen: “Det er eit særskilt ansvar å sørge for at alle leiarane har tilstrekkelig kompetanse til å stå i spissen for dette [forbetningsarbeidet]” (Helse Vest RHF, 2020b, s. 4). Her synliggjøres leders rolle i forbedringsarbeid ved at forfatterne beskriver ledelse som “å stå i spissen for” arbeidet. Utsagnet tydeliggjør forfatterne holdning til at

kompetanse innen forbedringsarbeid er grunnleggende, men gir ingen beskrivelse av hvem som skal sørge for at lederne har tilstrekkelig kompetanse.

Spørsmålet om hvem som har ansvaret for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring kommer stadig tilbake og synliggjøres av utsagn som: “Vi er inne i eit skifte av modus, der hovedtyngda av arbeidet med å forbetre kvalitet ligg i driftsorganisasjonen som ein integrert del av den daglege verksemda” (Helse Vest RHF, 2020b, s. 5). Om ansvaret tildeles fagprofesjonene eller ledelsen er uklar, og gjør at ansvaret for den systematiske styringen fremstår som fragmentert.

Utviklingsplan 2035 gir en beskrivelse av hvordan Haukeland Universitetssjukehus tenker å nå målet om å skape pasientens helsetjeneste. Det gis ingen beskrivelse av hvem målgruppen for handlingsplanen er, men handlingsplanen legger føringer for hvem som er ansvarlig for styring på alle nivå i organisasjonen: “Leiarar på alle nivå har ansvar for gjennomføring av systematisks forbetningsarbeid” (Haukeland Universitetssjukehus, s. 5). Handlingsplanene henviser til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som førende for hvordan systematisk styring av virksomheten skal gjennomføres.

Utviklingsplan 2035 omtaler ledere som viktige for organisasjonen, noe som synliggjøres i handlingsplanen med en kort beskrivelse av foretakets langsiktige plan for helhetlig lederutvikling.

Representasjonens bestandighet

Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 gir uttrykk for at ledere må gå i spissen for forbedringsarbeid for å sikre pasientsikkerheten. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 og Utviklingsplan 2035 ansvarliggjør ledere for kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid. Retorikken som regional plan benytter som beskriver at ledere må gå i spissen for forbedringsarbeid tydeliggjør ansvaret som lederen har. Med andre ord kan det sies at hvis ikke ledere setter pasientsikkerhetsarbeid på agendaen, blir det vanskelig å forvente at medarbeiderne selv klarer å føre en overordnet strategi for å redusere antall pasientskader (Aase, 2015).

Innføringen av enhetlig ledelse ved alle norske sykehus gav tydelige føringer for hvem som var ansvarlig for styring av virksomheten. Prinsippet med enhetlig ledelse var at ledere på alle nivå i virksomheten hadde det totale ansvaret for drift, resultater og personale (Grund, 2006). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren understøtter

representasjonen om at ledelse er sentralt for å ivareta pasientsikkerheten, og gir en beskrivelse av hvordan ledere systematisk skal styre virksomheten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, 2017).

Betydningen av ledelse tydeliggjøres i etterkant av uheldige hendelser. For å ivareta pasient, pårørende og helsepersonell melder det seg et behov om en kultur preget av åpenhet og tillit samt en virksomhetsstruktur som behandler hendelsen korrekt i forbindelse med rapportering, tilsyn og læring (Aase, 2022). God ledelse er en forutsetning for at uheldige hendelser korrigeres for å unngå at samme hendelse skjer igjen, og grenseoppgangen til representasjonen som omhandler styringsdiskursens søkelys på læring fremfor sanksjoner berøres.

Hvilket ansvar ledere har i etterkant av at uheldige hendelser har oppstått, er beskrevet i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren § 9 som beskriver lederes plikt til å korrigere virksomhetens aktiviteter, herunder uforsvarlige og lovstridige forhold. Videre er det leders ansvar å sørge for at korrigerende tiltak settes inn for å sikre prosessene knyttet til pasientbehandlingen for å unngå at tilsvarende hendelse skjer igjen.

I lys av lov om enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren kan det argumenteres for at representasjonen som er funnet i handlingsplanene inkludert i denne oppgaven som beskriver ledelse som sentralt for pasientsikkerheten har en bestandighet i styringsdiskursen. Bestandigheten strekker seg tilbake til 1999 hvor enhetlig ledelse ble vedtatt innført i alle norske sykehus, og dermed også en ansvarliggjøring av ledere på alle nivå i organisasjonen for drift, resultater og personale (Grund, 2006).

4.7.3 Representasjon 3: Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 er et uttrykk for governmentality

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023) inneholder Helsedirektoratets anbefalinger for hvordan virksomhetsledere skal styre for å sørge for at brukere av helsetjenesten tilbys trygge og sikre tjenester. Dette kommer til uttrykk i handlingsplanens formål: “Handlingsplanen skal bidra til en målrettet og samordnet innsats for trygge og sikre tjenester og bedre pasientsikkerhet [...]” (Helsedirektoratet, 2019, s. 4). Helsedirektoratet definerer gjennom handlingsplanen noe kunnskap som sann og riktig. For det første får virksomhetsledere ansvaret for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter – altså ledere på laveste organisatoriske nivå, og for det

andre skal den systematiske styringen gjøres i henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

I henhold til Lemkes (2010) og Hammers (2021) beskrivelse av governmentality kan det argumenteres for at Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 er et eksempel på denne formen for styring. Gjennom Helsedirektoratet og Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 tydeliggjøres statens strategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Ved at Helsedirektoratet definerer tiltak og fordeler ansvar for at befolkningen tilbys trygge og sikre tjenester i tråd med nasjonal strategi, gjør staten det mulig for alle virksomhetsledere på tvers av helseforetak å styre i samme retning. På denne måten kan det argumenteres for at styring ovenfra kobles til styring av oss selv gitt at målgruppen er virksomhetsledere med ansvar for systematisk styring.

Videre gir handlingsplanen innhold til begrepene kvalitet og pasientsikkerhet som i er sentrale begreper i styringsdiskursen.

Representasjonens bestandighet

For å forstå at Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 er en representasjon og et uttrykk for governmentality kan den sosialdemokratiske moderniseringen av offentlig sektor på tidlig 2000-tallet være med å belyse representasjonen. Sykehusreformen av 2002 beskrives i ettertid som en av de største reformer i norsk samfunnshistorie, og førte til at milliardverdier ble flyttet mellom fylkeskommunene og staten (Strand, 2006, s. 34). Makten ble overført fra fylkeskommunene til staten med hvor staten sto igjen med sektoransvaret, finansieringsansvaret samt eierskapet av fem regionale helseforetak (Strand, 2006). De regionale helseforetakene ble delt inn i selvstendige helseforetak med et selvstendig ansvar for å ivareta den daglige driften. Hvilke mekanismer benyttet og benytter staten for å styre de regionale helseforetakene og helseforetakene? Hvordan styre en organisasjon som er ment å være selvstyrt? Det er her begrepet governmentality kommer inn i bildet som også kan forklares som styring av styring. Hammer (2021) beskriver governmentality som “[...] det punktet der styring ovenfra kobles til vår ledelse av oss selv” (Hammer, 2021, s. 68). Gjennom sykehusreformen ble det dannet nye strukturer for styring av helsetjenesten, hvor Helse- og omsorgsdepartementet har etablert et styringssystem som skal sikre nasjonal overbærende styring av regionale helseforetak og helseforetak.

Helsedirektoratet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og fungerer dermed som et faglig organ som skal bidra til å iverksette vedtatt politikk (Helsedirektoratet, 2017). Gjennom

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 viser staten ved Helse- og omsorgsdepartementet hvordan de regionale helseforetakene og helseforetakene styres ved hjelp av to dimensjoner:

- direkte styring ved å definere hvilke tiltak innen ledelse og kultur som skal prioriteres for å nå målet om færre pasientskader
- de regionale helseforetakene og helseforetakene får selv mulighet til å definere *hvordan* de skal jobbe internt for å nå målet om færre pasientskader.

Eksempelvis kan tiltak knyttet til ledelse og kultur trekkes frem, som viser dimensjonene av styring:

Tiltak: Utvikle en kultur som tilrettelegger for åpenhet og læring.

Pågående arbeid: Jobbe videre for å innlemme pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i eksisterende lederutviklingsprogrammer og introduksjonskurs for nye ansatte.

Nytt arbeid: Sørge for opplæring av styrer i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

(Helsedirektoratet, 2019, s. 17).

