

Hvordan kan kvalitetsforbedring bedre integreres i smittevernarbeid?

Merete Elisabeth Gjerde

Masteroppgave i
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og
helseøkonomi



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

Våren 2020

Forord

I 2015/16 gikk jeg på Nordisk forbedringsagentutdanning, i regi av Pasientsikkerhetsprogrammet og Dansk Selskab for pasientsikkerhed. Jeg fikk kunnskap om forbedringsmetodikk ved å gjennomføre et forbedringsprosjekt, og har siden da sett nytten av å kombinere smittevern og kvalitetsforbedringsmetodikk. I 2015 ble et eget smittevernprogram, *Smittefritt*, lansert i Helse Bergen. Hensikten med programmet var å få smittevern høyere på agendaen i kliniske enheter blant annet ved å ansvarliggjøre ledere til å sette konkrete mål og gjennomføre tiltak. Som smittevernrådgiver har jeg jobber med implementering av Smittefritt i sykehuset. Gjennom arbeidet har jeg erfart at ledelse og kvalitetsarbeid noen ganger betraktes som to forskjellige ting, selv om de egentlig henger sammen. Det å identifisere og benytte *positive avvikere* i kvalitetsforbedring har fulgt meg siden jeg første gang hørte om begrepet på en smittevernkonferanse i 2014. Det å innta et perspektiv som utforsker det positive i ulike situasjoner tiltaler meg, og ble derfor en naturlig innfallsvinkel i masteroppgaven.

Masterstudiet ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin har gitt meg verdifulle erfaringer og kunnskap. Jeg vil takke de studieansvarlige, engasjerende forelesere og mine medstudenter som har delt kunnskap og erfaringer, og bidratt til gode diskusjoner og et fint og berikende studieliv.

En stor takk til alle som velvillig har stilt opp til intervju og delt av sine erfaringer. Tusen takk til mine entusiastiske og kunnskapsrike veiledere som har hjulpet meg gjennom dette prosjektet, hovedveileder professor Stig Harthug og biveileder ph.d. Hilde Valen Wæhle. En ekstra stor takk til Stig Harthug som også er min nærmeste leder for å ha prioritert og lagt til rette for at jeg har kunnet gjennomføre mastergradsstudiet.

Takk også til alle mine gode kolleger i Seksjon for pasientsikkerhet ved Haukeland Universitetssjukehus, som har kommet med innspill, inspirert og støttet meg gjennom hele studiet. En særlig takk til smitteverngjengen for uvurderlig støtte gjennom hele studietiden.

Siste men ikke minst en stor takk til mine herlige venner og familie som alltid støtter og tror på meg. Spesielt tusen takk til min kjære gutter, mannen i mitt liv, Jon og vår kjære gode sønn Mathias.

Bergen, mai 2020

Merete E. Gjerde

Innhold

1.0 Introduksjon	6
1.1 Bakgrunn og teoretisk grunnlag	8
1.1.1 Sykehus – en kompleks organisasjon	8
1.1.2 Smittevern	10
1.1.3 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	15
1.1.4 Ledelsesstrategier for kvalitetsforbedring.....	24
1.2 Tema og formål med oppgaven	31
2.0 Metode.....	32
2.1. Design.....	32
2.2 Kontekst.....	32
2.3 Datainnsamling	35
2.3.1 Utvalg av enheter	35
2.3.2 Informanter	36
2.3.3 Fokusgruppeintervju	37
2.3.2 Dokumentgjennomgang	38
2.4 Analysemetode	39
2.4.1 Forforståelse.....	39
2.4.2 Databehandling og analyse	39
2.5 Forskningsetiske vurderinger	40
3.0 Resultat.....	42
3.1 Resultat fra dokumentgjennomgang.....	42
3.2 Resultat fra intervjuanalyser	42
3.1.1 Tverrfaglig team organisering.....	43
3.1.2 Arena for tverrfaglig samhandling.....	45
3.1.3 Strategisk tilnærming	46
4.0 Diskusjon.....	50
4.1 Resultatdiskusjon.....	50
4.1.1 Tverrfaglig team organisering.....	50
4.1.2 Arena for tverrfaglig samhandling.....	52
4.1.3 Strategisk tilnærming til smittevern og kvalitetsforbedring	53
4.1.4 Overordnet kontekst.....	55
4.1.5 Hva betyr dette for smittevernarbeid og hva kan andre lære	57
4.2 Metodediskusjon.....	58
4.2.1 Troverdighet og pålitelighet.....	58

4.2.2 Validering og overførbarhet.....	59
5.0 Konklusjon	61
6.0 Referanser.....	62
Vedlegg	68

Vedlegg 1: Handlingsplan. SMITTEFRITT - Smittevern på agendaen i Helse Bergen

Vedlegg 2: Invitasjonsbrev, smittevernkontakter

Vedlegg 3: Eksempel på invitasjon til workshop for smittevernkontakter

Vedlegg 4: Eksempel på invitasjon til Smittevern på HUSet

Vedlegg 5: Forespørsel om deltagelse i fokusgruppe intervju

Vedlegg 6: Informasjons- og samtykkeskjema

Vedlegg 7: Intervjuguide

Vedlegg 8: NSD Meldeskjema for behandling av personopplysninger



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

Oppgavens tittel og undertittel Hvordan kan kvalitetsforbedring bedre integreres i smittevernarbeid?				
Forfatter Merete Elisabeth Gjerde				
Forfatterens stilling og arbeidssted Rådgiver, seksjon for pasientsikkerhet, Forsknings- og utviklingsavdelingen, Haukeland Universitetssjukehus (HUS)				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder Stig Harthug (HUS/UIB), Hilde Valen Wæhle (HUS)		
Antall sider 61	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
Sammendrag Bakgrunn: For å hindre helsetjenesteassosierte infeksjoner er det sentralt å sikre god etterlevelse av smitteverntiltak. Manglende integrering av arbeid med smittevern-, kvalitet- og pasientsikkerhet er påpekt. Strategier for systematisk kvalitetsforbedring kan bidra til å integrere generelt kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid med smittevern, og ledere har en viktig rolle her. Hensikt: Med utgangspunkt avdelinger som defineres som positive avvikere fordi de oppnår gode resultater innen smittevern er hensikten å utforske hvilke ledelsesstrategier som benyttes for å oppnå de gode resultatene. Materiale: Informantene bestod av ledere og klinisk ansatte med et ekstra ansvar for smittevern. Både leger og sykepleiere var representert. Materialet omfatter også en gjennomgang av avdelingenes styrende dokumentasjon. Metode: Det er benyttet kvalitativ metode med et case-studie design. Data ble innhentet gjennom 2 fokusgruppeintervjuer. Totalt deltok 8 informanter. Data ble analysert ved hjelp av tematisk tekstkondensering, etter beskrivelse av Malterud. Resultat: Studien viser at avklarte ansvarsforhold og formalisering av oppgaver i styrende dokumentasjon sammen med identifiserte ledelsesstrategier som <i>Tverrfaglig teamorganisering</i> , <i>Arenaer for tverrfaglig samhandling</i> og <i>Strategisk tilnærming</i> bidrar til ønskede resultater. Konklusjon: Det ble identifisert tre strategier i arbeidet med å integrere kvalitetsledelse i praksis som kan forklare hvorfor avdelingene lykkes med smittevernarbeid. Resultatene viser at avdelingene hadde ulik tilnærming til organisering av <i>Tverrfaglige team</i> , og at <i>Arenaer for tverrfaglig samhandling</i> også ble benyttet ulikt. Funnene illustrerer dermed behovet for lokale tilpasninger. Strategiene som benyttes er imidlertid tilgjengelige og gjennomførbare for sykehusavdelinger generelt, og resultatene anses derfor å ha overføringsverdi. Nøkkelord: Ledelsesstrategi, kvalitet, smittevern, endringsledelse, team, tverrfaglig arena, samhandling.				



**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 How can quality improvement better integrate with infection prevention?				
Author Merete Elisabeth Gjerde				
Author's position and address Advisor, Department of Research and Development, Division of Patient Safety and Infection Control, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway				
Date of approval		Supervisor Stig Harthug University and Bergen/Haukeland University Hospital Hilde Valen Wæhle, Haukeland University Hospital		
Number of pages 61	Language dissertation Norwegian	Language abstract English	ISSN-number	ISBN-number
<p>Abstract:</p> <p>Background: In preventing healthcare-associated infections, it is essential to ensure good compliance with infection control measures. The lack of integrating infection prevention and quality improvement in patient safety initiatives has been reported. The use of systematic quality improvement strategies may enhance the integration of infection prevention measures in the overall patient safety and improvement efforts. Managers role are vital in this work.</p> <p>Purpose: The aim is to explore management strategies used in clinical departments which perform well (positive deviants) in relation to infection prevention measures.</p> <p>Material: Managers and clinical staff, with an additional responsibility for infection control, including both physicians and nurses. A review of the department's regulating documents are also included.</p> <p>Methods: A qualitative case study design is used, collecting data through focus group interviews. A total of eight informants participated. Data were analyzed according to thematic text condensation, as described by Malterud.</p> <p>Results: The study shows that defined responsibilities and formalization of work task described in the regulating documents together with the identified management strategies of <i>Multidisciplinary team organization, Arenas for interdisciplinary collaboration and Strategic approach</i> contribute to warranted results.</p> <p>Conclusions: Three strategies explaining why departments succeed in infection prevention, were identified in the integration of quality management into clinical practice. The results show that the departments had different approaches to organizing <i>Interdisciplinary teams</i>, and that the departments used <i>Arenas for interdisciplinary collaboration</i> differently. Thus, the findings illustrate the need for local adaptations. Nevertheless, the identified strategies are accessible and feasible for hospital wards in general, and the results may therefore have transfer value.</p>				
Key word: Management strategy, quality, quality improvement, infection prevention and control, change management, team, interdisciplinary arena, interaction.				

1.0 Introduksjon

I nasjonale målinger av pasientskader ved hjelp av Global Trigger Tool (GTT) fremkommer helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) blant de hyppigste pasientskadene i spesialisthelsetjenesten [1]. Sykehusopphold med pasientskade har vist å ha dobbelt så lang liggetid som opphold uten skade. Beregninger viser også at pasientskader utgjør omtrent 15% av totale sykehuskostnader i Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) land [1]. I Norge var forekomsten av HAI i sykehus cirka 4 prosent i 2018 [2].

Smittevernarbeid og forebygging av HAI reguleres av *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* (Smittevernloven). Denne har som formål å sikre at helsemyndighetene setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner virksomhetens smittevernarbeid [3]. I forbindelse med en revisjon gjennomført av *European Centre for Disease prevention and Control* (ECDC) i 2018 ble det påpekt mangler innen smittevern i Norge, og det ble anbefalt å lage en egen nasjonal handlingsplan for smittevern [4]. En situasjonsbeskrivelse avdekket utfordringer med implementering- og ledelsesforankring av infeksjonskontrollprogrammene, samt manglende koordinering av smittevernarbeid, pasientsikkerhetsprogrammet og antibiotikastyring i sykehusene [5]. Situasjonsbeskrivelsen danner grunnlaget for utarbeidelsen av *Handlingsplan for bedre smittevern* [6] som ble lansert høsten 2019.

Når fagkunnskap og kunnskap om forbedring kombineres, muliggjøres kontinuerlig forbedring. Dette krever kunnskap, en policy som fremmer felles hensikt og organisatorisk læring, samt en strategi for å forbedre daglige prosesser [7]. I *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* [8] er kravet om å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring i helsetjenesten tydeliggjort blant annet gjennom forskriftens oppbygging og føringer som gis for styringssystemet.

Det norske pasientsikkerhetsprogrammet, *I trygge hender 24-7*, skal bidra til å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet, og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsevesenet [9]. Flere av innsatsområdene i programmet er smittevernrelaterte, men det er identifisert utfordringer knyttet til manglende integrering av pasientsikkerhets- og smittevernarbeid, som påpekt i *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023* (2019). Det er derfor et behov for å sette ledelsen i stand til- og å styrke ledelsen i å påse at styringssystemet bidrar til kvalitetsforbedring [10].

I studiesykehuset er stabsstøttefunksjon for smittevern samlokalisert og organisert med øvrige rådgivere innen kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid ved sykehuset. Smittevernpersonell har formell kunnskap i forbedringsarbeid, med oppgaver innen antibiotikastyring og pasientsikkerhet. For å fremme ledelsesforankring og implementering av infeksjonskontrollprogrammet i sykehuset tok administrerende direktør i 2015 initiativ til lansering av et eget smittevernprogram «Smittefritt», som kombinerer fagkunnskap med kunnskap om kontinuerlig forbedring. «Antibiotikabruk» er ett av innsatsområdene i programmet. Etter introduksjonen av programmet har sykehuset som helhet hatt gode resultater med reduksjon i andel HAI og forbruk av bredspektret antibiotika.

Til tross for at forutsetningene for å lykkes med smittevernprogrammet kan synes like for alle avdelingene innad i sykehuset, er det variasjon i hvilke resultater hver enkelt avdeling produserer. Etablering av et smittevernprogram i seg selv er derfor sannsynligvis ikke nok for å oppnå god kvalitet i smittevernsarbeidet.

Det synes å være en positiv sammenheng mellom avdelinger som klarer å integrere kunnskap om forbedring i ledelse og fag, og oppnåelse av gode resultater. Vi mangler likevel kunnskap om hvorfor noen avdelinger lykkes bedre enn andre, og hva disse avdelingene gjør for å produsere gode resultater.

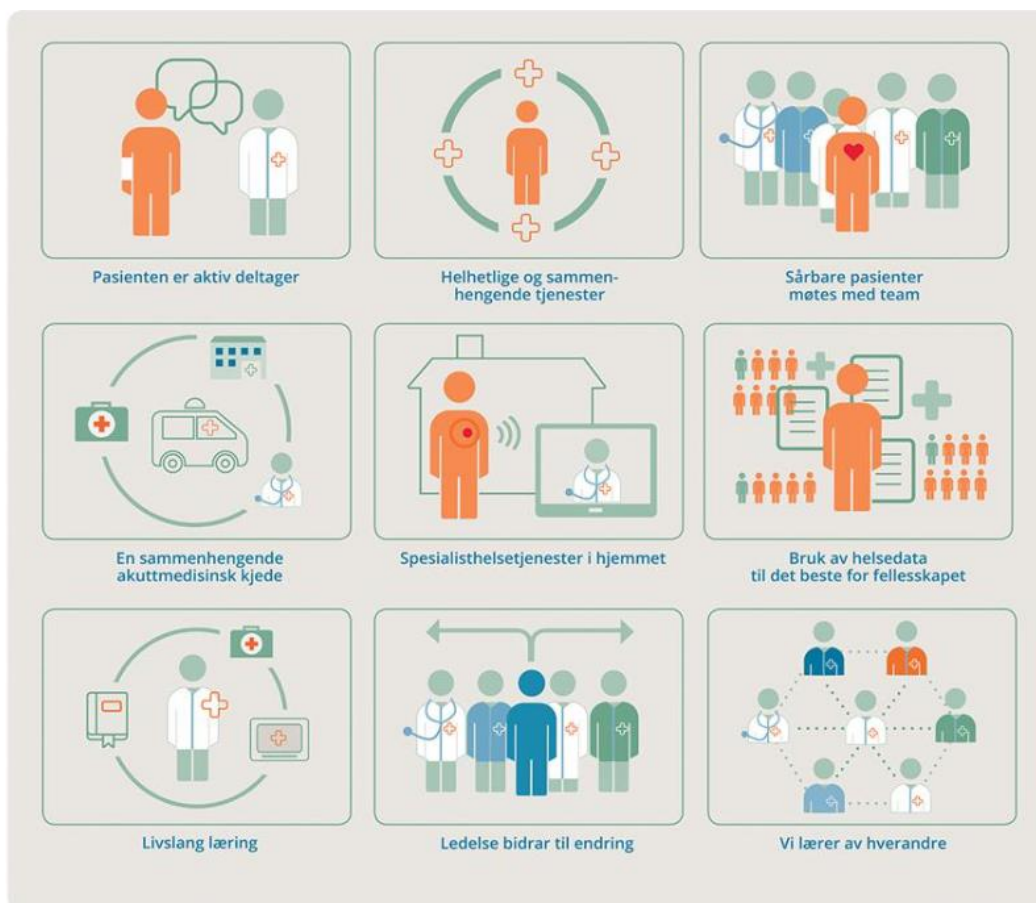
1.1 Bakgrunn og teoretisk grunnlag

1.1.1 Sykehus – en kompleks organisasjon

Sykehusene skal ivareta pasientbehandling, utdanne helsepersonell, drive forskning og gi opplæring til pasienter og pårørende. Det er gjennomført store endringer i sykehusene de siste årene og tjenesten preges ofte av kostnadseffektivisering, maktforhold i endring, og teknologiske krav [11].

I forbindelse med sykehusreformen i 2002 ble statlig eierskap innført og de regionale helseforetakene (RHF) ble opprettet. Norske sykehus er organisert i fire RHF der hvert RHF er videre delt inn i til sammen 20 sykehus- helseforetak (HF). I tillegg hører andre HF inn under RHFene, som Sykehusapotekene sine HF og de regionale IKT HFene. De fire RHFene eier i tillegg blant annet Sykehusinnkjøp HF, Pasientreiser HF og Sykehusbygg HF med flere [12]. RHFene og underliggende Helseforetak styres av Helseforetaksloven og Spesialisthelsetjenesteloven, som suppleres med årlige oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet [13]. RHFene har et sørge for- ansvar og skal legge til rette for samarbeid mellom helseforetak, andre RHF, fylkeskommuner, kommuner og andre tjenesteytere. I tillegg skal sykehusene fortsette å rendyrke spesialiserte funksjoner.

Utvikling av bedre behandlingstilbud på en rekke områder, har medført økende grad av kompleksitet i behandlingen, der en rekke ulike typer helsepersonell inngår i tverrfaglig samhandling. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023* tegner et bilde av ønskelig utviklingen i sykehusene, som blant annet innebærer helhetlige og sammenhengende helsetjenester, læring på tvers og endringsledelse [14]. Endringene i sykehusene har foregått over tid og det er forventninger om en fortsatt, kontinuerlig utvikling slik Figur 1, fra *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*, illustrerer gjennom å tydeliggjøre «Hvor vil vi?».



Figur 1: Illustrasjon av «Hvor vil vi». Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 [14].

Sykehusorganisasjoners kompleksitet strekker seg mellom mangfold og spesialisering. Figur 1 illustrerer hvilke forventninger som er knyttet til endring i sykehusene, den iboende kompleksiteten, og hvilket omfang ledelse i sykehus har. Ledelse i sykehus beveger seg i spennet mellom formelle strukturer og organisering på den ene siden, og prioritering, tilpasning, visjoner, verdier og helhet på den andre. For å lykkes med forbedringsarbeid i sykehus er det viktig at ledere er aktivt involvert, har en åpen kommunikasjon og kommuniserer tydelige mål og forventninger gjennom nære relasjoner til ansatte (Bergerød, 2018).

Kompleksiteten kommer også til uttrykk i bilde 1 som viser mangfoldet av personer og profesjoner som er involvert i én pasient sitt behandlingsforløp.



Bilde 1: Fra sak på www.bt.no 14.04.2012. Foto: Jan M. Lillebø. Pasient Trygve Hillestad sammen med dem som hjalp ham på Haukeland Universitetssykehus [15].

1.1.2 Smittevern

Infeksjonssykdommer har alltid vært en stor trussel for menneskeheten, det å forebygge infeksjoner ved å gjennomføre smittevern, har vært sentralt for menneskeheten selv før mikroorganismer var identifisert. John Snow (1813 - 1858) var den første som benyttet epidemiologiske metoder under koleraepidemien i London på 1850-tallet, før kolerabakterien var oppdaget. Ignaz Semmelweis (1818 – 1865) oppdaget at dødeligheten ved barsel-feber, som var en helsetjenesteassosiert infeksjon (HAI), ble radikalt redusert ved å gjennomføre håndhygiene. Til tross for de oppsiktsvekkende resultatene, opplevde Semmelweis stor motstand mot sin nye oppdagelse, som ikke ble anerkjent før lenge etter hans død. I dag regnes Semmelweis som smittevernets far [16]. Florence Nightingales ide i 1863 om å registrere pasienter med infeksjoner, for å monitorere utviklingen og justere praksis [17], har også vært av stor betydning for utviklingen av kunnskapsbasert smittevern.

I 1928 oppdaget Alexander Flemming ved en tilfeldighet penicillinets sine antimikrobielle egenskaper. Oppdagelsen ble starten på en ny æra der infeksjonssykdommer kunne kontrolleres ved hjelp av antibiotika. Flemming fikk nobelprisen i medisin for sin oppdagelse. Allerede i sin takketale advarte han mot utvikling av antibiotikaresistente bakterier ved ufornuftig antibiotika bruk [18]. I dag er antibiotikaresistens og spredning av resistente mikrober et verdensomspennende problem som krever umiddelbare tiltak, for å unngå at

verden går mot det som kalles en post- antibiotisk æra, der vanlige infeksjoner igjen blir forbundet med død. Ordinære smitteverntiltak som håndhygiene, isolasjon av syke, rengjøring og desinfeksjon av miljø og utstyr i sykehus, rapportering av infeksjoner med resistente mikrober, samt vaksiner, er viktige tiltak i arbeidet med å hindre spredning av antibiotikaresistente mikrober og utvikling av resistens. I mai 2015 lanserte verdens helseorganisasjon (WHO) «Global action plan on antimicrobial resistance» som blant annet har som mål å redusere forekomsten av infeksjoner [19].

I moderne sykehus henger arbeid med smittevern, og arbeid med å hindre spredning og utvikling av antibiotikaresistente mikrober sammen.

Infeksjonskontrollprogram i sykehus

I 1974 initierte Center for Disease Control (CDC) i USA en studie for å utforske effektene av smittevern og infeksjonsforebygging i sykehus. Denne studien, Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control (SENIC) viser at 30% av helsetjeneste assosierte-infeksjoner (HAI) kan forebygges ved å ha et infeksjonskontrollprogram. Ifølge studien er viktige komponenter i et infeksjonskontrollprogram; organiserte overvåkings- og kontroll aktiviteter, heltidsansatt smittevernlege, en smittevernsykepleier per 250 seng, og et system for å rapportere postoperativ infeksjonsrate til kirurger [20]. SENIC studien ble et første og svært viktig bidrag til kunnskapen om systematisk infeksjonskontroll i sykehus, og demonstrerer at smittevernprogram er effektive. Studien viser hvilken betydning et infeksjonskontrollprogram har for å redusere sykdom og død. Mye takket være SENIC-studien er infeksjonskontrollprogram med fokus på å redusere HAI nå nærmest å regne som obligatorisk på sykehus verden over [21].

I Norge ble *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* (smittevernloven) vedtatt i 1995. Folkehelseinstituttet er nasjonal kompetanseinstitusjon og har hovedansvaret for å gi råd og assistanse til kommunene, som gjennom smittevernloven og kommunehelsetjenesteloven har det primære ansvaret for smittevern i Norge. I følge smittevernloven skal de regionale helseforetakene (RHFene) sørge for etablering av et Regionalt kompetansesenter for smittevern (RKS) i hvert RHF. Kompetansesenteret ledes av en smittevernlege, og skal samordne regionalt smittevernarbeid, aktivitet og fagutvikling samt yte faglig bistand og gi råd til helseinstitusjoner i regionen [22]. I 2005 ble *Forskrift om smittevern i helsetjenesten* vedtatt, der kravet om å ha et infeksjonskontrollprogram står sentralt. Forskriften gjelder for

sykehus, sykehjem, dagkirurgiske klinikker, og opptreningsinstitusjoner [23].

