

I tiden etter pasientsikkerhetsprogrammet

En studie om varig endring i spesialisthelsetjenesten

av Anders Dahler

Masteroppgave i
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og
helseøkonomi



Universitetet i Bergen

Det medisinske fakultet

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Våren 2022

Forord

Arbeidet med en masteroppgave i kombinasjon med full jobb er krevende og vil jeg gjerne takke venner og familie som har bidratt som gode støttespillere og sparringspartnere gjennom hele perioden. Videre vil jeg rette en takk til mine gode kollegaer som har holdt ut og støttet meg som leder i en periode jeg har hatt mange baller i luften. Jeg må også takke mine fantastiske veiledere, Inger Lise Teig og Gunnar Husabø, som på kort varsel alltid har stilt opp og gitt presise og tilbakemeldinger. Til slutt vil jeg takke min arbeidsgiver, Sophies Minde Ortopedi AS, som i svært stor grad har lagt til rette for at hele prosjektet har vært mulig.

Anders Dahler

31 mai, 2022.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn	3
1.1.1 Setting - Helsevesenet og kvalitetsforbedring	3
1.1.2 Fenomen - Implementering og varige endringer	3
1.2 Kontekst - Pasientsikkerhet	4
1.2.1 Måling av pasientsikkerhet	5
1.2.2 Pasientsikkerhet i Norge	5
1.2.3 Forbedring av pasientsikkerhet i Norge	6
1.2.4 Aktualisering av kontekst	9
1.3 Teoretisk utgangspunkt.....	10
1.3.1 Myndighetspress gjennom politiske direktiver	10
1.3.2 Kosmopolitanisme og læringsnettverk	11
1.3.3 Perspektiv	12
1.4 Disposisjon	13
2.0 Problemformulering og forskningsspørsmål	13
2.1 Del A – Varig forbedring.....	13
2.2 Del B – Endring i den ytre setting	14
2.3 Del C – Lederverv og perspektiv	14
3.0 Metode.....	14
3.1 Studiedesign.....	14
3.2 Datainnsamling	15
3.2.1 Inklusjon	15
3.2.2 Innsamlingsstrategi	16
3.3 Spesifikasjoner ved undersøkelsen	17
3.4 Avgrensninger	18
3.4.1 Teoretiske avgrensninger	18
3.4.2 Litteratur – søk og avgrensninger	18
3.5 Personvern og etiske vurderinger	19
3.5.1 Etiske vurderinger	19
3.5.2 Databehandling	19
3.6 Datanalyse	20
3.6.1 Filtrering og utvalg	20
3.6.2 Generelt om analysen.....	20
3.6.3 Analyse av Del A – Varig forbedring	21

3.6.4	Analyse av Del B – Endring i den ytre setting.....	22
3.6.5	Analyse av Del C – Lederverv og perspektiv	22
4.0	Resultater.....	22
4.1	Utvalg	23
4.1.1	Arbeidsplass	23
4.1.2	Fagområde.....	23
4.1.3	Stillingskategori	23
4.1.4	Ledernivå	24
4.1.5	Lengde på arbeidsforhold.....	24
4.2	Resultater Del A – Varig forbedring	25
4.2.1	Varige strukturer	25
4.2.2	Programkjennskap.....	27
4.3	Resultater Del B – Endring i den ytre setting	29
4.3.1	Ytre setting og endring.....	29
4.3.2	Myndighetsdrevne programmer – Drivere og barrierer	30
4.3.3	Kosmopolitanisme - Drivere og barrierer	34
5.0	Diskusjon.....	35
5.1	Del A – Varig forbedring.....	36
5.1.1	Varige strukturer	36
5.1.2	Programkjennskap.....	37
5.2	Del B – Endring i den ytre setting	38
5.2.1	Ytre setting og endring.....	38
5.2.2	Myndighetsdrevne programmer – Drivere og barrierer	39
5.2.3	Kosmopolitanisme - Drivere og barrierer	41
5.3	Del C – Lederverv og perspektiv.....	43
5.4	Styrker og begrensninger med studien	44
5.4.1	Studiedesign, innsamlingsstrategi og utvalg.....	44
5.4.2	Sammenlikning og representativitet.....	45
5.4.3	Andre fortolkningskjevheter.....	46
5.4.4	Covid-19-pandemien.....	46
6.0	Konklusjon	47
7.0	Referanseliste	49
	Vedlegg 1: Spørreskjema	53

Figuroversikt:

Figur 1: Pasientskader i Norge.	s. 9
Figur 2: Filtrering av resultater	s. 20
Figur 3: Opplevd bidrag fra Pasientsikkerhetsprogrammet – utvikling over tid	s. 27
Figur 4: Programkjennskap – utvikling over tid	s. 29

Tabelloversikt:

Tabell 1: Bakgrunnsinformasjon respondenter	s. 24
Tabell 2: Pasientsikkerhetsprogrammets bidrag – denne studiens utvalg	s. 26
Tabell 3: Pasientsikkerhetsprogrammets bidrag – tidsserie, varierte utvalg	s. 26
Tabell 4: Antall innsatsområder i bruk per enhet	s. 27
Tabell 5: Svarrespons knyttet til programkjennskap	s. 28
Tabell 6: Svarrespons knyttet til den ytre setting,	s. 30
Tabell 7: Svarrespons knyttet til barrierer innenfor myndighetsbaserte programmer	s. 32
Tabell 8: Korrelasjonsanalyser knyttet til myndighetsdrevne programmer	s. 33
Tabell 9: Svarrespons knyttet til drivere for kosmopolitanisme,	s. 34
Tabell 10: Korrelasjonsanalyse knyttet til kosmopolitanisme	s. 35

Sammendrag:

Helsevesenet er i stadig endring, det er derfor svært viktig at helsevesenet evner å gjøre effektive endringer som varer. Det er gjort mye forskning på hva som skal til for at en virksomhet skal endre seg, men det har inntil nylig vært mindre fokus på varig endring. En faktor som påvirker implementering, er en virksomhets ytre setting, noe som aktualiserer konteksten myndighetsbaserte forbedringsprogrammer. Denne studien gjør rede for ansatte og lederes syn på hvorvidt et myndighetsbasert kvalitetsforbedringsprogram, kalt «pasientsikkerhetsprogrammet – I trygge hender 24-7», sine strukturer har tilført varig forbedring, samt hvorvidt et slikt program påvirker spesialisthelsetjenesten med hensyn til suksessfull implementering over tid. Ved bruk av spørreskjemaer og kvantitativ forskningsmetode ble det hentet inn data fra spesialisthelsetjenesten (N=938) for å fange et representativt utvalg og for å kunne sammenlikne med data fra perioden programmet var aktivt. Studiens resultater viser at pasientsikkerhetsprogrammet oppleves å bidra positivt til pasientsikkerheten. Derimot er trenden avtakende og det kan diskuteres om effekten er utvannet, hvilket antyder et tapt potensiale for varig forbedring. Noe overraskende ble det rapportert en økning i etterspørsel etter pasientsikkerhetsarbeid etter programmets avslutning, noe som kan komme av at kilden til etterspørselen ligger nærmere det utøvende leddet, gjennom at lokale myndigheter har ansvaret for operasjonaliseringen av arbeidet. Videre rapporteres implementeringsarbeidets innhold som noe mindre vesentlig for varig forbedring enn kontinuerlig fokus og ressurser. Disse funnene understreker behovet for å forske videre på hvilke drivere som er viktig for varig forbedring.

Summary:

Health services are always changing and therefore it is important that the improvement initiatives are effective and sustainable. There is a lot of research on immediate improvement, but recently the focus has shifted towards sustainable change. A factor reported to be important for successful implementation is a business' outer setting, which makes the influence of government-based programs a matter of interest. Therefore, this study aims to explain the workers and leaders view on whether the structures of a national government-based quality improvement program has led to sustainable change, and how a program like this influence the special healthcare services regarding sustainable implementation. Using

questionnaires and quantitative method, data was collected from the special health care services (N=938). Using this method allowed the possibility to compare earlier data from when the program was active. This study's results argue that the improvement program still contributes to patient safety today. However, the trend is falling, and it is questionable whether there is an overall effect three years after, which implies a lost potential for improvement. Surprisingly, the demand for patient security improvement was increased since the program finished, which might be associated with the source of demand now being closer to the front line. Further on, the study discusses the content of the implementation strategy itself and it seems to be less important than consistency in focus and resources. These findings underlines the need for further research on the distinction, between what is important for change and the sustainability of change.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

1.1.1 Setting - Helsevesenet og kvalitetsforbedring

Helsevesenet er en organisme som hele tiden må omstille og utvikle seg. Det er et evig jag for å bli bedre, og endringstakten er økende (Grol, Wensing, Eccles, & Davis, 2013). På den ene siden må helsevesenet adoptere nye metoder og kliniske verktøy i takt med at fagfeltene utvikler seg og vi får mer kunnskap om allerede eksisterende praksis. På den andre siden må helsevesenet forholde seg til andre organisatoriske krav som økende krav til kostnadseffektivitet, tverrfaglighet, brukerinvolvering, dokumentasjon og pasientsikkerhet. Disse kravene betyr at evnen til å drive selvutvikling er en av helsevesenets viktigste evner, hvilket underbygges i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som pålegger helsetjenesten å drive kontinuerlig forbedringsarbeid (Deloitte, 2019; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Kvalitetsforbedring i helsevesenet tar gjerne form som ulike initiativ. Disse kan oppstå som utviklingstiltak innenfra i organisasjonen, eller de kan komme utenfra som pålagte føringer fra myndighetene. Et eksempel på dette er «Pasientsikkerhetsprogrammet – I trygge hender 24-7», som vil bli presentert i denne studien. Felles for disse er det at de gjerne har noen mer eller mindre konkrete mål om forbedring. Disse initiativene, være seg små eller store, vil alltid kreve noen ressurser i form av tid og oppmerksomhet som tas bort fra kjernevirksomheten i helsevesenet, nemlig pasientbehandlingen. Dette representerer en form for investering for at noe skal bli bedre på sikt, og at det skal komme nytte ut av prosjektet. Derimot er det gjennomgående i litteraturen at slike prosjekter ofte er suksessfulle initielt før den endrede adferden svinner hen over tid (Grol et al., 2013; Johnson & Sollecito, 2018), noe som representerer en trussel på flere nivåer. Det kan føre til fravær av forbedring og nytteverdi for befolkningen, redusert kostnadseffektivitet i helsevesenet og kan i verste fall føre til motstand mot senere forbedringsinitiativer (Hovlid, Bukve, Haug, Aslaksen, & Von Plessen, 2012) grunnet manglende nytte av investerte ressurser (Walugembe, Sibbald, Le Ber, & Kothari, 2019).

1.1.2 Fenomen - Implementering og varige endringer

Det er forsket mye på implementering i helsevesenet, men det er ikke før i de senere år at fokuset i større grad har dreid mot hva som gjør at den endrede adferden etter implementeringsprosjekter vedvarer over tid (Ament et al., 2017; Walugembe et al., 2019). I

tillegg er det få studier hvor oppfølgingsfasen er lenger enn 1 år (Hovlid et al., 2012), hvilket er kontroversielt da det beskrives at kontinuitet er en av nøklene for lykket med å skape varig forbedring (Ament et al., 2017). Hvilke faktorer som påvirker umiddelbar implementeringssuksess hvilke faktorer som fører til at endring vedvarer kan være vanskelig å skille, da mange faktorer beskrives som viktige for begge fenomener (Damschroder et al., 2009; Lennox, Maher, & Reed, 2018). Det er også en forutsetning at et forbedringsarbeid initielt må være vellykket for at man skal kunne ha muligheten til å analysere om forbedringen vedvarer over tid. Videre er det vanskelig å isolere de ulike faktorene i forskningen, da disse både er mange og sammensatte. Det er gjort flere forsøk på å samle disse faktorene i ulike rammeverk, både med hensyn til initiell forbedring og med hensyn til hva som skal til for at endring vedvarer over tid. I sine rammeverk beskriver både Damschroder et al. (2009) og Lennox et al. (2018) at den ytre setting som er en faktor som påvirker henholdsvis umiddelbar implementeringssuksess og vedvarende endring, samt at det er ulike underfaktorer som igjen spiller inn. Med den ytre setting menes gjerne de forhold utenfor den utøvende virksomheten som har påvirkningskraft på hvordan virksomheten fungerer. Eksempler på slike faktorer kan være lover og regler, direktiver fra myndigheter, incentiv, kosmopolitanisme eller gruppepress (Damschroder et al., 2009). Siden dette er så komplekse systemer så er det i forskningen svært vanskelig å isolere enkeltfaktorer for deretter å knytte sammen ulike årsaksforhold. I tillegg gjør tidsaspektet denne isoleringen enda vanskeligere når man skal se på hvordan en adferdsendring påvirkes over tid. Spesielt i en helsekontekst, hvor helsetjenesten er i konstant endring. Eksempelvis har de fleste virksomheter gjennomtrekk av personell og de kan være utsatt for endringer i incentiver, finansielle variasjoner eller endringer i direktiver og myndighetspress.