Punktet hvor dimensjonene av statens direkte styring gjennom definerte tiltak og de regionale helseforetakene og helseforetakenes frihet til å velge fremgangsmåte for å ivareta *sørge for* ansvaret for at foretakenes styrer får opplæring i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring kan forstås som “[...] punktet der styring ovenfra kobles til vår ledelse av oss selv” (Hammer, 2021, s. 68).

Hvordan staten styrer de regionale helseforetakene og helseforetakene kan ved hjelp av (Hammer, 2021) forstås som en moderne styringskunst under navnet *governmentality*.

Representasjonen om at Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023) er et uttrykk for *governmentality* har en bestandighet i styringsdiskursen som strekker seg tilbake til Sykehusreformen i 2002 og statens overtakelse av sektoransvaret.

4.7.4 Representasjon 4: Transformasjonsledelse er en forutsetning for å lykkes med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid

Ordet *kultur* finnes igjen i alle tre handlingsplanene som er inkludert i denne oppgaven. Ordet benyttes gjerne sammen med *pasientsikkerhet* og skaper dermed ordet *pasientsikkerhetskultur*. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

2019-2023 og Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 er samstemte i sin beskrivelse av innhold: “Pasientsikkerhetskultur defineres som hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser i helsetjenesten, og gjenspeiler de delene av organisasjonskulturen som har betydning for risiko i pasientbehandling” (Helsedirektoratet, 2019, s. 31; Helse Vest RHF, 2020b, s. 26).

Definisjonen av pasientsikkerhet vektlegger at et samarbeid mellom leder og medarbeidere er essensielt for å kunne skape pasientsikkerhetskultur på arbeidsplassen. Dette fordrer også en kultur for åpenhet og tillitt mellom leder og medarbeidere, samt medarbeidere seg imellom. Beskrivelsene av tiltakene beskrevet i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 gir en forståelse av at pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er ord som må inn i vokabularet til ledere og medarbeidere, og at det må innlemmes og etterspørres i eksisterende lederlinjer, i lederutviklingsprogrammer og som introduksjonskurs for nyansatte (Helsedirektoratet, 2019).

Haukeland Universitetssjukehus benytter begrepet *tryggleikskultur* som utvider pasientsikkerhetsbegrepet til å involvere alle som er i kontakt med, eller en del av helsetjenesten. Leders evner til å skape en trygghetskultur på arbeidsplassen likestilles i Utviklingsplan 2035 med leders endringskompetanse. Utviklingsplan 2035 vektlegger behovet for ledelse på tvers av enheter i sykehuset med søkelys på pakkeforløp som et organisatorisk svar på en økning i antall pasienter med sammensatte lidelser. “Oppgåvedeling mellom omsorgsnivåa krev også betre samarbeid og meir involvering av førstelinja” (Haukeland Universitetssjukehus, s. 42). Organisering av helsetjenesten etter pakkeforløp krever en ny form for lederskap, som går på tvers av enheter og omsorgsnivå. For medarbeiderne fører ny organisering til endring. Utviklingsplan 2035 gjør lederne ansvarlige for å motivere medarbeiderne til endringsprosesser på veien mot å nå det som er organisasjonens mål om å skape pasientens helsetjeneste. “Ein stor del av leiaranes oppgåver blir å motivere medarbeidarane og leggje til rette for å ta inn ny teknologi [...]” (Haukeland Universitetssjukehus, s. 43). Beskrivelsen av leders ansvar for å motivere ansatte kan gjenkjennes i teorier om transformasjonsledelse (Strand, 2001; Martinsen, 2005) hvor lederen har en fremtoning som fører til at de blir rollemodeller for sine medarbeidere og eksempelets makt bidrar til å sørge for at arbeidet blir sett på som meningsfullt.

Representasjonens bestandighet

Flere studier peker i retning av at lederstil har betydning for hvilke holdninger virksomheten har til pasientsikkerhetsarbeid (Martinsen, 2005; Seljemo et al., 2020).

Transformasjonsledelse som lederstil trekkes frem som viktig når ledere prioriterer sikkerhetsarbeid. Ifølge flere studier skaper transformasjonsledelse et positivt klima for sikkerhet, hvor høy grad av involvering av medarbeiderne knyttet til sikkerhetsarbeid fører til bedre pasientsikkerhet (Aase, 2022). Både Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 og Utviklingsplan 2035 vektlegger samarbeidet mellom ledere og medarbeidere for å oppnå god pasientsikkerhet. Videre rettes ansvaret mot ledere i Utviklingsplan 2035 for å motivere medarbeidere til forbedringsarbeid. Handlingsplanen beskriver ikke hvordan ledere skal motivere sine medarbeidere, men jeg gjør en antagelse om at det er motivasjon gjennom inspirerende engasjement for å nå virksomhetens mål og visjoner heller enn motivasjon gjennom ytre belønninger som er avgjørende. Antagelsen peker i retning av at handlingsplanen etterspør egenskaper hos ledere som sammenfaller med transformasjonsledelse.

Spesialisthelsetjenesteloven, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, de årlige oppdragsdokumentene, samt handlingsplanene inkludert i denne oppgaven er tekster som danner en kontekst for styringsdiskursen i spesialisthelsetjenesten. I styringsdokumentene som bidrar til å ramme inn styringsdiskursen har jeg ikke funnet direkte bruk av begrepet transformasjonsledelse.

Pasientsikkerhetsarbeid er et komplekst arbeid som påvirkes av flere faktorer som virksomhetens strukturer for sikkerhet, sikkerhet sett fra pasientperspektivet, arbeidsmiljø, evne til læring og ledelse (Aase, 2015). Å avgrense forutsetningen for å lykkes med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid til transformasjonsledelse, blir i lys av kompleksiteten i pasientsikkerhetsarbeid en forenkling. Representasjonen kan likevel sees på som en bestandig representasjon som har en *posisjon* i styringsdiskursen som en motsats til transaksjonsledelse hvor medarbeidere belønnes med ytre motivasjon for utført arbeid (Strand, 2001).

4.7.5 Representasjon 5: Arbeidsmiljø settes i sammenheng med pasientsikkerhet

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 er utarbeidet av Helsedirektoratet. Helsedirektoratets delegerede myndighet til å gi mening til lov og regelverk innenfor helse- og omsorgssektoren gjør at Helsedirektoratet kan omtales som en

definisjonsmakt. Hvordan Helsedirektoratet i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 beskriver styring av virksomheter for å redusere forekomsten av pasientskader, er førende for hvordan regionale helseforetak og helseforetak skal styres. Helsedirektoratet ansvarliggjør virksomhetsledere jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren for systematisk styring av virksomheten. Når Helsedirektoratet videre velger å beskrive et eget tiltak som setter arbeidsmiljø i sammenheng med pasientsikkerhet gjøres virksomhetsledere ansvarlige for at medarbeiderne arbeider under trygge omgivelser som tilrettelegger for åpenhet og læring. Regionale helseforetak og helseforetak skal: “Følge opp og benytte resultater fra den årlige medarbeiderundersøkelsen ForBedring i spesialisthelsetjenesten med relevante forbedringstiltak og sikre at disse har effekt” (Helsedirektoratet, 2019, s. 17). Helsedirektoratets kobling mellom godt arbeidsmiljø og pasientsikkerhet finner videre støtte i forskningen (Leape et al., 2009).

Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 gir følgende beskrivelse av koblingen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet: “Tryggleikskultur blir skapt gjennom alle dei erfaringane leiarar og medarbeidarar gjer i møte med kvarandre og pasientane. Ein tryggleikskultur er kjenneteikna av openheit, tillit og respekt” (Helse Vest RHF, 2020b, s. 12).

Videre følger Utviklingsplan 2035 opp med: “I utviklinga av sjukehuset må leiarane gi medarbeidarane medråderett og vidareutvikle arbeidsmiljøa for å fremje pasienttryggleik og understøtte ein forbetningskultur” (Haukeland Universitetssjukehus, s. 43).

Hvilken betydning har koblingen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet for hvordan virksomhetsledere skal styre virksomheten? Representasjonen gir føringer for at virksomhetsledere står ansvarlig for å skape en kultur hvor søkelys på uheldige hendelser knyttet til enkeltindivider utvides til å omfavne *systemet* hvor uheldige hendelser oppstår. For å redusere risikoen for å utsette pasienter for uheldige hendelser, må både *strukturer* og *prosesser* som fremmer pasientsikkerhet involveres for å skape trygge og sikre tjenester. Risikostyring er pasientsikkerhet sett i et bredere perspektiv hvor det gjøres en kartlegging av hvilke faktorer som er gjeldende i situasjoner hvor uheldige hendelser oppstår. Kartleggingen muliggjør risikoreducerende tiltak slik at pasientene befinner seg i et lavere risikoområde. Risikostyring søker dermed en kobling mellom forståelsen av uheldige hendelser som rammer pasienten til et videre fokus som inkluderer ansatte, besøkende og samfunnet ellers (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010). Fra en snever definisjon av pasientsikkerhetsbegrepet som omfatter uheldige hendelser forårsaket av enkeltindivider

utvides fokuset og sees i sammenheng med arbeidsmiljø og medarbeidernes sikkerhet på arbeidsplassen.