Smitteverntiltakene skal være skriftlig nedfelt i infeksjonskontrollprogrammet, som består av to hoveddeler; infeksjonsforebygging og infeksjonsovervåking.

Infeksjonskontrollprogrammet skal tilpasses virksomheten og utformes, iverksettes og vedlikeholdes som en del av internkontrollsystemet [23]. *Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetjenesten* (2006), er ment som en støtte i utforming av infeksjonskontrollprogrammet, og omtaler tiltak som programmet skal og bør inneholde, med fokus på systematisk smittevernarbeid og implementering i praksis. Risikovurdering og kontinuerlig forbedring er sentrale elementer [24].

Infeksjonskontrollprogrammet er førende for alt smittevernarbeid og sikrer at formell forankring i lov og forskrift er tydelig. Imidlertid er det hvert enkelt foretak som står ansvarlig for, og må prioritere smittevernarbeid på en slik måte at krav i lover og forskrifter ivaretas i sykehusets daglig drift.

Infeksjonsovervåking

Som ledd i infeksjonsovervåking gjennomføres insidens- og prevalensregistrering i alle norske sykehus. Insidensundersøkelsen registrerer fortløpende alle nye infeksjoner av en type i en pasientgruppe [25], mens prevalensundersøkelser er tverrsnittsundersøkelser som viser hvor mange pasienter i helsetjenesten som har bestemte infeksjoner på bestemte dager [26].

Insidensundersøkelsen overvåker infeksjoner i operasjonsområdet ved utvalgte kirurgiske inngrep. Inngrepene som inkluderes i undersøkelsen er; hjerteoperasjoner, keisersnitt, innsetting av proteser i hoftelodd, fjerning av galleblære og inngrep på tykktarm. Pasienter som har gjennomgått ett eller flere av inngrepene følges opp i 30 dager etter operasjonen, for å kartlegge om det utvikles en infeksjon i operasjonsområdet [25]. Det er stor variasjon i andel infeksjoner mellom ulike typer inngrep og data fra undersøkelsen er spesielt viktig i lokalt arbeid med forebygging av HAI [27].

Prevalensundersøkelser av HAI har blitt gjennomført to ganger per år siden 1994.

Undersøkelsen samler data om de hyppigst forekommende HAI og ble forskriftsfestet i 2005. Fra 2016 har antibiotikabruk blitt registrert i samme måling [26]. Infeksjoner som registreres er; urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, infeksjoner i operasjonsområder og blodbaneinfeksjoner [28]. Prevalensundersøkelsen i 2018 viste at cirka 4 prosent av

pasientene innlagt i norske sykehus hadde en infeksjon som var forbundet med opphold eller behandling i sykehus. Undersøkelsen viste også at 19 prosent av antibiotikaforskrivning i sykehus var til behandling av HAI og at cirka en tredjedel av pasientene som ble behandlet med antibiotika fikk bredspektret behandling [2].

Så langt har Norge hatt god kontroll med forekomsten av antibiotikaresistente bakterier blant annet ved hjelp av omfattende smitteverntiltak i helseinstitusjoner [4]. Overvåkningsdata fra Meldesystem for smittsomme sykdommer (MSIS) av resistente bakterier, spesielt de som forårsaker HAI, gir grunnlag for å vurdere den epidemiologiske situasjonen, og hvilke smitteverntiltak som er effektive, det oppgis økt antall meldte tilfeller av resistente bakterier over tid, noe som kan medføre et økt smittepress [29].

Med bakgrunn i resistenssituasjonen i verden og Norge publiserte Helse- og Omsorgsdepartementet *Nasjonal strategi mot antibiotika resistens* høsten 2015 der det overordnede kravet for sykehusene var 30% reduksjon i bruken av utvalgte grupper bredspektret antibiotika innen 2020 sammenlignet med forbruket i 2012 [30]. I januar 2016 ble strategien operasjonalisert gjennom *Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten* [31]. Overforbruk av antibiotika gir økt risiko for utvikling av resistens, som betyr at bakterier blir motstandsdyktige mot antibiotika, og som bidrar til at infeksjoner med resistente bakterier kan være vanskeligere å behandle [2].

I et studie som så på prevalensdata for en innsamlingsperiode over 17 år ved Haukeland universitetssykehus konkluderer Koch et al (2014) med reduksjon i det totale antallet HAI. Reduksjonen var i andel urinveisinfeksjoner og andre, mindre alvorlige infeksjoner. Det var ingen reduksjon blant de mest alvorlige infeksjonene, som blodbaneinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner og postoperative sårinfeksjoner. Studien peker på et fremtidig behov for mer målrettede tiltak, som evalueres underveis [32].

Infeksjonsforebygging

Infeksjonsforebygging handler om å hindre spredning av sykdomsfremkallende mikrober som forårsaker infeksjoner, og består av en rekke tiltak som har til hensikt å hindre smitte mellom personer, og fra miljø [33].

Det anvendes en rekke infeksjonsforebyggende tiltak i helseinstitusjoner. Det mest grunnleggende og kanskje viktigste av disse er håndhygiene som, til tross for årelang innsats er det utfordringer med implementering av anbefalingene. I 2009 lanserte Verdens helseorganisasjon (WHO) den årlige kampanjen *SAVE LIVES: Clean Your Hands*, og definerte 5. mai som Verdens håndhygienedag, som har blitt en viktig del av arbeidet med å skape oppmerksomhet rundt håndhygieneanbefalinger [34]. Et annet eksempel er vaksinerings av helsepersonell for å forebygge influensasmitte til pasienter. I 2018 uttalte Helsedirektoratet for første gang mål om 75 % vaksinasjonsdekning blant helsepersonell. Totalt viser data fra statistisk sentral byrå (SSB) 34% vaksinasjonsdekning blant helsepersonell i Norge [35]. Begge disse eksemplene illustrerer betydningen av systematisk innsats over tid for å sikre at viktige og nødvendige infeksjonsforebyggende tiltak blir implementert i tjenestene.

Til tross for en rekke publikasjoner av praktiske retningslinjer for å forebygge infeksjoner, rapporterer nemlig sykehus om vanskeligheter med å etterleve retningslinjer for smittevern. Zingg et al (2015) gjennomførte en systematisk oversiktsstudie med mål om å gi evidensbasert veiledning om organisering av infeksjonskontrollprogram i sykehus. Artikkelen konkluderer med at smittevern er av stor betydning for pasientsikkerhet, bør involvere helsepersonell på alle nivå, og være en integrert del av sykehusorganisasjonen. For å lykkes med infeksjonsforebyggende arbeid er det blant annet viktig å ha fokus på; positiv organisasjonskultur, tilpasse retningslinjer til lokal kontekst, benytte lokale champions i implementeringsarbeidet og å ikke undervurdere ledelsen sin rolle for påvirke og å legge til rette for forbedringsarbeid og atferdsendring. Ledere med kunnskap og ekte engasjement, er avgjørende for å oppnå en positiv organisasjonskultur og for å oppnå gode resultater innen smittevern [36].

Handlingsplan for bedre smittevern

Handlingsplan for bedre smittevern som ble lansert av Regjeringen høsten 2019, har to overordnede målsetninger, åtte delmål og 37 tiltak. De to hovedmålsetningene er; å redusere forekomsten av HAI i norske helseinstitusjoner og å bedre organisering og struktur av smittevern i Norge. De åtte delmålene er konkrete og tydeliggjør hva som skal forbedres, hvor forbedringen skal skje, aktuelle aktører, sammenligningsgrunnlaget og en tidsfrist. Hensikten med tiltakene er å bidra til å nå hovedmålene i handlingsplanen [6]. Handlingsplanen er komplementær til *Nasjonale handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023)*. Slik tydeliggjøres koplingen mellom de to handlingsplanene og behovet av å se tiltakene i sammenheng. Arbeidet med implementering av handlingsplanen forventes å starte i løpet av 2020.

Overvåking av infeksjoner i sykehus og etterlevelse av smitteverntiltak er viktig i arbeidet med å forebygge HAI og hindre spredning av antibiotikaresistente mikrober. Det er avgjørende at overvåkingsdata benyttes i lokalt forbedringsarbeid for å redusere andel HAI.

Innenfor smittevernfaget er det tradisjon for systematisk arbeid med kvalitet. Koplingen til teoretisk kvalitetsforbedring er tydelig i *Forskrift om smittevern i helsetjenesten* [23].

Allikevel har det vært utfordringer knyttet til implementering av smitteverntiltak, og koplingen mellom smittevern og praktisk forbedringsmetodikk har vært mangelfull, som påpekt i *Nasjonale handlingsplan for ledelse og kvalitet i helsetjenesten* [10].

1.1.3 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

God kvalitet og kontinuerlig forbedring er viktig for å sikre pasientsikkerhet. *To Err is Human* var rapporten som startet pasientsikkerhetsbevegelsen i USA i starten på 2000-tallet. Denne publikasjonen anslo at ca. 98 000 dødsfall var knyttet til uønskede hendelser i amerikanske sykehus hvert år, og medførte at pasientsikkerhetsbevegelsen spredte seg blant annet til Europa og Norge [13]. Dette har igjen ført til helsepolitiske reformer, ny lovgivning, forskning innen pasientsikkerhet og tydeligere krav til helsetjenesten i Norge [10].

Michigan studiet

Et sentralvenøst kateter (SVK) benyttes når pasienten har behov for langvarig intravenøs behandling, og bruken av SVK er forbundet med økt risiko for infeksjon [37]. I et forbedringsprosjekt utført i Michigan, USA, på 2000-tallet, ble det gjennomført en 3 måneders intervensjon for å redusere blodbaneinfeksjoner (BSI) relatert til SVK på intensiv avdelinger [38]. Resultatet var opptil 66% vedvarende reduksjon av BSI i over 100 intensivavdelinger [38]. Forbedringene og programmet fra Michiganstudien spredte seg til over førti stater i USA og data fra Centers for Disease Control and prevention (CDC) tydet på at andel SVK relaterte BSI i intensivavdelinger i USA ble redusert med 63% mellom 2001 og 2009. Til tross for gode resultater var det stor variasjon mellom ulike sykehus, og utfordringer knyttet til overføringsverdi ble påpekt [39]. Studien var blant de første som beskrev effektene av systematisk kvalitetsforbedringsmetodikk i smittevernarbeid.

For å forstå utfordringene knyttet til overføringsverdien søkte Dixon-Woods et al. (2011) å forklare resultatene i Michigan studien. Studiet fikk frem faktorer ved intervensjonen som ikke kom klart frem i Pronovost (2011) sin mer tekniske beskrivelse av studien. Det viste seg blant annet at programmet fra Michigan studien balanserte mellom såkalte *hard edges*, som er tekniske og bindende, og *soft edges* som dreier seg om å skape engasjement. Dixon-Woods påpekte at vertikal styring og koordinering gjennom tekniske deler, som bindende påmelding til et program med tiltakspakker, skapte horisontalt engasjement og forankring. Læring og deling på tvers ble realisert gjennom etablering av læringsnettverk [40].

Pasientsikkerhetsarbeid i Norge

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet startet pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender 24-7* i 2011. Kampanjen var treårig og hadde som hovedmålsetning å redusere pasientskader, etablere strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Innføring av kampanjens innsatsområder var obligatorisk for helseforetakene.

I *Stortingsmelding 10 (2013-2014) om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* ble det bestemt at *I trygge hender 24-7* ble videreført gjennom et nasjonalt pasientsikkerhetsprogram med varighet fra 2014-2018 [41]. Programperioden ble utvidet med ett år. Fra januar 2019 gikk programmet over til å bli et ansvarsområde for Helsedirektoratet i Avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, som nå har driftsansvaret for konseptet.

Programmet består av en rekke innsatsområder valgt med bakgrunn i kriterier som har potensial for forbedring, har dokumentert effektive tiltak, og som har mulighet for å evaluere effekt av tiltakene. Innsatsområder er;

- Riktig legemiddel-bruk i sykehjem
- Riktig legemiddel-bruk i hjemmetjenesten
- Samstemming av legemiddellister
- Forebygging av trykksår
- Forebygging av underernæring
- Forebygging av fall i helseinstitusjoner
- Tidlig oppdagelse av forverret tilstand
- Tidlig oppdagelse av sepsis
- Forebygging av urinveisinfeksjoner
- Forebygging av infeksjon med sentral-venøst kateter
- Behandling av hjerneslag
- Trygg utskrivning
- Trygg kirurgi
- Forebygging av selvmord
- Forebygging av overdosedødsfall
- Ledelse i pasientsikkerhet

Ledelse i pasientsikkerhet er et eget innsatsområde som går på tvers av de andre innsatsområdene. Det skal gi ledere praktiske verktøy i arbeidet med å bygge kultur, sikre kompetanse og utvikle systemer som skal sørge for kvalitet i tjenesten [42].

Kompetanse i forbedringsarbeid er en forutsetning for å lykkes med tiltakene.

Pasientsikkerhetsprogrammet bidrar i arbeidet med å spre kunnskap om forbedring og har som mål å styrke kompetanse om forbedringsmetodikk på alle nivå, og i alle yrkesgrupper [9].

Verktøy for å måle pasientsikkerhet i Norge

Det finnes flere ulike verktøy som benyttes for å måle pasientsikkerhet. I oppgaven her begrenses omtalen til å gjelde spørreundersøkelsen ForBedring og kartleggingsmetoden Global Trigger Tool.

ForBedring- undersøkelsen kartlegger arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og HMS. De viktigste pasientsikkerhetselementene undersøkelsen tar opp i seg er *sikkerhetsklima* og *teamarbeidsklima*. Sikkerhetsklima dreier seg om i hvilken grad medarbeidere opplever at det er lett å snakke om risiko og uønskede hendelser på arbeidsplassen, mens teamarbeidsklima dreier seg om opplevelsen av støtte fra eget team til å prioritere trygg behandling av pasienter [43].

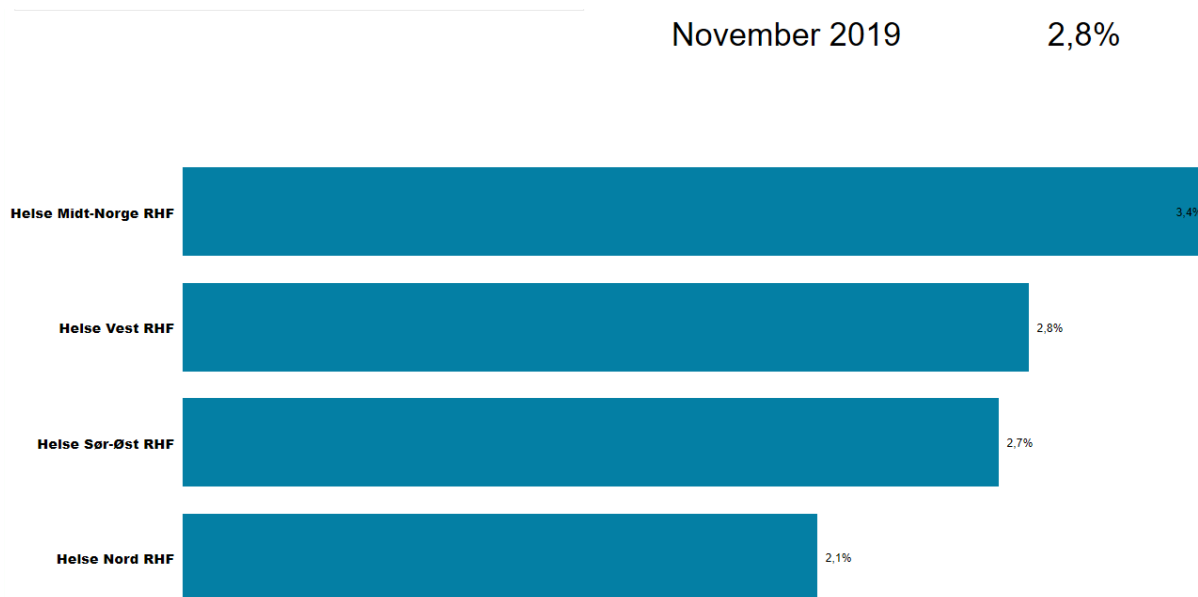
For å kartlegge pasientskader benytter alle norske helseforetak den standardisert metoden, Global Trigger Tool (GTT) der et tilfeldig utvalg pasientjournaler gjennomgås av et GTT-team. Hensikten er at hvert enkelt sykehus kan følge egen utviklingen i pasientskader over tid. Metoden kartlegger alle typer skader uten å skille mellom skader som kan forebygges og skader som ikke kan forebygges, likevel regnes det at halvparten av skadene kan forebygges. Siden målingene startet i 2010 har andel pasientskader i forbindelse med somatiske sykehusopphold i Norge vært stabil [44]. Pasientsikkerhetsprogrammet hadde som mål å redusere andel pasientskader målt med GTT metoden med 25 prosent fra 2012 til 2018. I 2018 var andel pasientskader 11,8 prosent- lavest målte nivå hittil [44]. GTT- undersøkelsen er en indikator som gir sykehusene mulighet til å følge egen utvikling over tid og bidrar til å danne et bilde av utviklingen av pasientskader i sykehuset.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Hvert tertial publiserer Helsedirektoratet nasjonale kvalitetsindikatorer, og statistikk som bidrar til å synliggjøre kvalitet i helsetjenesten. En kvalitetsindikator er et indirekte mål som kan si noe om kvaliteten på det som måles. Eksempler er ressurser, struktur og organisasjon, og pasientforløp. Kvalitetsindikatorerne er et bidrag i en samlet vurdering, og noen av indikatorene gir grunnlag for kvalitetsbasert finansiering [45].

Åpenhet om målinger er viktig for å drive forbedringsarbeid, og kvalitetsindikatorer bidrar således med kunnskap om målinger og kvalitet. Samtidig er det viktig å være klar over svakheter ved kvalitetsindikatorerne, som for eksempel at sykehusene er tilknyttet ulike geografiske områder, har ulike funksjoner, og at det er variasjon i datakvaliteten som rapporteres fra de ulike sykehusene. Slike ytre faktorer kan gi utslag i statistikk som gjør at sykehus som sammenlignes på tvers, såkalt benchmarking, kan fremstå med lavere eller høyere kvalitet enn det som er reelt [46].

Når data fra kvalitetsmålinger benyttes i lokalt forbedringsarbeid kan målingene bidra til å evaluere effekten av iverksatte tiltak, avdekke kvalitetssvikt eller bekrefte en stabil prosess. Resultater fra prevalens- og insidensundersøkelsene, og forbruk av antibiotika i sykehus er eksempler på nasjonale kvalitetsindikatorer som publiseres på Helsedirektoratet sine nettsider. Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus i mai 2019 (Figur 2) illustrerer et eksempel på en nasjonal kvalitetsindikator, som er publisert på Helsedirektoratet sine nettsider [47].



Figur 2: Viser andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus i mai 2019. Tilgjengelig fra helsedirektoratet.no [48].

Forbedringsmetodikk

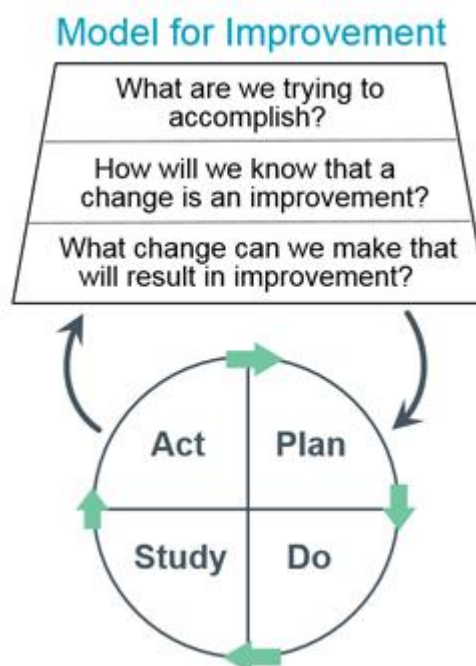
Kontinuerlig forbedringsarbeid er et eget fagområde som kan beskrives som en kombinasjon av kunnskap om fag (anatomi, sykdomslære mm), profesjonskunnskap (medisin, sykepleie mm) og felles verdier kombinert med kunnskap om forbedring [7].

Forbedringsmodellen (Model for improvement, Figur 3) og *The system of profound knowledge* er sentrale verktøy i praktisk forbedringsarbeid som kan bidra til systematisk implementering av tiltak som fører til forbedring og varige endringer.

The system of profound knowledge består av fire elementer; *systemforståelse*, *variasjon*, *læring gjennom erfaring*, og *psykologi*. Når elementene sees i sammenheng kan modellen benyttes som et verktøy for å sikre operasjonalisering og ivaretagelse av sentrale elementer i

enhver forbedringsprosess [7]. *Systemforståelse* går ut på forståelse av kompleksitet i hvordan ulike deler i et system (folk, ting, prosesser) henger sammen og er avhengig av hverandre, for å oppnå et felles mål. Gjennom systemforståelse genereres kunnskap som bidrar til å vite noe om hvor i et system endringer kan iverksettes for å oppnå forbedring. Data fra hyppige målinger plottes i serie- eller kontrolldiagram over tid, og bidrar til å vurdere om iverksatte tiltak i et forbedringsprosjekt har ført til ønsket forbedring. *Variasjon* dreier seg om å forstå hva målingene forteller om en prosess. *Læring gjennom erfaring* handler om å bygge kunnskap ved å sammenligne en hypotese eller teori om hva som skal skje (deduktiv tilnærming) med det som skjer (induktiv tilnærming). *Psykologi* angår den menneskelige siden ved endring, og forståelse av hva som motiverer og skaper engasjement for endring. Når mennesker inkluderes og tar del i et prosjekt, oppnås økt forståelse og engasjement. Det fører til flere endringsideer og bedre etterlevelse av endringer og nye tiltak [7, 49].

Forbedringsmodellen består av tre spørsmål: *Hva ønsker vi å oppnå? Hvordan vet vi at en forandring er en forbedring? Hvilke forandringer kan iverksettes for å få forbedring?* Når spørsmålene er besvart testes hypoteser om endringer som forventes å føre til forbedring ved hjelp av *Plan-, do-, study-, act*, (PDSA)- sirkelen. Når et problem er identifisert og tilstrekkelig kartlagt kan spørsmålene i modellen besvares. Forbedringsmodellen strukturerer implementering av tiltak og forbedringer på en systematisk måte og er et sentralt verktøy i arbeid med kontinuerlig forbedring og pasientsikkerhet [49, 50].



Figur 3. Model for improvement [51]

Kvalitet

Norske helsemyndigheter bygger sin kvalitetsdefinisjon på samfunnets føringer som oppfyller krav i lovverket og som utfra et faglig perspektiv gir brukerne best mulig tjenester [52]. I helsetjenesten innebærer kvalitet at tjenestene:

- 1) Er virkningsfulle
- 2) Er trygge og sikre
- 3) Involverer brukerne og gi dem innflytelse
- 4) Er samordnet og preget av kontinuitet
- 5) Utnytter ressursene på en god måte
- 6) Er tilgjengelige og rettferdig fordelt [52].