1.2 Kontekst - Pasientsikkerhet

En av dimensjonene i kvalitet og kvalitetsforbedring i helsetjenesten er pasientsikkerhet. For å forstå «pasientsikkerhet» er det lurt å forstå skillet mellom uttrykkene «kvalitet» og «pasientsikkerhet». Begrepene er to tett knyttede begreper som ofte presenteres sammen i de norske helsetjenestene, men de er ikke helt synonyme. Aase (2015, s.15) beskriver hvordan man kan se på pasientsikkerhet som en del av et større kvalitetsbegrep som omfatter flere ulike dimensjoner av en tjeneste. I Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring beskriver Helsedirektoratet (2019) pasientsikkerhet som «...vern mot unødig skade som følge av helse,- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser.».

Dette betyr et spisset fokus på å forebygge skade. På samme måte som at fraværet av forbedring er en trussel mot kostnadseffektivitet kan vi si at dårlig pasientsikkerhet representerer noe av det samme, da skade påført av helsevesenet kun vil føre til merutgifter.

1.2.1 Måling av pasientsikkerhet

Objektive målinger av pasientsikkerhet er en krevende øvelse. Dette er blant annet fordi noen av hendelsene er så sjeldne at det kan være vanskelig å måle og sammenlikne på tvers av sykehus, da enkelthendelser vil gi store utslag i statistikken (Aase, 2018). Målinger kan imidlertid gjøres på nasjonalt nivå, slik at utslagene i statistikken vil være noe mindre. I Norge måles pasientsikkerhet med et anerkjent verktøy kalt Global Trigger Tool (GTT) (Helsedirektoratet, 2021b; Aase, 2018). Dette er et verktøy som baserer seg på systematisk utdrag av pasientjournaler hvor man leter etter nøkkelinformasjon som indikerer om det har vært en pasientskade til stede eller ikke (Classen et al., 2011; Aase, 2018). Fordelt på et stort nok utvalg vil dette gi en viss forståelse av pasientsikkerheten i en helsevirksomhet. Det er imidlertid knyttet usikkerhet til målemetoden på bakgrunn av at det gjøres subjektive vurderinger av den enkelte pasientjournal. Tallene må derfor tolkes med hensyn til dette (Helsedirektoratet, 2021a). I Norge gjennomføres målinger av egne GTT-team i hvert helseforetak. Disse rapporterer til sentrale myndigheter som igjen sammenfatter statistikk for land og region (Helsedirektoratet, 2017, 2021b)

1.2.2 Pasientsikkerhet i Norge

Hvordan er det så med pasientsikkerhet i Norge? Det oppstod faktisk en pasientskade ved hele 13,1 prosent av alle somatiske sykehusopphold i 2020, basert på beregninger med GTT (Helsedirektoratet, 2021b). Selv om tallene har blitt noe bedre siden 2012 (Helsedirektoratet, 2021b), vitner denne prosentandelen ikke bare om belastning for den enkelte pasient, men også en økt belastning for helsetjenesten. Dette underbygges videre av tall som angir at pasientskader representerer ca 15 prosent av sykehuskostnader i OECD-land (Helsedirektoratet, 2020). Disse pasientskadene forekommer på tross av en signifikant satsning på å forbedre av pasientsikkerheten i Norge gjennom det siste tiåret. Når beregninger viser at svært mange av disse pasientskadene kunne vært unngått tydeliggjøres betydningen av, og behovet for effektfulle implementeringer som skaper varig forbedring (Helsedirektoratet, 2020).

1.2.3 Forbedring av pasientsikkerhet i Norge

Et av tiltakene som er gjort i Norge for å forbedre pasientsikkerheten i Norsk helsetjeneste er et nasjonalt omfattende program som ble kalt «Pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24-7», videre kun omtalt som «pasientsikkerhetsprogrammet» eller «programmet». Dette programmet representerer en betydelig satsning fra norske myndigheter for å bedre pasientsikkerheten i de norske helsetjenestene. Hvilke mål og metoder som er valgt blir presentert i de neste avsnittene.

1.2.3.1 Mål og oppstart

«Pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24-7» var en forlengelse av arbeidet som ble gjort i den foregående pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24-7» som hadde sin avslutning i 2013. Målet med programmet var å redusere pasientskader i Norge og hovedmålet ble delt i tre overordnede mål:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre sikkerhetskulturen i helsetjenesten

Programmet hadde oppstart i 2014, med en planlagt varighet på fem år. Programmets nedslagsfelt omfattet både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. For kommunene var det frivillig deltakelse, men for helseforetakene var deltakelse obligatorisk. Det ble skrevet evalueringer underveis og programinnholdet ble justert i samsvar med disse evalueringene. Programmet ble avsluttet som planlagt i 2018 og det ble laget en sluttrapport som ble utgitt av Deloitte (2019).

1.2.3.2 Verktøy og fremgangsmåte

Pasientsikkerhetsprogrammet var omfattende i organisering og nedslagsfelt. I de følgende avsnittene vil det gjøres kort rede for innsatsområdene og kriteriene for disse, samt spredningsmodellen som ble brukt i programmet.

1.2.3.2.1 Innsatsområder og kriterier for utvelgelse

Etter gitte kriterier fokuserte pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» på ulike innsatsområder. Kriteriene for valg av innsatsområder baserte seg på potensiale for forbedring, dokumentert effekt, gode metoder for evaluering og støtte i norske fagmiljøer (Pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24-7, Ukjent år). Noen av tiltakene ble videreført fra pasientsikkerhetskampanjen, mens andre tilkom etter hvert, basert på tilbakemeldinger og evalueringer. Ved avslutningen av programmet fantes det 19 innsatsområder (Deloitte, 2019). Det ble utarbeidet en tiltakspakke for hvert innsatsområde, og de aktuelle virksomhetene skulle rapportere hvor langt de hadde kommet med sine tiltakspakker. Disse tiltakspakkene inneholdt flere verktøy som skulle ha dokumentert effekt. (Deloitte, 2019; Pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24-7, 2017)

1.2.3.2.2 Spredning og læringsnettverk

Pasientsikkerhetsprogrammet organiserte læringsnettverk for hvert innsatsområde, basert på «the breakthrough model» fra Institute for Healthcare Improvement (IHI). Læringsnettverkene skulle bidra til å spre kunnskap om programmet, gi opplæring i spisset kvalitetsarbeid mot det aktuelle innsatsområdet, samt deling og utveksling av egne erfaringer mht. operasjonalisering av tiltakene. Læringsnettverket var delt i tre samlinger hvor deltakere fra ulike helseforetak skulle delta. De hadde en varighet fra over seks til ni måneder, og det var en tydelig konkretisert plan for gjennomføring og oppfølging av tiltakspakkene mellom samlingene.

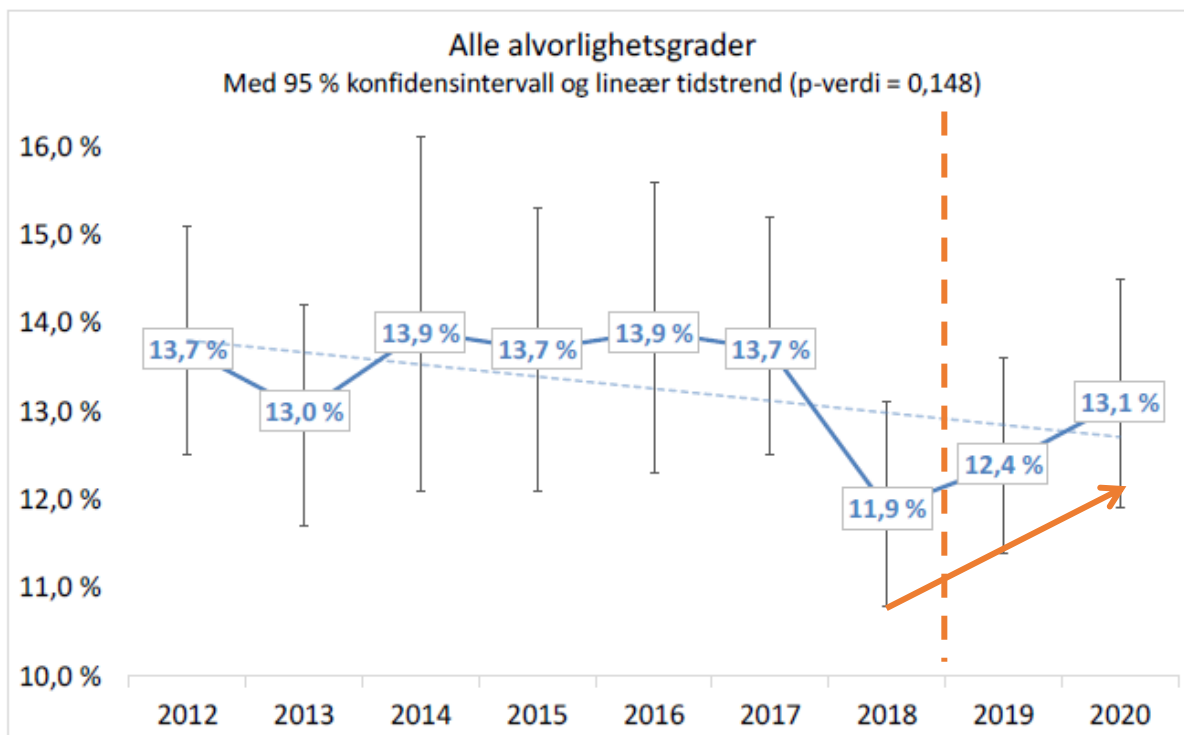
1.2.3.4 Tiden etterpå

Når programmet ble avsluttet i 2018 forandret rammene seg noe for de deltakende virksomhetene. Rent formelt ble den formelle strukturen i pasientsikkerhetsprogrammet opphevet og «sekretariatet», som var ansvarlig for programmets daglige drift, gikk over til å bli «avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet» i Helsedirektoratet. Programmets styringsgruppe, som vedtok alle sentrale beslutninger for programmet, ble oppløst, og ansvaret for å følge de nasjonale retningslinjene for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid ble med dette i stor grad ført over til de vanlige styringslinjene (Deloitte, 2019; Helsedirektoratet, 2019). Med denne endringen gikk man fra å styre arbeidet med pasientsikkerhet gjennom et universelt nasjonalt program som gjelder for hele den offentlige helsetjenesten til at ansvaret for operasjonaliseringen ble fordelt på de lokale

aktørene. Kravet til nasjonal rapportering på innsatsområder og oppfølging av disse falt med dette bort. Dette betyr mer frihet til de utøvende virksomhetene, men også betydelig mindre myndighetspress. To tydelige eksempler på dette er at de rettede tiltakspakkene har gått over til å bli aktuelle «normerende retningslinjer» eller «faglige anbefalinger» (Helsedirektoratet, 2019). Altså, fra noe virksomheten *må* følge til noe den *kan* eller *bør* følge. Videre er læringsnettverk i regi av pasientsikkerhetsprogrammet opphørt. Når det kommer til ressursallokasjon fremstår det usikkert hvorvidt denne endringen, hvor de regionale helseforetakene har fått et økt ansvar for oppfølging, har gitt noen økning i ressurser for å drive det organisatoriske arbeidet som kreves for å operasjonalisere forbedringsvirksomheten lokalt. Dersom dette har kommet i tillegg til virksomhetenes vanlige drift kan det bety at en lokal forankring av dette arbeidet i større grad vil kunne medføre en alternativkostnad for de enheter som nå har ansvar for å drifte og følge opp arbeidet.

1.2.3.5 Effekt

Som nevnt i avsnitt 1.2.2, har pasientsikkerheten i Norge bedret seg i perioden siden 2012, med den laveste og beste rapporteringen i 2018 (Helsedirektoratet, 2021b). Dette er det samme året programmet ble avsluttet, og slik sett kan det argumenteres for at pasientsikkerhetsprogrammet kan ha hatt en positiv effekt på pasientsikkerheten i Norge. En av programmets målsettinger var også å etablere varige strukturer for pasientsikkerhetsarbeid, noe som betyr at det er ønskelig at effekten også skal vare utover programmets aktive periode. Det har imidlertid ikke blitt publisert sammenliknende trendanalyser av forskjellene mellom før og etter at pasientsikkerhetsprogrammet opphørte. Det vi derimot kan se av de allerede publiserte dataene, er at i perioden etter programmet, hvor det finnes målinger, er tallene på pasientskader i Norge økende fra 2018 til 2020, jmf. figur 1 hentet fra Helsedirektoratet (2021b). I den samme rapporten beskriver Helsedirektoratet en økning i fire av fem kategorier, med unntak av den aller mest alvorlige kategorien. Utover dette foreligger det per i dag ingen kjent plan om å evaluere langtidseffekten av pasientsikkerhetsprogrammet, og det er i dette skjæringspunktet denne studien vil operere. Det presiseres at tallene må tolkes med stor varsomhet da det er mange faktorer som spiller inn. Det er allikevel mulig å tenke seg at det var et skille i utviklingen fra tiden før til tiden etter at pasientsikkerhetsprogrammet var aktivt.