Representasjonens bestandighet

Helse og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene har to formål:

- Det stilles styringskrav til de regionale helseforetakene
- Midlene i Stortingets budsjettvedtak blir formelt stilt til de regionale helseforetakenes disposisjon.

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2023)

For å avgjøre representasjonens bestandighet, ser jeg nærmere på styringskravene som stilles til de regionale helseforetakene.

HMS ble for første gang omtalt i oppdragsdokumentet til Helse Vest i 2016 i tilknytning til det overordnede målet om å: “betre kvalitet og pasientsikkerhet” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 2). Videre stadfester oppdragsdokumentet fra 2016 at “Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS) er en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 4). Ved å knytte HMS til kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid settes HMS og arbeidsmiljø på agendaen til ledere på alle nivå i spesialisthelsetjenesten. Representasjonen forsterkes av innføringen av den første nasjonale medarbeiderundersøkelsen i spesialisthelsetjenesten i 2018 under navnet “ForBedring”. Formålet med undersøkelsen er å gi ledere og ansatte på alle nivå et kunnskapsgrunnlag for og sammen kunne utarbeide og iverksette tiltak for å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten. Samtidig gir undersøkelsen rom for å synliggjøre at det finnes en sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet som har betydning for hvilken risiko virksomhetens står ovenfor når det gjelder forekomst av uheldige hendelser (Meld. St. 11 (2018-2019), s. 37).

I et styringsperspektiv er det interessant å se hvordan oppdragsdokumentene fra 2020 og frem til oppdragsdokumentet for inneværende år har erstattet begrepet HMS med *arbeidsmiljø*. Et skifte av begrep kan tyde på at nasjonale helsemyndigheter har et behov for å tydeliggjøre ovenfor regionale helseforetak og helseforetak at det er *arbeidsmiljø* som settes i sammenheng med pasientsikkerheten. “Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet må sjåast i samanheng” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 6). Videre tydeliggjøres krav til

styring av virksomheten ytterligere i oppdragsdokumentet fra 2022 hvor det på nasjonalt nivå skal identifiseres sammenhenger mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet med utgangspunkt i oppfølging av Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 samt resultater fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 7).

I lys av oppdragsdokumenter produsert i perioden mellom 2016 - 2023 bekreftes en gyldighet knyttet til representasjonen som setter arbeidsmiljø i sammenheng med pasientsikkerhet. Samtidig gir manglende funn av begrepene HMS og arbeidsmiljø i sammenheng med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i tiden før 2016 indikasjoner på at representasjonen ikke har en bestandighet i styringsdiskursen som jeg har avgrenset til 1990-tallet. Hvordan helsemyndigheter kobler sammen arbeidsmiljø og pasientsikkerhet tolkes som en relativt ny representasjon i styringsdiskursen.

DEL 2

4.8 Styringsdiskursens materialitet

Hittil har fokuset på analysen av styringsdiskursen vært strukturert rundt diskursens skrevne ord med utgangspunkt i Nasjonal handlingsplan for kvalitetsforbedring 2019-2023, Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 og Utviklingsplan 2035. Neumann (2021) beskriver diskursens materialitet som de bestanddelene styringsdiskursen består av som har en materialitet og som iscenesetter en praksis i form av sosial samhandling. De regionale helseforetakenes *sørge for* ansvar overfor befolkningen står sentralt i styringsdiskursen. *Sørge for* ansvarets omfang er beskrevet i Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Om ledelse på sykehus tydeliggjøres den lovmessige forankringen om én ansvarlig leder på alle nivåer (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-9). Videre bidrar Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren til å tydeliggjøre ansvaret ledere på alle nivå har for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som ledd i å *sørge for* at befolkningen tilbys tjenester som er trygge og sikre. Lederes ansvar for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring omtales i alle handlingsplanene som er inkludert i denne oppgaven:

“Systematisk arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er et ansvar for ledere på alle nivå” (Helsedirektoratet, 2019, s. 16).

“Leiinga må på alle nivå ha forståing for den systematiske tilnærminga [til pasientsikkerhetsarbeid]” (Helse Vest, 2019).

“Leiarar på alle nivå har ansvar for gjennomføring av systematisk forbetningsarbeid”
(Haukeland Universitetssjukehus, s. 5).

Med handlingsplanene som grunnlag, dannet det seg et bilde av en materialitet i styringsdiskursen som rommer fysisk infrastruktur i form av regionale helseforetak og helseforetak som i sin tur består av mennesker med ulike roller og ansvar. I denne oppgaven som omhandler leders betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, er det derfor sentralt å trekke frem helseforetakets ledelsesstruktur samt lederne, som materialiteter som er sentrale i styringsdiskursen. Helse Bergen, Haukeland Universitetssjukehus har en flat ledelsesstruktur med få ledernivåer opp til administrerende direktør. Med flat ledelsesstruktur i en stor kunnskapsbedrift som Haukeland Universitetssjukehus stilles det store krav til lederne på hvert nivå som skal *sørge for* trygge og sikre tjenester, samt følge opp den enkelte medarbeider og sikre et trygt arbeidsmiljø som ledd i pasientsikkerhetsarbeidet.

Styringsverktøy kan defineres som de hjelpemidlene ledere har for å sikre systematisk styring av virksomheten (Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, 2017). Lederne i moderne kunnskapsorganisasjoner som et helseforetak er, har en rekke styringsverktøy tilgjengelig for å sikre systematisk styring. Styringsverktøyene eksisterer som en materialitet i styringsdiskursen. I det følgende presenteres tre styringsverktøy som står sentralt i styringsdiskursen:

4.8.1 Kvalitetsindikatorer

For å sikre trygge og sikre tjenester til befolkningen er det utarbeidet kvalitetsindikatorer som et styringsverktøy som gir lederne informasjon om kvaliteten på det området som måles. Det er vanlig at kvalitetsindikatorer deles inn i tre typer indikatorer:

- strukturindikatorer som sier noe om kompetanse, ressurser og tilgjengelig utstyr.
- prosessindikatorer som gir informasjon om kvaliteten i pasientforløp
- resultatindikatorer som gir informasjon om overlevelse, helsegevinst og pasienttilfredshet

(Arntzen, 2014, s. 64)

Nasjonale kvalitetsindikatorer sikrer en målrettet og samordnet innsats for å sikre trygge og sikre tjenester. På nasjonalt nivå har kvalitetsindikatorerne en overordnet fremstilling, som krever en forankring hos ledere på alle nivå for at målet skal nås. Den nasjonale kvalitetsindikatoren for pasientskader beskrives i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet

og kvalitetsforbedring 2019-2023: “Redusere andel pasientopphold med minst én pasientskade, alle alvorlighetsgrader, med 25 prosent fra 2017 til utgangen av 2023. Dette tilsvarer reduksjon fra 13,7 (2017) til 10,3 prosent” (Helsedirektoratet, 2019, s. 12).

Kvalitetsindikatoren havner inn under beskrivelsen av en resultatindikator, som måler reduksjon av pasientskader etter innføring av ulike tiltak basert på lokale utfordringer.

Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 peker i tillegg på betydningen av å ha regionale og lokale kvalitetsindikatorer som baserer seg på egne kvalitetsutfordringer som et styringsverktøy for lederne. Utviklingsplan 2035 beskriver kvalitetsindikatorer som et verktøy for å avdekke uønskede variasjoner mellom sykehus som grunnlag for utarbeidelsen av standardiserte pasientforløp.

4.8.2 Det grønne korset – kvalitet og pasientsikkerhet hver dag

Det grønne korset er et styringsverktøy som gir daglig oppfølging av uheldige hendelser, nesten-hendelser og forbedringsforslag med utgangspunkt å frembringe læring, samt skape en kultur for åpenhet og tillit. Styringsverktøyet har en materialitet som retter seg mot den fremstilte representasjonen om at styringsdiskursen retter søkelyset mot læring fremfor sanksjoner. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 vektlegger læring og forbedring som grunnleggende for å skape et system som fanger opp feil slik at samme feil ikke gjentar seg: “[...] vi kan styrke evnen til læring og forbedring og forhindre at det samme skjer igjen” (Helsedirektoratet, 2019, s. 2). Et av tiltakene til Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 som skal bidra til å nå målet om færre pasientskader “[...] er kulturbygging for åpenhet og tillit [...]” (Helse Vest RHF, 2020b, s. 4). Utviklingsplan 2035 peker på viktigheten av å lære av det som går, så vel som det å lære av uheldige hendelser (Haukeland Universitetssjukehus, s. 42). Den grønne korset reproducerer dermed representasjonen om at styringsdiskursen retter søkelyset mot læring fremfor sanksjoner hvor det grønne korset fremstår som en materiell enhet i styringsdiskursen som i sin tur iscenesetter sosiale praksiser.