Pasientsikkerhetsarbeidet, som nå er organisert under Helsedirektoratet har hatt stort fokus på bruk av forbedringsmetodikk som verktøy for å implementere virkningsfulle tiltak for å bedre kvalitet i helsetjenesten. *Rettleiar til forskrift for smittevern i helsetenesta* [33] viser også til systematisk kvalitetsarbeid som metode for å forebygge infeksjoner og sikre god kvalitet.

Årlige stortingsmeldinger om kvalitet og pasientsikkerhet

I 2012 fremmet Regjeringen den første melding til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten (Meld. St 10 (2012-2013) [41]. Meldingen gav grunnlag for videre arbeid og siden 2014 har Stortinget lagt frem en årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet med fokus på måling av kvalitet og tilgjengeliggjøring av resultater. Formålet er å følge utviklingen over tid, sørge for økt oppmerksomhet og større åpenhet om temaene nasjonalt og lokalt. Den årlige meldingen beskriver status og utfordringer for kvalitet og pasientsikkerhet basert på årsmeldinger og rapporter fra pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Helseatlas samt nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer [53]. *Stortingsmelding 9 (2019–2020) Kvalitet og pasientsikkerhet 2018* [53] avdekket blant annet utfordringer knyttet til ledelse, system og kultur for bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Regjeringen har fastsatt mål for forbedring som vil kreve innsats fra alle nivå i tjenesten [53].

Forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten

I 2017 ble *Forskrift for internkontroll for helse- og omsorgstjenesten* erstattet av *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* [8]. Denne forskriften er førende for operasjonalisering av styring, internkontroll, kvalitetsarbeid og ledelse, og danner grunnlaget for styringssystemet. Styringssystemet er den delen av virksomhetens styring som dreier seg om hvordan aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i henhold til krav i helse- og omsorgslovgivningen [54]. I forskriften tydeliggjøres kravet om kontinuerlig og systematisk kvalitetsforbedring i helsetjenesten, koplingen til kvalitetsarbeid og PDSA- sirkelen er eksplisitt gjennom navnsettingen av kapitlene plikten å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere.

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023)[10] har som formål å legge til rette for at kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten etterleves.

I Sverige er det vist at sykehusopphold med pasientskade er dobbelt så lange som opphold uten skade. OECD anslår at 15% av sykehuskostnadene i medlemslandene er knyttet til behandling av pasientskader, OECD konkluderer med at kostnader tilknyttet forebygging av skade er vesentlig lavere enn behandlingens kostnader [10]. Ifølge GTT-undersøkelsen har HAI over tid vært blant de hyppigste pasientskadene i Norge. Handlingsplanens overordnede mål er å redusere forekomsten av pasientskader [10].

Tiltakene i handlingsplanen er delt inn i fire overordnede områder som er definert med bakgrunn i internasjonale og nasjonale trender og utvikling, de fire områdene er:

- ledelse og kultur
- kompetanse
- nasjonale satsinger
- systemer og strukturer

Syv tiltak knyttet til de fire områdene er definert, og konkretiseres ytterligere i handlingsplanen i form av oppgavefordeling og ansvar:

- integrere arbeidet med pasientsikkerhet i etablerte styringslinjer

- etablere og styrke arenaer for deling av kunnskap og erfaring
- utvikle en kultur som tilrettelegger for åpenhet og læring
- bygge kompetanse og kapasitet i tjenestene
- identifisere og spre oppdatert kunnskap om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
- utvikle, iverksette og følge opp nasjonale satsinger
- følge med på utviklingen av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring over tid

Det er Helsedirektoratet som skal koordinere oppfølging av handlingsplanen. Et nytt fagråd for pasientsikkerhet og forbedringsarbeid skal være rådgiver, og arena for drøfting av strategisk viktige saker og prosesser, knyttet til handlingsplanen. Det skal bidra til å gi retning for arbeidet, i tillegg til bedre koordinering mellom nye og eksisterende nasjonale satsinger. Handlingsplanen peker eksplisitt på manglende integrering av pasientsikkerhetsarbeid og smittevern, og behov for at ledere påser at styringssystemet bidrar til kvalitetsforbedring slik det er tenkt [10].

Lokalt smitteverninitiativ i Helse Bergen

Som et ledd i operasjonalisering av infeksjonskontrollprogrammet, og etter initiativ fra administrerende direktør, ble det i studiesykehuset lansert et eget smittevernprogram i 2015, *Smittefritt* (Vedlegg 1). Her vektla en at infeksjonskontrollprogram må ha en multimodal, tverrfaglig tilnærming bygget på prinsipper for atferdsendring og som engasjerer champions slik Zingg et al (2015) har beskrevet det. Hovedmålet med programmet var å redusere HAI ved å sette smittevern høyere opp på den daglige agendaen i kliniske enheter. Avdelingenes ledere, på alle nivåer, skulle ansvarliggjøres og måtte sette konkrete mål, og gjennomføre tiltak for forbedring av smittevern. Smittefritt har fem innsatsområder som ble valgt med bakgrunn i et kunnskapsgrunnlag og muligheten for målbare prosess- eller resultat indikatorer. Innsatsområdene er; Håndhygiene, postoperative sårinfeksjoner, smittevernvisitt, antibiotikabruk og influensavaksinasjon. All informasjon om smittevernprogrammet er tilgjengelige på sykehuset sine intranettsider. Smittefritt ble først lansert i et felles ledermøte for sykehusets cirka 600 ledere. Måltall for smittefritt etterspørres med jevne mellomrom på felles ledermøter og i virksomhetsrapporter. Etter lanseringen av programmet har smittevernavdelingen opprettet et tilbud om å melde inn smittevernkontakter fra kliniske avdelinger. Smittevernkontakter skal fungere som et bindeledd mellom smittevernavdelingen og de kliniske enhetene (Vedlegg 2). Smittevernavdelingen arrangerer workshop for

smittevernkontakter tre ganger i året, og inviterer klinisk personell fra hele sykehuset til felles smittevernundervisning fire ganger i året (Vedlegg 3 og 4).

Smittefritt har blitt synonymt med smittevern for mange i Helse Bergen, og bidrar til å bygge bro mellom pasientsikkerhet og smittevern i organisasjonen. Oppbyggingen med innsatsområder, forslag til konkrete måltall og metodikken for å oppnå forbedring er sammenfallende med pasientsikkerhetsprogrammet.

Arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet har vært i rivende utvikling de siste årene og har tydelige koplinger inn mot ledelse særlig etter at Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjeneste [8] trådte i kraft i 2017. Ansvar for pasientsikkerhetsarbeidet har vært organisert gjennom et eget program og er nå et ansvarsområde i Helsedirektoratet. Smittevernarbeid er forankret i Smittevernloven [3] og Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten [23]. Ledelsen ansvarliggjøres gjennom et overordnet ansvaret for å legge til rette for smittevernarbeid, mens det praktiske smittevernarbeidet delegeres til fagpersoner, og det er Folkehelseinstituttet som har det overordnede ansvaret for smittevern i Norge. En av hovedutfordringene med smittevernarbeidet er manglende implementering av tiltak. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring [10] peker eksplisitt på manglende kopling mellom pasientsikkerhetsarbeid og arbeid med fag som smittevern. I Helse Bergen bidrar Smittefritt til å knytte smittevern, kvalitet og ledelse tettere sammen. For å nå regjeringens mål om forbedringer i helsetjenesten må forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring etterleves og nasjonal handlingsplan for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet følges opp i praksis.

1.1.4 Ledelsesstrategier for kvalitetsforbedring

Med formål om å sørge for klare ansvarslinjer og ansvarsforhold i sykehus fremheves prinsippet om enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenestelovens §3-9. Enhetlig ledelse innebærer at hver organisatoriske enhet i sykehuset skal ha én leder som har et overordnet og helhetlig ansvar for virksomheten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001). Ledelsens ansvar for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid tydeliggjøres ytterligere i Stortingsmelding 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

I Rundskriv 1- 2/2013 *Lederansvaret i sykehus* fremheves spesielt den viktige rollen ledere nær pasienten har for at virksomheten organiseres på en slik måte at helsepersonell kan yte faglig forsvarlig helsehjelp, og ivareta oppgavene sine i samsvar med nasjonale faglige retningslinjer, og faglig god praksis. Arbeidet skal være forankret hos, og etterspørres av toppledelsen, som har det øverste ansvaret for at sykehuset yter forsvarlige tjenester, og organiserer virksomheten på en måte som gjør at ledere, som står nærmest pasientene, får rammebetingelser som gjør det mulig å ivareta oppgavene. Det er avgjørende at ledere på alle nivå tar ansvar for at virksomheten ivaretar oppgavene på en god måte innenfor rammene (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Endringsledelse

Endringskompetanse og det å være endringsorientert er en del av helsefaglige utdanninger, og en tydelig forventning til helsepersonell og kliniske ledere. Endringsprosessen- hvordan endringer planlegges, organiseres og gjennomføres, er viktig sammen med produktet av endring [55].

Bolman og Deal (2013) beskriver en firedelt modell som betrakter organisasjoner fra fire perspektiver gjennom fortolkningsrammene; *Human resource rammen, den strukturelle rammen, den politiske rammen og den symbolske rammen*. Inndelingen skaper en mulighet for å innta og utforske ulike perspektiver. Endringsprosesser utløser problemer innenfor alle fortolkningsrammene, eksempelvis tap av retning og stabilitet (Den strukturell rammen), angst og usikkerhet (Human resource rammen), umyndiggjøring og konflikt (Den politiske rammen) og tap av mening (Den symbolsk rammen). Strategier for å motarbeide problemene er blant annet å involvere ansatte, gi opplæring og støtte, gjennomføre overgangsritualer samt å etablere arenaer for konflikthåndtering [56].

Endringsarbeid som fokuserer på den menneskelige siden ved endring i tillegg til dataanalyser og rapporter har større sjanse for å lykkes. Kotter og Cohen (2002) beskriver åtte stadier ved vellykkede endringstiltak; Opplevelse av en prekær situasjon, styrende team, stimulerende visjon og strategi, formidle visjon og strategi gjennom ord, handlinger og symboler, fjerne hindringer og sette folk i stand til å gå videre, tidlige seirer, stå på når det røyner på og ny kultur som støtte til ny praksis. Ved å kombinere disse åtte stadiene for endring med fortolkningsrammene gir Bolman og Deal (2013) en, ikke uttømmende, plan ved endringsarbeid (Tabell I).

Tabell I. Kotter og Cohen sine stadier og de ulike fortolkningsrammene, kopi av tabell i Bolman og Deal (2013, s. 434)[56].

Kotters endringsstadium	Den strukturelle rammen	Human resource rammen	Den politiske rammen	Den symbolske rammen
Opplevelse av prekær situasjon		Involvere folk i hele organisasjonen, be om innspill	Nettverks- arbeid overfor viktige aktører, bruke makt- grunnlaget	Fortelle en overbevisende historie
Styrende team	Utarbeide strategier for samordning	Holde teambyggings- øvelser med styringsteamet	Bemanne teamet med troverdige og innflytelsesrike medlemmer	Gi teamet en øverst- kommanderende
Stimulerende visjon og strategi	Utforme en plan for implementering		Kartlegge det politiske terrenget, utforme handlingsplaner	Utforme en visjon full av fremtidshåp og rotfestet i organisasjonens historie
Formidle visjon og strategi gjennom ord, handlinger og symboler	Skape strukturer som støtter opp om endrings- prosessen	Holde møter for å formidle retningen fremover og få tilbakemelding	Skape arenaer, bygge allianser, nøytralisere opposisjonen	Synlig engasjert ledelse, «dra i gang» seremonier
Fjerne hindringer og sette folk i stand til å gå videre	Fjerne eller endre strukturer og prosedyrer som støtter opp om det gamle	Sørge for opplæring, ressurser, støtte		Iscenesette «offentlige henrettelser» av «kontrarevolusjonære»
Tidlige seirer	Planlegge kortsiktige seirer		Sette inn ressurser og makt for å sikre tidlige seirer	Feire og videreformidle tidlige tegn på suksess
Stå på når det røyner på	Holde folk til planen			Holde oppbyggelsesmøter
Ny kultur som støtte til ny praksis	Justere strukturen etter det nye	Bygge opp et «kulturteam», bredt engasjement i kulturutvikling		Sørge over fortiden, feire «revolusjonsheltene», dele beretninger om «veien vi har gått»

For å gjennomføre endringsarbeid er kunnskap om endringsprosesser viktig. I en kompleks sykehuskontekst kan en oversikt og sortering over momenter som ofte inngår i endringsarbeid være et nyttig verktøy, men justering av innholdet i tabellen i henhold til aktuell kontekst er nødvendig. En hovedutfordring ved endring er motstand, et sentralt moment er derfor å skape vilje til endring og å sørge for at medarbeidere settes i stand til å mestre endringene.

Kunnskap om *Nudging*, som betyr ett dytt i riktig retning, og *Choice architecture* som dreier seg om hvordan designet av våre omgivelsene påvirker de valgene vi tar, kan benyttes for å designe omgivelsene på en slik måte at det blir lettere å gjøre rett [57]. Strukturelle forutsetninger må være på plass for at det skal være lett å gjøre rett, sammen med ivaretagelse av perspektiver som inngår i den politiske- og den symbolske fortolkningsrammen [56].

Vertikal og horisontal samordning og integrering

Donabedian (2002) sin kvalitetsmodell består av tre deler; struktur, prosess og resultat (SPO-modellen) (Figur 4), som illustrerer sammenhengen mellom strukturer og prosesser som en forutsetning for å oppnå ønskede resultater [58].



Figur 4: Tegnet etter Donabedian (2002) sin SPO- modell.

Forståelse og kunnskap om prosesser er en forutsetning for å forbedre ethvert system. Personer som er en del av et system forstår systemet ulikt og utfra eget perspektiv. Ved å skape felles forståelse opparbeides kunnskap om prosesser, som kan gi nødvendige forutsetninger for å få til forbedringer [50]. Strukturer er effektive når de passer til de forhold organisasjonen til enhver tid fungerer under (eksempelvis mål, teknologi, miljø). Strukturelle mangler og svakheter går utover yteevnen og skaper problemer, men kan rettes opp gjennom problemløsning og omstrukturering [56].

Organisasjoner *differensierer* gjennom å dele opp arbeidet i en rekke spesialiteter, roller, funksjoner og enheter. Disse må *integreres* ved bruk av horisontale og vertikale integreringsmetoder for å binde elementene sammen [56]. Integrering av arbeidsprosesser skjer hovedsakelig ved hjelp av vertikal og horisontal samordning. Vertikal integrering dreier seg om å samordne og integrere de ulike nivåene, oppover og nedover i organisasjonen ved hjelp av regler, retningslinjer og kontrollsystemer. Horisontal integrering dreier seg om å binde sammen samhandlings-, og samarbeidsprosesser på tvers av organisasjonen gjennom formelle og uformelle møter, arbeidsgrupper og nettverk. Når oppgaver fordeles til ulike spesialiserte avdelinger (differensieres) blir tjenestene fragmenterte dersom tiltak ikke gjennomføres for å koordinere (integrere) ulike avdelingers innsats. En organisasjon sin struktur må klare å balansere mellom, på den ene siden å ha klare og godt forståtte mål med avklarte roller, kombinert med samordning og gode relasjoner på den andre [56].

Organisasjonskultur

Organisasjonskultur defineres på ulike måter i forskningslitteraturen. En enkel forklaring på organisasjonskultur er «måten vi alltid har gjort ting på her» [59]. Det er en sterk tro på

virkingen av at organisasjoner lager retningslinjer for internt og eksternt samarbeid, definerer egne verdier og visjoner, og utvikler symboler for å gjøre seg selv karakteristiske [59]. Kultur gir mulighet til å identifisere andre og sette grenser opp mot dem, det å ha felles oppfatninger og symboler som betyr det samme for alle innenfor de aktuelle rammene for kulturen, er kjennetegn for kultur. Kultur er et stabilt, men ikke statisk fenomen, og inneholder nesten alltid spenninger og variasjoner som kan gi endring. Kultur er ikke noe som kan utformes rasjonelt i en organisasjon. I stabile organisasjoner vil kulturen styre lederen like mye som lederen styrer kulturen. Ledere må selv være en del av kulturen for å oppnå legitimitet [59]. Ifølge Kotter og Heskett i Strand (2001) vil virksomheter med kultur for å verdsette interessenter gi signifikant bedre resultater enn virksomheter som ikke verdsetter interessenter. I Corporate Culture (1982) skriver forfatterne at en sterk kultur i en virksomhet kan bidra til å tjene inn en til to timer produktivitet per ansatt per dag [59]. Virksomheter som har ledere som er oppmerksomme mot interessenter, har kultur for å være utadvendt, er tilpasningsdyktig og rettet inn mot risiko har størst potensial for langsiktig suksess [59].

Tverrfaglige team

Team kan defineres som «Et lite antall mennesker med ferdigheter og evner som klart utfyller hverandre, og med en felles, forpliktende målsetning, felles prestasjonsmål og en felles tilnæringsmåte som de føler seg ansvarlige overfor i fellesskap» (Katzenbach og Smith (1993)) i Bolman og Deal (2013 s. 135). Tverrfaglige team består av mennesker fra ulike profesjonsbakgrunn som arbeider sammen, og individuelt mot det samme målet [50]. Slike team har mye kunnskap og erfaring og kan belyse ulike perspektiv ved en problemstilling på en sammensatt måte.

Ifølge Orvik (2015) er klinisk ledelse en kombinasjon av arbeidsledelse og teamledelse der arbeidsledelse dreier seg om å koordinere, fordele og løse daglige oppgaver, mens teamledelse dreier seg om å bidra til at grupper over tid kan utvikle seg til team gjennom menneskelig vekst [55]. Susanna Bihari Axelsson (2013) peker på at team bygger på forskjeller som krever samhandling [55]. Yrker som lege og sykepleie er definert som profesjonsyrker. Profesjon er en generell betegnelse for yrker med et faglig ansvar som er definert, og fra samfunnets side gis et ansvar for å ivareta en viss type arbeid, makt til å trekke og strekke grenser rundt eget arbeidsområde, og tillit til autonom yrkespraktisering. Den rettslige myndigheten er bindeleddet mellom profesjonene og deres arbeid [55]. Når arbeidet

preges av kompleksitet og turbulens må en teamstruktur med mangesidige og horisontale kommunikasjons- og samordningsformer utvikles. Ledere må hele tiden være bevisst på endringer i oppgaver og kontekst, og må endre teamstrukturen deretter. Det er sentralt at teamene sikres tilstrekkelige ressurser til å fungere [56]. Helsetjenesten er organisert i form av formelle og uformelle team. Velfungerende team regnes som en forutsetning for å oppnå god kvalitet og kvalitetsforbedring. For at team skal fungere optimalt er det viktig med en dynamisk tilnærming, med mulighet for endringer utfra hvilke oppgaver teamet skal ha, og hvilke forutsetninger som er gjeldende. Det krever en teamledelse som er i stand til å balansere mellom å styring og ansvarsdelegering.

Læring på tvers

Læring i organisasjoner er forbundet med prosesser for kommunikasjon, kunnskaps- og erfaringsdeling innad i, og på tvers av organisasjoner [60]. Kvalitet utvikles gjennom læring fra erfaring, positive forslag til forbedring og åpen meldekultur. I arbeid med å fremme læring er det sentralt å etablere arbeidsmiljø der det er trygt å melde fra om uønskede hendelser uten risiko for uthenging eller straff [13]. *Sveitserostmodellen*, en ide fra James Reason er hyppig brukt for visualisering av hvordan latent svikt i ulike deler av et system kan føre til manglende barriere mot feil, som i neste ledd kan føre til uønskede hendelser [61]. Sikkerhetsledelse har tradisjon for å se på sikkerhet utfra et slikt Safety-I perspektiv. Fokus er på etterlevelse av regler og krav, og finne feil når noe går galt. Uten å se på faktorer som bidrar at det som regel går bra. I lys av økte krav og økt kompleksitet i helsetjenesten burde tilnærmingen til sikkerhet ifølge Hollnagel et al (2015) endres fra å fokusere på når noe går galt til å ha større fokus på når noe går bra. Safety-II perspektivet er relatert til systemets egenskaper til å fungere under ulike forhold og tilpasse seg daglig variasjon, og denne tilpasningsevnen i systemet bidrar til at det går bra i de fleste tilfeller [62].

Ved å endre syn på helsetjenestene, omfavne kompleksiteten og lære å arbeide med variasjoner i systemets ytelse kan produksjonen av alt det som går bra øke [63]. Braithwaite et al (2015) påpeker at et slikt endret syn vil kreve tid og vilje til et paradigmeskifte [63].

Positive avvikere (positive deviance) er personer i en gruppe som oppnår bedre resultater enn sine likemenn. Kartlegging av *hva* positive avvikere gjør, kan avdekke faktorer om *hvordan* de oppnår bedre resultater. Identifiserte faktorer eller handlinger er tilgjengelig og akseptert i lokal kontekst, og ofte enkle å adaptere. Ved at flere benytter de samme handlingene utnyttes

eksisterende ressurser, i aktuell kontekst, effektivt [64]. Positive avvikere kan være organisasjoner, team eller individer. Når positive avvikere identifiseres kan kvalitative metoder benyttes for å generere hypoteser om praksis som gir høy prestasjon og gode resultater [65].

Begrepet resiliens benyttes for å uttrykke en organisasjon sin motstands- og tilpasningsdyktighet. Aase & Rosness (2018, s. 28) definerer resiliens i en organisasjon som «en organisasjon som har evnen til å tilpasse seg feil og forstyrrelser uten å produsere alvorlige ulykker» [66]. Resiliente organisasjoner har evne til, selv ved knappe ressurser, å identifisere grenser for sikker drift, og kontrollert styre unna brudd på grenser, og hente seg inn igjen etter eventuelle tap av kontroll [66]. Handlinger som produserer feil er en variasjon av handlinger som produserer suksess, fokus på handlinger som produserer suksess kan være effektivt i endringsarbeid.

Ved å studere positive avvikere kan vi lære noe om hva som er lurt å gjøre for å lykkes, samtidig kan Safety-II tankegangen integreres i måten å tenke om læring på tvers. Ved å identifisere og studere positive avvikere kan organisasjoner lære av seg selv og andre [65] og bygge opp resiliens i organisasjonen [66].

Ledere har et ansvar for å legge til rette for forsvarlig drift. For å ivareta forsvarlig drift må ledere balansere prosessorienterte ledelseegenskaper, som skaper tillit og engasjement, med hensiktsmessige strukturelle forhold. Ved å ivareta de ulike fortolkningsrammenes ulike perspektiver gjennom endringsprosesser kan ledere bidra med å arbeide forbi problemer som kan oppstå i endringsprosesser [56]. Ledere kan bidra til å fremme læring på tvers og bygge resiliens i organisasjonen ved å jobbe for åpenhet mot interessenter [56, 62] og ved fokus på å identifisere positive avvikere [64] og bygge gode strukturer for teamarbeid [55].

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren tydeliggjør koplingen mellom ledelse og kvalitet. Kvalitetsarbeid som i pasientsikkerhetsarbeid er prosessorientert og gjennom forbedringsmetodikk sikres stor grad av deltagelse fra medarbeidere i arbeidet. Selv om smittevernarbeid har lange tradisjoner for systematisk arbeid, så har fagmiljøet ikke klart å systematisk ta i bruk praktiske verktøy for kvalitetsforbedring, og har derfor utfordringer knyttet til implementering av smitteverntiltak.