Figur 1. Figuren er hentet fra "Pasientskader i Norge 2020" av Helsedirektoratet (2021b) og viser pasientskader i Norge målt med GTT, alle alvorlighetsgrader. Oransje pil og striplet linje er tillagt for å visualisere tidspunktet pasientsikkerhetsprogrammet ble avsluttet og trenden den siste perioden og er IKKE en del av originalutgivelsen.

1.2.4 Aktualisering av kontekst

Når vi ser på hovedmålene som var satt for programmet representerer mål nummer to, «bygge varige strukturer for pasientsikkerhet», et fokus på at den aktuelle forbedringen også skal vare etter at programmet er avsluttet (Deloitte, 2019). Det er to ting som gjør denne konteksten både interessant og aktuell. Det første er hvorvidt programmet har fungert som en driver for kvalitetsforbedring gjennom at programmet var obligatorisk å følge for spesialisthelsetjenesten. For det andre er det interessant hvordan programmet legger opp til at erfaringsutveksling på tvers av virksomhetene gjennom læringsnettverk, skal bidra positivt til at virksomhetene skal lykkes med forbedringsarbeidet. Dette samsvarer med både hva Damschroder et al. (2009) og Lennox et al. (2018) beskriver kan påvirke implementeringsarbeid og atferdsendring, noe som gjør denne konteksten svært aktuell for å undersøke hva som skjer når nettopp den ytre settingen forandrer seg.

1.3 Teoretisk utgangspunkt

Som tidligere beskrevet i innledningen er det hvordan den ytre setting påvirker et forbedringsarbeids evne til å vedvare over tid det er aktuelt å undersøke. Og på bakgrunn av konteksten med pasientsikkerhetsprogrammet rettes det fokus mot to underelementer av ytre setting; myndighetspress gjennom politiske direktiver og kosmopolitanisme.

1.3.1 Myndighetspress gjennom politiske direktiver

Styring gjennom politiske direktiver er et vanlig verktøy for myndigheter å styre tjenester på. Det er noen kjennetegn ved denne typen styring som anses å være positive drivere for implementering og noen kjente barrierer.

1.3.1.1 Ressursallokasjon og alternativkostnad

Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, og Kyriakidou (2004) beskriver at politiske direktiver kan ha positiv innvirkning på implementeringssuksess, og de tillegger spesielt vekt på evnen politiske direktiver har til å påvirke hvor store ressurser som blir tilgjengeliggjort for kvalitetsarbeid. De skiller med dette mellom prosjekter der det følger ressurser med kvalitetsarbeidet og der det kun pålegges føringer uten at det følger med ressurser. Dette kan føre til økt motivasjon og kortsiktig måloppnåelse på det området som det er satt søkelys på. Ulempen med dette er at en slik ressursallokasjon kan ha negative konsekvenser, i form av en alternativkostnad der andre sider av tjenesten mister sitt fokus og vil tape kvalitet på bekostning av det pålagte fokuset fra myndighetene (Nilsen, Stahl, Roback, & Cairney, 2013; Strehlenert, Hansson, Nystrom, & Hasson, 2019).

1.3.1.2 Autonomi og forankring

Videre beskriver (Strehlenert et al., 2019) hvordan en pålagt politisk føring kan være et godt incentiv til å forbedre kvalitetsarbeidet, men også at det kan true den enkeltes virksomhets autonomi, som kan føre til motstand i organisasjonen (Waring & Currie, 2009). Nilsen et al. (2013) beskriver dette som «top down» styring, der styring gjennom politiske direktiver i mange tilfeller kan oppfattes som sterk styring uten at den utførende virksomheten har reell innflytelse på hvordan implementeringen skal foregå og utøves. I mange slike tilfeller vil den utførende virksomheten adaptere og tilpasse enkelte av målepunktene for å tilfredsstille deler

av det som er pålagt fra myndighetene og bevare en viss grad av autonomi (Waring & Currie, 2009). Dette er i kontrast til «bottom-up» perspektivet, hvor Nilsen et al. (2013) vektlegger viktigheten av å inkludere mottakerens normer, verdier og regler som viktige fasilitatorer for vellykket implementering av politiske føringer.

1.3.1.3 Umiddelbar implementeringssuksess eller varig endring?

Nevnte teorier, som beskriver hvordan implementering gjennom politiske føringer påvirkes er i svært stor grad knyttet til umiddelbar implementeringssuksess. Hittil er det svært liten forskning som undersøker hvordan ulike dynamikker i ytre setting spiller inn på hvorvidt en endring varer over tid. Dette understreker behovet for å finne ut hvorvidt de samme faktorene som påvirker umiddelbar implementeringssuksess også påvirker vedvarende endring på samme måte.

1.3.2 Kosmopolitanisme og læringsnettverk

En annen faktor som omtales som en positiv driver for implementering er kosmopolitanisme. Dette omtales som fenomenet hvor virksomheter stimuleres gjennom å utveksle erfaringer gjennom ulike nettverk (Damschroder et al., 2009; Rashman & Hartley, 2002). Nettverkene kan ha ulike utforminger og ulikt innhold. Pasientsikkerhetsprogrammet støttet seg til teorien om kosmopolitanisme når de la til rette for og organiserte læringsnettverkene, som nettopp skulle stimulere til erfaringsutveksling på tvers av de deltakende virksomhetene. Dette ble rapportert som verdifullt for deltakerne gjennom hele perioden (Deloitte, 2019).

1.3.2.1 Suksesskriterier

Årsakene som gjør kosmopolitanisme til en driver for forbedringsatferd er flere, og noen av årsakene er knyttet til ulike kjennetegn ved nettverket. Eksempelvis pekes det i litteraturen på at et forbedringsnettverket må vise at andre liknende virksomheter har gjort, eller planlegger å gjøre, de samme forbedringene som mottakeren for at det skal stimulere til motivasjon og endringsvilje (Greenhalgh et al., 2004). På mellommenneskelig plan beskrives det at sammensetningen i nettverket drives av sammenliknbarhet mellom deltakerne i forbedringsnettverket, eksempelvis mht kultur, sosioøkonomisk status og profesjon (Greenhalgh et al., 2004). Prinsippet om likhet virker også gjeldende om homogenitet i

intervirksomhetsnettverk (nettverk mellom ulike bedrifter). Virksomheter som er vel etablert i slike nettverk assosieres med større sannsynlighet for å lykkes med kvalitetsforbedringsinitiativ (Greenhalgh et al., 2004; Rashman & Hartley, 2002).

1.3.2.2 Trusler

Øvretveit et al. (2002) viser til at formelle og eksterne nettverkssamarbeid ofte, men ikke alltid er assosiert med suksessfull implementering. Dette er på bakgrunn av at de er dyre og vanskelige å måle effekten av. I de tilfeller der det er konkurranse innad i nettverket kan konkurransen også virke som et negativt incentiv til å drive erfaringsutveksling (Rashman & Hartley, 2002). Dette reiser spørsmålet om kosmopolitanisme har en annen rolle når det kommer til å påvirke vedvarende endring over tid enn for umiddelbar implementeringssuksess.

1.3.3 Perspektiv

I dette kapitlet er det introdusert hvordan en endring i en virksomhets ytre setting kan påvirke forbedringsadferd over tid. I forlengelsen av dette det viktig at endring av adferd forstås i sammenheng med hvilket perspektiv den som skal endre adferd faktisk har. Er det en leder som skal implementere et myndighetsbasert forbedringsarbeid, eller er det en sykepleier som skal utføre målinger eller ta i bruk verktøy knyttet til pasientsikkerhetsarbeid? Dette er vesentlige faktorer som kan påvirke hvordan endringer i den ytre settingen oppleves og således spiller inn på hvordan den aktuelle personen utøver sin profesjon. Et viktig skille i så måte er hvorvidt den enkelte aktør har lederverv eller ikke. Forskning viser hvordan pålagte programmer kan bidra til å skape motstand mot endring dersom de oppleves som ledelseskapte fenomener, og spesielt dersom den enkelte fagperson ikke ser direkte nytte for seg selv, avdelingen eller pasienten (Waring & Currie, 2009). Videre beskriver Waring og Currie (2009) hvordan slike systemer kan bidra til å true den enkelte fagarbeiders autonomi, gjennom at man i større grad er en del av et byråkratisk system, mer enn at man tar frie medisinske beslutninger. Dette impliserer viktigheten av å analysere fenomenet fra to sider, både fra de som er ledere og de som ikke er ledere. De to gruppene kan oppleve et myndighetsbasert program ulikt, også fordi de har også ulik rolle i implementeringen. Et relevant eksempel er at ledere er rapportert å ha større tiltro til verktøy knyttet til pasientsikkerhet (Hagen, 2019). Videre påpekes ledernes rolle i spredning av myndighetsbaserte programmer som en viktig

del av hva som skal til for å lykkes med varig implementering (Deloitte, 2019; Waring & Currie, 2009). Deloitte (2019) knytter dette direkte til rollen en leder har mht. etterspørsel etter og oppfølging av resultater, kommunikasjon og stimulering til initiativer, i sin rapport fra Pasientsikkerhetsprogrammet.

1.4 Disposisjon

Med denne innledningen er studiens målsetting å belyse varig endring i helsevesenet ved bruk av systematisk forskningsmetodikk. Kapittel to vil nærmere belyse studiens hovedmålsetting og hvilke spesifikke forskningsspørsmål det er ønskelig å besvare. Videre vil metodikken for å besvare disse forskningsspørsmålene i bli beskrevet i kapittel tre. Deretter følger kapittelet om oppgavens resultater og dernest diskusjon av disse resultatene i relasjon til eksisterende teorigrunnlag. Mot slutten av diskusjonskapittelet vil styrker og begrensninger ved studien bli gjort rede for, før studiens konklusjon blir presentert.

2.0 Problemformulering og forskningsspørsmål

På bakgrunn av ovennevnt teori og redegjørelse av kontekst vil studien ha som hovedmålsetting *å gjøre rede for ansatte og lederes syn på hvorvidt pasientsikkerhetsprogrammets strukturer har tilført varig forbedring og hvorvidt et slikt program påvirker spesialisthelsetjenesten med hensyn til suksessfull implementering over tid.* Studien vil adressere følgende undertemaer, presentert i tre deler: Del A, Del B og Del C.

2.1 Del A – Varig forbedring

Del A vil belyse pasientsikkerhetsprogrammet og fenomenet varig forbedring, og vil forsøke å gjøre rede for om pasientsikkerhetsprogrammet har klart å etablere varige strukturer for pasientsikkerhetsarbeid gjennom følgende forskningsspørsmål:

1. I hvilken grad opplever ansatte i spesialisthelsetjenesten hvorvidt pasientsikkerhetsprogrammet sine strukturer bidrar til å forbedre pasientsikkerheten på sin avdeling i dag?
2. Hvordan er utviklingen i kjennskap til programmet og hvordan er sammenhengen mellom programkjennskap og suksessfull implementering over tid?

2.2 Del B – Endring i den ytre setting

I del B vil studien undersøke hvordan endringer i en virksomhets ytre setting kan påvirke et myndighetspålagt kvalitetsarbeid over tid. I denne delen vil det bli rettet fokus mot hvilke drivere og barrierer som assosieres med varig endring innenfor teorien rundt myndighetspress og kosmopolitanisme, som er gjort rede for i innledningen.

1. I hvilken grad har endringer i den ytre settingen påvirket implementeringen og oppfølgingen av pasientsikkerhetsprogrammet?
2. Hvilke drivere/barrierer oppleves som viktigst for varig forbedring?

2.3 Del C – Lederverv og perspektiv

Som en tilleggsmålsetting vil studien forsøke å belyse hvorvidt problemstillingene i Del A og Del B påvirker ledere i helsetjenesten på en annen måte enn andre ansatte. Spesifikt følgende forskningsspørsmål:

1. Oppfatter ledere myndighetspress på en annen måte enn andre ansatte?
2. Har ledere ulik oppfatning av hvilke drivere eller barrierer som spiller inn på vellykket implementering?

3.0 Metode

Valg av metode er essensielt for å adressere studiens problemstilling. Studiens hovedmål er å gjøre rede for ansatte og lederes syn på hvorvidt pasientsikkerhetsprogrammets strukturer har tilført varig forbedring og hvorvidt et slikt program påvirker spesialisthelsetjenesten med hensyn til suksessfull implementering over tid. Dette impliserer at vi er nødt til å hensynta faktoren tid, så vel som å fange et øyeblikksbilde av dagens situasjon. I dette kapittelet vil jeg forklare nærmere om bakgrunnen for det designet som er valgt, inklusjonskriterier og strategi for innsamling av data. Avslutningsvis vil det redegjøres for analysens og studiens begrensninger.