Haukeland Universitetssjukehus har utarbeidet retningslinjer for hvordan det grønne korset skal brukes. Retningslinjen frembringer i sin tur sosiale praksiser. Medarbeiderne fra aktuell enhet samles daglig for en kort gjennomgang av hendelser det siste døgnet som har ført til uheldige hendelser eller nesten-hendelser. Med forankring i Spesialisthelsetjenesteloven (1999) er ledere på alle nivå i virksomheten ansvarlige for systematisk styring av virksomheten. Det vil derfor være ledere på sine respektive avdelinger som er ansvarlige for å

gjennomføre øvelsen med det grønne korset samt beslutte og følge opp forbedringstiltak. Medarbeiderne forteller hva de har opplevd eller observert som kan ha betydning for pasientsikkerheten med den hensikt å lære av hendelsene for å unngå at de skjer igjen. Hendelser kan være både av negativ og positiv art, noe som påpekes i det empiriske materialet av handlingsplaner som danner grunnlaget for denne analysen (Helsedirektoratet, 2019; Helse Vest RHF, 2020b; Haukeland Universitetssjukehus). Spørsmål som er relevante å stille er:

- Har det oppstått hendelser det siste døgnet som har utgjort en risiko i pasientbehandlingen eller for arbeidsmiljøet?
- Finnes det forbedringsforslag i medarbeidergruppen?
- Hvilke tiltak må iverksettes straks, eller planlegges for å ivareta pasientsikkerheten og arbeidsmiljøet på avdelingen?
- Er det prosesser i pasientbehandlingen som har gått veldig bra? Hvorfor har det gått bra?

(Haukeland Universitetssjukehus, det grønne korset)

Uheldige hendelser som blir avdekket i løpet av samlingen rangeres med farger som representerer hendelsens alvorlighetsgrad:

Rød	Betydelig skade
Orange	Hendelse med konsekvens
Gul	Nestenhendelse
Grønn	Ingen uønsket hendelse

(Haukeland Universitetssjukehus, det grønne korset)

Ut ifra alvorlighetsgrad iscenesettes nye sosiale praksiser hvor uheldige hendelser med konsekvens krever strakstiltak, registrering i system for avvikshåndtering og oppfølging. I videre forbedringsarbeid i etterkant av uheldige hendelser er leder ansvarlig for at hendelsen tas opp på regelmessige møter med medarbeiderne med hensikt å utarbeide en årsaksanalyse som gir informasjon om hvor strukturen eller prosessen har sviktet. Involvering av medarbeiderne bidrar videre til å skape åpenhet, tillit og læring i virksomheten.

4.8.3. Forbedringsundersøkelsen

Den årlige nasjonale forbedringsundersøkelsen i spesialisthelsetjenesten eksisterer under navnet ForBedring. Forbedringsundersøkelsen har som mål å kartlegge arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og HMS, og setter arbeidsmiljø og trygghet på arbeidsplassen i sammenheng med pasientsikkerhet. Forbedringsundersøkelsen eksisterer som en materiell substans i styringsdiskursen som bidrar til å iscenesette sosiale praksiser og gi bekreftelse til den fremstilte representasjonen om at arbeidsmiljø settes i sammenheng med pasientsikkerhet.

For å utvikle en kultur som tilrettelegger for åpenhet og læring, er ett av tiltakene i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 å “følge opp og benytte resultater fra den årlige medarbeiderundersøkelsen ForBedring i spesialisthelsetjenesten med relevante forbedringstiltak og sikre at disse har effekt” (Helsedirektoratet, 2019, s. 17). På nasjonalt nivå er det opprettet kvalitetsindikatorer som gir målbare tall på arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur i spesialisthelsetjenesten med utgangspunkt i Forbedringsundersøkelsen.

I Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 beskrives tryggleikskultur som et sentralt element i risikostyringen. “Risikovurdering og risikohandtering skal vere ein del av tryggleikskulturen” (Helse Vest, 2019, s. 12). Som del av risikostyringen inngår oppfølging av Forbedringsundersøkelsen. Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 har beskrevet et eget tiltak knyttet til tryggleikskultur med grunnlag i Forbedringsundersøkelsen: “følgje opp dei årlege forbetningsundersøkingane lokalt [...]” (Helse Vest, 2020b, s. 12).

Utviklingsplan 2035 synliggjør også Forbedringsundersøkelsen som et verktøy for systematisk styring av virksomheten: “Oppfølginga av Forbedringsundersøkelsen skjer i den enkelte eining, og vi skal gjenta undersøkinga i åra framover” (Haukeland Universitetssjukehus, s. 6).

Hvordan bidrar så Forbedringsundersøkelsen til å iscenesette sosiale praksiser? Med en forankring i Spesialisthelsetjenesteloven (1999) skal sykehus organiseres med én ansvarlig leder på alle nivå i spesialisthelsetjenesten med ansvar for drift, personell og økonomi (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Det rettes ser ansvar mot ledere på alle nivå for at Forbedringsundersøkelsen følges opp med konkrete handlinger. Haukeland Universitetssjukehus har utarbeidet en egen prosessveileder for ledere som beskriver prosessen fra Forbedringsundersøkelsens start og til handlingsplanen er utarbeidet og evaluert. Prosessen gjenkjennes som Demings forbedringssirkel med fasene planlegging,

gjennomføring, evaluering og korrigerings. Videre presenteres prosessoppfølgingen av Forbedringsundersøkelsen som er forankret i helseforetakets anbefalinger for oppfølging.

Planlegging: Leder gjennomgår spørsmålene i Forbedringsundersøkelsen med medarbeiderne med hensikt å unngå misforståelser og sikre god validitet. Leder planlegger videre oppfølging av Forbedringsundersøkelsen ved å sette av datoer for møter med hensikt å utarbeide en handlingsplan med grunnlag i Forbedringsundersøkelsen (Haukeland Universitetssjukehus, Forbedringsundersøkelsen).

Gjennomføring: Forbedringsundersøkelsen gjennomføres elektronisk i perioden 1. februar til 15. mars (Haukeland Universitetssjukehus, Forbedringsundersøkelsen).

Evaluering: Ledere, verneombud og tillitsvalgte får resultatene fra Forbedringsundersøkelsen en uke før øvrige medarbeidere. Leder kaller inn verneombud og tillitsvalgt for en gjennomgang av resultatene for å sikre medvirkning. Deretter gjennomgås resultatene med øvrige medarbeidere på et felles møte, for eksempel et personalmøte for å diskutere hvilke forbedringsområder det er mest aktuelt å jobbe videre med. For videre oppfølging er det ønskelig at det opprettes en arbeidsgruppe bestående av leder, verneombud og ansattrepresentanter for utarbeidelse av risikovurdering og handlingsplan med utgangspunkt i Forbedringsundersøkelsen (Haukeland Universitetssjukehus, Forbedringsundersøkelsen).

Korrigerings: Leder følger opp handlingsplanen, og presenterer handlingsplanen på personalmøter i løpet av året for å sikre fortsatt medvirkning og forankring i ansattgruppen. I løpet av året kan handlingsplanen korrigeres ved at det legges til nye tiltak for å sikre arbeidsmiljøet, pasientsikkerheten og øvrig HMS som del av virksomhetens systematiske styring (Haukeland Universitetssjukehus, Forbedringsundersøkelsen).