1.2 Tema og formål med oppgaven

Det kan være stor variasjon mellom sykehus og også mellom avdelinger i samme sykehus når det gjelder tilnærmingene til kvalitet, pasientsikkerhet og infeksjonskontroll. I en moderne forståelse av risiko- og sikkerhet flyttes fokus fra å *unngå feil* til å utforske hva som skjer når *ting går bra* [62].

En kan derfor reise spørsmål om hvordan praksis utøves i dette spenningsfeltet. Denne masteroppgaven tar derfor utgangspunkt i ledelsesperspektiv med fokus på positive avvikere, og hvordan de lykkes med kvalitetsforbedring.

Ved å intervjuer nøkkelpersonell ved avdelinger som etter objektive kriterier har lyktes i arbeidet med smittevern, og dermed kan defineres som positive avvikere, er målet å få frem kunnskap om hvilke ledelsesstrategier som anvendes. Dette vil kunne bidra til å forklare de gode resultatene, og dermed være et utgangspunkt for læring på tvers.

Problemstilling og forskningsspørsmål

Overordnet problemstillingen for denne masteroppgaven er derfor: *Hvordan kan kvalitetsforbedring bedre integreres i smittevernarbeid?*

Forskningsspørsmål:

- Hvorfor lykkes avdelingen med kvalitetsforbedring?
- Hvordan lykkes avdelingen med å integrere smittevern og kvalitetsforbedring?

2.0 Metode

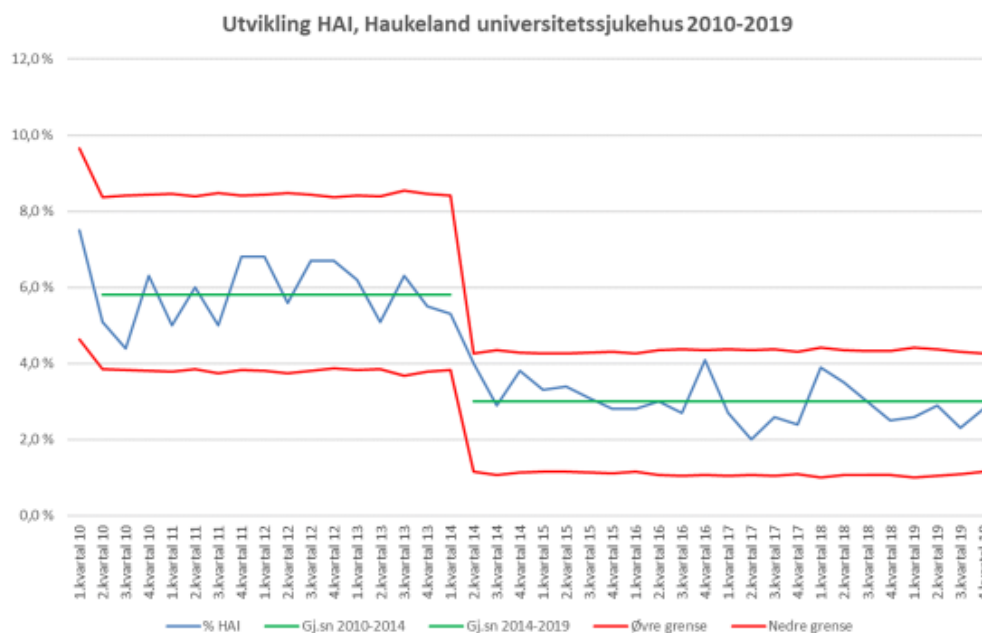
2.1. Design

Designet som er brukt er et kvalitativt casestudie. Dette er valgt da det er velegnet til å besvare problemstillinger som søker å få innblikk i informantene sine erfaringer, og handlingsvalg [67]. I dette studiet er det formålstjenlig å utforske avdelinger med gode resultater, eller positive avvikere. Studiets formål er å utforske hvilke ledelsesstrategier som benyttes i avdelinger som oppnår gode resultater innen smittevern og pasientsikkerhet, hensikten er å skape kunnskap som har overføringsverdi til andre enheter.

2.2 Kontekst

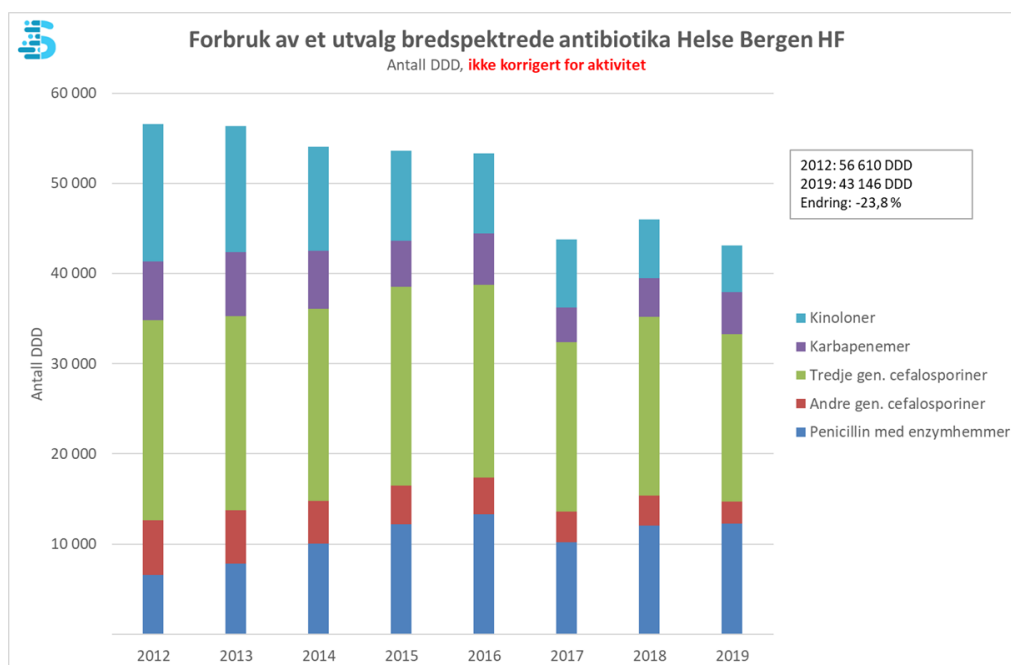
Studiet ble gjennomført ved et universitetssykehus med ca. 12 000 ansatte. Dette sykehuset er organisert i 3 nivåer med toppledelsen på nivå 1, 29 underliggende nivå 2 enheter og ca. 500 underliggende nivå 3 enheter. Nivå 2 enheter benevnes heretter som avdelinger og nivå 3 enheter benevnes som kliniske enheter, for eksempel sengepost og poliklinikk. Sykehusets smittevernenhet er organisert i Seksjon for pasientsikkerhet som er en del av sykehusets Forsknings- og utviklingsavdeling. Seksjon for pasientsikkerhet har blant annet ansvar for implementering av tiltak fra *I trygge hender 24-7*, og smittevernpersonell har hatt viktige roller i arbeidet helt fra starten. Smittevernenheten har ansvar for å oppdatere og implementere infeksjonskontrollprogrammet.

Sykehuset som helhet har de siste årene hatt en positiv utvikling på flere indikatorer som omhandler smittevern og pasientsikkerhet. Andel HAI er redusert over tid, gjennomsnittlig forekomst var 2,6 prosent i 2019 sammenlignet med 3,2 prosent året før (Figur 5).



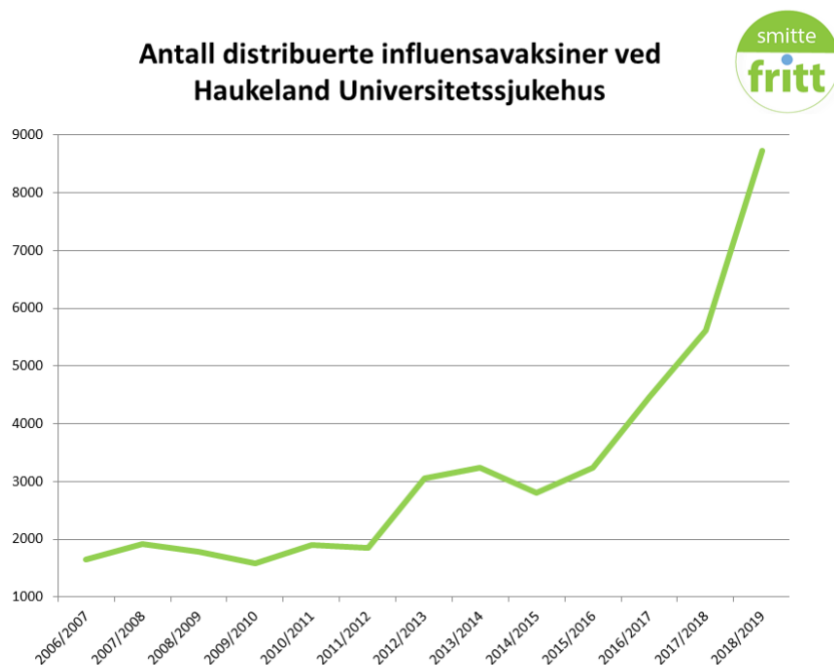
Figur 5: Utvikling i andel HAI på foretaksnivå i perioden 2010-2018, hentet fra Helse Bergen sin intranettside [68].

Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika var i 2019 redusert med 23,8% sammenlignet med 2012 (Figur 6).



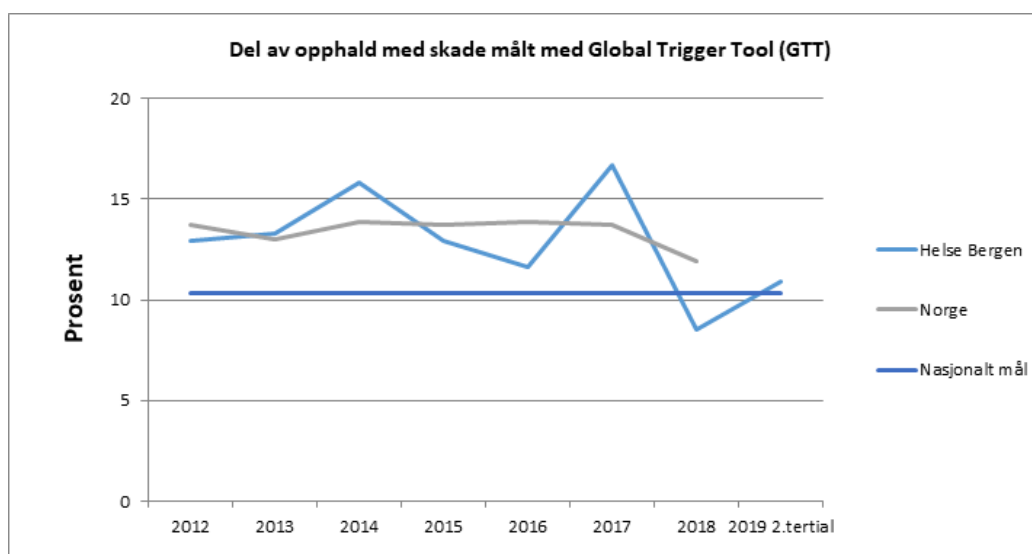
Figur 6: Utvikling av forbruket av et utvalg bredspektrede antibiotika for perioden 2012-2019, i Helse Bergen HF [69].

Andel influensavaksinerte har vært over målet, om 75% vaksinasjonsdekning blant helsepersonell, de to siste sesongene (Figur 7).



Figur 7: Utvikling i andel vaksinerte på foretaksnivå basert på antall distribuerte vaksiner for perioden 2006-2020, i Helse Bergen HF [70].

Andel pasientskader målt ved hjelp av GTT metoden har blitt redusert, og var på 8,1% i 2018 (Figur 8).



Figur 8: Del av opphold med skade målt med GTT nasjonalt og for Helse Bergen HF for perioden 2012-2018 [71].

2.3 Datainnsamling

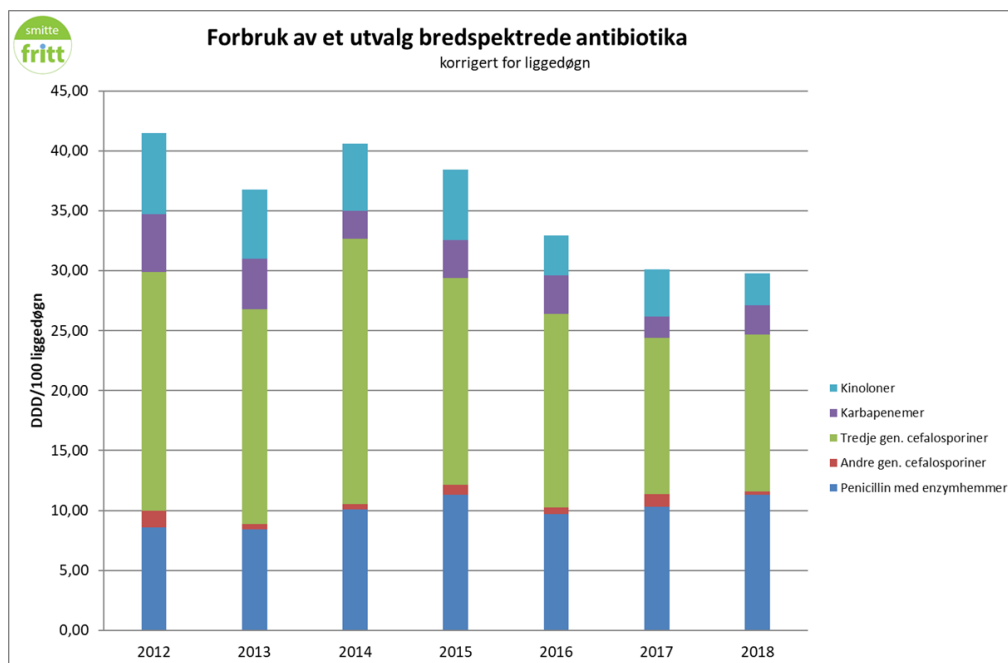
2.3.1 Utvalg av enheter

Avdelinger med gode resultater innen lokale og nasjonale kvalitetsindikatorer ble identifisert, to avdelinger, en kirurgisk og en medisinsk ble valgt. For å skape bredde i utvalget ble det foretatt et strategisk utvalg [72].

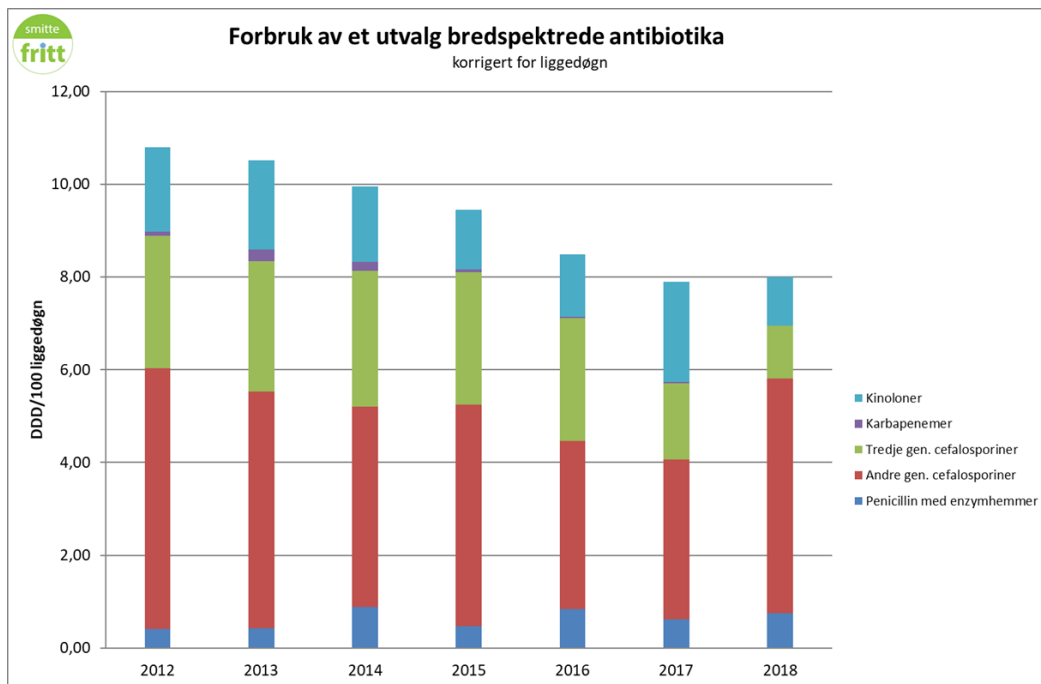
Avdeling A er en medisinsk avdeling med cirka 250 ansatte. Avdelingen er kjent internt og eksternt for å lykkes med kvalitetsarbeid. Avdelingen har smittevernkontakter i alle kliniske enheter.

Avdeling B er en kirurgisk avdeling med cirka 500 ansatte der flere har formell forbedringsutdanning. Det er smittevernkontakter i alle kliniske enheter.

Begge avdelingene utmerker seg med gode resultater innen smittevern; som for eksempel redusert forbruk av bredspektret antibiotika (Figur 9 og Figur 10), høy dekningsgrad av influensavaksinerte (over 75 %) og lav andel postoperative sårinfeksjoner i den kirurgiske avdelingen.



Figur 9: Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika for en klinisk enhet i avdeling A i perioden 2012 til og med 2018 [73].



Figur 10: Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika for en kliniske enhet i avdeling B i perioden 2012 til og med 2018 [73].

3.3.2 Informanter

For å belyse ulike perspektiver på avdelingenes ledelsesprosesser var det viktig å inkludere ledere fra ulike nivå, og med ulike ansvarsområder. For å belyse operasjonaliseringen av ledelsesprosessene i klinisk praksis var det i tillegg viktig å inkludere en informant som representant fra pasientnært arbeid.

De aktuelle avdelingene ble kontaktet via avdelingsleder og forespurt om å delta som informanter i studien. Ett fokusgruppeintervju med fire til seks deltagere var planlagt på hver av avdelingene. Vi fremmet et ønske om at gruppen skulle bestå av én representant fra avdelingsledelsen, to til fire kliniske enhetsledere samt én ressursperson innen smittevern som hovedsakelig arbeidet klinisk. I muntlig dialog med avdelingsledelsen ble det vektlagt at de kliniske enhetslederne skulle representere ulike ansvars- og fagområder. Begge avdelingene samtykket til å delta i studiet, og var behjelpelig i arbeidet med å rekruttere informanter. Totalt ble ti informanter forespurt om de ønsket å delta i studiet. Informantene mottok invitasjonsbrev for deltagelse i studiet (Vedlegg 5), samtykkeskjema (Vedlegg 6) og forskers kontaktinformasjon på mail. Det ble oppfordret til å ta kontakt ved spørsmål i forbindelse med undersøkelsen. Alle de forespurte takket ja til å delta i studien.

2.3.3 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju kan benyttes når det er ønskelig å skape en dynamisk dialog mellom informantene der kunnskap produseres i fellesskap, og ulike aspekter belyses i samtalen mellom informantene [67]. Gjennom interaksjoner og dialog som oppstår i et fokusgruppeintervju kan informantene stimuleres hverandre, noe som kan bidra til å belyse ulike aspekter av fenomener og felles opplevelser [67]. Som metode er fokusgruppeintervju derfor en hensiktsmessig tilnærming for å besvare masteroppgavens problemstillingen, og er i tillegg en pragmatisk tilnærming som forenkler analysearbeidet ettersom flere informanter deltar i ett og samme intervju [72].

Utvikling av intervjuguide

Utvikling av intervjuguiden ble gjort parallelt med utarbeidelse av prosjektplanen. Relevante spørsmål ble notert underveis, og etter hvert samlet i kategorier som kunne bidra til å belyse problemstillingen. Hensikten med fokusgruppeintervju er å få frem ulike synspunkter. Intervjuguiden (Vedlegg 7) ble derfor utformet med åpne, ikke styrende spørsmål som likevel leder inn på relevante tema som bidrar til å besvare problemstillingen [67]. I forkant av intervjuene ble intervjuguiden pilotert med en tidligere avdelingsdirektør som informant. Formen på pilotintervjuet var dybdeintervju med medhjelper tilstede. Prosessen bidro til å bekrefte at spørsmålene gav mening og ledet inn på relevante tema som var formålstjenlig å diskutere. Noen av spørsmålene i guiden viste seg å være overflødige som separate spørsmål, og ble slått sammen som et resultat av piloteringen.

Gjennomføring

For å gjøre intervjusituasjonen så praktisk som mulig for de involverte ble fokusgruppeintervjuene gjennomført i avdelingenes egne møtelokaler. Avdelingene var behjelpelig med å finne møterom og egnet tidspunkt. Det ble satt av 1,5 time til selve intervjuet. For å sikre fleksibilitet ble det i tillegg satt av ekstra tid før og etter intervjuet.

Selv om fokusgruppe er en virkningsfull metode for å evaluere praksis, kreves det planlegging og tilrettelegging for å gjennomføre intervjuene på en hensiktsmessig måte. Ettersom flere

personer er involvert, kan det bli kaotisk når de snakker, og intervjuet kan bli vanskelig å transkribere i etterkant. Å klare å skape en god atmosfære, slik at ulike synspunkt rundt emnet som diskuteres kommer til uttrykk, er også viktig [67]. Det er derfor gunstig å involvere en medhjelper som kan hjelpe forskeren med å lede intervjuet, og se til at alle deltakerne får snakke etter tur. Derfor ble det benyttet en medhjelper som har erfaring fra kvalitativ forskning under begge intervjuene. Intervjuene startet med informasjon om samtykkeskjema. Det var mulighet for spørsmål, og deltagerne ble informert om retten til å trekke seg fra studiet. Samtykkeskjema med underskrift ble samlet inn før intervjustart. Intervjuene ble tatt opp på digital båndopptaker for å sikre at all informasjon ble beholdt, og for å sikre fokus på selve intervjuet. Intervjuguiden ble benyttet som verktøy for å sikre fremgang og diskusjon rundt aktuelle tema. Under intervjuene ble det vektlagt at alle informantene fikk formidlet sin mening. Begge intervjuene var preget av en god og avslappet stemning.

Totalt 8 informanter deltok i intervjuene, 4 personer på hvert intervju. Av informantene var 5 menn og 3 kvinner, 4 sykepleiere og 4 leger, 6 var ledere og to var smittevernkontakter. Tid i aktuell stilling varierte mellom 5 måneder og 19 år med en median på 4,5 år. Fokusgruppene bestod av informanter fra avdelingsledelsen, kliniske enhetsledere, smittevernkontakter og ansatte med spesielt ansvar for smittevern. Leger og sykepleiere var representert i begge gruppene. To informanter ble forhindret fra å delta i fokusgruppeintervjuene. Begge stilte imidlertid til rådighet for spørsmål i etterkant av intervjuet. Det ble ikke vurdert som nødvendig å gjennomføre flere intervjuer, da fokusgruppeintervjuene i seg selv gav tilstrekkelig med informasjon. Hvert intervju varte i cirka 60 minutter.

2.3.2 Dokumentgjennomgang

Sykehuset har felles styrende dokumentasjon som foreligger i kvalitetshåndboken EK, og som er gjeldende for alle avdelinger på sykehuset. Der avdelingene er organisert ulikt er det krav om at det utarbeides egen styrende dokumentasjon i EK. Eksempler på egen styrende dokumentasjon er avklaring av ansvarsforhold og tilpassede prosedyrer og retningslinjer.