3.1 Studiedesign

For å adressere oppgavens problemstilling ble det valgt en tilnærming der vi objektivt ønsker å undersøke studiens brede problemstilling gjennom ansatte på aktuelle avdelinger sin

virkelighetsoppfatning. Siden fenomenet som undersøkes er «varig endring», impliserer dette at det vil være hensiktsmessig å inkludere enkelte longitudinelle verdier i undersøkelsen. Med dette som bakgrunn er det valgt en kvantitativ metode via innhenting av data gjennom nettbaserte spørreskjemaer. Dette er en vel etablert metode for å innhente kvantitative data (Bordens & Abbott, 2008). Denne metoden representerer et tverrsnittstudium som kan sammenliknes med historiske data, noe som vil tilføre den longitudinelle verdien i studien. Slik muliggjøres sammenlikning av innsamlet data med Deloitte sin sluttrapport om pasientsikkerhetsprogrammet fra 2019. Sammenlikning av disse dataene forutsetter at utvalgene kan sammenliknes, noe som legger føringer for hvordan dataen bør innsamles. En nettbasert spørreundersøkelse representerer en liten investering for den enkelte respondent, og et slikt design vil være mulig å gjennomføre på en hensiktsmessig måte med denne studiens tidsbegrensning og øvrige rammefaktorer. Denne type undersøkelser er et godt verktøy for å nå ut til store grupper mennesker spredt over flere virksomheter. Det er ikke etterspurt objektive data, som for eksempel målinger av pasientsikkerhet på den enkelte avdeling. Dette er gjort med hensyn til studiens omfang, da det ville representert en enorm jobb å finne relevante og valide objektive mål. En slik tilnærming ville også vært sårbar, ved at man kun måler et mindre utvalg. Dette kunne potensielt gi store utslag i resultatene, og det ville være svært vanskelig å knytte slike objektive målinger til de enkelte svarene på undersøkelsen.

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Inklusjon

Pasientsikkerhetsprogrammet var rettet mot hele den offentlige helsetjenesten i Norge, men den var kun obligatorisk for spesialisthelsetjenesten. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten kunne delta, men dette var valgfritt. Denne valgfriheten kan spille inn på hvordan implementeringen av pasientsikkerhetsprogrammet har foregått. Spesielt vil denne frivilligheten kunne påvirke faktorene som omhandler myndighetspress og opplevd etterspørsel etter å drive systematisk arbeid med pasientsikkerhetsprogrammet, og dermed kunne påvirke resultatene i studien. Det kunne vært interessant å bruke den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kontrollgruppe, men dette er ikke valgt da det er usikkert hvorvidt populasjonene er representative for hverandre mht. arbeidsoppgaver, struktur, kultur o.l. I tillegg hadde omfanget vært for stort til å kunne gjennomføres som en masteroppgave.

Hvilke spesifikke avdelinger innad i de ulike helseforetakene som er inkludert er overlatt til skjønnsmessige vurderinger. Hovedårsaken til dette er at denne strategien ble valgt i Deloitte sin undersøkelse fra 2019, noe som spiller inn på denne studien, fordi det er ønskelig å undersøke utviklingen over tid. Deloitte beskriver i sin sluttrapport fra 2019 hvordan de lot det være opp til den enkelte programansvarlig på hvert enkelte helseforetak hvilke avdelinger som ble inkludert i undersøkelsen. Dette er det samme kriteriet som er lagt til grunn når denne undersøkelsen er distribuert. Det presiseres her at dette ikke er ideelt, da utvalget ikke lenger er helt tilfeldig. Tilfeldige utvalg har større overføringsverdi til den totale populasjonen (Bordens & Abbott, 2008), men det er i dette tilfellet ikke mulig. Implikasjonene for dette vil bli diskutert i kapittel 5.

Som nevnt tidligere i dette kapittelet er det den ansatte sin subjektive oppfatning av situasjonen på sin arbeidsplass som belyser studiens problemstilling. Dette betyr at populasjonen som ble valgt er ansatte i helsetjenesten. Utvalget av respondenter som ble inkludert var leger, sykepleiere, ledere og annet klinisk personell, samt enkelte aktuelle stabsfunksjoner. Utvalget ble valgt av hensyn til tre hovedårsaker. For det første kan det argumenteres for at denne gruppen er et godt representativt utvalg som vil tilføre studien validitet. Denne gruppen sitter på verdifull informasjon og erfaringer knyttet til hvordan pasientsikkerhet og forbedringsarbeid arbeides med på sin avdeling. Videre var det viktig at muligheten til å sammenlikne over tid ble ivaretatt. Derfor er utvalget i denne studien forsøkt å gjøre så representativt som mulig som utvalget fra Deloitte sin undersøkelse fra 2019. Til slutt er en slik tverrfaglig tilnærming, hvor ulike yrkesgrupper er involvert, mindre sannsynlig å gi skjevhet i resultatene enn om det var en enkelt yrkesgruppe som ble inkludert. Det er ikke et kriterium for deltakelse at den enkelte respondent har deltatt enten i tidligere undersøkelser eller på selve pasientsikkerhetsprogrammet. Årsaken er at studien har som formål å undersøke den generelle situasjonen i helsetjenesten, uavhengig av tidligere deltakelse eller programkjennskap og at potensielt manglende programkjennskap i utvalget er et funn i seg selv.

3.2.2 Innsamlingsstrategi

For å muliggjøre tidslinjestudier var det ønskelig å replisere datainnsamlingsmetoden til Deloitte (2019) i så stor grad som mulig. Metoden som ble fulgt i denne studien, gikk ut på å

la programledere for det enkelte helseforetak distribuere undersøkelsen til aktuelle avdelinger og respondenter. Alle de fire regionale helseforetakene (RHF) ble forespurt om kontaktinformasjon til de aktuelle programlederne for samtlige helseforetak (HF) innen RHF'et. Av disse forespørslene ble to besvart, hhv. Helse Midt og Helse Nord. Derfra ble de oppgitte programlederne kontaktet med forespørsel om deltakelse og distribusjon av undersøkelsen. Av disse Helseforetakene var det to sykehus som ønsket å delta, som distribuerte undersøkelsen til aktuelle avdelinger. Etter en revisjon ble det besluttet at denne datainnsamlingsmetoden ikke ga mange nok respondenter for å belyse problemstillingen. Det ble derfor besluttet å aktivt oppsøke «avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet», eller tilsvarende, i helseforetakene der det aktuelle RHF'et ikke oppga kontaktinformasjon i første runde. Forespørselen var den samme som i den primære strategien. I denne runden var det to helseforetak som ønsket å distribuere undersøkelsen til aktuelle avdelinger. Dette inkluderte Oslo Universitetssykehus HF, der undertegnede kunne bidra med distribusjonen av undersøkelsen på vegne av helseforetaket. Til slutt ble aktuelle fagforbund, der mange av de aktuelle respondentene kunne vært medlem, forespurt om å bidra med distribusjonen. Det ønsket de ikke. Hvilken betydning datainnsamlingsmetoden har for resultatene vil bli diskutert senere i oppgaven. Det ble oppfordret til å sende ut to forespørslers om å svare på undersøkelsen med noe mellomrom. Det er usikkert i hvilken grad dette ble fulgt opp, da det ikke fantes noen god metode for å kontrollere for dette.

Flere av helseforetakene meldte tilbake at de ikke ønsket å bruke ressurser på å distribuere og besvare undersøkelsen grunnet den pågående covid-19-pandemien. Pandemiens påvirkning vil bli diskutert senere i oppgaven.

3.3 Spesifikasjoner ved undersøkelsen

Datainnsamlingen ble gjort gjennom verktøyet SurveyXact fra Rambøll group. Undersøkelsen ble distribuert via epost til aktuelle respondenter. I eposten fulgte en lenke og en QR-kode for å komme inn i undersøkelsen. Første side av undersøkelsen beskriver formålet med studien, hva det innebærer å delta, samt hvordan personopplysninger og datamateriale behandles. Første spørsmål i undersøkelsen var om deltakeren samtykket til deltakelse. Dersom deltakeren ikke samtykket, ble undersøkelsen umiddelbart avsluttet. Med bakgrunn i at distribusjonen måtte gå gjennom flere ledd ble ikke deltakerne registrert og indentifisert

automatisk. Derfor måtte deltakeren selv indentifisere seg med egen epostadresse. Det betyr at den enkelte respondent kan ha valgt å svare flere ganger og oppgitt ulik epostadresse, men sannsynligheten for dette blir ansett som liten. I tillegg anses det potensielle antallet for dette som så lite i forhold til det totale antall besvarelser at det ikke ville ha signifikant utslag på resultatene.

Spørsmålene respondentene oppfordres til å svare på vil relateres til tre kategorier. Første kategori omhandlet spørsmål om deltakerens stilling og andre relevante rammefaktorer. Andre kategori var spørsmål om ulike resultatvariabler som skulle fortelle noe om dagens situasjon mht. pasientsikkerhet og programimplementering. Den siste kategorien var spørsmål om de ulike teoriene innenfor oppgavens teoretiske rammeverk, og kan sees på som forklaringsvariabler. Spørsmålsformen besto blant annet av likert-spørsmål, hvor respondenten skulle vekte en påstand eller et utsagn, samt andre direkte spørsmål knyttet til nevnte variabler. Likert-formuleringene kan være offer for skjev vekting, eksempelvis «ja-siing» (Hellevik, 2020). Betydningen av dette blir diskutert i kapittel 5.4. De aktuelle spørsmålene kan sees i vedlegg nr 1, spørreskjema. Respondentene er spurt om sin subjektive vurdering av svarene. Undersøkelsen inneholdt totalt 28 spørsmål og estimert tidsbruk var mellom 5 og 7 minutter per deltaker.

3.4 Avgrensninger

3.4.1 Teoretiske avgrensninger

I en studie hvor en ønsker å undersøke hvorvidt et program har ført til varige endringer i atferd over tid ville det også vært interessant å undersøke sikkerhetskulturen. Derimot har denne studien valgt å ikke fokusere på dette, da det ikke finnes noen «benchmark-målinger» som kan vise endringen siden PSP ble avsluttet. Dette fordi de i PSP endret måleparameterne underveis i programmet, hvilket gjør det vanskelig å sammenlikne utviklingen på dette feltet (Deloitte, 2019).

3.4.2 Litteratur – søk og avgrensninger

Det ble gjennomført strukturerte søk for å finne relevant og oppdatert teori om temaet. Databasene som ble brukt var «Web of science» og «PubMed» og det ble kun søkt på engelsk.

Disse databasene presenterer et bredt spekter av forskning både innenfor helsesektoren og andre relevante sektorer hvor det er forsket på implementeringsteori. Resultatene ble filtrert etter relevans. Videre ble noen artikler plukket ut og inkludert dersom disse ble referert til i de allerede inkluderte artiklene. I tillegg ble det inkludert relevante artikler og bøker fra pensumlistene til Universitetet i Bergen sitt masterstudium innen helseledelse. Artikler og faglitteratur som ikke er tilgjengelig gjennom Universitet i Bergen sine tilganger er utelatt fra studien. Det gjelder også studier som er skrevet på andre språk enn norsk og engelsk. Videre er studier gjort på lav-inntektsland tillagt mindre vekt da overføringsverdien til norske forhold kan være svekket.

3.5 Personvern og etiske vurderinger

3.5.1 Etiske vurderinger

Det var frivillig å delta i studien. Alle deltakere måtte oppgi godkjent samtykke etter å ha blitt presentert et informasjonsskriv om hva det innebærer å delta i studien. Skrivet ble utarbeidet etter en mal fra Norsk senter for forskningsdata (Ukjent årstall), og omhandler hvordan personopplysninger og datamateriale blir behandlet. Den enkelte deltaker kunne når som helst trekke sitt samtykke og få slettet sine opplysninger, samt få kopi av sine opplysninger. Deltakelse i studien påvirker ikke den enkeltes arbeidsforhold og data blir ikke presentert på en slik måte at det er mulig å gjenkjenne enkeltsvar. Studien er økonomisk uavhengig og bærer ingen heftelser. Det er med dette forsøkt å hensynta de mulige fortolkningskjevheter som potensielt kan oppstå ved presentasjon av data og argumenter, sett i lys av at all data som presenteres i studien potensielt inneholder et element av fortolkning gjennom det perspektiv det blir fortalt fra (Wifstad, 2018).

3.5.2 Databehandling

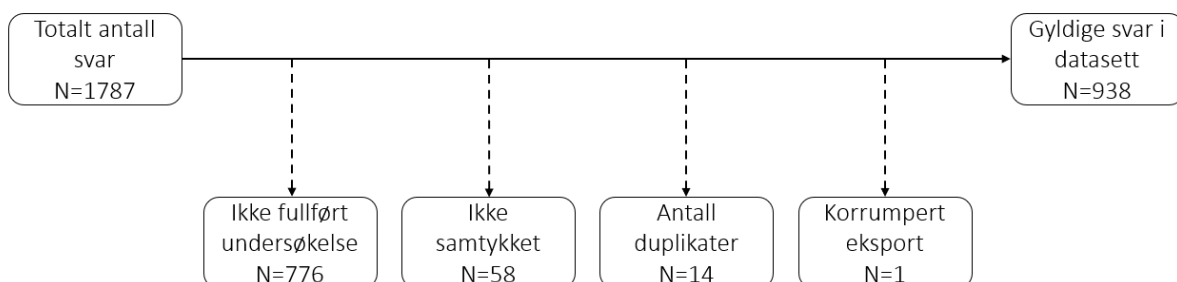
Deltakerne i undersøkelsen er anonyme. Det blir ikke hentet inn fullt navn og det er kun respondentens egen oppgitte epostadresse som brukes til å skille respondentene fra hverandre. Når datainnsamlingsperioden var ferdig, ble respondentens epostadresse erstattet med en kode. Nøkkelen mellom koden og epostadressen ble passordbeskyttet før det ble lagret separat fra datasettet. I denne studien ble det innhentet følgende personopplysninger; arbeidsplass på helseforetaksnivå, lengde på nåværende ansettelsesforhold, fagområde, stillingskategori og ledernivå. Innhenting av personopplysninger og oppbevaring av data ble godkjent av UiB

sitt personvernorgan før innhenting startet. Dataene slettes når oppgaven er levert og bestått og senest 01.06.2023. I tillegg til å verne deltakernes personopplysninger bidrar også anonymiseringen til å motvirke fortolkningskjevheter, da informasjon om de aktuelle deltakerne kan påvirke forfatterens evne til å tolke resultatene på nøytralt vis (Wifstad, 2018).