4.8.4 Subjektposisjoner

Foucaults subjektbegrep retter søkelyset mot hvordan diskurser og diskursenes utsagn konstituerer ulike subjektposisjoner som fylles av subjekter (Neumann, 2021, s. 87). Gjennom analyse av handlingsplanene som er inkludert i denne oppgaven, skal jeg forsøke å identifisere hvem som har en posisjon i styringsdiskursen til å kunne uttale seg med myndighet og autoritet (Jørgensen & Phillips, 1999). Gjennom handlingsplanene som er inkludert i denne oppgaven, påkaller styringsdiskursen flere subjektposisjoner som er en del av styringsdiskursens materialitet. Jeg vil videre presentere subjektposisjonene jeg anser som de mest sentrale i styringsdiskursen, og retter oppmerksomheten mot nasjonale helsemyndigheter, helseforetakene, brukerorganisasjoner, og ledere. Utgangspunktet for analysen av styringsdiskursen er tekster som ved identifisering av kommunikative faktorer faller inn under sjangeren handlingsplaner. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 representerer en nasjonal målrettet og samordnet innsats for trygge og sikre tjenester og bedre pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2019). Gjennom Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 vil nasjonale helsemyndigheter representert ved Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet representere sentrale subjektposisjoner. Som representanter for den offentlige helsepolitikken og med det overordnede ansvaret for styring av helseforetak og regionale helseforetak, vil nasjonale helsemyndigheter ha en naturlig autoritet i styringsdiskursen (Flessen, 2016, s. 65). Gjennom etablering av nasjonale kvalitetsindikatorer med fokus på jevnlig rapportering konstitueres en subjektposisjon for overvåking og kontroll som fylles av nasjonale helsemyndigheter som subjekt (Flessen, 2016, s. 65).

Gjennom Spesialisthelsetjenesteloven tydeliggjøres statens ansvar for at befolkningen tilbys spesialisthelsetjenester. Videre beskrives de regionale helseforetakenes *sørge for* ansvar for å tilby trygge og sikre spesialisthelsetjenester til befolkningen. Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 og Utviklingsplan 2035 kan sees på som en del av dette *sørge for* ansvaret hvor mål, tiltak, ansvar og prioriteringer kommer til syne. Som forvalter av den nasjonale helsepolitikken har helseforetak og regionale helseforetak et ansvar for systematisk styring av virksomheten i retning av nasjonale mål. Ansvaret er tydeliggjort i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren. Gjennom den norske helseforetaksmodellen må helseforetakene og de regionale helseforetakene balansere mellom kravene som staten stiller gjennom de årlige oppdragsdokumentene og de oppgaver regionene selv vil prioritere (Strand, 2006). Gjennom den norske helseforetaksmodellen konstitueres en

subjektposisjon med et *sørge for* ansvar som fylles av helseforetak og regionale helseforetak som videre rettferdiggjør en naturlig autoritet i styringsdiskursen.

Gjennom Melding til Stortinget nr. 7 (2019-2020) vektlegges brukermedvirkning i utvikling av helsetjenesten. Brukermedvirkning på systemnivå kommer til syne gjennom brukerutvalg og ungdomsråd (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 21). Brukermedvirkning som en viktig brikke i utvikling av helsetjenesten synliggjøres i handlingsplanene som er inkludert i denne oppgaven: “Dei som tek imot helsetenester, skal òg vere delaktige i å utvikle tenesta” (Helse Vest, 2020b, s. 18). Utviklingsplan 2035 retter søkelyset mot pasientens helsetjeneste for å synliggjøre pasienters medvirkning både i de enkelte behandlingssituasjonene og i utvikling av helsetjenesten: “Satsinga på Pasientens helseteneste er eit godt og viktig grep [...]” (Haukeland Universitetssjukehus, s. 26). Videre synliggjøres brukerutvalgenes plass i styringsdiskursen ved at de er representert i utarbeidelsen av Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 og Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024. Med bakgrunn i nasjonale krav om brukermedvirkning som del av utviklingen av helsetjenesten konstitueres en subjektposisjon for medvirkning som fylles av pasienter og brukere som subjekt.

Enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten beskriver ledernes totale ansvar (Grund, 2006). Videre gis leders ansvar for systematisk styring av virksomheten innhold i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren. Handlingsplanene som er inkludert i denne oppgaven presiserer at systematisk arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er et ansvar for alle ledere på hvert nivå i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019, Helse Vest 2020b, Haukeland Universitetssjukehus). Ansvaret beskriver plikten til å planlegge, gjennomføres, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter på alle nivåer. Med beskrivelsen over konstitueres en subjektposisjon som skal styre virksomheten mot mål satt av nasjonale helsemyndigheter gjennom utarbeidelsen av lokale handlings- og forbedringsplaner. Subjektposisjonen fylles av ledere som subjekt, som gjennom sitt ansvar for systematisk styring av virksomheten har en naturlig autoritet i styringsdiskursen.

4.9 Makt

Med utgangspunkt i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 og Utviklingsplan 2035 identifiseres ulike maktrelasjoner i styringsdiskursen. Utgangspunktet for å belyse ulike tilganger til makt, er Foucaults forståelse av makt som en normaltilstand som verken prinsipalen eller agenten stiller spørsmål ved.

Foucaults maktbegrep styrer unna en handlende [prinsipal] og tar snarere utgangspunkt i hvordan tingenes orden fremstår som normal, og derfor i alle fall i noen grad uproblematisert både for [prinsipal] og [agent]. (Neumann, 2021, s. 165).

Videre er Foucaults forståelse av makt knyttet til maktens produktive virkemåte som eksisterer som en motsats til en mer tradisjonell oppfatning av makt som et onde som bør avskaffes (Øye et al., 2018).

4.9.1 Definisjonsmakt

Gjennom Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 presenterer staten som eier av helseforetakene sin strategi for arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Som eier av helseforetakene har staten makt til å skape definisjoner. Definisjonsmakten synliggjøres i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 ved at sentrale begreper innen styringsdiskursen gis innhold (Helsedirektoratet, 2019). Med utgangspunkt i at statlige føringer gir definisjonsmakt, er det sannsynlig at Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 har innflytelse på definisjoner, drivere og tiltak i Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 og Utviklingsplan 2035. Sentrale begreper som del av styringsdiskursen har i denne oppgaven vært begrepsparet pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, samt ansvar for styringssystemet. For å synliggjøre definisjonsmakten er det derfor interessant å undersøke hvordan begrepsparet pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, samt ansvar for styringssystemet er omtalt i dokumentene på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 og Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 har sammenfallende definisjoner av begrepene pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring: "Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel eller mangel på ytelser" (Helsedirektoratet, 2019, s. 31; Helse Vest RHF, 2020b, s. 26). I Utviklingsplan 2035 omtales pasientsikkerhet som viktig, og setter pasientsikkerhet i sammenheng med

arbeidsmiljø. Handlingsplanen gir derimot ingen beskrivelse av hvilket innhold begrepet pasientsikkerhet gis av helseforetaket.

Begrepet kvalitetsforbedring omtales gjerne sammen med pasientsikkerhet og står for nødvendige prosesser for å ivareta pasientsikkerheten. Hvilket innhold gir definisjonsmakten begrepet, og kan begrepet gjenfinnes i regional og lokal handlingsplan? Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 og Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 er samstemte i sin definisjon av kvalitetsforbedring:

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere tiltak som viser seg å være effektive. Kvalitetsforbedring handler om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester. (Helsedirektoratet, 2019, s. 31; Helse Vest RHF, 2020b, s. 26)

Utviklingsplan 2035 har ingen definisjon av begrepet kvalitetsforbedring og omtaler kvalitetsforbedring kun i sammenheng med kvalitetsregister: “Sjukehuset har som tidlegare nemnt ei rekkje register: Kvalitetsregister som er eigna til arbeid med kvalitetsforbetring [...]” (Haukeland Universitetssjukehus, s. 15).

Definisjonsmaktens tolkning av virkeligheten som belyser ansvar for styringssystemet og systematisk styring av virksomheten kommer til syne i Spesialisthelsetjenesteloven (1999), og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren (2017). Det er sannsynlig å anta at statlige føringer vil ha betydning for hvordan ansvar er beskrevet i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 og Utviklingsplan 2035. I samtlige handlingsplaner som er inkludert i denne oppgaven er det tydeliggjort at ledere på alle nivå er ansvarlige for systematisk forbedringsarbeid (Helsedirektoratet, 2019; Helse Vest RHF, 2020b; Haukeland Universitetssjukehus). Hvordan statlige føringer har valgt å gi innhold til begrepene pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring samt definere hvem som er ansvarlig for systematisk styring av virksomheten finnes igjen i regional og lokal handlingsplan. Videre vil handlingsplanene være med på å skape holdninger og virkeligheter for leserne av dokumentene, hvorpå definisjonsmaktens funksjon kommer til syne.