Det ble gjort en gjennomgang av avdelingene sin styrende dokumentasjon for å undersøke om det eksisterte dokumentasjon som beskrev ansvarsforhold og oppgaver knyttet til smittevern og forbedringsarbeid. I tillegg ble avdelingenes egne intranettsider gjennomgått for å undersøke om det fremkom ytterligere informasjon som kunne si noe om avdelingens arbeid innenfor tematikken.

2.4 Analysemetode

2.4.1 Forforståelse

All tolkning av fenomener vil påvirkes av forskerens forforståelse i form av erfaringer og den konteksten en kjenner best til. En slik forforståelse kan oppfattes som støy som påvirker resultatene, eller en ressurs i form av å ha egne erfaringer og kunnskap om kontekst. Behovet for å integrere og koordinere arbeid med fag som smittevern, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er noe jeg har erfart i praksis gjennom sykepleieperspektivet, som smittevernrådgiver og som forbedringsagent i et stort universitetssykehus.

Gjennom mastergradsstudiet har jeg i tillegg fått en teoretisk forståelse og kunnskap om ledelsesstrategier og kvalitetsforbedring. Jeg opplever at min forforståelse for utfordringer knyttet til tematikken gjør meg genuint interessert i å finne ut mer om fenomenet jeg har valgt å studere, og at forforståelsen kan benyttes positivt. Min forforståelse må sees i sammenheng med at jeg er en del av smitteverngruppen ved sykehuset og jeg har arbeidet aktivt med implementering av et eget smittevernprogram i sykehuset. Noen av arbeidsoppgavene mine er tett tilknyttet pasientsikkerhetsprogrammet og jeg har en klar overbevisning om at det i de fleste tilfeller vil være nyttig å kombinere fagkompetanse med kvalitetsforbedringskompetanse for å oppnå ønskede målsetninger på en effektiv og systematisk måte. Mine erfaringer med arbeid innen smittevern, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten farger min måte å forstå tematikken.

2.4.2 Databehandling og analyse

Opptakene fra intervjuene ble transkribert ordrett for å være tro mot materialet og unngå fortolkninger i transkriberingsprosessen.

De transkriberte intervjuene ble analysert i henhold til Malterud sin kvalitative innholdsanalyse og tekstkondensering [72]. Følgende fremgangsmåte ble benyttet i analyseprosessen: Transkripsjonene ble gjennomlest flere ganger før jeg gikk systematisk gjennom tekstene i sin helhet med penn og papir, for å identifisere tema og kategorier. I prosessen ble utsagn og tema knyttet til ulike kategorier. Etterhvert som tema og kategorier utkrystalliserte seg ble transkripsjonstekstene gjennomgått i sin helhet igjen, og meningsbærende enheter ble knyttet til relevante tema. Deretter ble tema delt inn i kategorier

og satt opp i en oversiktstabell (Tabell II) sammen med meningsbærende enheter og tanker knyttet til fortolkning og diskusjon.

Tabell II: Eksempel fra oversiktstabell.

Tema (hva)	Kategori (hvordan)	Beskrivelse	Quotes
Strategisk tilnærming	Ledelsestøtte	Identifisering av viktige satsingsområder og prioritering av hva det skal arbeides med. Viktig å delegere ansvarsområder og å sette satsingsområdene på agendaen og å finne gode målinger.	<p>«Ledelsesforankring og det å etterspørre for å holde fokus er viktig.»</p> <p>«Å skape entusiasme ved å sikre rett person på rett plass, en person som er interessert, entusiastisk, faglig, synes det er kjekt og ser viktigheten av arbeidet for seg selv og pasientene.»</p> <p>«Det er lett å jobbe fordi klinikkleder etterspør og er interessert i hvordan det går, eksempelvis med komplikasjoner.»</p>

Veileder 1, som også var medhjelper under intervjuene var sentral i det innledende analysearbeidet. Veileder 2, som ikke var involvert i det innledende analysearbeidet leste transkripsjonene fra begge intervjuene og foretok en egen grovsortering av kategorier som deretter ble sammenlignet med kategoriene fra det innledende analysearbeid. Vi kom i fellesskap frem til enighet om tema og kategorier som er relevant utfra materialet og forskningsspørsmålene. Transkripsjonene ble igjen gjennomgått i sin helhet og teksten ble sortert i henhold til de tema og kategorier vi ble enige om. Vi kodet teksten individuelt og sammenlignet deretter kodene og ble enige om hvilke koder som hørte til under hver kategori. Deretter ble de ulike tekst elementene kondensert, skrevet sammen, og relevante sitater ble hentet ut fra transkripsjonstekstene.

2.5 Forskningsetiske vurderinger

Forskningsetikk omfatter etiske aspekter både ved forskerrollen, gjennom redelighet, habilitet og uavhengighet, og ved forskningsprosessen, gjennom definering av mål og metode, ved involvering av forsøkspersoner og ved bruk av persondata [74].

Utgangspunktet for studien var å undersøke ledelsesstrategier i to sykehusavdelinger ved Haukeland Universitetssjukehus gjennom fokusgruppeintervju. Personene som var gjenstand for undersøkelse var ledere og klinisk personell. Ingen pasienter var direkte eller indirekte involvert i studien. Medisinsk forskning er, ifølge Helsinkideklarasjonen, underlagt etiske standarder som fremmer respekt for mennesker og beskytter deres helse og rettigheter. Kvalitative undersøkelser forutsetter møter mellom mennesker der normer og verdier utgjør viktige elementer av kunnskapen som deles og belyses, og det er derfor viktig at forskeren er kjent med etiske utfordringer dette kan medføre [72].

Studiet ble gjennomført i organisasjonen der jeg er ansatt som smittevernrådgiver i en stabsavdeling. Arbeidet består i samarbeid og rådgivning inn mot sykehusavdelinger og kliniske enheter der implementering av infeksjonskontrollprogrammet står i fokus. Ettersom intervju situasjonen kan forveksles med revisjon og kontroll, ble det presisert i forkant av hvert intervju at hensikten med undersøkelsen var å bygge kunnskap og lære av avdelingene sine erfaringer.

De opplysningene jeg innhenter er i utgangspunktet ikke sensitive, da tema dreier seg om hvordan helsetjenesten ledes og organiseres. Dataene omhandler kun helsetjenesten og ingen pasientdata. Forskning som omhandler kvalitetsforbedring regnes som helsetjenesteforskning [72]. Helsetjenesteforskning skal være i samsvar med personvernlovgivningen og være godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) før oppstart av datainnsamling. NSD sikrer at personvern ivaretas og at dataene som innhentes er i tråd med lovverket. NSD vurderte at prosjektsøknaden tilfredstilte krav til personvern og meldte 8. juli 2019 at behandling av prosjektet kunne starte (Vedlegg 8). Informasjons- og samtykkeskjema (Vedlegg 6) ble gjennomgått i forkant av intervjuene og det ble samtidig innhentet skriftlig samtykke fra alle deltagerne.

3.0 Resultat

Dokumentgjennomgangen presenteres innledningsvis og avdekket hovedsakelig avklaringer av ansvarsforhold, og formalisering av oppgaver i styrende dokumentasjon. Gjennom intervjuanalysene fant vi 3 tema med 6 tilhørende kategorier og 38 koder. Følgende kategorier og tema vil bli presentert fortløpende hver for seg i henhold til Tabell III. Sitater presenteres i kursiv for å illustrere funnene.

3.1 Resultat fra dokumentgjennomgang

Avdeling A er organisert i faste team, kliniske mikrosystemenheter. Organisering av teamene er formalisert gjennom styrende dokumentasjon der ansvarsforhold avklares og teamenes arbeidsoppgaver fremkommer, samt krav til å arbeide med kontinuerlig forbedring. Avdeling B har formalisert smittevernkontaktene sine oppgaver gjennom funksjonsbeskrivelse i avdelingens styrende dokumentasjon, her fremgår organisatorisk plassering, kompetanse og arbeidsoppgaver. Avdelingen har flere ansatte med forbedringskompetanse.

3.2 Resultat fra intervjuanalyser

Gjennom analysen av intervjuene identifiserte vi tre overordnede tema. Disse hadde igjen to underliggende kategorier hver, som bestod av flere koder. En fullstendig oversikt over tema, kategorier med tilhørende koder fra intervjuanalysen, er presentert i Tabell III.

Tabell III: Oversikt resultater etter analysering av to fokusgruppeintervju.

Tema	TVERRFAGLIG TEAM ORGANISERING		ARENA FOR TVERRFAGLIG SAMHANDLING		STRATEGISK TILNÆRMING	
Kategori	Faste team	Prosjekt-baserte team	Kliniske driftsmøter	Nettverks-møter	Kompetanse-bygging	Ledelsesstøtte
Kode	<p>Får frihet under ansvar</p> <p>Er autonome</p> <p>Veiledes</p> <p>Har en fast struktur</p> <p>Benytter felles metode</p> <p>Har lik organisering</p>	<p>Opprettes ad hoc</p> <p>Får delegert ansvar med en konkret bestilling</p> <p>Er dynamiske</p> <p>Har en pragmatisk tilnærming</p>	<p>Er behandlings-, drifts-, sikkerhets-, og målorienterte</p> <p>Gjennomføres regelmessig</p> <p>Skaper kunnskapsoverføring</p> <p>Er relasjonsbyggende</p>	<p>Er interne</p> <p>Er eksterne</p> <p>Er møter for team</p> <p>Avdelingssamling på årlig basis</p> <p>Har fokus på fag</p> <p>Gir læring på tvers</p>	<p>Med målrettet rekruttering («den andre kompetansen»)</p> <p>Som en integrert del</p> <p>Med deling/spredning</p> <p>Med fokus på nøkkelpersoner</p> <p>Er adapterbart</p> <p>Med delegert ansvar</p>	<p>Viser interesse</p> <p>Viser engasjement</p> <p>Gir tillit</p> <p>Tilrettelegger</p> <p>Avgir tidsressurser</p> <p>Følger opp</p> <p>Etterspør status</p> <p>Forventer leveranser</p> <p>Skaper synergieffekter</p> <p>Sørger for organisering og struktur</p> <p>Verdsetter og følger opp</p> <p>Integrerer forbedringsarbeid</p>

3.1.1 Tverrfaglig team organisering

Respondentene forteller om hvordan tverrfaglig teamorganiseringen bidrar til å skape bånd på tvers av faggruppene og at det etableres tett kontakt mellom yrkesgruppene i det daglige arbeidet, det gir en økt bevissthet om at alle jobber med de samme tingene og mot de samme målene.

«Den der bevisstgjøringen, at det ikke er nok at hver enkelt person gjør jobben sin, altså alle gjør det de skal, men allikevel så blir resultatet elendig, at du ser på en måte helheten det har vi fått mye mer fokus på».

Avdelingene beskriver ulike tilnærminger til teamorganisering der den ene avdelingen opererer med fast teamstruktur mens den andre avdelingen har en mer oppdragspreget etablering av team.

Faste team - Frihet under ansvar

De faste teamene er hovedsakelig tilknyttet diagnoser og eksisterende arbeidsgrupper. En femtedel av alle ansatte er involvert i ett eller flere team og hvert team har en teamansvarlig lege og sykepleier som har fått ansvaret for å lede arbeidet. Teamene setter egne forbedringsmål og lager en plan for måloppnåelse og implementering av tiltak der PDSA sirkelen og små skala testing er en integrert del av måten å jobbe på. Teamene er autonome og står fritt til selv å velge hva de vil jobbe med, samtidig får alle teamene veiledning av en leder som på den måten kan påvirke, men ikke legge føringer for arbeidet. Arbeidet dreier seg ofte om praktiske ting og prosjektene skal fortrinnsvis kunne gjennomføres i løpet av et år, selv om det også gis rom for at noen prosjekter tar kortere eller lengre til å gjennomføre. Ledelsen følger opp underveis og det er krav om å rapportere ved slutten av prosjektåret. Teamene har fått tildelt frihet under ansvar og fungerer i praksis som et system eller et maskineri som er klart til å ta imot det som måtte komme av ytre krav og forventninger.

«Vi legger ikke noen føringer på de, for det er jo de som ser hvor skoen trykker, de vil jo jobbe mer med det de har problemer med selv, eller ser det trengs forbedringstiltak til».

Løselig sammensatte team med en pragmatisk ad hoc systematikk

Når det oppstår et behov eller det kommer konkrete bestillinger fra sykehusledelsen om konkrete oppgaver eller prosjekter delegeres hovedansvaret for prosjekt og implementering av nye tiltak til et ad hoc opprettet og løselig sammensatt team. Teamene går ofte på tvers av kliniske enheter i avdelingen og vil typisk møtes en del i starten av et prosjekt der deltagerne først blir enige om mål og tiltak for måloppnåelse. Etter de innledende rundene snakkes teammedlemmene sammen underveis og har kun møter ved behov. Teamene beskrives som dynamiske med en pragmatisk tilnærmingen der fokus er på å engasjere og få med seg andre ansatte blant annet ved å benytte eksisterende møteplasser og klinisk relevante settinger til å formidle felles mål og nye tiltak ut til resten av avdelingen.

«Når det kommer pasienter og konkrete problemstillinger så er det mye lettere for folk å få det med seg enn når det er mer formelle teoretiske møter på hva det går i, for da blir det jo aktuelt for hver enkelt.»

3.1.2 Arena for tverrfaglig samhandling

Kliniske driftsmøter

Respondentene beskriver en fast struktur med møter som er behandlings, drifts- og sikkerhetsorienterte og som skjer daglig, ukentlig og månedlig. Daglige møter som previsitt, tavlemøter og/eller lignende har en fast struktur med en systematisk gjennomgang av faste punkter eller sjekklister. Møtene sikrer daglig drift, at avtalte tiltak gjennomføres og at uønskede hendelser identifiseres og følges opp, møtene benyttes som en arena for kunnskapsoverføring mellom yrkesgrupper og team i en klinisk relevant setting.

«Så går vi gjennom hver dag, om det er noen uønskede hendelser i dag, og så får du det ned på papiret og melder det. Du får et annet fokus, tenker gjennom dagen, hva er det egentlig som har skjedd i dag».

Postmøter, som arrangeres ukentlig og/eller månedlig fungerer som en arena for samhandling mellom ledelsen og ansatte i de enkelte kliniske enhetene og benyttes til å formidle og diskutere hvordan ting best kan gjøres for å oppnå målsetninger og for å sette fokus på relevante tema som er viktig for avdelingen.

«Når det er en vanskelig pasientkasus eller noe med måten vi er organisert på som blir poengtert eller kritisert, så er det rom for å spørre om dette er riktig og så kommer det en liten diskusjon. Og så blir den kanskje plassert ett sted, hos noen, og så er det fokus, og så blir det anerkjent da».

I tillegg arrangeres nyansattundervisning samt temadager og fagdager med jevne mellomrom. Arenaene benyttes for opplæring, fagutvikling felles målforståelse og for diskusjoner knyttet til utfordringer og pågående prosjekter og lignende. Informasjon om kvalitetsarbeid og målsetninger dokumenteres i form av referater, handlingsplaner og nye eller endrede retningslinjer som er tilgjengelig for alle ansatte.

Nettverksmøter

Nøkkelpersoner deltar i aktuelle fag- og nettverksmøter både internt i organisasjonen og eksternt. Deltagerne tar med kunnskap fra samlinger og møter tilbake til egen avdeling der det besluttes hva som skal tas tak i lokalt. Det er en bevissthet knyttet til verdien av læring på

tvers og andre som har erfaring knyttet til spesielle problemstillinger inviteres gjerne inn i aktuelle arenaer for å fortelle om sine erfaringer.

«Vi ser jo hva vi må jobbe med, og så er det noe med at de som er smittevernkontakter lærer en del om hva vi trenger å lære fra workshops som vi må jobbe videre med hos oss».

Begge avdelingene arrangerer todagers samlinger hvert år, samlingene er en viktig faglig og sosial arena og selv om ansatte bruker av sin fritid for å få delta på samlingene så beskrives det som et gode blant respondentene. Fokus i samlingene er felles tema og utfordringer som samhandling, teamarbeid, læring på tvers samt forbedring, aktuelle samarbeidspartnere inviteres også med. For avdelingen med faste team er det en team samling der de får anledning til å jobbe sammen og å lære av hverandre.

«Når teamene hører hva de andre teamene holder på med så blir de inspirert, så finner de nye ideer og så ser de nye måter å jobbe på og sånne ting, så har det blitt bedre og bedre».

3.1.3 Strategisk tilnærming

Kompetansebygging

I de undersøkte avdelingene har den ene avdelingen noe formell kompetanse innen forbedringsmetodikk, den andre avdelingen har tradisjon for å arbeide etter PDSA metodikk takket være tidligere ledere som var «Batalden- frelste». I begge avdelingene beskriver respondentene at mange tilegner seg forbedringskompetanse ved å delta i prosjekter eller ved å være med i implementeringsarbeid. Videre forteller de at kvalitetsprosjekter som har fokus på å gjøre ting riktig gir en generell økt bevissthet knyttet til kvalitet. Systematikken fra kvalitetsprosjektene overføres til annet arbeid og blir en integrert del av hvordan arbeid skjer.

«Så har det liksom smitta over på resten, så det er jo bare blitt en måte å, ja en holdning i avdelingen som er at vi gjør det sånn».

Det beskrives en struktur for læring på tvers, der avdelingene arbeider med fellesstrategier og har en kultur der det å gjennomføre arbeid av god kvalitet gjennomsyrrer tankegangen.

«Liksom hele tiden et fokus på å forbedre seg og når noe vanskelig eller vrient kommer opp i små eller store møter, så er det noen som er på og som diskuterer det med en gang. Så det er en sånn type kultur for å ha fokus på disse tingene».

Ledelsen har fokus på å identifisere og peke ut nøkkelpersoner til å delta i, og lede forbedringsprosjekter. Nøkkelpersoner beskrives som personer med vilje og lyst til å ta ansvar for å jobbe mot et felles mål, de har faglig integritet og et ekstra engasjement som bidrar til å skape entusiasme og forståelse blant dem som skal gjennomføre endringer og nye tiltak. De bidrar til å sikre informasjonsflyt og kunnskapsformidling på tvers, og fungerer som koordinator og bindeledd mellom ledelsen, teamene og resten av de ansatte. Respondentene forteller om målrettet rekruttering av nye ansatte inkludert nye ledere der forbedringstankegangen er i fokus helt fra starten av. Eksempler på nøkkelpersoner er ledere, fagsykepleiere, smittevernkontakter og andre som får tildelt et ansvar innen ulike områder.

Ledelsesstøtte

Det beskrives en balansegang mellom ledelsen og de ansatte der det er viktig at ansatte på gulvet, de som kjenner hvor skoen trykker, involveres og får medeierskap i prosjektene. Ledelsen har samtidig kunnskap og interesse for prosjektene, og følger opp med å hele tiden etterspørre status og fremgang i tillegg til å gi støtte og tilrettelegge der det trengs. Ledelsen har forventninger om at prosjektene leverer og det skal redegjøres for status. Ledelsen har samtidig tillit til at teamene løser oppgavene på en god måte. Tillit fra ledelsen bidrar til at ansatte blir engasjert og villige til påta seg roller. Det bidrar til å sikre nyttige prosjekter og felles målforståelse. Ansatte får være med på å utvikle sitt eget fag og føler seg verdsatt, det skapes en lojalitet mot jobben der ting som blir bestemt gjennomføres selv om noen er uenig.

«Du kommer ikke i havn hvis du ikke har ledelsesforankring, men du kommer heller ikke i havn hvis du ikke har noen allierte der ute, så du må ha den kombinasjonen».

Ansvar delegeres ikke uten at det samtidig tildeles ressurser slik at prosjektene og forbedringene kan gjennomføres i praksis, det blir avsatt tid, ofte i turnus til å arbeide med prosjektene.

«Jeg opplever at det blir satt av ressurser til kvalitetsarbeid her. Både seminarer og støtte opp under der hvor folk har mye arbeid og slikt».

Forbedringene går i små steg og dreier seg ofte om praktiske ting der delmål gjør det mulig å få raskt synlige resultater, noe som virker positivt for motivasjonen. Systemer som sikrer at nye tiltak etterleves sikrer fremdrift og måloppnåelse samt at forbedringsarbeid blir en integrert del av virksomheten.

«Poenget er etterlevelsen, at du bare sjekker av at du har fulgt retningslinjen, hvis ikke man hadde hatt en avsjekk så er det ikke sikkert at etterlevelsen hadde blitt så god».

Ved manglende måloppnåelse, eller når noe viser seg å ikke være lurt å gjøre likevel blir tiltak evaluert og justert. Når et prosjekt har oppnådd gode resultater eller kommet i mål blir det feiret med kake eller lignende. Prosjektet brukes som eksempel for læring og for å generere motivasjon, lyst og glede i tillegg skapes det synergieffekter utenfor de konkrete prosjektene.

«Det foregår mye spennende på ulike steder i avdelingen som vi da forhåpentligvis sørger for at blir smittsomt og at vi kan lære av hverandre og samarbeide på tvers, både mellom faggrupper og mellom enheter».

Når noe går galt er det fokus på at ansatte skal føle seg trygg. Uten å lete etter syndebukker rettes fokuset mot å finne ut hva som gikk galt og hva som kan gjøres bedre neste gang. Det å yte god behandling og slippe å måtte fortelle en pasient at noe gikk dårlig eller galt, beskrives som den største motivatoren. Ting som er vanskelig anerkjennes og det jobbes for å ha et arbeidsmiljø preget av flat struktur, god kommunikasjon og en åpenhetskultur med rom for å snakke om det som går bra og dårlig i det daglige.

«Du står der med en pasient som kanskje har fått en alvorlig helseskade på grunn av vår virksomhet, det å bruke litt tid på å snakke igjennom det med en gang».

Respondentene beskriver ansatte med et genuint ønske om å hele tiden bli bedre og flinkere i en hverdag som er presset. Allikevel opplever ansatt at det alltid er noen som tar tak i, og følger opp ting som er vanskelig, enten det er ledelsen eller at det er noen andre som får tildelt et ansvar.

Observasjoner i intervjuet

I avdeling A fremkommer det at teamorganisering og forbedringsarbeid ble introdusert i avdelingen for cirka 15 år siden. Avdelingen har kun en medarbeider med formell

forbedringskompetanse. Informantene er komfortable med kvalitetsbegreper og har god kjennskap til systematisk kvalitetsforbedringsmetodikk.

I avdeling B var avdelingsledelsen overrasket over å utmerke seg innen smittevern. Derfor ble det i forkant av intervjuet presentert objektive data for å forklare informantene hvorfor avdelingen ble valgt ut med bakgrunn i gode resultat. Under intervjuet fremstår kvalitetsbegrepene som fremmede mens prosessbeskrivelsene er i henhold til teoretisk kvalitetsforbedringsmetodikk. Systematisk forbedringsmetodikk som metode ble introdusert for cirka 5 år siden.