3.6 Datanalyse

3.6.1 Filtrering og utvalg

For å klargjøre datasettet for videre analyse måtte det gjennom en filtreringsprosess. Det totale svarantallet var $N=1787$. For at et svar skulle være gyldig ble det lagt til grunn at hele undersøkelsen måtte være gjennomført og at det ikke skulle være noen duplikater. Førstnevnte var for at det skulle være mulig å spore duplikater for å unngå skjevhet i utvalget. Alle duplikater ble fjernet da det kunne være variasjon mellom de ulike svarene, og det ville være umulig å filtrere ut kun de ugyldige svarene. Antall duplikater var 7, så det var 14 besvarelser som ble slettet.



Figur 2. Denne figuren viser filtreringsprosessen og hvor mange svar som ble ekskludert i hvert ledd.

3.6.2 Generelt om analysen

For å analysere dataen er det brukt IBM SPSS Statistics versjon 27. Første ledd i analysen var en deskriptiv analyse av kategoriske data. Mellom aktuelle variabler ble det gjort korrelasjonsanalyser for å undersøke sammenhengen mellom variablene, fortrinnsvis ved bruk av Pearsons korrelasjonsanalyse.

3.6.2.1 Vekting av ordinale verdier

De ordinale variablene som er undersøkt er rangert positivt økende. Hvert svar med positivt ladet svar gir høy verdi. Negativt ladde spørsmål er skåret med omvendt system, slik at høy verdi også her er positivt ladd. Svaralternativet «vet ikke» er skåret til manglende svar og påvirker ikke gjennomsnittsverdier i de tilfeller det er aktuelt.

3.6.2.2 Resultatvariabler og indeksering

Grunnet kombinasjonen av mangel på objektiv data på pasientsikkerheten på den enkelte avdeling og sårbarheten ved å gjøre analyser opp mot enkeltspørsmål, var det ønskelig å lage en mer finmasket indeks. Indeksen skulle fortelle noe om hvorvidt pasientsikkerhetsprogrammet var i bruk, om pasientsikkerheten hadde blitt bedre på den aktuelle avdeling og om respondenten oppfattet at Pasientsikkerhetsprogrammet hadde bidratt til dette. For å oppnå dette ble variablene «antall innsatsområder», «opplevd utvikling av pasientsikkerhet» og «pasientsikkerhetsprogrammets påvirkning på pasientsikkerheten» summert til en egen indeks. Svarene som ikke ga noe verdi, altså «vet ikke»-kategorien, ble byttet ut med gjennomsnittsverdi for den aktuelle variabelen. Indeksen omtales senere i oppgaven som «indeks for suksessfull implementering». Merk at «suksessfull implementering» her også inneholder et tidselement som sier noe om at det er snakk om vedvarende endring over tid. Bakgrunnen for at disse variablene ble valgt var argumentet om at de som skåret høyt, jobbet på en avdeling hvor de brukte flere innsatsområder som bidrar til bedre pasientsikkerhet også etter at pasientsikkerhetsprogrammet er avsluttet. For å kunne indeksere variabler må det være en sammenheng mellom variablene for at indeksten skal kunne anses som reliabel. Reliabilitetsanalysen ga en Cronbachs alfa-verdi =,672. Hvorvidt dette tallet kan anses som reliabelt er omdiskutert. Eksempelvis viser Field (2009) til at verdien bør være større enn 0,8, mens en gjennomgang av Taber (2018) viser til at tallet kan anses som «tilfredsstillende» (fra «satisfactory») og på bakgrunn av dette ble indeksten benyttet i videre analyser. Betydningen av disse vurderingene vil bli omtalt i diskusjonsdelen senere i oppgaven.

3.6.3 Analyse av Del A – Varig forbedring

I analysen i Del A, hvor det ble forsøkt å belyse pasientsikkerhetsprogrammet og fenomenet varig forbedring, ble det først gjort en deskriptiv analyse, samt sammenlikning av

frekvensdata mellom denne studiens utvalg og utvalget til Deloitte (2019), for å analysere endringer over tid, der det var mulig.

3.6.4 Analyse av Del B – Endring i den ytre setting

For å adressere endring i en virksomhets ytre setting ble det gjort tosidige Pearson (r) korrelasjonsanalyser av om opplevd utvikling i etterspørsel av pasientsikkerhetsarbeid påvirket indeks for suksessfull implementering. Samme test ble brukt mellom forklaringsvariablene og nevnte indeks. Videre ble det gjort deskriptive sammenlikninger mellom de ulike forklaringsvariablene for å adressere hvilke som ble oppfattet som mest betydningsfulle.

3.6.5 Analyse av Del C – Lederverv og perspektiv

Studiens tilleggsinnstilling, hvor det er ønskelig å belyse hvorvidt problemstillingene i Del A og Del B påvirker ledere i helsetjenesten på en annen måte enn andre ansatte, ble analysert med samme metode som Del A og Del B. Til forskjell fra analysen i de øvrige delene er utvalget her splittet i to deler; de respondentene som oppgir «ikke leder» og den resterende del av respondentene som oppgir at de har lederverv. Deretter ble analysene kjørt på nytt med disse to utvalgene.

4.0 Resultater

Dette kapitlet vil innledes med bakgrunnsinformasjon om utvalget. Deretter vil de viktigste resultatvariablene bli presentert, før nøkkelstatistikk som er relevant for studiens forskningsspørsmål Del A og Del B blir presentert, og analyse av denne avslutter kapitlet. Resultatene som er relevant for Del C vil bli flettet inn og presentert sammen med de to andre delene. Deskriptiv statistikk vil bli presentert i tabellform under de enkelte overskriftene, mens korrelasjonsanalyser blir presentert mot slutten av kapitlet. Noen av verdiene i de ulike analysene tilfører ikke spesiell nytte til studien og vil derfor ikke bli omtalt i teksten.

4.1 Utvalg

I de følgende avsnittene vil jeg presentere de viktigste kjennetegnene med denne studiens utvalg.

4.1.1 Arbeidsplass

Utvalget var spredt utover 9 ulike helseforetak. Mange av helseforetakene hadde meget lav svarfrekvens. Av 938 gyldige svar kom hele 90,1% (N=845) fra Oslo Universitetssykehus. Selv om dette er landets største helseforetak, er ikke utvalget representativt for hele spesialisthelsetjenesten og samsvarer på dette området ikke med Deloitte sin undersøkelse fra 2019, og tallene må tolkes deretter.

4.1.2 Fagområde

Av de gyldige svarene er det 94,1% (N=883) av respondentene som sier at de jobber innenfor somatikken. Blant de 41 som har svart «annet» har ingen lagt igjen svar som lar seg kategorisere. Deloitte sin undersøkelse fra 2019 etterspør også fagområde i sitt spørreskjema, men dataen er ikke publisert, noe som gjør at utvalget er vanskelig å sammenlikne på dette området.

4.1.3 Stillingskategori

Av de 938 som har svart er 52,7% (N=494) sykepleiere, 27,5% (N=258) leger og 7,8% (N=73) jobber innenfor administrasjon. Det er 12% (N=113) som har svart «annet». Herunder finner vi fysioterapeuter, ergoterapeuter, helsefagarbeidere, samt en liten gruppe som har ønsket å spesifisere sin stilling tydeligere. Dette utvalget er i større grad sammenliknbart med utvalget Deloitte hadde i sin undersøkelse (2019), der de hadde inkludert 43% sykepleiere mot denne studiens 52,7%. Fordelingen mellom leger og administrativt personell fordeler seg noe ulikt da Deloitte har hele 29 prosent administrativt personell i sitt utvalg mot denne studiens 7,8. I tillegg er det ulikheter i andelen leger, der Deloitte har 16% mot denne studiens 27,5% leger.

4.1.4 Ledernivå

Når det kommer til ledernivå er det i dette utvalget 82,9% (N=778) som ikke er ledere. Dette er i stor kontrast til Deloitte (2019) sitt utvalg, som bestod av hele 34% ledere. Videre er det gradvis avtakende deltakelse jo høyere ledernivå.

4.1.5 Lengde på arbeidsforhold

Lengde på arbeidsforhold i utvalget ble fordelt slik at over halvparten av respondentene hadde vært i samme arbeidsforhold siden før 2014. Deretter var utvalget spredt mellom 14,4% og 7,6% blant de øvrige kategoriene, hvor «ansatt mellom 2016 og 2018» representerer det minste utvalget med 7,6%.

Bakgrunnsinformasjon respondenter		
	Antall (N)	Prosent (%)
Gyldige svar etter filtrering	938	100,0%
Arbeidsplass		
Helse Stavanger HF	3	0,3%
Helse Bergen HF	8	0,9%
Finnmarkssykehuset HF	10	1,1%
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	38	4,1%
Oslo Universitetssykehus HF	845	90,1%
Sunnaas Sykehus HF	1	0,1%
Sykehuset i Innlandet HF	2	0,2%
Sykehuset Østfold	30	3,2%
Vestre Viken HF	1	0,1%
Fagområde		
Somatikk	883	94,1%
Psykisk Helsevern	10	1,1%
Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TBS)	4	0,4%
Annet, vennligst spesifiser	41	4,4%
Stillingskategori		
Sykepleier	494	52,7%
Lege	258	27,5%
Administrasjon	73	7,8%
Annet, vennligst spesifiser	113	12,0%

Ledernivå		
Ikke leder	778	82,9%
Seksjonsleder	93	9,9%
Enhetsleder	42	4,5%
Avdelingsleder	25	2,7%
Klinikkssjef/Klinikkdirektør	0	0,0%
Lengde på inneværende arbeidsforhold		
Ansatt før 2014	510	54,4%
Ansatt mellom 2014 og 2016	107	11,4%
Ansatt mellom 2016 og 2018	71	7,6%
Ansatt mellom 2018 og 2020	135	14,4%
Ansatt etter 2020	115	12,3%

Tabell 1. Bakgrunnsinformasjon respondenter

4.2 Resultater Del A – Varig forbedring

4.2.1 Varige strukturer

Resultatene i Del A omhandler i hvilken grad pasientsikkerhetsprogrammet har klart å bygge varige strukturer for pasientsikkerhet. For at dette skal være riktig må ansatte oppleve at strukturene i pasientsikkerhetsprogrammet bidrar til bedring av pasientsikkerheten på sin avdeling. I denne oppgaven spurte vi «Med hensyn til hvordan din avdeling er i dag, i hvilken grad opplever du at aktiviteter i regi av pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til å øke pasientsikkerheten i din enhet?». Som vist i tabell 3 ser vi en forskyvning av svar mot det negative i forhold til svarene til Deloitte i 2019. Når de to positive svarkategoriene er summert ser vi en nedgang fra 56% til 35% i denne studiens utvalg, sammenliknet med tall fra pasientsikkerhetsprogrammets sluttrapport. Hvis vi bryter opp utvalget fra denne studien, viser dagens tall at 47,5% (N=76) av lederne mot 32,1% (N=250) av de som ikke har lederrolle at pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til økt pasientsikkerhet på sin avdeling. Tallene fra Deloitte (2019) deler ikke opp sine publiserte svar i ulike kategorier og det blir med det ikke mulig å se hvordan dette har utviklet seg over tid.

Med hensyn til hvordan din avdeling er i dag, i hvilken grad opplever du at aktiviteter i regi av pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til å øke pasientsikkerheten i din enhet?