4.9.2. Handlingsplanenes makt

I kapittel 4.5 forsøkte jeg å identifisere handlingsplanenes kommunikative formål, med utgangspunkt i Pälli et al., (2009) sin forskning på strategiplanen til Lahti. Handlingsplanene inkludert i denne oppgaven og strategiplanen i Pälli et al., (2009) sin forskning delte mange av de samme kommunikative formålene, hvorpå formålet om å vise vei til fremtidig handling ble beskrevet som det viktigste kommunikative formålet. Forfatterens valg av kommunikative formål bidrar til dannelsen av ulike sjangre, og i denne oppgaven er søkelyset rettet mot handlingsplaner som egen sjanger. Det er sannsynlig å anta at forfatterne så vel som leserne av handlingsplanene har en felles forståelse av handlingsplanenes formål. I handlingsplanene som er inkludert i denne oppgaven gjelder en felles forståelse for at formålet er å vise vei til fremtidig handling, samt å fungere som et virkemiddel for at mål og visjoner fra overordnede strategier og statlige føringer realiseres. En felles forståelse av handlingsplanenes formål, kan også beskrives som felles kognitiv struktur (Bhatia, 1999). Makten som eksisterer i handlingsplanene som sjanger finnes i de kommunikative formålene som bidrar til at leseren gjenkjenner teksten som en handlingsplan og som deretter iscenesetter sosiale praksiser som møtevirksomhet, samhandling og involvering for å muliggjøre høy grad av måloppnåelse.

Foruten om å eksistere som en egen sjanger, er handlingsplanene en del av en styringsdiskurs. Styringsdiskursen ved lovgivende makt konstituerer et *sørge for* ansvar for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomheten. Det er øverste leder som er ansvarlig for systematisk styring av virksomheten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjeneste, 2017). Videre konstitueres et helhetlig *sørge for* ansvar for drift, personell og økonomi som omfavner ledere på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, § 3-9).

Handlingsplanene som er inkludert i denne oppgaven beskriver ansvaret for systematisk forbedringsarbeid til å gjelde ledere på alle nivå i organisasjonen. Ved å etablere et ansvarsforhold som samsvarer med definisjonsmaktens beskrivelse av ansvar, bidrar handlingsplanene til å reprodusere den sosiale maktrelasjonen som finnes mellom lovgivende makt og helseforetakene.

Pasienter og brukere av helsetjenesten har i dag tilgang på informasjon om egen helse gjennom dagens digitale løsninger. Teknologien gir samtidig en mulighet for å identifisere hva som er mulig innen diagnostikk og behandling (Haukeland Universitetssjukehus). Kunnskap om egen helse samt muligheter innen diagnostikk og behandling påvirker

etterspørselen og forventninger fra brukerne til kvalitet i helsetjenesten. I Meld. St.7 (2019-2020) stadfester definisjonsmakten involvering fra brukerne av helsetjenesten: “Pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar. Både pasient og pårørende blir sett og hørt - med ord de forstår. [...] brukerne medvirker i utforming av tjenesten” (Meld. St.7 (2019-2020), s. 7).

Handlingsplanene som er inkludert i denne oppgaven, bidrar til å reprodusere definisjonsmaktens syn på virkeligheten om at makt må omfordeles til å involvere pasientene gjennom visjonen “*Pasientens helsetjeneste*”:

Virksomheten må utvikle egne strategier for hvordan man bygger kompetanse i praksis, og hvordan man tar i bruk erfaringer fra pasienter, brukere og aktivt involverer dem i forbedringsarbeid. (Helsedirektoratet, 2019, s. 18)

Pasientens helsetjeneste skal ha fokus på involvering på individ- og systemnivå. (Helse Vest RHF, 2020b, s. 18)

Satsinga på *Pasientens helsetjeneste* er eit godt grep som bringer med seg auka forventningar til oss som sjukehus. (Haukeland Universitetssjukehus, s. 26)

En transformering av sosiale maktrelasjoner fra helsetjenesten og over til pasienter og brukere utfordrer lederskapet ved at det stilles krav om at pasientens stemme skal tas hensyn til både i møte mellom pasient og behandler og i utviklingen av helsetjenesten (Meld. St.7 (2019-2020, s. 9).

KAPITTEL 5. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

To liv. Millionar av år. Vi lever kanskje i hundre av dei. Så fint at tida mi skulle kome til å krysse tida di (Johnson, 1997, s. 46).

5.1 Oppsummering

Utgangspunktet for diskursanalysen i denne oppgaven er tekster i form av handlingsplaner som beskriver hvordan nasjonale helsemyndigheter, regionale helseforetak samt helseforetak skal prioritere for å nå målet om færre pasientskader og bedre pasientsikkerhetskultur. Ved å benytte Neumanns tretrinns-metode for gjennomføring av diskursanalyse, har den forutgående analysen sirklet inn en diskurs som omfatter styring av virksomheter tilknyttet spesialisthelsetjenesten – styringsdiskursen.

Representasjonene som er presentert i denne oppgaven knyttes til virkeligheter som eksisterer i styringsdiskursen og som gjennom språket formidler prinsipper for styring som fremmer trygge og sikre helsetjenester. Representasjonene iverksetter i sin tur en rekke sosiale praksiser som bidrar til å reprodusere virkeligheten som eksisterer i styringsdiskursen. Fenomenet er av Neumann (2021) omtalt som sosial resonans. Det er flere eksempler som kan trekkes frem for å ytterligere beskrive fenomenet sosial resonans. I henhold til representasjonen om transformasjonsledelse som forutsetning for å lykkes med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid kan sosial resonans forstås som det ledere *gjør* for å inkludere, involvere og motivere sine ansatte på veien mot å nå virksomhetens mål. Om begrepsparet kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet kan sosial resonans beskrives som *hvordan* nasjonale helsemyndigheter, regionale helseforetak og helseforetak handler for å nå målet om trygge og sikre tjenester. Satsinger og prosjekter som pasientsikkerhetsprogrammet, etablering av kvalitetsindikatorer, pakkeforløp og utarbeidelse av handlingsplaner kan trekkes frem som sosial resonans som beskriver handlinger i henhold til de representasjoner, verdier og institusjoner som foreligger.

Ifølge Neumann (2021) eksisterer diskurser *både* som språklige og materielle fenomen. Diskursanalyse som metode muliggjør derfor en avduking av hvilke materialiteter som eksisterer i styringsdiskursen og som går ut over den språklige materialiteten som handlingsplanene i seg selv bidrar med. Den materielle verden muliggjør *handling*er i henhold til de representasjonene som foreligger i styringsdiskursen.

Foucault la vekt på forholdet mellom språk og samfunn ved analyse av diskurser, og spørsmål om hvordan og hvorfor verden fremstår som den gjør, er i sentrum. Med utgangspunkt i de epistemologiske spørsmålene, etterfølges hver representasjon av en analyse av representasjonens bestandighet. Språklige ytringer i handlingsplanene ble sett i sammenheng med utviklingen av spesialisthelsetjenesten fra 1990-tallet og fremt til dagens spesialisthelsetjeneste. Jeg vil trekke frem Spesialisthelsetjenesteloven av 1999 og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som grunnleggende for å forstå hvordan handlingsplanene unisont kan gi ledere på alle nivå i spesialisthelsetjenesten ansvar for systematisk styring av virksomheten og dermed også ansvaret for pasientsikkerheten.

Som individer i et sosialt fellesskap har mennesket mulighet til å skape sin egen virkelighet, men ikke under forutsetninger de selv har valgt. Det eksisterer regler for hva som kan fremskaffes som sannhetskrav (Neumann, 2021). Sagt på en annen måte finnes det grenser for hva som kan sies å bli oppfattet som troverdig. I Foucault sitt forfatterskap er det genealogien som står i sentrum når han forsøker å finne svar på hvordan ytringer blir godtatt. Historiske, sosiale og kulturelle betingelser spiller dermed en rolle for om ytringer fremstår som naturlige eller akseptable. Dermed vil historiske sosiale og kulturelle betingelser ha betydning for subjekters mulighet for handling i diskursen. Relatert til styringsdiskursen som i stor grad er regulert av lover og forskrifter vil sanksjoner være en mulig konsekvens hvis diskursens grenser brytes (Neumann, 2021).

De kommunikative formålene som bidrar til å definere handlingsplaner som en egen sjanger understøtter språkets rolle i styringsdiskursen. Et sentralt kommunikativt formålet som ble identifisert i handlingsplanene, var *guiding future action*. Oversatt til norsk blir det å vise vei til fremtidig handling. Formålet vil ha effekter som støtter opp under leders ansvar for å planlegge virksomheten i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven av 1999 og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren. Et overraskende funn ved analysering av handlingsplanenes kommunikative formål med utgangspunkt i strategiplanen til byadministrasjonen i Lahti var at handlingsplaner og strategiplaner uavhengig av sektor, ser ut til å benytte samme kommunikative formål. Handlingsplaner konstituerer likevel en undersjanger av strategigenren hvor beskrivelser av *tiltak* ser ut til å spille en viktig rolle for styring av virksomheten.