4.0 Diskusjon

Resultater fra dokumentgjennomgang og intervjuanalyse viste at begge avdelingene hadde håndtert smittevernarbeid med ledelsesstrategier som kan beskrives under de tre hovedtemaene, *Tverrfaglige team*, *Arena for tverrfaglig samhandling* og *Strategisk tilnærming*. *Tverrfaglige team* og *Arena for tverrfaglig samhandling* peker på strukturelle forhold, mens *Strategisk tilnærming* handler om prosesser og en overordnet samordning av avdelingenes mål. Dokumentgjennomgangen viste at arbeidsmåte og struktur er forankret i avdelingens styrende dokumentasjon. Begge avdelingene hadde tverrfaglig team organisering men med ulik tilnærming. Avdeling A hadde en fast team struktur og avdeling B hadde prosjektbaserte team. Arenaer for tverrfaglig samhandling, som kliniske møter og nettverksmøter, ble benyttet til kunnskapsoverføring, læring på tvers og for å bygge relasjoner med mer. Avdelingene hadde en strategisk tilnærming til smittevern og kvalitetsforbedring gjennom ledelsesstøtte og kompetansebygging, som var prosessorientert (Tabell III).

I det følgende vil resultatene bli diskutert i henhold til eksisterende forskning, presentert teori og rammer for oppgaven for deretter å bli satt inn i en overordnet kontekst. Avslutningsvis vil metodens styrker og svakheter bli diskutert opp mot oppgavens resultat.

4.1 Resultatdiskusjon

4.1.1 Tverrfaglig team organisering

Studien viser at kvalitetsarbeid ble organisert gjennom tverrfaglige team med en tilpasset teamorganisering-, og sammensetning. Teamene fikk tillit, var selvstyrte og hadde ulike elementer av både styring og frihet.

Avdeling A fremhevet autonomi og frihet i teamene som en avgjørende suksessfaktor. Samtidig ble det skapt en tydelig ramme rundt friheten som gav styring og retning, og medvirket til at teamene fungerte. I avdeling B var teamene løselig sammensatt, med rom for en dynamisk tilnærming der oppdraget stod i fokus, uten å ta hensyn til en fastlagt struktur. Tydelige bestillinger fra ledelsen utgjorde rammen for styring i avdeling B. En hensiktsmessig struktur fremmer gode prestasjoner i ethvert team, men hva som er riktig teamstruktur vil variere selv innenfor samme organisasjon og avhenger av hva som er teamets oppgave [56]. Medlemmene i et team har ulike ressurser, det er god ledelse å gjøre hverandre gode og

utnytte ressursene [55]. Keidel (1984) i Bolman og Deal, (2013 s. 134) nevner blant annet disse spørsmålene som bør stilles ved etablering av en hensiktsmessig teamstruktur: «Hvordan og hvor omfattende er samspillet mellom medlemmene? Hvor stort selvstyre har gruppen? Hvordan kan arbeidet samordnes?» [56].

Selv om teamene i studien hadde stor grad av selvstyring, var ledelsen nærværende gjennom veiledning og tilrettelegging som sikret at teamene hadde nødvendige ressurser, til å gjennomføre prosjektene. Gjennom tverrfaglig teamorganisering som balanserte mellom tillit og frihet, og med rammer for styring ble det skapt engasjement og eierskap til prosjekter. I tillegg til en struktur som stod klar til å ta imot indre og ytre krav. Funnene våre viser lokale tilpasninger i forhold til hvordan teamene var organisert og hvordan de oppnådde balanse mellom frihet og styring. Balanse mellom oppgaver og ressurser (utfordringer og ferdigheter) er avgjørende for at teamutvikling skal skje [55]. Innenfor visse rammer oppnår selvstyrte team ofte bedre resultater enn toppstyrte team [56]. For stringente endringsstrategier kan drepe kreativitet og rasjonelt uttenkte endringer i toppledelsen slår ofte feil, mens tiltak som kommer fra ansatte har bedre mulighet for å lykkes [57]. Innen kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet understrekes betydningen av team sammensatt av personer med relevant kompetanse og tilstrekkelig gjennomslagskraft som sentralt for å oppnå forbedring. Det er viktig at team får støtte av en sponsor eller leder som bidrar til at forbedringstiltak kan implementeres i organisasjonen [49, 50].

Studien viser at det menneskelige perspektivet ved endring og kvalitetsforbedringsarbeid ble operasjonalisert på en systematisk måte gjennom teamene. Teamene, som involverte mange, bidro til å danne bånd på tvers av fag og kliniske enheter som jobbet med de samme tingene. Dette førte til økt systemforståelse og forståelse for felles mål og oppgaver. Slik fungerte teamene som en driver for integrering av vertikal styring og koordinering, i horisontale prosesser. I vellykkede organisasjoner benyttes ulike metoder som sørger for samordning av enkeltindividers og gruppers innsats og initiativer. Slik blir det samsvar med organisasjonens overordnede mål. I hovedsak gjøres dette på to måter; vertikalt gjennom kontroll og styring og horisontalt ved hjelp av møter, komiteer, koordineringsroller eller nettverksstrukturer [56]. Systemforståelse hos ledere og medarbeidere er en forutsetning for at endringsarbeid skal lykkes [7, 49], for å forstå hvordan systemer fungerer, er forståelse for den menneskelige faktoren i systemer og endring helt sentral. Når mennesker involveres får de forståelse og blir engasjert [49]. Strategier for endrings- og forbedringsarbeid kan benyttes som

ledelsesstrategier for å involvere medarbeidere og sørge for systematisk arbeid mot uttalte mål og målsetninger i alle deler av endringsprosessen.

Teamene var en viktig forutsetning for at avdelingene lyktes med endringsarbeid. Gjennom arbeid i team stod avdelingene til enhver tid klar til å ta imot, og takle indre og ytre krav om endring. Riggingen av team, slik det skjer ved de to undersøkte avdelingene, tar opp i seg og ivaretar flere av elementene i Tabell I (s. 26 i oppgaven), som tidligere beskrevet [56] og sørger for at det skapes en merverdi [55, 56].

4.1.2 Arena for tverrfaglig samhandling

Ved å benytte og utvikle eksisterende møteplasser til kunnskaps- og erfaringsutveksling har avdelingene i praksis etablert det vi har valgt å kalle for *Arenaer for tverrfaglig samhandling*. Det å etablere og styrke strukturer som arenaer for deling av kunnskap og erfaring er i henhold til mål og tiltak som er beskrevet i *Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring* [10]. Gjennom å integrere forbedring i eksisterende arenaer, slik vi fant, etableres kommunikasjonslinjer på tvers av team. Aktuelle yrkesgrupper som jobber nært pasienten involveres og kvalitetsarbeid integreres som en del av hvordan avdelingen er organisert og arbeid utføres. Når aktuelle aktører og yrkesgrupper involveres øker også sjansen for å lykkes, slik andre tidligere har beskrevet [50, 56, 75]. Vi så at ansatte som ikke var direkte involvert i teamarbeid likevel ble involvert gjennom å gi rom for diskusjoner om mål og tiltak i felles arenaer. Slik operasjonaliseres også PDSA- sirkelen i praksis, samtidig som avdelingene ivaretar forskriftsfestede krav om å arbeide kontinuerlig med systematisk kvalitetsforbedring i helsetjenesten [8].

Respondentene beskrev en åpen kultur der kliniske problemstillinger, ting som hadde gått bra, eller dårlig og uønskede hendelser ble diskutert i fellesskap. Det var fokus på at ansatte skulle føle trygghet. Det ble gitt rom for felles refleksjon og diskusjon i arenaer for tverrfaglig samhandling, og vanskelige saker ble tatt videre. Den viktigste interne nettverksarenaen for samhandling var en årlig todagers samling med fokus på kunnskaps- og erfaringsutveksling. For avdeling A var dette først og fremst en team samling og for avdeling B gav samlingen mulighet til å ha fokus på aktuelle tema som samsvarte med hvor i endringsprosessen(e) avdelingen befant seg. Ifølge Wiig et al (2020) er det å skape rom for refleksjon et fundament for å fremme forhold som vil skape resiliens i helsetjenesten [76], sammen med integrering av

en Safety-II tankegang [62]. Gjennom de årlige samlingene ble det blant annet skapt en viktig arena for refleksjon, kunnskapsbygging og relasjonsbygging på tvers i avdelingene.

Informantene beskriver en utadvendt kultur med interesse for å lære av andres erfaringer. Deltagelse i interne og eksterne nettverksarenaer, for å skaffe ny kunnskap, ble prioritert. Dette er i samsvar med at tilpasningsdyktige avdelinger, med oppmerksomhet mot interessenter og risiko, har potensial for langsiktig suksess [59]. For å nyttiggjøre andres erfaringer er det viktig å forstå hvordan og hvorfor intervensjoner fungerer. Spredningen av Michiganprosjektet til resten av USA og variasjonen i resultater i andre sykehus [40] er et eksempel på det. For å omsette kunnskap til lokal kontekst ble team og interne nettverksarenaer benyttet for å komme frem til aktuelle mål og tiltak. Uavhengig av organisasjonsdesign må enhver organisasjon besvare to sentrale spørsmål; hvordan fordeles ansvar mellom ulike avdelinger og ulike roller? Og hvordan samordnes innsats for å sikre arbeid mot et felles mål? Forståelse for kompleksitet og mangfold av strukturelle muligheter gjør det lettere å skape en struktur som fungerer for, og ikke mot menneskene i organisasjonen og deres felles mål [56]. Funn fra studiet viser at det å benytte felles møtearenaer på en strategisk måte, som sikret tverrfaglig samhandling, også sikret involvering og felles målforståelse. Samtidig bidro arenaer for tverrfaglig samhandling til å integrere systematisk kvalitetsforbedring i alt arbeid, inkludert smittevern. Selv om arenaer og møteplasser omtales i litteratur om endringsledelse og kvalitetsforbedring [49, 50, 56], har jeg ikke funnet eksplisitte anbefalinger om å utvikle eksisterende møteplasser og integrere kvalitet og tverrfaglighet som en naturlig del av alle møter slik som funn fra studiet antyder. Funn fra studien tilsier at *Arena for tverrfaglig samhandling* var en viktig driver for å integrere systematisk kvalitetsforbedring i praksis, og en viktig årsak til at avdelingene klarte å integrere smittevern og kvalitetsforbedring.

4.1.3 Strategisk tilnærming til smittevern og kvalitetsforbedring

Strategisk tilnærming kom til uttrykk som en ledelsesstrategi som hadde kontinuerlig fokus på å tilrettelegge for- og følge opp forbedringsprosjekter gjennom kompetansebygging og ledelsesstøtte.

En viktig forutsetning for kompetansebygging var identifisering av nøkkelpersoner og målrettet rekruttering av nyansatte. Nøkkelpersoner, eller positive avvikere, som hadde et ekstra engasjement og faglig integritet ble pekt ut til å lede eller være med i

forbedringsprosjekter. Nøkkelpersoner fungerte som bindeledd mellom team, andre ansatte og ledelsen, og sikret informasjonsflyt og kunnskapsoverføring. Å identifisere og utnevne nøkkelpersoner er noe av det Zingg et al (2015) omtaler som en nøkkelfaktor for å oppnå gode resultater innen smittevern, og er i tråd med teori om endringsledelse [56] og forbedringsarbeid [49, 50].

Ansatte fikk kunnskap om kvalitetsforbedring gjennom formelle utdanninger og kurs, og gjennom å jobbe i en avdeling der systematisk kvalitetsforbedring og deling av kunnskap var integrert i måten å jobbe. Respondentene beskrev hvordan kunnskap om forbedring «smittet» fra forbedringsprosjekter og over på annet arbeid. Slik ble horisontal forankring og engasjement generert i spydspissen av behandlingen, slik som Dixon-Woods et al angir som viktig i kvalitetsforbedring [40]. Kompetanse hos ledere og ansatte står sentralt for å få til forbedringer, og det å bygge kompetanse og kapasitet i tjenesten er ett av tiltakene i *Nasjonal handlingsplan pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring* [10].

Funnene viser at ledelsestøtte var et viktig element. Ledelsen gav tillit ved å delegerer ansvar, samtidig som de tilrettela og viste interesse for- og fulgte opp prosjektene. Ledelsen beskrev hvordan de søkte å verdsette ansatte gjennom å balansere tillit og forventninger med støtte og tilrettelegging. I sykehus, som er preget av endring, vil ledelse ha mer å si enn i organisasjoner som er preget av stabilitet. Ledelsens holdninger og handlinger bidrar til engasjement. For å skape tillit er integritet, kompetanse, målrettet adferd og åpenhet viktig. Det er avgjørende at ledelsen har en åpen kommunikasjon, involverer ansatte, og etablerer tydelige mål og forventninger som kommuniseres gjennom relasjon til ansatte [75]. Dette er i tråd med Langley et al (2009) sine beskrivelser av behovet for å inkludere og ivareta mennesker for å skape engasjement og endringsideer [49]. Ledelsen forventet leveranser, men tilbød ressurser slik at forbedringsprosjektene kunne gjennomføres. Ledelsen viste interesse, etterspurte fremdrift i prosjektene og gav tilbud om støtte der det var behov. Balanseringen mellom vertikale og horisontale strategier skapte lojalitet og medeierskap hos ansatte som fikk være med i utviklingen av eget fag. Elementene i Forbedringsmodellen og The system og profound knowledge [49] benyttes strategisk, og i praksis, gjennom tverrfaglige team og arenaer for tverrfaglig samhandling. Det medvirker til horisontal integrering av strukturelle forhold i avdelingens prosesser [56]. Det ble tilrettelagt for systematisk involvering av ansatte gjennom teamorganiseringen. Teamene, som bestod av nøkkelpersoner, fungerte som et bindeledd for samhandling mellom ledelsen og ansatte, og muliggjorde integrering av kvalitet

i fag. Delmål og seire ble feiret, det genererte motivasjon som smittet over på andre prosjekter og det oppstod et felles ønske om å bli litt bedre, hele tiden.

Zingg et al (2005) peker på lederes avgjørende rolle for å oppnå god kvalitet i smittevern. Flere faktorer for å oppnå gode resultater innen smittevern som; å benytte lokale champions eller nøkkelpersoner, tilpasse retningslinjer til lokal kontekst og fremme positiv organisasjonskultur [36] er sammenfallende med faktorer kjent fra litteratur om endringsledelse [56] og kvalitetsforbedring [49, 50]. Resultatene fra denne studien stemmer godt med Zingg et al (2015) sine funn. Men det var generiske ledelsesstrategier som ble beskrevet når avdelingene skulle forklare hvordan de hadde klart å oppnå gode resultater innen smittevern, uten at smittevern ble fremhevet på en spesiell måte.

Funnene viser at ledelsestøtte sammen med fokus på kompetansebygging, målrettet rekruttering og identifisering av nøkkelpersoner var viktige strategier som skapte forutsetninger for kvalitetsforbedring. Strategiene bidro til å sikre rett person på rett sted, og sørget for at kvalitet ble en integrert del av kulturen. Det gjorde det mulig å oppnå gode resultater. Avdelingene sine tverrfaglige team og arenaer for tverrfaglig samhandling fungerer som en nudge [57], eller et «dytt i riktig retning» som bidrar til et systematisk fokus på kvalitetsforbedring og operasjonalisering av forbedringsarbeid i det daglige arbeidet. *Tverrfaglig teamorganisering* sammen med *Arenaer for tverrfaglig samhandling* er eksempel på varige strukturer som støtter opp under endring ved å ivareta flere faktorer som må være tilstede for å skape gode endringsprosesser, jamfør Tabell I (s. 26). Gjennom en *Strategisk tilnærming* sikres balansen mellom vertikal og horisontal integrering slik at strukturelle forhold lettere innlemmes i kliniske arbeidsprosesser.

4.1.4 Overordnet kontekst

Litteratur om endringsledelse og litteratur om kvalitetsforbedring benytter til en viss grad ulike begreper og ulike teoretiske modeller og kan derfor gi opplevelsen av å handle om forskjellige fenomener. I virkeligheten dreier det seg mer om ulike beskrivelser av flere aspekter av samme sakskompleks fordi hensikten synes å være sammenfallende- å oppnå vellykkede endringer. Felles for endringsarbeid og kvalitetsforbedring er at komplekse prosesser krever stadige tilpasninger og et overblikk som sikrer at ulike perspektiver og egenskaper ved endringer ivaretas underveis [49, 50, 56].

Det er utfordrende å lykkes med kvalitetsforbedring. For å oppnå forbedring kreves endringer som skaper merverdi [55]. Skal endringer lykkes er det viktig å jobbe systematisk og å følge noen prinsipper for endring [56]. Ledelse av kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid er kontekst-, og personavhengig, og avhengig av fleksibilitet og tilpasningsdyktighet blant ledere. Det finnes ikke en «one size fits all» ledelsestilnærming som sikrer suksess [75]. Dette samsvarer med våre funn der en hensiktsmessig balansering og fleksibilitet mellom disse momentene virket å være viktige bidrag for å oppnå gode resultater.

Balansegangen mellom vertikal styring og horisontalt engasjement virker å ha bidratt til at ledelsen klarte å ivareta rollen i spennet slik som Bergerød og Wiig (2018) beskriver for ledere mellom formelle strukturer og organisering på den ene siden og prioritering, tilpasning, visjoner, verdier og helhet på den andre [75]. Avdelingene har bygget resiliens gjennom å skape et fruktbart miljø som dyrket folk og god kvalitet. Metodikk fra kvalitetsforbedring har stått sentralt i arbeidet og blitt kombinert med fagkunnskap, dette har ført til forbedringer, i tråd med teoretisk kunnskap [7]. Forbedringsmetodikk har bidratt med å operasjonalisere flere sentrale momenter fra Bolman og Deal (2013) sine fortolkningsrammer, inn i avdelingenes prosesser slik det beskrives i Tabell I (s. 26) [56].

Helsetjenesten forventes å være i kontinuerlig endring i lang tid fremover [14]. Nasjonale handlingsplaner for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring-, for bedre smittevern- og antibiotikastyring gir konkrete føringer for å arbeide i henhold til kvalitetsforbedringsmetodikk og handlingsplanenes utforming med mål og forslag til tiltak bidrar til enklere operasjonalisering av målsetningene [6, 10, 31]. Like fullt er det sykehusene selv som må prioritere og legge til rette for implementering av handlingsplanene i en kompleks setting, blant annet gjennom å inkludere og følge opp hensiktsmessige tiltak i sine forskriftspålagte infeksjonskontrollprogram.

For å støtte opp under implementering av det daværende infeksjonskontrollprogrammet lanserte Helse Bergen *Smittefritt* i 2015 (Vedlegg 1). Det ble etablert nye arenaer for samhandling gjennom felles smittevernundervisning (Vedlegg 3 og 4) og etablering av smittevernkontakter (Vedlegg 2). Funnet fra studien tyder på at smittevern har vært en integrert del av de undersøkte avdelingenes styrings- og kvalitetssystem. Smittevern har således vært en del av styringssystemet og ledelsesstrategiene på lik linje med andre fagområder. Smittefritt har medvirket til å integrere smittevern i avdelingene og har gjort ledere mer involvert og engasjert i faget. Zingg et al (2015) konkluderer med at integrering av smittevern

i sykehusorganisasjonen er avgjørende for å oppnå en positiv organisasjonskultur og gode resultater innen smittevern [36].

4.1.5 Hva betyr dette for smittevernarbeid og hva kan andre lære

Forskningsspørsmålene; Hvorfor lykkes avdelingen med kvalitetsforbedring? og hvordan lykkes avdelingen med å integrere smittevern og kvalitetsforbedring? besvares i beskrivelsene av bevisste ledelsesstrategier som balanserte mellom vertikale og horisontale strategier og kombinerte ledelse og kvalitetsutvikling, som en integrert del av utøvelsen av fag, inkludert smittevern.

Det er Helsedirektoratet som er ansvarlig for oppfølgingen av pasientsikkerhetsprogrammet, I trygge hender 24-7, mens Folkehelseinstituttet har ansvaret for smittevern i Norge. I Helse Bergen ble samordning og koordinering mellom pasientsikkerhetsprogrammet og smittevern styrket gjennom etableringen av Smittefritt, som er bygd opp etter lignende prinsipp som pasientsikkerhetsprogrammet.

Avdelingene lykkes fordi de benyttet tilgjengelige ressurser som, tiltakspakker, forbedringsmetodikk, personell og tid på en slik måte at de oppnådde gode resultater. Ressursene og ledelsesstrategiene som ble benyttet er tilgjengelig og aksepterte arbeidsmåter for alle i samme kontekst, fordi avdelingene beskrives som positive avvikere, som betyr at tilgjengelige ressurser benyttes på en måte som oppnår gode resultater [64]. Derfor kan andre avdelinger og sykehus også ha nytte av erfaringene, for å etablere lignende strukturer og strategier i sitt arbeid for å lykkes med kvalitetsforbedring, og integrere smittevern og kvalitetsforbedring.

Ledelsesstrategiene avdelingene benyttet var i tråd med, teorier om hvordan endringsledelse og kvalitetsforbedring kan lykkes [49, 50, 56], krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten [54] og tiltak i nasjonale handlingsplaner innen kvalitet og smittevern [6, 10]. Når Handlingsplan for et bedre smittevern [6] skal implementeres i praksis vil det være avgjørende å samkjøre arbeidet opp mot eksisterende strukturer for ledelse og kvalitet.

4.2 Metodediskusjon

I denne studien er det benyttet et kvalitativt casedesign. Dette designet er velegnet til å identifisere ledelsesstrategier som studiet ønsket å utforske, og har derfor vært hensiktsmessig for å besvare masteroppgavens problemstilling: *Hvordan kan kvalitetsforbedring bedre integreres i smittevernarbeid?*

4.2.1 Troverdighet og pålitelighet

Refleksivitet

Informantene kommer fra sykehus avdelinger i organisasjonen der jeg er ansatt som smittevernrådgiver. Gitt min rolle i helseforetaket, kunne jeg ha en egeninteresse i å bekrefte at smittevernarbeidet som utføres har hatt positive effekter. Samtidig er avdelingene valgt primært basert på objektive målinger av resultater, i tillegg til et generelt og subjektivt inntrykk sett fra et stabsperspektiv. Selv om jeg kjenner til de fleste informantene, er de utvalgte avdelingene og informantene ikke blant dem jeg har hatt tett samarbeid med, og vi kjenner ikke hverandre. Jeg har ikke detaljert kunnskap om hver enkelt avdelings interne kultur og organisering. Distansen mellom forsker og informant antas derfor å være så stor at jeg, som forsker kommer utenfra og kan stille åpne og naive spørsmål i intervjusituasjonen.

Valg av design

Designet ble valgt med utgangspunkt i problemstillingen. Vi kunne valgt et annet design, eksempelvis en survey, da kunne vi stilt mer spesifikke spørsmål og generert flere svar [77]. Ulempen med en survey er at den kun besvarer spørsmålene på spørreskjemaet. Fordelen med et kvalitativt design og fokusgruppeintervju er at det kan genereres rikholdige svar i intervjusituasjonen og at kunnskapen kan utvikles underveis i intervjuet.

Vi kunne ha valgt å bruke dybdeintervjuer, fordelen ville vært å få hver enkelt informant sine utdypede og individuelle synspunkter. En ulempe er at det ikke vil kunne produsere de samme synergieffektene som kan oppnås ved fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju ble valgt fordi vi ønsket å lære om erfaringer og synspunkter i et miljø der mange yrkesgrupper samarbeider [72], og fokusgruppeintervju er hensiktsmessig for å skape dynamikk mellom informantene [67].