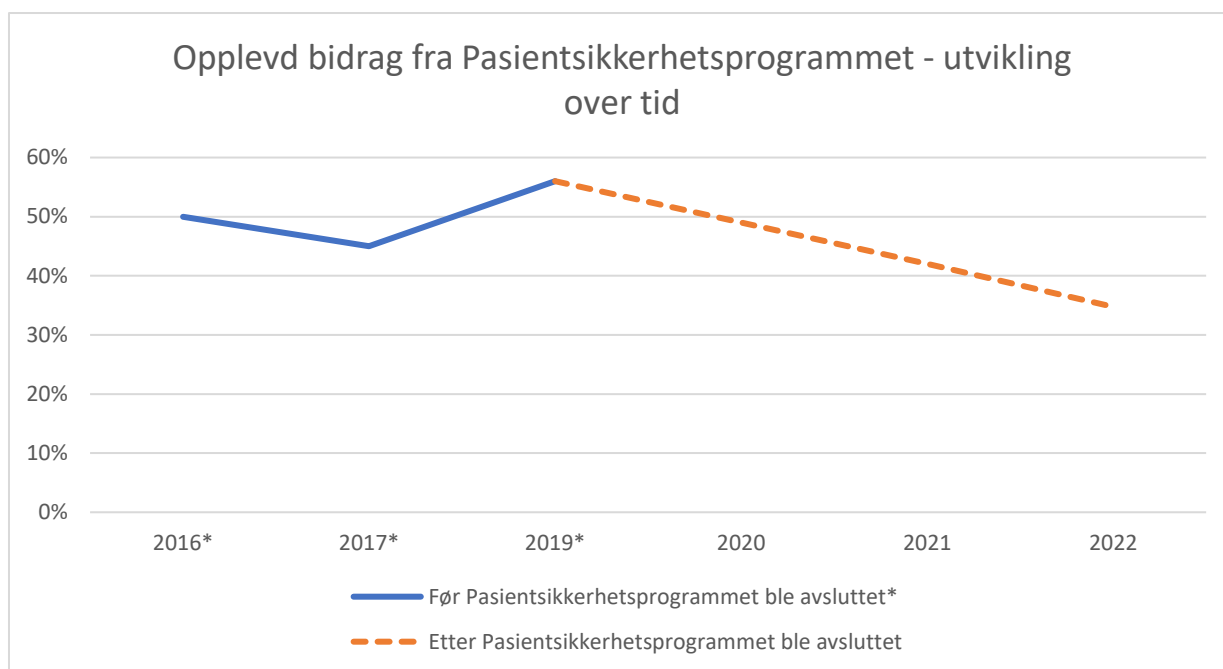
	Ikke leder		Leder		Totalt	
	N	%	N	%	N	%
Vet ikke	220	28,3%	20	12,5%	240	25,6%
I svært liten grad	47	6,0%	9	5,6%	56	6,0%
I liten grad	72	9,3%	16	10,0%	88	9,4%
Verken eller	189	24,3%	39	24,4%	228	24,3%
I stor grad	223	28,7%	71	44,4%	294	31,3%
I svært stor grad	27	3,5%	5	3,1%	32	3,4%
I stor grad og i svært stor grad	250	32,1%	76	47,5%	326	34,8%

Tabell 2. Oversikt fra undersøkelsen på om respondenten oppfatter at PSP har bidratt til å øke pasientsikkerhet på sin respektive avdeling. Nederste rad viser svarene på det samme spørsmålet, men de to positive kategoriene er summert.

Tidsserie - Med hensyn til hvordan din avdeling er i dag, i hvilken grad opplever du at aktiviteter i regi av pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til å øke pasientsikkerheten i din enhet?

	2016*	2017*	2019*	2022
Vet ikke	13 %	17 %	13 %	26%
I svært liten grad	7 %	6 %	4 %	6%
I liten grad	8 %	7 %	7 %	9%
Verken eller	23 %	24 %	21 %	24%
I stor grad	39 %	35 %	36 %	31%
I svært stor grad	11 %	10 %	20 %	3%
I stor grad og Svært stor grad	50 %	45 %	56 %	35%

Tabell 3. Oversikt over utviklingen på om respondenten oppfatter at PSP har bidratt til å øke pasientsikkerhet på sin respektive avdeling. Nederste rad viser svarene på det samme spørsmålet, men de to positive kategoriene er summert.
*Tall hentet fra Deloitte (2019).



Figur 3. Tidsserie som viser utviklingen i av de to kategoriene «i svært stor grad» og «i stor grad» fra spørsmål om i hvilken grad respondentene opplever at aktiviteter i regi av pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til forbedret pasientsikkerhet på sin enhet. Tallene før 2019 er hentet fra Deloitte (2019) og er stiplede sammen med svar fra denne undersøkelsen. Det er ikke hentet data fra 2020 og 2021, se tabell 3.

Med hensyn til hvor mange innsatsområder det fortsatt arbeides med på den enkelte avdeling, rapporterer 29,5% (N=277) av respondentene at det ikke arbeides med noen innsatsområder på deres avdeling i dag. Majoriteten av svarene ligger på 1-2 innsatsområder med 42,1% (N=395).

Jobber dere med noen spesifikke innsatsområder fra pasientsikkerhetsprogrammet på din avdeling i dag?

Svarkategori	Antall (N)	Prosent (%)
Ingen innsatsområder	277	29,5%
1-2 innsatsområder	395	42,1%
3-4 innsatsområder	170	18,1%
5 eller flere innsatsområder	96	10,2%

Tabell 4. Tabellen viser fordelingen av hvor mange innsatsområder det arbeides med på de ulike avdelinger i dag

4.2.2 Programkjennskap

På spørsmål om respondentene hadde kjennskap til Pasientsikkerhetsprogrammet svarte 45,6% (N=428) at de ikke hadde kjennskap til programmet. Videre hadde 20,7% (N=194) selv deltatt på eller jobbet med ulike innsatsområder, tiltakspakker eller annet direkte relatert

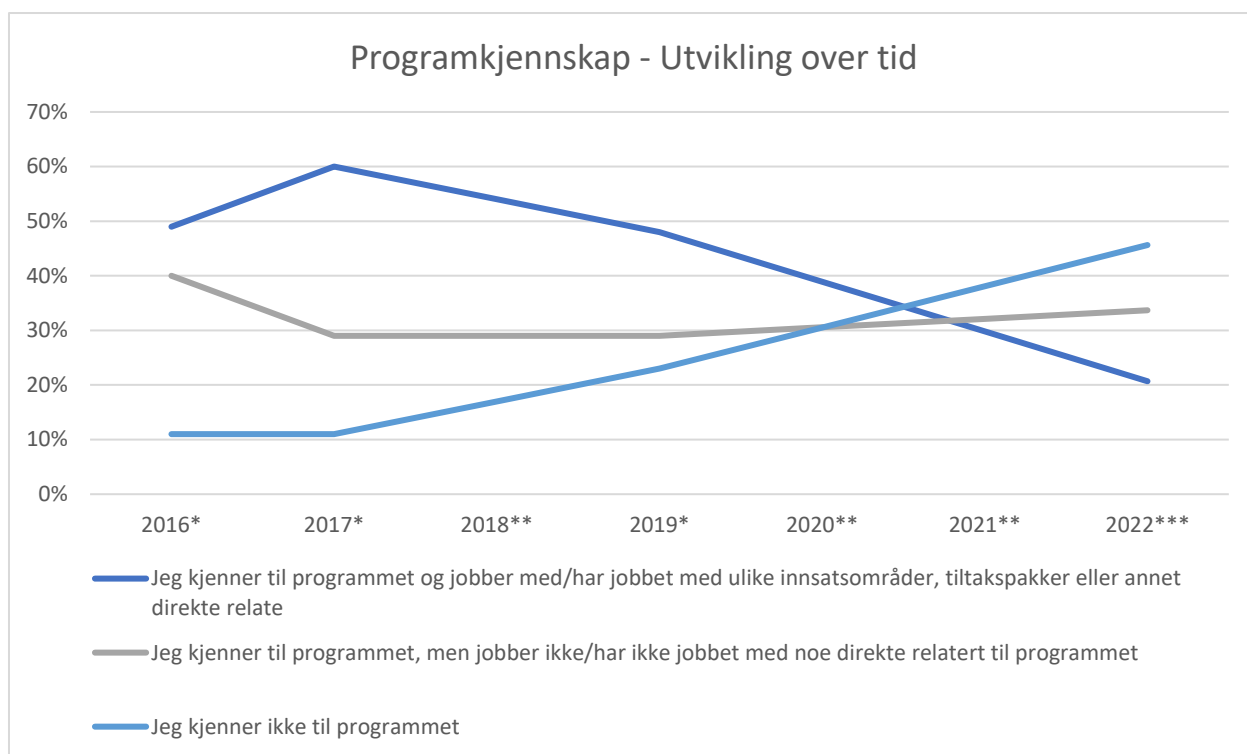
til programmet. Det var 33,7% (N=316) som hadde kjennskap til programmet uten å ha jobbet med aktiviteter direkte knyttet til programmet. De to gruppene som hadde kjennskap til programmet ble spurt om hvordan de hadde fått denne kjennskapen. Her svarte de fleste at de hadde kjennskap til programmet gjennom nåværende arbeidsplass, hvorav 18,4% (N=173) selv hadde deltatt på aktiviteter og 17,5% (N=164) hadde fått kjennskap til programmet gjennom andre ansatte på nåværende arbeidsplass. Sammenhengen mellom graden av programkjennskap og indeks for suksessfull implementering var positiv i alle de tre utvalgene. For hele utvalget ga Pearson korrelasjonsanalyse signifikant positiv korrelasjon på $r(936)=.310, p<0,001$. Denne sammenhengen var sterkere i gruppen med ledere hvor det var en signifikant positiv korrelasjon på $r(158)=.470, p<0,001$ mot $r(776)=.251, p<0,001$ blant de som ikke hadde kjennskap til det.

Hva er ditt forhold til pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24-7?			
		N	%
Jeg kjenner til programmet og jobber med/har jobbet med ulike innsatsområder, tiltakspakker eller annet direkte relate	Alle	194	20,7%
	Ledere	65	40,6%
	Ikke ledere	129	16,6%
Jeg kjenner til programmet, men jobber ikke/har ikke jobbet med noe direkte relatert til programmet	Alle	316	33,7%
	Ledere	63	39,4%
	Ikke ledere	253	32,5%
Jeg kjenner ikke til programmet	Alle	428	45,6%
	Ledere	32	20,0%
	Ikke ledere	396	50,9%

Hvordan har du kjennskap til Pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24-7? *			
		N	%
Jeg har selv deltatt på kurs, læringsnettverk eller aktiviteter i regi av programmet gjennom min NÅVÆRENDE arbeidsplass		173	18,4%
Jeg har selv deltatt på kurs, læringsnettverk eller aktiviteter i regi av programmet gjennom en TIDLIGERE arbeidsplass		39	4,2%
Ansatte på min NÅVÆRENDE arbeidsplass har deltatt på kurs, læringsnettverk eller aktiviteter i regi av programmet og har videreformidlet informasjon om programmet til meg		164	17,5%
Ansatte på en TIDLIGERE arbeidsplass har deltatt på kurs, læringsnettverk eller aktiviteter i regi av programmet og har videreformidlet informasjon om programmet til meg		81	8,6%
Jeg har ikke kjennskap til programmet		99	10,6%

Tabell 5. Svarrespons knyttet til programkjennskap.

*Spørsmålet er stilt til det utvalget som tidligere oppga at de hadde kjennskap til programmet



Figur 4. Figuren viser utviklingen i programkjennskapen over tid.

*Tallene er hentet fra Deloitte (2019, s 30)

**Det er ikke innhentet data for dette året

***Tallene kommer fra denne studien

Ved analyse av sammenhengen mellom antall brukte tiltaksområder og hvordan respondenten opplever at pasientsikkerhetsprogrammet bidrar til å øke pasientsikkerheten på sin avdeling i dag sees det en signifikant positiv sammenheng på $r(936)=.376$, $p<0,001$ ved bruk av Pearson korrelasjonsanalyse. Dette er noe høyere i utvalget med ledere på $r(158)=.400$, $p<0,001$, enn i utvalget som ikke har lederverv $r(776)=.361$, $p<0,001$.

4.3 Resultater Del B – Endring i den ytre setting

4.3.1 Ytre setting og endring

På spørsmålet om respondentene opplever økt etterspørsel etter å drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid, rapporterer 50,7% (N=476) at de opplever økning, 31,4% (N=295) at etterspørselen har vært stabil og 2,5% (N=23) rapporterer at de har opplevd reduksjon i etterspørselen. Denne trenden er forsterket i gruppen med lederverv, hvor hele 61,9% svarte at de opplever økning i etterspørsel, og kun 1,3% svarte at de opplever en reduksjon. I gruppen som ikke har lederansvar beskriver 48,5% at de opplever økning. Den største forskjellen

mellom de to gruppene er at 17,6% av respondentene uten lederansvar oppgir «vet ikke», mot kun 4,4% i gruppen med lederverv.

Koblingen mellom opplevd etterspørsel og indeks for suksessfull implementering er signifikant positiv ved $r(792)=.356$, $p>0.01$ ved bruk av Pearson korrelasjonsanalyse. Sammenhengen er statistisk signifikant i begge utvalgene, men trenden er noe tydeligere i gruppen uten lederverv. Analysen ga $r(639)=.367$, $p>0.01$ i gruppen uten lederverv, mot $r(151)=.282$, $p>0.01$ i gruppen med lederverv.