Sentralt i en Foucault inspirert diskursanalyse ligger analyse av maktrelasjoner. Foucault sitt syn på makt knyttes til en virkelighet hvor makt alltid og allerede gjennomsyrrer det sosiale (Neumann, 2021). Gjennom handlingsplanene som er inkludert i denne oppgaven fremstilles

krav og forventninger til leder på én bestemt måte ved å stille ledere på alle organisatoriske nivå ansvarlig for systematisk styring av virksomheten. Handlingsplanene bidrar dermed til å reproducere definisjonsmaktens virkelighet om enhetlig ledelse som styringsprinsipp i spesialisthelsetjenesten og legger videre føringer for iscenesettelse av sosiale praksiser. Definisjonsmakten viser seg gjennom analysen av styringsdiskursen som en produktiv makt som bidrar til å skape rammene for styring av spesialisthelsetjenesten.

I et styringsperspektiv er det interessant at handlingsplanene vektlegger brukernes perspektiv. Formålet til Utviklingsplan 2035 er å skape pasientens helsetjeneste, og gjennom språkets rolle bidrar handlingsplanene til å transformere sosiale maktrelasjoner med en overføring av makt fra helsetjenesten til pasienter og brukere. Gjennom pasientens helsetjeneste skal pasienter og brukere delta mer i både behandlingssituasjoner og i utviklingen av helsetjenesten (Haukeland Universitetssjukehus). En sosial maktoverføring fra helsetjenesten til pasienter og brukere understøtter teorien til Foucault om at diskurser konstituerer og konstruerer samfunnet (Hitching et al., 2011, s. 23).

5.2 Konklusjon

Med utgangspunkt i problemstillingen ønsket jeg med denne oppgaven å finne ut på hvilke måter ledelse har betydning for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i nasjonale, regionale og lokale handlingsplaner. Gjennom handlingsplanene som er inkludert i denne oppgaven, presenteres leders ansvar for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i tråd med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Handlingsplanene formidler gjennom språket at ansvaret for systematisk styring av virksomheten uomtvistelig ligger på lederne og gir dermed bekreftelse på at ekspertstyrenes tid er forbi. Enhetlig ledelse som styringsprinsipp er avgjørende for å unngå pulverisering av ansvar samtidig som enhetlig ledelse legger til rette for kontinuerlig styring av virksomheten. Et overraskende funn som kom tydelig frem gjennom analysen av styringsdiskursen var definisjonsmaktens sterke føringer for at leder har eneansvaret for systematisk styring av virksomheten. Føringer er synlig i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 som definerer målgruppen for handlingsplanen som virksomhetsledere med ansvar for systematisk styring av virksomhetens aktiviteter.

Helse Vest følger opp Helsedirektoratets nasjonale arbeid for å sikre trygge og sikre helsetjenester i regionen med en regional plan for kvalitet og pasientsikkerhet som i sin tur støtter opp under nasjonalt forbedringsarbeid. Samtidig har Regional plan for kvalitet og

pasienttryggleik 2020-2024 utarbeidet tiltaksområder som er tilpasset det regionale området. Hvordan lokal oppfølging av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet sikres inn mot helseforetak i regionen, kommer ikke tydelig frem i regional handlingsplan. Haukeland Universitetssjukehus følger heller ikke opp nasjonal og regional handlingsplan med en egen handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Søkelys på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring omtales i Utviklingsplan 2035 som viktig for at foretaket skal nå målet om pasientens helsetjeneste, men begrepsparet gis ikke innhold og er ikke en av 13 tiltaksområder som er prioritert. Analysen av styringsdiskursen har dermed avdekket diskrepans mellom nasjonale myndigheters satsning på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og lokal oppfølging. Videre avdekkes også manglende samsvar mellom Haukeland Universitetssjukehus sitt mål om å skape pasientens helsetjeneste slik det er presentert i Utviklingsplan 2035 og satsing på tiltakene pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. For ledere i foretaket med ansvaret for å styre mot foretakets mål, fremstår dermed veien mot målet om å nå pasientens helsetjeneste som utydelig.

I tillegg til leders betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som presenteres som språklige ytringer i handlingsplanene, har ledere betydning for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring gjennom sine *handlinger* som også kan forstås som en sosial materialitet. Styringsdiskursens representasjoner vektlegger at ledere gjennom sine handlinger skal motivere, involvere og rette søkelyset på læring fremfor sanksjoner som grunnleggende for å lykkes med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedringsarbeid. Videre blir den enkelte leder gitt stor betydning for pasientsikkerheten og kvalitetsforbedringen gjennom ansvaret for systematisk styring av virksomheten, og leders subjektposisjon i styringsdiskursen er avgjørende.

Ved hjelp av ulike tekster som utgangspunkt for analyse av styringsdiskursen har jeg vist på hvilke måter ledelse som begrep er helt sentralt for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Diskursanalyse ved bruk av tekst som utgangspunkt er én av flere mulige tilganger til analysen. For videre arbeid med analyse av styringsdiskursen kan sosial samhandling som fører frem til ferdige handlingsplaner studeres. Brukerorganisasjoner og fagforeninger var nevnt som bidragsytere til handlingsplanene som er inkludert i denne analysen, og man kunne stilt seg spørsmål om hvilke diskusjoner og forhandlinger mellom brukerorganisasjoner, fagforeninger og helse- og omsorgstjenesten som ligger bak de ferdig produserte handlingsplanene. Hvilke aktører som får gjennomslag for sine holdninger og meninger som

ligger til grunn for handling vil enten kunne bidra til å videreføre et eksisterende hegemoni, eller legge grunnlaget for endring og produksjon av ny virkelighet.

EPILOG

Gjennom språk og handlinger har mennesket i uminnelige tider selv skapt, og skaper den sosiale virkeligheten vi lever i (Neumann, 2021). Mennesket fødes inn i en verden uten kjennskap til hva som forventes, hvor handling styres av hvilke handlingsbetingelser som eksisterer. Vår virkelighet styres av samspillet mennesker imellom. Samfunn eksisterer ikke som faste strukturer, men fremstår som mer eller mindre omskiftelig (Neumann, 2021, s. 26). Med genealogien som utgangspunkt vil nye mennesker støte på sosiale virkeligheter, ta for gitt sosiale virkeligheter og i sin tur forandre sosiale virkeligheter (Neumann, 2021). Med dette lar jeg Michel Foucault få siste ordet:

“Nothing is fundamental. That is what is interesting in the analysis of society [...]”.

(Foucault, 1984, referert i Neumann, 2021, s. 33)