Utvalg

De utvalgte avdelingene ble definert som positive avvikere. Slik ble informantene motivert til å fortelle om sine erfaringer utfra et positivt utgangspunkt som en premiss for intervjuundersøkelsen. Det oppstod en bevisstgjøring og forståelse for *det gode* som gjøres i avdelingene gjennom utvekslingen av synspunkter underveis i intervjuet. Slik fremstod selve intervjuundersøkelsen som en form for aksjonsforskning, noe som ikke var en bevisst strategi i forkant av undersøkelsen.

Sammensetningen av gruppene, med ledere fra ulike nivå, ulike profesjoner og kjønn er faktorer som kan bidra til skjev maktbalanse i en intervjusituasjon [67]. Til tross for dette, var begge intervjuene preget av god stemning og dialog mellom informantene. Helhetsinntrykket er at alle informantene bidrog med sine ærlige synspunkter uten å gi inntrykk av å holde noe tilbake.

Det er viktig å skape en intervjukontekst med faktorer som fremmer, og ikke hemmer god kommunikasjon under intervjuet [67]. For å sikre god kommunikasjon mellom informantene var det et likt antall sitteplasser på hver side av bordet. Jeg plasserte meg selv på toppen av bordet for å få oversikt og samtidig lett kunne få øyekontakt med alle informantene. Medhjelperen ble plassert langs bordet sammen med informantene, lengst vekk fra forsker. Intervjuet ble gjennomført i avdelingenes egne møtelokaler slik at informantene ikke trengte å bruke tid på å forflytte seg, det ble servert vann i forkant av intervjuet.

To av deltagerne, en fra hver gruppe og begge nivå 3 ledere, ble forhindret fra å delta i intervjuet. Informantene som møtte representerte likevel alle rollene ettersom det i begge gruppene var to nivå 3 ledere som i utgangspunktet hadde takket ja til å delta. Informantene som ikke møtte stilte seg til rådighet for intervju i etterkant. Begge gruppene hadde, det vi på forhånd hadde definert som et minimum antall informanter og det ble vurdert at temaet ble dekket på en utfyllende måte i intervjuene, derfor ble det ikke foretatt egne intervjuer med informantene som ikke møtte opp. Ingen informanter benyttet seg av retten til å trekke seg fra studiet.

4.2.2 Validering og overførbarhet

Validering skal ideelt sett gjennomsyre hele forskningsprosessen og handler om i hvilken grad metoden undersøker det den var ment å undersøke [67]. Jeg har hele tiden tilstrebet å være tro

til utgangspunktet for studiet. Min forforståelse og interesse for temaet har vært en styrke i studiet og en viktig faktor for å holde fokus på validering gjennom hele forskningsprosessen.

Intervjuguiden ble validert gjennom å pilotere spørsmålene i et pilotintervju med en tidligere toppleder. Hensikten var å sjekke av om spørsmålene ville kunne gi svar på det som var ønskelig å utforske. Pilotering av intervjuguiden gav nyttig innsikt som resulterte i justering av spørsmålene og var derfor et viktig bidrag for validering av intervjuguiden.

Intervjuene ble tatt opp på digital båndopptaker, det var en fordel fordi jeg gjennom transkriberingsprosessen oppdaget andre og flere nyanser enn det jeg hadde klart å fange opp i selve intervjusituasjonen. Intervjuene ble transkribert ordrett og gjennomgått i flere omganger for å få frem hva tekstene egentlig handlet om. Forsker og veiledere gikk gjennom transkripsjonene individuelt først. Deretter ble transkripsjoner og individuelle notater gjennomgått i fellesskap for å skape en felles forståelse og enighet om kategorier, tema og koder. Prosessen var systematisk og et viktig bidrag for å validere intervjudataene.

Avdelingene i studiet defineres som positive avvikere, det vil si at de benytter tilgjengelige ressurser på en slik måte at gode resultater oppnås. Definisjonen som positive avvikere danner grunnlaget for hvorfor avdelingene er valgt ut, og sier samtidig noe implisitt om overføringsverdien til andre avdelinger.

Norske sykehus har i utgangspunktet like rammebetingelser, og står dermed fritt til å benytte ledelsesstrategier for organisering av virksomheten. Den systematiske valideringen av resultater som har vært gjennomgående i studien bidrar til å gi styrke til resultatene og øker verdien og overførbarheten av funnene til andre sykehus og kliniske enheter.

5.0 Konklusjon

Denne masteroppgaven har tatt for seg sammenhengen mellom ledelse og kvalitetsforbedring og har undersøkt hvilke ledelsesstrategier som er gjeldende ved to sykehusavdelinger som lykkes med smittevernarbeid.

Gjennom fokusgruppeintervju med nøkkelpersonell i avdelinger definert som positive avvikere, er det identifisert tre overordnede strategier i arbeidet med å integrere kvalitetsledelse i praksis, og som kan forklare hvorfor avdelingene lykkes med smittevernarbeid; *Tverrfaglig teamorganisering*, *Arena for tverrfaglig samhandling* og *Strategisk tilnærming*.

Hvordan avdelingene lykkes med å integrere smittevern og kvalitetsforbedring kan forklares gjennom at Safety-II integreres som en del av tankegangen i kliniske enheter og at det skapes rom for refleksjon. Dette skjer gjennom organisering i tverrfaglige team og tverrfaglige arenaer for samhandling. Ved at Safety-II integreres som en del av tankesettet skapes resiliens i avdelingene. Slik ruster avdelingene seg og er klare til å ta imot og håndtere utfordringer og forventinger som kommer enten gjennom indre eller ytre krav. Avdelingene har en helhetlig systematisk tilnærming til kvalitetsforbedring generelt, inkludert smittevern, og som bidrar til bedre pasientsikkerhet.

Resultatene viser at avdelingene hadde ulik tilnærming til organisering av tverrfaglige team og at arenaer for tverrfaglig samhandling ble benyttet ulikt. Slik illustrerer funnene behovet for lokale tilpasninger. Likevel er strategiene som benyttes tilgjengelige og gjennomførbare for sykehusavdelinger generelt, og derfor har resultatene overføringsverdi.

6.0 Referanser

1. Helsedirektoratet. *Pasientskader i Norge 2017 målt med Global Trigger Tool . Rapport. IS-2757*. 2018. Helsedirektoratet: Oslo.
2. Alberg, T., Løwer, H.L., Berg, T.C., Holen, Ø., Eriksen, H. M. *Årsrapport 2018 - Infeksjoner og antibiotikabruk i helseinstitusjoner i Norge*. 2019. Folkehelseinstituttet: Oslo
3. Helse- og omsorgsdepartementet. *Lov om vern mot smittsomme sykdommer [smittevernloven]*. 1995 [cited 2019 24.01.]; Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>.
4. Cassini, A., Monnet, D. L., Nilsson, A., Borg, M., Sönksen, U. W., Zingg, W. *ECDC country visit to Norway to discuss antimicrobial resistance issues 12-16 march 2018*. 2019. ECDC: Stockholm.
5. Eriksen, H.M., Kacelnik, O., Sorknes, N., Nøkleby, H. *Situasjonsbeskrivelse av smittevern i Norge – med fokus på forebygging av Helsetjenesteassosierte infeksjoner og tiltak for å unngå at resistente mikrober etablerer seg i norsk helsetjeneste*. 2018. Folkehelseinstituttet: Oslo.
6. Helse- og omsorgsdepartementet. *Handlingsplan for et bedre smittevern med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019 - 2023*. 2019 [cited 2020 30.01.]; Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/714aa1437e2545f7bb4914a3474cd691/handlingsplan-for-et-bedre-smittevern.pdf>.
7. Batalden, P.B., Stoltz, P. K. *A Framework for the Continual Improvement of Health Care: Building and Applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in Daily Work*. The Joint Commission, Journal of Quality Improvement, 1993. 19(10): p. 424-445.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. 2017 [cited 2019 10.10.]; Available from: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>.
9. I trygge hender 24-7. *I trygge hender 24 - 7. Arbeidsområder, målsetting, målinger og organisering av I trygge hender 24 - 7*. 2019 [cited 2020 08.02.]; Available from: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>.
10. Helsedirektoratet. *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. 2019. Helsedirektoratet: Oslo.
11. Helse- og omsorgsdepartementet. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. 2001 [cited 2020 28.02.]; Available from: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#§3-9
12. Helse- og omsorgsdepartementet. *Oversikt over landets helseforetak*. 2019 [cited 2020 19.04.]; Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/oversikt-over-landets-helseforetak/id485362/>.

13. Arntzen, E. *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten. Arbeidsglede og orden i eget hus*. 2014, Oslo: Gyldendal Akademiske.
14. Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Kortversjon*. 2019 [cited 2020 08.04.]; Available from: https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i-1194_b_kortversjon_nasjonal_helse.pdf.
15. Hansen, C., K. *Så mange ansatte må til for å gjøre en kreftpasient frisk*, in *Bergens Tidende*. 2012 [cited 2020 30.04.]; Available from: <https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/R6Xn8/saa-mange-ansatte-maa-til-for-aa-gjoere-en-kreftpasient-frisk>.
16. Best, M., Neuhauser, D. *Heroes and martyrs of quality and safety. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control*. *Qual Saf Health Care*, 2004. 13: p. 233-234.
17. Nightingale, F. *Notes on Hospitals*. 1863: Longman, Green, Longman, Roberts and Green. 240.
18. Fleming, A. *Penicillin, Nobel Lecture*. 1945 [cited 2020 19.04.]; Available from: <https://www.nobelprize.org/uploads/2018/06/fleming-lecture.pdf>.
19. World Health Organization. *Global Action Plan on Antimicrobial Resistance*, W.H. Organization, Editor. 2015, WHO Document Production Services: Genève, Sveits.
20. Haley, R.W., Culver, D. H., White, J. W., Morgan, W. M., Emori, T. G., Munn, V. P., Hooton, T. M. *The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals*. 1985. *American Journal of Epidemiology*(121): p. 182-205.
21. Dixon, R.E. *Control of Health-Care–Associated Infections, 1961–2011* C.f.D.C.a.P.M.a.M.W. Report, Editor. 2011, Centers for Disease Control and Prevention.
22. Folkehelseinstituttet. *Smittevernveilederen, Smittevernarbeidet i Norge*. 2010 [cited 2020 09.04]; Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/smittevernarbeidet-i-norge/>.
23. Helse- og omsorgsdepartementet. *Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten*. 2005 [cited 2020 09.04]; Available from: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>.
24. Nasjonalt folkehelseinstitutt. *Smittevern 15. Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta*. 2006, Nasjonalt folkehelseinstitutt: Nydalen.
25. Folkehelseinstituttet. *Kontinuerlig overvåking av infeksjoner i operasjonsområder, NOIS-POSI*. 2007 [cited 2020 16.04.]; Available from: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/nois/insidens-nois-posi/-om-overvakingen-av-infeksjoner-i-o/>.
26. Helse- og omsorgsdepartementet. *Forskrift om Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS-registerforskriften)*. 2005 [cited 2020 09.04]; Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-611>.
27. Berg, T.C., Løwer, H. L., Alberg, T., Eriksen, H. M. *Årsrapport 2018 - Infeksjoner etter kirurgiske inngrep*. 2019. Folkehelseinstituttet: Oslo.

28. Folkehelseinstituttet. *Sykehus: Prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i sykehus, NOIS-PIAH*. 2011 16.01.20 [cited 2020 16.02.]; Available from: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/nois/prevalens-nois-piah/om-prevalensundersokelsene-av-helse/>.
29. Elstrøm, P., Kacelnic, O., Eriksen, H., M. *Overvåking av resistente mikrober - Årsrapport 2018*. 2019. Folkehelseinstituttet: Oslo
30. Departementene. *Nasjonal strategi mot Antibiotikaresistens 2015-2020*. 2015, Helse- og omsorgsdepartementet: Oslo.
31. Helse- og omsorgsdepartementet. *Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten*. 2016 [cited 2020 09.04]; Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-mot-antibiotikaresistens-i-helsetjenesten/id2469646/>.
32. Koch, A.M., Nilsen, R. M., Dalheim, A., Cox, R., Harthug, S. *Need for more targeted measures - Only less severe hospital-associated infections declined after introduction of an infection control program*. *Journal of Infection and Public Health*, 2014(8): p. 282-290.
33. Folkehelseinstitutt. *Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta, Smittevern 15*, N. folkehelseinstitutt, Editor. 2006, Nasjonalt folkehelseinstitutt: Nydalen.
34. Fagernes, M. *Nasjonal markering av Verdens håndhygienedag 5. mai 2018 - Nasjonal arbeidsgruppe for markering av håndhygienens dag*. 2019, Folkehelseinstituttet: Oslo.
35. Helsedirektoratet. *Nytt Helseaktuelt: Flere helsearbeidere tar influensavaksine – men langt igjen til mål*. 2019 [cited 2019 08.04.]; Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/Helseaktuelt-influensavaksine-helsepersonell>.
36. Zingg, W., Holmes, A., Dettenkofer, M., Goetting, T., Secci, F., Clarck, L., Allegranzi, B., Magiorakos, A. P., Pittet, D. *Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus*. *Lancet Infect Dis*, 2015. 15(2): p. 212-224.
37. Holte, H.H., Underland, V., Hafstad, E. *Forebygging av infeksjoner ved bruk av sentralt venekateter* 2015, Kunnskapsenteret: Oslo.
38. Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., Sexton, B., Hyzy, R., Welsh, R., Roth, G., Bander, J., Kepros, J., Goeschel, C. *An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU*. *The new england journal of medicine*, 2006. 355(26): p. 2725 - 2732.
39. Pronovost, P.J., Marsteller, J. A., Goeschel, C. A. *Preventing Bloodstream Infections: A Measurable National Success Story In Quality Improvement*. *Health Affairs*, 2011. 30(4): p. 628-634.
40. Dixon- Woods, M., Bosk, C. L., Aveling, E. L., Goeschel, C. A., Pronovost, P. J. *Explaining Michigan: Developing an Ex Post Theory of a Quality Improvement Program*. *The Milbank Quarterly A multidisciplinary journal of population health and health policy*, 2011. 89(2): p. 167 - 205.

41. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartementet. *Meld. St. 10 (2012-2013) Melding til stortinget. God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. 2012 [cited 2020 09.04]; Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>.
42. I trygge hender 24-7. *Ledelse av pasientsikkerhet - hva innebærer det?* 2020 [cited 2020 23.04.]; Available from: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/ledelse/ledelse-av-pasientsikkerhet/ledelse-av-pasientsikkerhet-hva-innebaerer-det>.
43. I trygge hender 24-7. *ForBedring vil gi bedre pasientsikkerhetskultur*. 2020 [cited 2020 04.04.]; Available from: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/malinger/pasientsikkerhetskultur/forbedring-vil-gi-bedre-pasientsikkerhetskultur>.
44. Helsedirektoratet. *Pasientskader i Norge 2018. Målt med Global Trigger Tool*. 2019 [cited 2020 04.04.]; Available from: https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/pasientskader-i-norge/_/attachment/inline/cebc11a2-75a8-44eb-a8ab-2824a28aaef3:2f31a5725bb05ac151c9e490b8ac89762a3a8cd2/pasientskader-i-norge-2018-sammenslatt.pdf.
45. Langfjord, W., Krokan, T. *Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2019 - Rapport IS-2896*. 2020, Helsedirektoratet: Trondheim.
46. Helsedirektoratet. *Om kvalitet og kvalitetsindikatorer. Kvalitetsindikatorer er statistikk som bidrar til å belyse kvaliteten i tjenesten*. 2019 [cited 2020 09.04.20]; Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer#hva-er-en-kvalitetsindikator>.
47. Helsedirektoratet. *Antibiotika - forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika i sykehus*. 2019 [cited 2020 04.04.]; Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/legemidler/forbruk-av-et-utvalg-bredspektrede-antibiotika-i-norske-sykehus>.
48. Helsedirektoratet. *Nasjonale kvalitetsindikatorer. Sykehus - forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner*. 2019 [cited 2020 01.05.]; Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/infeksjoner/forekomst-av-helsetjenesteassosierte-infeksjoner-i-sykehus>.
49. Langley, G.J., Moen, R. D., Nolan, K. M., Nolan, T.W., Norman, C.L., Provost, L.P. *The improvement guide : a practical approach to enhancing organizational performance*. 2 ed. 2009, Jossey-Bass A Wiley Imprint: San Francisco.
50. Ogrinc G, H. Headrick, L.A., Barton, A. J., Dolansky M. A., Madigorsky, W. S., Miltner, R. S. *Fundamentals of Health Care Improvements*. 2018, second ed., Joint Commission Resources and Institute for Healthcare Improvement (e-book).
51. Institute for Healthcare Improvement. *How to improve*. 2020 [cited 2020 10.05]; Available from: <http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>.
52. Sosial- og helsedirektoratet. *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver. Veileder IS-1162*. 2005, Sosial- og helsedirektoratet: Oslo.

53. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. *Meld. St. 9 (2019-2020) Melding til Stortinget. Kvalitet og pasientsikkerhet 2018*. 2019 [cited 2020 10.01], Available from; <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd05f469334c469d8e513e87838b07fb/no/pdfs/stm201920200009000ddd/pdfs.pdf>.
54. Helsedirektoratet. *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten Veileder til lov og forskrift*. 2017 [cited 2019 10.12.]; Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>.
55. Orvik, A. *Organisatorisk kompetanse - innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. 2 ed. 2015, CAPPELEN DAMM AS: Oslo.
56. Bolman, L.G., Deal, Terrence E. *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse. Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. 5 ed. 2013, Gyldendal Akademiske: Oslo.
57. Thaller, R.H., Sunstein, C.R. *Nudging. Improving decisions about health, wealth, and happiness*. 2008, Penguin Group: USA.
58. Donabedian, A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. 2002, Oxford University Press Inc: Oxford.
59. Strand, T. *Ledelse, organisasjon og kultur*. 2007, 2.utg. Fagbokforlaget: Bergen.
60. Aase, K., Wiig, S. *Læring og uønskede hendelser*, in *Pasientsikkerhet. Teori og praksis*, K. Aase, Editor. 2018, Universitetsforlaget: Oslo. p. 101 - 115.
61. Reason, J. *Human error: models and management*. *BMJ*, 2000. 320: p. 768-770.
62. Hollnagel, E., Wears, R. L., Braithwaite, J. *From Safety-I to Safety-II: A White Paper*. 2015, [printed simultaneously]; National Library of Congress University: Denmark, University of Florida: USA, Macquarie University: Australia.
63. Braithwaite, J., Wears, R., L., Hollnagel, E. *Resilient health care: turning patient safety on its head*. *International Journal for Quality in Health Care*, 2015. 27(5): p. 3.
64. Marsh, D., R., Schroeder, D., G., Dearden, K., A., Sternin, J., Sternin, M. *The power of positive deviance*. *BMJ*, 2004. 329: p. 3.
65. Lawton, R., Taylor, N., Clay-Williams, R., Braithwaite, J. *Positive deviance: a different approach to achieving patient safety*. *BMI Qual Saf*, 2014. 23: p. 4.
66. Aase, K., Rosness, R. *Organisatoriske ulykker og resiliente organisasjoner i helsetjenesten*, in *Pasientsikkerhet. Teori og praksis*, K. Aase, Editor. p. 27-48. 2018, Universitetsforlaget: Oslo.
67. Kvale, S., Brinkmann, S. *Det kvalitative forskningsintervju, 3. utgave*. 2015, Gyldendal Norsk Forlag AS: Oslo.

68. Seksjon for pasientsikkerhet. *Infeksjons- og antibiotikaregistrering*. Intern rapport. 2020 [cited 2020 20.02]; Available from: <http://innsiden.helse-bergen.no/SiteDirectory/fou/Enheter/Seksjon%20for%20kvalitetsutvikling%20og%20smittevern/smittevern/infeksjonsregistrering/Sider/default.aspx>.
69. Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten. *Forbruk av antibiotika 2012-2019*. HELSE BERGEN HF. 2020 [cited 2020 07.05.]; Available from: <https://www.antibiotika.no/wp-content/uploads/2020/04/2019-Helse-Bergen-HF-antibiotikaforbruk.pdf>.
70. Seksjon for pasientsikkerhet. *Influensavaksinasjon*. Intern rapport. 2019 [cited 2020 07.05.]; Available from: <http://innsiden.helse-bergen.no/SiteDirectory/fou/Enheter/Seksjon%20for%20kvalitetsutvikling%20og%20smittevern/smittevern/Smittefritt/Sider/Influensavaksinasjon.aspx>.
71. Seksjon for pasientsikkerhet. *Global Trigger Tool*. Intern rapport. 2019 [cited 2020 16.04.]; Available from: <http://innsiden.helse-bergen.no/tema/pasientsikkerhet/Global-Trigger-Tool/Sider/default.aspx>.
72. Malterud, K., *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 3. utgave*. 2011, Universitetsforlaget: Oslo.
73. Seksjon for pasientsikkerhet. *Antibiotikabruk Forbruk av antibiotika, 2012-2018*. Intern rapport. 2019 [cited 2020 12.04.]; Available from: <http://innsiden.helse-bergen.no/SiteDirectory/fou/Enheter/Seksjon%20for%20kvalitetsutvikling%20og%20smittevern/smittevern/Smittefritt/Antibiotikabruk%20%20Utfyllende%20informasjon/Forms/AllItems.aspx>.
74. Halvorsen, K. *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2008, J. W. Cappelens Forlag as: Oslo.
75. Bergerød, I., Wiig, S. *Ledelse og pasientsikkerhet*, in *Pasientsikkerhet. Teori og praksis*, K. Aase, Editor. p. 116-130. 2018, Universitetsforlaget: Oslo.
76. Wiig, S., Aase, K., Bal, R. *Reflexive Spaces: Leveraging Resilience Into Healthcare Regulation and Management*. 2020, Journal of Patient Safety, 2020. 00. Doi: 10.1097/PTS.0000000000000658 [published online first: 2020 31.01]
77. Bukve, O. *Forstå, forklare, forandre. Om design av samfunnsvitenskaplege forskningsprosjekt*. 2016, Universitetsforlaget: Oslo.

Vedlegg

Vedlegg 1

Handlingsplan. SMITTEFRITT - Smittevern på agendaen i Helse Bergen

Handlingsplan

SMITTEFRITT

- Smittevern på agendaen i Helse Bergen

Bergen 15.04.2015

Innholdsfortegnelse

1 Bakgrunn	71
2 Organisering av arbeidet	72
2.1 Framdriftsplan	72
3 Vedlegg	72

1 Bakgrunn

Helsetjenesteassosierte infeksjoner kan forebygges gjennom systematisk smittevernarbeid. Smitteverntiltakene er stort sett godt kjent blant helsepersonell, men etterlevelse er langt fra optimal. Feil bruk av antibiotika fører til spredning av og utbrudd med antibiotikaresistente bakterier. Økende antibiotikaresistens anses som en av de største truslene mot pasientsikkerheten.

Smittevern og antibiotikabruk må i større grad komme på agendaen i det daglige arbeidet i de kliniske avdelinger i helseforetaket. Avdelingsledere skal settes i stand til å ta ansvar på konkrete innsatsområder slik at de kan formidle tydelige forventinger til oppfølging av disse innsatsområdene overfor sine ansatte.

Etter initiativ fra administrerende direktør har Forsknings og utviklingsavdelingen ved Seksjon for pasientsikkerhet utarbeidet konkrete forslag til implementering av tiltak for smitteforebygging i de kliniske avdelingene i Helse Bergen.