Svarrespons knyttet til den ytre setting							
Spørsmål	Svaralternativ	Alle		Ikke ledere		Ledere	
		N	%	N	%	N	%
Jeg opplever at etterspørselen etter å drive med systematisk pasientsikkerhetsarbeid de siste 3 årene...	vet ikke	144	15,4%	137	17,6%	7	4,4%
	...har blitt redusert	23	2,5%	21	2,7%	2	1,3%
	...er mer eller mindre det samme	295	31,4%	243	31,2%	52	32,5%
	...har økt	476	50,7%	377	48,5%	99	61,9%
Systematisk arbeid knyttet til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid krever ressurser. De siste tre årene, på min avdeling har det blitt satt av...	vet ikke	234	24,9%	222	28,5%	12	7,5%
	...mindre tid til systematisk pasientsikkerhetsarbeid	123	13,1%	94	12,1%	29	18,1%
	...omtrent den samme tiden til å drive pasientsikkerhetsarbeid som før	449	47,9%	360	46,3%	89	55,6%
	...mer tid til å drive pasientsikkerhetsarbeid	132	14,1%	102	13,1%	30	18,8%
I hvilken grad opplever du at det settes av tilstrekkelig med ressurser til å drive forbedringsarbeid på din enhet?	Vet ikke	89	9,5%	82	10,5%	7	4,4%
	I svært liten grad	84	9,0%	68	8,7%	16	10,0%
	I liten grad	246	26,2%	205	26,3%	41	25,6%
	Verken eller	278	29,6%	227	29,2%	51	31,9%
	I stor grad	212	22,6%	173	22,2%	39	24,4%
	I svært stor grad	29	3,1%	23	3,0%	6	3,8%

Tabell 6. Svarrespons knyttet til den ytre setting

4.3.2 Myndighetsdrevne programmer – Drivere og barrierer

4.3.2.1 Ressursallokasjon og alternativkostnad

Når det kommer til tidsressurser rapporterer 47,9% (N=449) av utvalget at tidsbruken til å drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid har holdt seg omtrent på samme nivå de siste tre årene. Videre rapporterer 13,1% (N=123) at det har blitt satt av mindre tid og 14,1% (N=132)

rapporterer at det har blitt satt av mer tid. Ved Pearson korrelasjonsanalyse vises den en signifikant positiv sammenheng $r(702) = .297, p > 0.01$ mellom økning av tidsressurser og indeks for suksessfull implementering. Det er også signifikant positiv sammenheng $r(847) = .397, p > 0.01$ mellom opplevelse av at det settes av tilstrekkelig med ressurser til å drive med forbedringsarbeid og indeks for suksessfull implementering. Denne koblingen er tydeligere i gruppen uten lederverv med en statistisk positiv sammenheng på $r(694) = .416, p > 0.01$. Tilsvarende analyse i gruppen med ledere ga en signifikant statistisk positiv sammenheng på $r(151) = .318, p > 0.01$.

4.3.2.2 Autonomi og forankring

Ved analyse av drivere og barrierer sees flere interessante sammenhenger. Når de kjente barrierene mot implementering ble satt opp ved siden av hverandre rapporterte respondentene at deres manglende innvirkning på selve tiltakspakkene var til størst hinder, med en gjennomsnittsskåre på 3,3. Deretter følger faktoren som beskriver noe om motstanden mot nasjonale programmer med bakgrunn i at den enkelte avdeling vet best hvor skoen trykker hos seg, med en gjennomsnittsskår på 2,95. De to faktorene som oppleves som de minste barrierene er tiltakspakkenes tilpasningsdyktighet og alternativkostnaden med å drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid. Hvis vi grupperer svarene mellom ledere og øvrige ser vi at rekkefølgen er lik, uavhengig av lederverv. Skåren er relativt lik i de to gruppene. Der vi ser at forskjellen er størst mellom ledere og øvrige ansatte, er med hensyn til manglende innvirkning på selve tiltakspakken og alternativkostnader. Lederne skårer lavere på manglende innvirkning, hvilket betyr at de ikke oppfatter det som en barriere i like stor grad som den andre gruppen. Videre skårer lederne høyere på alternativkostnadsspørsmålet, hvilket kan bety at de opplever alternativkostnaden som større enn de som ikke er ledere.

Svarrespons knyttet til barrierer innenfor myndighetsbaserte programmer

Spørsmål	Tema	Utvalg	Antall (N)	Gjennomsnitt	Std. Avvik
I hvilken grad er du enig i påstanden: Pasientsikkerheten ved min avdeling hadde vært bedre dersom vi hadde hatt større innvirkning på de aktuelle tiltakspakkene og hvordan disse skulle implementeres.	Eierskap til tiltakspakkenes innhold	Alle	709	3,30	0,935
		Leder	144	3,15	0,855
		Ikke leder	565	3,34	0,952
I hvilken grad er du enig i påstanden: Jeg opplever at vi på avdelingen vet bedre hvordan pasientsikkerhetsarbeid skal drives hos oss, enn hva et nasjonalt program kan tilføre	Forhold til styring ovenfra	Alle	785	2,95	1,133
		Leder	156	2,94	1,143
		Ikke leder	629	2,95	1,131
I hvilken grad er du enig i påstanden: Pålagte programmer fra myndighetene passer ikke inn på min avdeling da tiltakspakkene ikke er tilpasningsdyktige nok.	Tiltakspakkenes tilpasningsdyktighet	Alle	707	2,87	1,163
		Leder	144	2,88	1,203
		Ikke leder	563	2,86	1,154
I hvilken grad er du enig i påstanden: Systematisk pasientsikkerhetsarbeid krever for mye ressurser på min avdeling og det går ut over andre viktige arbeidsoppgaver.	Pasientsikkerhets arbeidets alternativkostnad	Alle	822	2,56	1,188
		Leder	157	2,71	1,184
		Ikke leder	665	2,52	1,187

Tabell 7. Viser gjennomsnittsskåre og standardavvik på spørsmål knyttet til barrierer mot implementering av pålagte programmer. Skala fra 1 til 5, hvor høy skåre betyr at respondenten har rapportert at dette er en stor barriere på sin aktuelle avdeling.

Ved korrelasjonsanalyser av sammenhengen mellom hvilke barrierer som er mest gjeldende på de ulike respondentenes enhet, er det mulig å se om det er noen av de som er positivt eller negativt assosiert med indeks for suksessfull implementering. Ved Pearson korrelasjonsanalyse viser resultatene i alle fire tilfeller signifikant sammenheng ($p > 0,001$) mellom den respektive barrieren og indeks for suksessfull implementering, men korrelasjonskoeffesienten varierer mellom de ulike barrierene. Sterkest er korrelasjonen der tiltakspakkene oppfattes som tilpasningsdyktige nok. Der viser korrelasjonsanalysen en positiv sammenheng på $r(705) = .243$, $p > 0.01$ med indeks for suksessfull implementering.

Korrelasjonsanalyse mot Indeks for suksessfull implementering

Spørsmål	Utvalg	Pearson Korrelasjon (r)	Sig. (tosidig)	N
Hva er ditt forhold til pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24-7?	Alle	,310**	0,000	938
	Ledere	,470**	0,000	160
	Ikke ledere	,251**	0,000	778
Jeg opplever at etterspørselen etter å drive med systematisk pasientsikkerhetsarbeid de siste 3 årene..	Alle	,356**	0,000	794
	Ledere	,282**	0,000	153
	Ikke ledere	,367**	0,000	641
Systematisk arbeid knyttet til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid krever ressurser. De siste tre årene, på min avdeling har det blitt satt av...	Alle	,297**	0,000	704
	Ledere	0,114	0,169	148
	Ikke ledere	,349**	0,000	556
I hvilken grad opplever du at det settes av tilstrekkelig med ressurser til å drive forbedringsarbeid på din enhet?	Alle	,397**	0,000	849
	Ledere	,318**	0,000	153
	Ikke ledere	,416**	0,000	696
I hvilken grad er du enig i påstanden: Systematisk pasientsikkerhetsarbeid krever for mye ressurser på min avdeling og det går ut over andre viktige arbeidsoppgaver.	Alle	,094**	0,007	822
	Ledere	0,095	0,235	157
	Ikke ledere	,103**	0,008	665
I hvilken grad er du enig i påstanden: Pålagte programmer fra myndighetene passer ikke inn på min avdeling da tiltakspakkene ikke er tilpasningsdyktige nok.	Alle	,243**	0,000	707
	Ledere	,318**	0,000	157
	Ikke ledere	,228**	0,000	563
I hvilken grad er du enig i påstanden: Jeg opplever at vi på avdelingen vet bedre hvordan pasientsikkerhetsarbeid skal drives hos oss, enn hva et nasjonalt program kan tilføre	Alle	,096**	0,007	785
	Ledere	,235**	0,003	156
	Ikke ledere	0,064	0,111	629
I hvilken grad er du enig i påstanden: Pasientsikkerheten ved min avdeling hadde vært bedre dersom vi hadde hatt større innvirkning på de aktuelle tiltakspakkene og hvordan disse skulle implementeres.	Alle	,112**	0,003	709
	Ledere	0,091	0,279	144
	Ikke ledere	,104*	0,014	565
Har du deltatt på læringsnettverk i regi av pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24-7?	Alle	,118*	0,010	471
	Ledere	,209*	0,021	122
	Ikke ledere	0,067	0,214	349

Korrelasjonsanalyse mot Pasientsikkerhetsprogrammets innvirkning på pasientsikkerhet i dag

Spørsmål	Utvalg	Pearson Korrelasjon (r)	Sig. (tosidig)	N
Jobber dere med noen spesifikke innsatsområder fra pasientsikkerhetsprogrammet på din avdeling i dag?	Alle	,376**	0,000	936
	Ledere	,400**	0,000	160
	Ikke ledere	,361**	0,000	778

** . Korrelasjonen er signifikant ved 0.01 nivå (tosidig).

* . Korrelasjonen er signifikant ved 0.05 nivå (tosidig)

Tabell 8. Viser Pearson korrelasjonsanalyse mellom variablene presentert i tabellen. Positiv r betyr at det er positiv sammenheng mellom de to variablene.

4.3.3 Kosmopolitanisme - Drivere og barrierer

Når det kommer til kosmopolitanisme ble respondentene spurt om å skåre innflytelsen på noen drivere for at læringsnettverkene skulle fungere. Kategoriene de ble spurt om var konkurranseelementet, mellommenneskelige likheter, likhet i problemstillingene og kontinuitetselementet. Spørsmålene ble stilt i Likertformat og svarene ble rangert fra 1-5. Rangert fra lavest til høyest gjennomsnittskåre var resultatene at konkurranseelementet ble vurdert til å ha minst innflytelse med en gjennomsnittsverdi på 3,51 (N=762). Deretter kom mellommenneskelige likheter med en skåre på 3,77 (N=757), før likhet i problemstillingene skåret nest høyest med 3,97 (N=764). Vektet høyest ble kontinuitetselementet med en skåre på 4,14 (N=748). Hvis vi deler inn i ledere og øvrige så ser vi at rangeringen er den samme. Der hvor differensen er størst mellom ledere og øvrige respondenter er under punktet konkurranse. Her skårer ledere konkurranseelementet som markant viktigere enn resten av utvalget. Det samme mønsteret sees også under punktet om likhet i problemstillingene, der lederne skårer dette til å være mer viktig enn resten av utvalget, selv om utslaget er noe mindre.

Drivere for pasientsikkerhetsarbeid innenfor kosmopolitanisme					
Driver	Spørsmål	Utvalg	Antall (N)	Gjennomsnitt	Std. Avvik
Konkurranseelementet	...Det er motiverende at vi må dele resultater med andre sammenliknbare virksomheter, enten fordi vi ikke vil være dårligst eller fordi det er motiverende å være god.	Alle	762	3,51	1,17
		Ledere	143	3,64	1,12
		Ikke ledere	619	3,47	1,18
Interpersonelle likheter	...Vi som deltar har lik profesjon og kultur og det gjør det motiverende å drive pasientsikkerhetsarbeid sammen.	Alle	757	3,77	1,04
		Ledere	145	3,77	1,03
		Ikke ledere	612	3,77	1,04
Likhet mellom problemstillinger	...Vi som deltar står i like problemstillinger på ulike arbeidsplasser, og det er motiverende at vi ikke er alene om å kjenne på våre utfordringer.	Alle	764	3,97	0,97
		Ledere	145	4,07	0,88
		Ikke ledere	619	3,95	0,99
Kontinuitetselementet	...Fordi fysiske møter i seg selv bidrar til kontinuerlig bevissthet rundt pasientsikkerhetsarbeid	Alle	748	4,14	0,90
		Ledere	142	4,11	0,83
		Ikke ledere	606	4,14	0,92

Tabell 9. Tabellen viser hvordan de ulike utvalgene skåret driverne presentert med gjennomsnittsverdi.

For å finne ut om det var noen sammenheng mellom om respondenten hadde deltatt på læringsnettverk og om dette hadde noen direkte innflytelse på indeks for suksessfull implementering ble det gjort en Pearsons korrelasjonsanalyse. Det viser seg at det er signifikant positiv sammenheng $r(347)=.118$, $p>0,05$ mellom deltakelse på læringsnettverk og indeks for suksessfull implementering. Denne lave korrelasjonen kan tyde på at Pasientsikkerhetsprogrammet har lyktes med sine modeller for spredning, ved at man har

nådd også de som ikke har direkte deltatt på læringsnettverkene. Dette gjaldt også i gruppen med ledere, men her er korrelasjonen noe sterkere $r(120)=.209, p>0,021$. I den øvrige gruppen var det ikke statistisk signifikant sammenheng mellom deltakelse på læringsnettverk og indeks for suksessfull implementering. Dette betyr at det fremstår som noe viktigere for ledere å delta på læringsnettverk, men det er en svært svak sammenheng.