Referanseliste

- Aase, K. (2015). *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (3.utg.). Universitetsforlaget.
- Aase, K. (2022, 22. desember). *God ledelse er nødvendig for pasientsikkerhet*. Psykologisk.no. [God ledelse er nødvendig for pasientsikkerhet \(psykologisk.no\)](https://www.psykologisk.no/god-ledelse-er-noedvendig-for-pasientsikkerhet)
- Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten. Arbeidsglede og orden i eget hus*. Gyldendal Norsk Forlag
- Arnulf, J.K. (2012). *Hva er ledelse*. Universitetsforlaget.
- Berwick, D., Bibby, J., Bisognano, M., Callaghan, I., Dalton, D., Dixon-Woods, M., Gould, J., Haraden, C., Hartley, J., Inglesby-Bruke, E., Leape, L., Leggot, J., Leitch, J., Reason, J., Richards-Everton, L., Singleton, S., Vincent, C. (2013). *A promise to learn - a commitment to act. Improving the safety of patients in England*.
- Carr, S. (2008). A Quotation with a Life of Its Own. *Patient Safety & Quality Healthcare*. [Patient Safety and Quality Healthcare: Editor's Notebook \(psqh.com\)](https://www.psqh.com/patient-safety-and-quality-healthcare-editor-s-notebook)
- National Advisory Group on the Safety of Patients in England. [A promise to learn – a commitment to act – Improving the Safety of Patients in England \(publishing.service.gov.uk\)](https://www.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/262222/a-promise-to-learn-a-commitment-to-act-improving-the-safety-of-patients-in-england.pdf)
- Bhatia, V.K. (1993). *Analysing Genre. Language Use in Professional Settings*. Pearson Education.
- Braut, G.S. (2022, 9. juni). Regionalt helseforetak. Store norske leksikon. https://sml.snl.no/regionalt_helseforetak
- Bukve, O. (2021). Forstå, forklare, forandre. (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Ernaux, A. (2020). Årene. Gyldendal.
- Fagerdal, B., Lyng, H.B., Guise, V., Anderson, J.E., Thornam, P.L., Wiig, S. (2022). Exploring the role of leaders in enabling adaptive capacity in hospital teams-a multiple case study. *BMS Health Services Research*, (2022) 22:908. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08296-5>
- Firth-Cozens, J. (2004). Organisational trust: the keystone to patient safety. *Quality and Safety in Healthcare*, 13, (56-61). Doi: 10.1136/qshc.2003.007971
- Flessen, R. (2016). Styring mot kvalitet. En studie av diskursen om forskningskvalitet og dens effekter på forskningspraksis. [Masteroppgave, Handelshøjskolen i København] Nordopen. [Rune Flessen.pdf \(nord.no\)](https://www.nordopen.no/arkiv/2016/10/16/rune-flessen.pdf)
- Folkehelseinstituttet. (2021, 05. oktober). Modell for kvalitetsforbedring. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2017).
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Grund, J. (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk: Dilemmaenes tyranni*. Universitetsforlaget.
- Hammer, S. (2021) Foucault, governmentality og det nyliberale Norge. *Agora nr. 3-4*, 62-85.
<https://www.idunn.no/doi/epdf/10.18261/ISSN1500-1571-2020-03-04-04>
- Haukeland Universitetssjukehus. Utviklingsplan 2035, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen HF. [Utviklingsplan 2035 Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen HF.pdf \(helse-bergen.no\)](https://www.helse-bergen.no/utviklingsplan-2035)
- Haukeland Universitetssjukehus. ForBedringsundersøkelsen. Intern kilde.
[Helse Bergen Innsiden - Sider - ForBedringsundersøkelsen \(helse-bergen.no\)](https://www.helse-bergen.no/forbedringsundersokelsen)
- Haukeland Universitetssjukehus. Det grønne korset. Intern kilde.
[Helse Bergen Innsiden - Sider - Det grønne korset \(helse-bergen.no\)](https://www.helse-bergen.no/det-gronne-korset)
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m. m (helseforetaksloven)*
(LOV-2001-06-15-93). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Helsedirektoratet. (2017, 22. februar). Dette gjør Helsedirektoratet. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>
- Helsedirektoratet. (2019). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. [Hdir_Rapportmal 15.11.18 \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/hdir-rapportmal-15.11.18)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Lederansvar i sykehuset*. (I-2/2013).
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer_kta/dokumenter/rundskriv_lederansvaret_sykehus.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Høringsnotat.
Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten.
[horingsnotat forskrift styringssystem-1945587.pdf \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/horingsnotat-forskrift-styringssystem-1945587.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Oppdragsdokument 2016 Helse Vest RHF.
[oppdragsdokument2016hv.pdf \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/oppdragsdokument2016hv.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). Oppdragsdokument 2022 Helse Vest RHF.
[oppdragsdokument-2022-hv-endelig-10jan.pdf \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/oppdragsdokument-2022-hv-endelig-10jan.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). Oppdragsdokument.
[Oppdragsdokument - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/oppdragsdokument)
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse Vest RHF. Helse 2035. Strategi for Helse Vest.

[Helse Vest 2035 strategirapport.pdf \(helse-vest.no\)](#)

Helse Vest RHF. (2020). Veileder for arbeid med utviklingsplaner.

[Sak 14120 Vedl. 1 - Revidert veileder utviklingsplaner v1.0.pdf \(helse-vest.no\)](#)

Helse Vest RHF. (2020b). Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024.

[Regional plan kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 \(helse-vest.no\)](#)

Herdlevær, A.Å.F. (2018). Hvordan forstå "Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten», i et lederspesspektiv? En diskursanalyse [Masteroppgave, Universitetet i Bergen]. BORA.

<https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/11250/2739732>

Hitching, T.R., Nilsen, A.B., Veum, A. (2011). *Diskursanalyse i praksis. Metode og analyse*. Høyskoleforlaget.

Horsberg, A.H. (2010). Fra ord til handling. En kritisk diskursanalyse av handlingsplaner [Masteroppgave, Universitetet i Bergen]. BORA.

[\(Microsoft Word - Fra ord til handling \226 En kritisk diskursanalyse av handlingsplaner.doc\) \(uib.no\)](#)

Johnson, K.A. (1997). *Solfnugg: dikt*. K.A.Johnson.

Jørgensen, M.W., Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag.

Leape, L., Berwic, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P., Guest, J., Lawrence, D., Morath, J., O`Leary, D., O`Neill, P., Pinakiewicz, D., Isaac, T., (2009). Transforming healthcare: a safety imperative. *BMJ Qual Saf Health Care*, 2009; 18, 424-428.

<https://doi:10.1136/qshc.2009.036954>

Lemke, T. (2010). Foucault, Governmentality, and Critique.

Rethinking Marxism, 14:3, 49-64.

<https://doi.org/10.1080/089356902101242288>

Martinsen, Ø.L. (2005). *Lederskap-spiller det noen rolle?*

Handelshøyskolen BI, Institutt for ledelse og organisasjon. Forskningsrapport 5/2005.

[Microsoft Word - 2005-05-martinsen.doc \(core.ac.uk\)](#)

Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>

Meld. St. 9 (2019-2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018*. Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 9 \(2019–2020\) \(regjeringen.no\)](#)

- Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet-trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Meld. St. 11 (2018-2019). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*. Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 11 \(2018–2019\) - regjeringen.no](#)
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2010). *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. [Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet \(fhi.no\)](#)
- Neumann, I.B. (2021). *Innføring i diskursanalyse: Mening, materialitet, makt* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- NOU 1997: 2. (1997). *Pasienten først! – Ledelse og organisering i sykehus*. Sosial- og helsedepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/>
- NOU 2015: 11. (2015). *Med åpne kort*. Helse- og omsorgsdepartementet.
[NOU 2015: 11 \(regjeringen.no\)](#)
- Nyland, K., Pettersen, I.J. (2018). *Penger og helse*. Fagbokforlaget.
- OECD. (2017). *Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. [The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf \(oecd.org\)](#)
- Ovretveit, J. (2010). Improvement leaders: what do they and should they do? A summary of a review of research. *BMJ Qual Saf Health Care*, 2010; 19, 490-492.
[Improvement leaders: what do they and should they do? A summary of a review of research | BMJ Quality & Safety](#)
- Pälli, P., Vaara, E., Sorsa, V. (2009). Strategy as text and discursive practice: a genre-based approach to strategizing in city administration. *Discourse & Communication*, 3(3), 303-318. DOI: 10.1177/1750481309337206
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2021, 03. Mars) Om I trygge hender.
<https://www.itryggehender24-7.no/om-i-trygge-hender-24-7>
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2021, 20. Mai). Om pasientsikkerhet. I trygge hender 24-7.
<https://www.itryggehender24-7.no/om-pasientsikkerhet>
- Roger, I., Flin, R., Mearns, K., Hetherington, C. (2009). *Safety Leadership: A View of the Senior Managers` Role*
<https://doi.org/10.2118/124322-MS>
- Schindler, P.L. & Thomas, C.C. (1993). *The structure of interpersonal trust in the workplace*. *Psychological Reports*, 73, 563-573.
[The Structure of Interpersonal Trust in the Workplace \(sagepub.com\)](#)

- Seljemo, C., Viksveen, P., Ree, E. (2020). The role of transformational leadership, job demands and job resources for patients safety culture in Norwegian nursing homes: a cross sectional study. *BMC Health Services Research*, 2020, 20:799
- [The role of transformational leadership, job demands and job resources for patient safety culture in Norwegian nursing homes: a cross-sectional study | BMC Health Services Research | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m. m (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Statistisk sentralbyrå. 21.06.21. Spesialisthelsetjenesten. Lest 19.11.22. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/spesialisthelsetjenesten>
- Strand, T. (2001). Ledelse, organisasjon og kultur. Fagbokforlaget
- Sørensen, R.J. (2005). Et folkestyre i fremgang. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 3/2005, 258-270. <http://home.bi.no/fag89001/Et%20folkestyre%20i%20fremgang.pdf>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). ... Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. <https://www.nb.no/items/c8dc759bfba33096443766a57c528f6f?page=11>
- Tjora, A. (2021). Kvalitative forskningsmetoder i praksis. (4.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Ulleberg, H.P. (2007). Diskursanalyse: et mulig bidrag til utdanningshistorisk forskning. *Barn* nr.1 2007:65-80. Norsk senter for barneforskning. <https://www.readcube.com/articles/10.5324%2Fbarn.v25i1.3595>
- WHO (2005). *WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems*. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. [WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf](#)
- Øye, C., Sørensen N.Ø., Martinsen, K. (2018). Å tenke med Foucault. Fagbokforlaget.