Innsatsområder

- håndhygiene
- postoperative sårinfeksjoner
- influensavaksinasjon
- antibiotikabruk
- smittevernvisitt

Innsatsområdene er valgt på bakgrunn av kunnskapsgrunnlag samt muligheten for målbare indikatorer (resultat eller prosess), fortrinnsvis basert på eksisterende data og uten vesentlig ekstra registrering. Avdelinger med særlige behov kan erstatte inntil to av de forhåndsdefinerte innsatsområdene med tiltak som er bedre tilpasset egen virksomhet (særlig aktuelt på områdene psykiatri, rus, laboratoriene, KSK). I tillegg til disse innsatsområdene, må avdelingene også forholde seg til de infeksjonsforebyggende tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet (kan ikke velges vekk). Dette gjelder håndhygiene, reduksjon av UVI, reduksjon av infeksjoner assosiert med SVK. Disse tiltakene er søkt samordnet med smittevernvisitt som er gjennomgått i denne saken.

Tilnærming

Kliniske avdelinger i Helse Bergen skal velge minst to innsatsområder. Implementeringen kan gjerne være trinnvis og individuelt tilpasset. Avdelingene definerer selv egne forbedringsmål og korresponderende tiltak innad i avdelingen.

Måltall

Seksjon for pasientsikkerhet samarbeider med Seksjon for helsetjenesteutvikling og lager enkle avdelingsvise rapportvisinger på Innsiden.

Ansvar

Ansvar for framdrift ligger hos den enkelte avdeling. Seksjon for pasientsikkerhet er fasilitatorer og vil bidra med hjelp og råd.

Varighet

Målet er varig forbedring. Kampanjer har kortvarig effekt. Perspektivet for smittefritt er minst tre år.

2 Organisering av arbeidet

2.1 Framdriftsplan

Milepæl	Handling	Ansvar	Start-dato	Frist
Milepæl 1	Plan for gjennomføring, maler for innsatsområdene	Seksjon for pasientsikkerhet (SFP)	01.02.15	20.04.15
Milepæl 2	Informasjon om Smittefritt til nivå 2/3	SFP	24.04.15	27.04.15
Milepæl 3	Utarbeide rapportvisning for Intranett	SFP/Seksjon for helsetjenesteutvikling	01.04.15	30.06.15
Milepæl 4	Igangsatt minst ett tiltaksområde i hver av de somatiske avdelingene	Avdelingene/SFP	01.08.15	31.10.15
Milepæl 5	Alle de valgte tiltaksområder iverksatt i alle somatiske avdelinger	Avdelingene/SFP	01.08.15	30.06.16
Milepæl 6	«Midtveisevaluering» med rapport	SFP	01.01.17	31.03.17

3 Vedlegg

3.1 Håndhygiene

Håndhygiene er det viktigste enkelttiltaket for å forebygge smittespredning i helsetjenesten.

Målinger og måltall

- Forbruk av håndhygienemidler per liggedøgn
- Andel ansatte med gjennomført e-læringskurs i håndhygiene (Læringsportalen)
- Telle ansatte med ringer/klokker

Hva er tilbudet fra SFP

- Hjelp til å framskaffe data vedrørende forbruk av håndhygienemidler
- Hjelp til å framskaffe data for andel ansatte med gjennomført e-læringskurs i håndhygiene
- Undervisning/ praktisk opplæring i utførelse av håndhygiene

Hva må avdelingene gjøre

- Sørg for at innsatsområdet er gjort kjent
- Definere avdelingens egne mål
- Ansvar for framdrift/oppgavegjennomføring

Gevinster

- Færre helsetjenesteassosierte infeksjoner
- Redusert risiko for utbrudd og spredning av antibiotikaresistente bakterier

3.2 Postoperative sårinfeksjoner (POSI)

Folkehelseinstituttet har siden 2005 fulgt forekomsten av infeksjoner i operasjonsområde etter noen utvalgte kirurgiske inngrep. Rapporteringen er forskriftsfestet (NOIS; Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten) og således obligatorisk for alle sykehus i Norge. Samtlige pasienter som inngår i overvåkingen følges i 30 dager etter operasjon, og det registreres om de utvikler en infeksjon i operasjonsområdet. Pasienter som har fått innsatt hofteprotese følges i ett år. Andel pasienter med 30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus er nylig lansert som nasjonal kvalitetsindikator (oppfølgingsprosent).

Følgende kirurgiske inngrep inngår i den nasjonale insidensundersøkelsen (NOIS-POSI):

1. Hjerteoperasjoner (aortakoronar bypass)
2. Keisersnitt
3. Innsetting av proteser i hofteledd
4. Fjerning av galleblære (kolecystektomi)
5. Inngrep på tykktarm (kolon)

I tillegg til den obligatoriske rapporteringen overvåker Helse Bergen forekomsten av infeksjoner ved kneproteser (HUS, Kysthospitalet i Hagevik og Voss), hysterektomier (HUS,Voss), enkelte plastikkirurgiske inngrep (HUS) og bariatri (Voss).

Målinger og måltall

- Lokale og nasjonale insidenstall (NOIS-POSI)
- Oppfølgingsprosent

Hva er tilbudet fra SFP

- Fremlegging av tertialvise NOIS - rapporter
- Lokale trendkurver
 - inngrep som inngår i nasjonal overvåking
 - inngrep som ikke inngår i nasjonal overvåking
- Hjelp til korrekt registrering
- Undervisning
- Gjennomgang av kasuistikker

Hva må avdelingene gjøre

- Sørg for at innsatsområdet er gjort kjent
- Definere egne mål
- Spesifisere hvilke operasjonskoder det ønskes tilbakemelding på □ Ansvar for framdrift

Gevinster

- Redusere antall postoperative sårinfeksjoner
- Bedre datakvalitet

3.3 Influensavaksinasjon

Folkehelseinstituttet anbefaler influensavaksine til helsepersonell med pasientkontakt. Helsepersonell er i stor grad utsatt for smitte i influensasesongen, og dersom de selv blir smittet kan de være en betydelig smittekilde for sine pasienter.

Målinger/måltall

- Antall influensavaksinerte ansatte i en avdeling

Hva er tilbudet fra SFP

- Fremskaffe måltall (salgstall fra Apotek)
- Undervisning

Hva må avdelingene gjøre

- Sørg for at innsatsområdet er gjort kjent
- Definere avdelingens egne mål
- Ansvar for framdrift
- Praktisk organisering av vaksinasjon (vaksine, vaksinatører)

Gevinster?

- Bidra til å hindre nosokomial smitte/hindre at influensasyke helsearbeidere smitter pasienter □ Lavere sykefravær
- Opprettholde drift og øke pasientsikkerhet

- Etterleve nasjonale helsemyndigheters anbefalinger

3.4 Antibiotikabruk

Antibiotikaresistens er en av de største truslene for pasientenes helse, og Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert antibiotikaresistens som et globalt helseproblem. Selv om forekomsten av resistens i Norge ennå er lav vet vi at det kan endre seg raskt. Hvis vi ikke klarer å bremse utviklingen vil vi i løpet av få år se mange infeksjoner med bakterier som vi ikke har effektive midler. Nøktren antibiotikabruk hindrer resistensutvikling.

Målinger og måltall

- Totalforbruk av antibiotika
- Bruk av bredspektrede midler
- Andel smalspektrede midler versus bredspektrede midler
- Antall gjennomførte e-læringskurs

Hva er tilbudet fra SFP

- Framskaffe og tolke antibiotikaforbruksrapporter
- Framskaffe data fra prevalensregistreringen av antibiotikabruk
- Undervisning om rasjonell antibiotikabruk
- Bistand til audit

Hva må avdelingene gjøre?

- Definere mål og korresponderende tiltak
- Sørge for at den nasjonale retningslinjen for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten er kjent og tilgjengelig
- Bidra til å holde rett antibiotikabruk og antibiotikaresistens på agendaen
- Ansvar for framdrift

Gevinster

- Bedre behandling for enkeltpasienter
- Trygghet for helsepersonell
- Forhindre at antibiotikaresistens oppstår
- Forebygge utbrudd og annen spredning av antibiotikaresistente bakterier

3.5 Smittevernvisitt

Som del av arbeidet med å få ned antall sykehusinfeksjoner introduseres begrepet smittevernvisitt. Ved hjelp av en egen sjekklister går avdelingen systematisk gjennom utvalgte tema.

Målinger og måltall

- Antall gjennomførte smittevernvisitter

Hva er tilbudet fra SFP

- Delta i smittevernvisitter dersom ønskelig
- Legge til rette for undervisning/opplæring ihht avdelingens egendefinerte mål

Hva må avdelingene gjøre

- Sørg for at innsatsområdet er gjort kjent
- Definere avdelingens egne mål
- Ansvar for månedlig gjennomføring av smittevernvisitt
 - nivå 2 og/eller nivå 3-leder bør være med på visitten

Gevinster

- Bedre behandling for enkeltpasienter
- Redusert risiko for helsetjenesteassosierte infeksjoner

3.5.1 Forslag til innhold i sjekkliste for Smittevernvisitt

Enhet _____

Dato/klokkeslett _____ Antall innlagte pasienter _____

Hvem deltar på smittevernvisitt?

Seksjonssoverlege: _____ Avdelingssykepleier: _____

Nivå 2-leder: _____

Smittevernkontakt: : _____ Andre: _____

Blærekateter

Hvor mange har blærekateter? _____

Har de fortsatt indikasjon for å ha det?

- Ja. Antall _____
- Usikkert Antall _____
- Nei Antall _____

Sentralt venekateter (SVK)

Hvor mange har SVK? _____

Er det fortsatt indikasjon for å ha det?

- Ja. Antall _____

- Usikkert. Antall _____
- Nei. Antall _____

Antibiotikabruk

Hvor mange pasienter

- får antibiotika nå? _____
- har dokumentert indikasjon på kurve/i journal? _____
- får antibiotika foreskrevet i henhold til nasjonale retningslinjer? _____
- får antibiotika justert etter mikrobiologisk prøvesvar? _____
- har i dag fortsatt indikasjon for antibiotika? _____
- kan skifte fra iv til po antibiotika? _____

Andre kateter Hvor mange har andre typer

kateter/dren? _____ Er det fortsatt indikasjon for å ha det?

- Ja. Antall _____
- Usikkert. Antall _____
- Nei. Antall _____

Dekontaminering

Benyttes sjekkliste for daglig kontroll av bekkenspyler og instrumentvaskemaskin?

- Ja.
- Usikkert
- Nei.

Korridorpasienter

Hvor mange pasienter ligger på korridoren? _____

Håndhygiene

Hvor mange av de 10 først observerte ansatte har ringer/klokker? _____

Vedlegg 2

Invitasjonsbrev, smittevernkontakter

Smittevernkontaktar – eit verktøy for betre smittevern i di eining?

Det er utfordrande for leiarar å ha oversikt over og kontroll med smittevern i eiga eining, nokre eksempel er:

- Opplæring av nye medarbeidarar og implementering av relevante smittevernrutinar
- Tiltak i forbindelse med antibiotikaresistente bakteriar
- Handtering av utbrot – Norovirus mm
- Stikkskadar og vaksinasjon
- Rett bruk av sentralvenøse kateter
- Reingjering og desinfeksjon av fleirgangsutstyr
- Infeksjonsregistrering og bruk av rapportene frå registreringa

Seksjon for pasientsikkerhet ser behov for tettare kontakt med / større kontaktflate mot dei enkelte kliniske einingane for å styrke smittevernet i Helse Bergen. Vi ynskjer å etablere ei ordning med smittevernkontaktar, som har vore gjennomført med hell ved fleire norske sjukehus. Enkelte avdelingar i Helse Bergen har eller har hatt smittevern-/hygienekontaktar, men det har ikkje vore noko organisert system rundt desse, og roller/ansvar har ikkje vore klart definert. Vi trur ei systematisering er viktig for at smittevernarbeidet skal bli betre og meir målretta.

Smittevernkontakt – oppgåver og forventa gevinstar

- Ha ekstra fokus på smittevernutfordringar i eiga eining og formidle behov for tiltak relatert til desse
- Vere bindeledd mellom smittevernpersonell og eiga eining
- Ev bistå ved infeksjonsregistreringar
- Betre eigen kompetanse og fagleg trygghet innan smittevern, bl.a. gjennom workshops og andre møter og kurs i smittevern
- Synergieffektar, ved erfaringsdeling i workshops

Kva må du/di eining bidra med?

- Utpeike smittevernkontakt (gjerne fagsjukepleiar, ass. avd. sjukepleiar) med eit tydeleg mandat for å drive forbetningsarbeid i smittevern
- Sørgje for at vedkommande får avsett nødvendig tid. . Det blir planlagt fellesmøter/workshops 2-3 timer 2-4 gonger i året. Tidsbruk utover dette avheng av avdelinga sitt eige behov.
- Sørgje for at smittevern er på agendaen på fagmøter, ved nyttilsetjingar, nye prosedyrar mm.
- Komme med forslag til tema de ynskjer meir kunnskap om og fokus på.

Kva bidrar Seksjon for pasientsikkerhet med:

- Arrangere workshops (2-3 timar) om aktuelle tema for smittevernkontaktane 2-4 gonger årleg
- Auke smittevernkontaktane sin kompetanse blant anna gjennom workshops. □ Vere tilgjengelig for råd og veiledning

Vedlegg 3

Eksempel på invitasjon til workshop for smittevernkontakter

Workshop smittevernkontakter 08.01.20

Tid	Innhold
12:00 - 12:20	Velkommen
12:20 – 12:40	Dagens tema: HAI-fritt sjukehus Handlingsplan for et bedre smittevern Hva er en sykehusinfeksjon (helsetjeneste assosiert infeksjon) og hva gjør vi for å forebygge?
12:40 – 13:00	Gruppediskusjon: Hvordan foregår infeksjonsregistrering og bruker vi tallene?
13:00 - 13:25	Oppsummering gruppediskusjon
13:30 - 13:45	15 min beinstrekk
13:45 – 14:05	Invasive kateter og blodbaneinfeksjoner – siste nytt!
14:05 – 14:25	Gruppediskusjon: Erfaringsdeling - Hvordan sikre systematikk?
14:25 – 14:45	Oppsummering gruppediskusjon
14:45 – 15:00	Oppsummering og aktuelt <ul style="list-style-type: none">- Neste workshop 26.3- Neste Smittevern på HUSet 20/2- Evaluering og innspill til tema (post-it)

Vedlegg 4

Eksempel på invitasjon til Smittevern på HUSet

Smittevern på Huset



- *Velkommen*
- *Coronavirus 2019-nCoV*
- *Smitteavfall – nytt på nytt*
- *VRE – framleis eit problem?*
- *Nasjonal handlingsplan for smittevern – what's in it for us?*

20. februar 2020

**Rom H 113, 1 etg. Sentralblokken Programmet
gjentas x 3 på følgende tidspunkt:**

Kl 08:30 – 09:30

Kl 10:00 – 11:00

Kl 12:00 – 13:00

Målgruppe: Klinisk ansatte, ledere og andre interesserte.

Arrangør: Smittevern, Seksjon for pasientsikkerhet

Vedlegg 5

Forespørsel om deltagelse i fokusgruppe intervju

Forespørsel om deltagelse i fokusgruppe intervju

I forbindelse med studiet *Erfaringsbasert masterstudium i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi* ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen skal jeg gjennomføre et masterprosjekt som ser på kvalitetsarbeid og smittevern i sykehuset.

Du mottar denne henvendelsen fordi du leder en avdeling/klinikk med gode resultater innen smittevern og kvalitet.

Formålet med masterprosjektet er å skaffe kunnskap om hvordan ledere og nøkkelpersonell i avdelinger med gode resultater innen smittevern arbeider med kvalitetsforbedring.

Tentativ problemstilling: Hvordan kan kvalitetsforbedring bedre integreres i smittevernarbeidet for å sikre god pasientsikkerhet? Forsknings spørsmål: Hvorfor lykkes avdelingen med kvalitetsforbedring? Hvorfor lykkes avdelingen med å integrere smittevern og kvalitetsforbedring?

Datainnsamlingen vil foregå gjennom et fokusgruppeintervju med 4-6 deltagere. Vi ønsker å ha med nivå 2 leder eller en annen representant fra nivå 2 ledergruppen som deltar sammen med 2-4 ledere fra klinikk (nivå 3 lederne) i tillegg ønsker vi å ha med en klinisk nøkkelperson (gjærne smittevernkontakt eller en annen person med utvidet ansvar innen kvalitet og/eller smittevern og som primært arbeider klinisk).

Intervjuet ønskes gjennomført i løpet av oktober 2019 og vil ha en varighet på inntil 1,5 time og kan foregå i avdelingens egne møtelokaler dersom det er ønskelig.

For ytterligere informasjon om studiet se vedlagt samtykkeskjema og/eller ta kontakt med meg eller en av mine veiledere.

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Det er ønskelig med svar til [Merete E. Gjerde](#) mobil 95810627

innen 2. september 2019

Med vennlig hilsen

Merete E. Gjerde, masterstudent og rådgiver i seksjon for pasientsikkerhet, HUS

Stig Harthug, veileder og leder i seksjon for pasientsikkerhet, HUS

Hilde Valen Wæhle, veileder og rådgiver i seksjon for pasientsikkerhet, HUS

Vedlegg 6

Informasjons- og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Smittevern og kvalitet”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske hvordan ledere og nøkkelpersonell med gode resultater innen smittevern og pasientsikkerhet arbeider med kvalitetsforbedring. I dette skrivet gir vi deg informasjon om mål for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studien er en del av et mastergradsprosjekt i studiet *Erfaringsbasert masterstudium i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi* ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

Ved å kombinere kunnskapen om fag med kunnskap om kvalitetsforbedring kan det arbeides systematisk med kontinuerlig forbedring. *Handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet*, som kom våren 2019 peker konkret på manglende koordinering av pasientsikkerhetsarbeid og smittevern. Formålet med studien er å utforske hvordan ledere og nøkkelpersoner i avdelinger med gode resultater innen smittevern og pasientsikkerhet arbeider med kvalitetsforbedring. Studiens omfang begrenser seg til fokusgruppeintervjuer i ulike avdelinger i en organisasjon. Hver fokusgruppe består av 4-6 personer fra samme avdeling med ledere på flere nivåer sammen med en klinisk nøkkelperson. Det arbeides etter problemstillingen: Hvordan kan kvalitetsforbedring bedre integreres i smittevernarbeidet for å sikre god pasientsikkerhet? Aktuelle forskningsspørsmål som søkes besvart er: Hvorfor lykkes noen avdelinger med kvalitetsforbedring? Hvorfor lykkes noen avdelinger med å integrere smittevern og kvalitetsforbedring? Det kan være aktuelt å publisere masteroppgaven som en artikkel der funnene i studien senere kan benyttes i annen forskning og undervisning. Alle personidentifiserbare data vil bli anonymisert.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Bergen er ansvarlig for prosjektet, datainnsamling foregår i Helse Bergen HF.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Med utgangspunkt i avdelinger med gode resultater innen nasjonale og lokale kvalitetsindikatorer relevant for smittevern gjennomføres et kvalitativt studie som skal bidra til å belyse hvordan ledere og nøkkelpersonell operasjonaliserer kvalitetsarbeid for å oppnå gode resultater.

Som leder eller klinisk nøkkelperson i en slik avdeling inviteres du til deltagelse i fokusgruppeintervju som består av 4-6 deltagere fra samme avdeling. Det gjennomføres et fokusgruppeintervju i hver avdeling.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du deltar i et fokusgruppeintervju sammen med 4-5 personer fra din avdeling og med en varighet på ca 1,5 time. Spørsmål knyttet til følgende tema vil bli diskutert; organisering av smittevern, risikovurdering, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Intervjuene vil bli tatt opp ved hjelp av lydopptaker og det vil i tillegg til undertegnede som intervjuer være med en person som tar notater underveis.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

ha tilgang til opplysningene. Lydfilene sikres med kodelås og transkriberte notater anonymiseres og holdes innelåst. Sitater fra intervju kan bli aktuelle å benytte i studien men vil da anonymiseres. Deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2020. Lydfiler og eventuelle andre personidentifiserbare data slettes ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg? Vi

behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Bergen har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- *Universitetet i Bergen* ved Merete E. Gjerde (masterstudent) merete.elisabeth.gjerde@helse-bergen.no, tlf 95810627 eller Stig Harthug (veileder) stig.harthug@helse-bergen.no tlf 55971288.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

(Merete E. Gjerde (masterstudent) /Stig Harthug (veileder))

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Smittevern og kvalitet*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. desember 2020

----- (Signert
av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 7

Intervjuguide

Intervjuguide fokusgruppeintervju

Informasjon om studiet (samme som samtykkeskjemaet).

Det er et ønske at deltagerne diskuterer temaene seg imellom. Sørge for at alle tema berøres av diskusjonen. Kan vi være enige om at ting som sies her ikke blir gjentatt utenfor dette rommet?

Demografiske data/runde rundt bordet: profesjon, erfaring (som leder/smittevernkontakt), fagledelse/personalledelse.

Pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og smittevern

• **Hvordan vil dere beskrive smittevernsarbeidet i avdelingen?**

- Hvordan har dere organisert dere? Ansvarliggjøring – fordeles ansvar? Hvordan i så fall?
- Ledelsesforankring – hvordan sikres det at det som blir sagt blir gjort?
- Integrering/implementering av smitteverntiltak i arbeidet? Hvordan legger dere til rette for at det skal være lett å gjøre rett?
- Smittefritt – hva tenkte dere om det? Har dere gjort noe for å implementere?
- Tverrfaglighet- er det viktig for dere? Hva gjør dere for å sikre tverrfaglighet?
- Ledelsesprosesser/arbeidsprosesser? Hvordan legger dere til rette for godt smittevern? Har dere noen særegne strukturer for å få det til?
- Forbedringskompetanse i avdelingen har dere oversikt/betyr det noe? Benyttes i så fall kunnskapen? Hvordan benyttes kunnskapen?

Stikkord: tverrfaglighet, samhandling, ansvar, involvering?

• **Hvordan foregår oppfølging av smittevernutfordringer i avdelingen (eks antibiotika/influensavaksinasjon/annet?)**

- Dere har lyktes – hvordan klarte dere det? Hva gjorde dere? Har dere eksempler?

Stikkord: Forbedringsmetodikk, systematisk forbedringsarbeid (oppfølging av måltall?), deling på tvers, kultur, ansatt involvering, team

• **Hvordan samarbeider dere om å håndtere smittevernutfordringer?**

- Kan dere gi eksempler fra en gang dere lyktes?

Stikkord: Tverrfaglighet?, kultur, åpenhet/deling, Involvering, lærende, gjennomførbarhet («lett å gjøre rett») forebygging

Avslutning

- Hvilke råd ville dere gitt til en annen medisinsk/kirurgisk avdeling for at de skal kunne komme opp på samme nivå som dere?
- Er det noe annet som vi ikke har snakket om som dere mener er relevant eller som ønskes å tilføye?

Fortelle om prosjektets videre gang, takk for tiden og engasjementet til informantene.

Vedlegg 8

NSD Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Smittevern som kvalitetsprosjekt

Referansenummer

554977

Registrert

01.07.2019 av Merete Elisabeth Gjerde - Merete.Gjerde@student.uib.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Stig Harthug, stig.harthug@helse-bergen.no, tlf: 55971288

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Merete E. Gjerde, merete.elisabeth.gjerde@helse-bergen.no, tlf: 95810627

Prosjektperiode

12.08.2019 - 31.12.2020

Status

08.07.2019 - Vurdert

Vurdering (1)**08.07.2019 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 04.07.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og

innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