Korrelasjonsanalyse mot indeks for suksessfull implementering				
Spørsmål	Utvalg	Pearson korrelasjon	Sig. (2-tailed)	N
I hvilken grad opplever du at deltakelse fra din avdeling på læringsnettverk, kurs eller samlinger har styrket arbeidet med pasientsikkerhet i din avdeling?	Alle	,638**	0,000	709
	Ledere	,539**	0,000	130
	Ikke ledere	,654**	0,000	579
I hvilken grad ville en ny oppstart av nasjonale læringsnettverk knyttet til innsatsområder bidratt til kontinuitet i pasientsikkerhetsarbeidet på din avdeling i dag?	Alle	,316**	0,000	601
	Ledere	,288**	0,001	130
	Ikke ledere	,334**	0,000	471
Har du deltatt på læringsnettverk i regi av pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24-7?	Alle	,118*	0,010	471
	Ledere	,209*	0,021	122
	Ikke ledere	0,067	0,214	349

** . Korrelasjonen er signifikant ved 0.01 nivå (tosidig).

* . Korrelasjonen er signifikant ved 0.05 nivå (tosidig)

Tabell 10. Korrelasjonsanalyse mellom nevnte variabler mot indeks for suksessfull implementering.

5.0 Diskusjon

Som tidligere presentert er denne studiens hovedmålsetting å gjøre rede for ansatte og lederes syn på hvorvidt pasientsikkerhetsprogrammets strukturer har tilført varig forbedring og hvorvidt et slikt program påvirker spesialisthelsetjenesten med hensyn til suksessfull implementering over tid. Denne målsettingen er delt opp i tre deler, hvorav Del A handler om å gjøre rede for hvorvidt Pasientsikkerhetsprogrammet har lyktes i å bygge varige strukturer for pasientsikkerhetsarbeid og hvilken innflytelse pasientsikkerhetsprogrammet har hatt etter at programmet er avsluttet. Del B omhandler hvorvidt endringer i en virksomhets ytre setting kan påvirke hvordan en virksomhet arbeider med et pålagt kvalitetsarbeid, samt hvilke drivere og barrierer som har innflytelse på utførelsen av dette arbeidet. I Del C, studiens tilleggsmålsetting, er målet å gjøre rede for om deltakerens perspektiv påvirker de nevnte sammenhengene. I dette kapittelet tolkes resultatene fra forrige kapittel med hensyn til å gjøre rede for disse problemstillingene, samt hvordan resultatene passer med allerede eksisterende forskning. Del A og Del B vil presenteres separat. Resultatene knyttet til Del C vil bli

diskutert under de respektive avsnittene i Del A og B, før de viktigste funnene innenfor Del C blir oppsummert og diskutert samlet til slutt.

5.1 Del A – Varig forbedring

5.1.1 Varige strukturer

Det er flere momenter som har betydning for om pasientsikkerhetsprogrammet har lyktes i å skape varige strukturer. En viktig faktor er om de ansatte opplever at pasientsikkerhetsprogrammet bidrar til å bedre pasientsikkerheten på egen avdeling, også tre år etter at programmet ble avsluttet. Når vi ser på figur 3, ser vi at denne har sunket siden pasientsikkerhetsprogrammet ble avsluttet. Selv om utvalget ikke er nøyaktig det samme, er både utslaget på responsen og størrelsen på utvalget såpass store at man kan tenke at dette er en trend. Denne nedgangen vises i flere parametere. Eksempelvis beskriver også Deloitte (2019, s. 53) i sin rapport; «... Ser man på utviklingen gjennom hele følgeevalueringen har respondentene svart at det har vært en nedgang i hvor mye det arbeides med innsatsområdene (med unntak av «tidlig oppdagelse av forverret tilstand»). Deloitte har ingen informasjon som kan forklare hva nedgangen skyldes.». En slik reduksjon av bruken samsvarer i stor grad med det som beskrives i forskningen, da en svært stor andel av de initiativ som iverksettes har umiddelbar effekt, men at det er vanskelig å skape varig forbedring (Grol et al., 2013; Johnson & Sollecito, 2018). Flere drivere og barrierer vil bli gjort rede for i Del B, men et forhold som må nevnes her er at kjennskapen til pasientsikkerhetsprogrammet kan være redusert, men at strukturene fortsatt eksisterer. Dette underbygges av tallene vi ser i figur 4, hvor vi ser at programkjennskapen er redusert i forhold til hva den var ved programmets avslutning. Derimot er navnene på innsatsområdene av nokså universell art, slik at det er mulig å uttrykke at man arbeider med en eller flere, uten å vite at det kommer fra pasientsikkerhetsprogrammet. Eksempelvis må man ikke vite at «forebygging av fall» er et innsatsområde fra pasientsikkerhetsprogrammet for å krysse av for at man bruker det. Disse nyansene er viktige, da det ikke er slik at pasientsikkerhetsprogrammets strukturer er totalt hvisket ut. Det er fortsatt mange som tillegger pasientsikkerhetsprogrammets bidrag til pasientsikkerheten på sin avdeling stor verdi, og der de bruker mange innsatsområder viser resultatene positiv sammenheng mellom bruken av tiltakspakkene og hvordan pasientsikkerhetsprogrammet bidrar til bedre pasientsikkerhet i dag. Dette skal ikke undervurderes, så selv om tallene ikke er like gode som i 2018, betyr det fortsatt at pasientsikkerhetsprogrammet oppleves å bidra til økt pasientsikkerhet på mange avdelinger

tre år etter programmets avslutning. Derimot er det verdt å diskutere hvilken effekt det nåværende bidraget har på pasientsikkerheten i Norge. Kombinasjonen av denne studiens resultater og økningen i pasientskader etter programmets aktive periode, som beskrevet i figur 1, kan indikere at effekten er i ferd med å avta. Det presiseres at det er mange usikkerhetsmomenter rundt målinger og overførbarhet, men trenden underbygger det forskningen allerede sier; at det er svært vanskelig å skape varig forbedring og at umiddelbar implementeringssuksess ikke er ensbetydende med varig endring. Når det kommer til om ledere har en annen oppfatning enn de øvrige ansatte er det nokså stor forskjell. Resultatene i denne studien forteller at lederne tillegger pasientsikkerhetsprogrammet større verdi for hvordan pasientsikkerheten er på sin avdeling i dag, enn hva respondentene uten lederansvar rapporterer. Disse resultatene samsvarer godt med studier gjort på liknende grupper tidligere, hvor ledere tillegger denne type strukturer større verdi (Hagen, 2019). Dette kan ha sammenheng med at lederne har en bredere oversikt over, og større ansvar for, pasientsikkerhetsstrukturene som brukes på den respektive avdeling, noe som gir bedre forutsetninger for å filtrere ut hva som er pasientsikkerhetsprogrammets nytte og påvirkningskraft for endring. Siden det tidligere ikke er publisert tall for dette utvalget alene er det ikke mulig å si hvorvidt det har vært en utvikling på dette området. Det ville imidlertid vært interessant å se i hvilken grad utviklingen var konstant mellom de to utvalgene, eller om forholdet har forandret seg over tid.

5.1.2 Programkjennskap

Når vi ser på hvordan kjennskapen til pasientsikkerhetsprogrammet har utviklet seg over tid viser resultatene en markant nedgang, sammenliknet med tallene Deloitte publiserte i 2019, presentert i figur 4. Dette er en utvikling av trenden som startet i perioden rett før pasientsikkerhetsprogrammet ble avsluttet og som har økt siden den gang. Det presiseres her at selv om utvalget ikke er nøyaktig det samme, så er utslaget såpass stort og utvalget på en slik størrelse at man kan tenke seg at tendensen likevel kan tolkes den veien. I forlengelsen av dette er det interessant å undersøke forholdet mellom programkjennskap og varig implementering, og om potensiell mangel på kjennskap til programmet påvirker indeksen. Det er imidlertid verdt å merke seg at indeksen inneholder elementer som krever en viss kjennskap til pasientsikkerhetsprogrammet, noe som i seg selv vil gi en forventet sammenheng mellom disse variablene. Dette kommer til uttrykk da det er en signifikant positiv sammenheng mellom kjennskap til pasientsikkerhetsprogrammet og nevnte indeks i

alle de tre utvalgene. Dette betyr i praksis at de som har kjennskap til, eller selv har deltatt på aktiviteter i regi av pasientsikkerhetsprogrammet har større sannsynlighet for å jobbe på en avdeling hvor man har lykket med implementering av pasientsikkerhetsprogrammets strukturer eller motsatt. Denne trenden er enda tydeligere dersom man er leder. Det kan ha sammenheng med at de lederne som har kjennskap til eller har deltatt på aktiviteter i regi av programmet, selv har påvirkning på hvordan programmet følges opp på sin avdeling. Derimot viser resultatene at deltakelse på læringsnettverk i seg selv, ikke har like signifikant innvirkning på indeksen. Dette kan bety at i de avdelingene hvor man har lykket med implementering har man gjort dette gjennom vellykket spredning av pasientsikkerhetsprogrammets strukturer, uten at den enkelte ansatte selv behøver å ha deltatt på læringsnettverk. Dette skiller seg i gruppen mellom ledere og øvrige ansatte. I gruppen med ledere finnes det en svak positiv signifikant sammenheng, hvor økt deltakelse blant lederne gir økt sannsynlighet for å gi suksessfull implementering av programmets strukturer. Dette betyr igjen at læringsnettverkene kan ha bidratt positivt til å bygge varige strukturer, men at det er noe mer effektivt å sende lederne på læringsnettverk enn den enkelte ansatte.

5.2 Del B – Endring i den ytre setting

5.2.1 Ytre setting og endring

En av studiens målsettinger var å gjøre rede for hvordan endringer i en virksomhets ytre setting påvirker varig endring. Overført til denne konteksten betyr det om programmets avslutning påvirker hvordan programmet gjør nytte for seg i dag, tre år etter programmets avslutning. En av de aktuelle endringene er hvordan myndighetspresset har avtatt, da det ikke lenger stilles krav til målinger eller spesifikk oppfølging fra øverste myndighet. Dette impliserer at respondentene kan ha opplevd at etterspørselen etter pasientsikkerhetsarbeid er redusert. Her viser imidlertid resultatene at 50,7% av alle respondentene svarer at etterspørselen etter å drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid *har økt* etter at pasientsikkerhetsprogrammet er avsluttet, og kun 2,5% rapporterer at etterspørselen er redusert. I tolkingen av dette resultatet er det viktig å vite at dette ikke er et objektivt mål på etterspørsel, men en subjektiv oppfattelse av endring. Det kan likevel argumenteres for at resultatene vitner om at selv om øverste myndighet ikke etterspør dette direkte gjennom pasientsikkerhetsprogrammet oppleves etterspørselen som minst like stor. Disse tallene kan være et tegn på at ansvaret for oppfølging er ivaretatt av lokale instanser, eksempelvis gjennom press fra de regionale helseforetakene eller det enkelte helseforetak i seg selv. Dette

understøttes av Deloitte (2019), som fikk tilbakemeldinger på at effekten ville bli størst når eierskapet blir flyttet til de lokale myndighetene. Utsagnet underbygges av studiens resultater som viser en tydelig sammenheng mellom opplevd etterspørsel av pasientsikkerhetsarbeid og suksessfull implementering, samt at kontinuitet i oppfølging ble rangert som en viktig driver. Sammenhengen mellom etterspørsel og suksessfull implementering finner vi igjen i både gruppen med lederverv og i gruppen uten, men trenden er noe tydeligere i gruppen uten lederverv. Dette kan muligens forklares ved at lederne selv bærer et ansvar for å formidle denne etterspørselen. Det er ikke undersøkt forklaringsvariabler som kan knyttes til dette, men det er et spørsmål som kan være interessant å utforske i fremtiden.

5.2.2 Myndighetsdrevne programmer – Drivere og barrierer

I denne studien deles faktorene knyttet til hvordan myndighetspress kan påvirke et forbedringsarbeid inn i to grupperinger; rammefaktorer som ressursallokasjon og alternativkostnad, samt autonomi og forankring.

5.2.2.1. Ressursallokasjon og alternativkostnad

Som nevnt i den teoretiske redegjørelsen, kan myndighetsdrevne programmer påvirke ressursallokasjonen i en virksomhet (Greenhalgh et al., 2004). Basert på nevnte teori fantes det en mulighet for at ressursene som ble tilgjengeliggjort til å drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid kunne ha blitt redusert etter at programmet ble avsluttet. Resultatene tyder imidlertid på at det ikke har vært en endring i ressursallokasjonen. Majoriteten av respondentene opplever at de ressursene som blir avsatt til denne type arbeid har vært omtrent stabil etter programmets avslutning. Andelen som rapporterer en nedgang, er også tilnærmet lik andelen som rapporterer en økning. Dette underbygger argumentasjonen fra tidligere i kapitlet, hvor trenden viser at fokuset på pasientsikkerhet ikke har avtatt etter programmets avslutning og fremstår med dette uavhengig av myndighetspress.

Dersom vi undersøker koblingen mellom ressursallokasjon knyttet til pasientsikkerhetsarbeid og indeks for suksessfull implementering, understøtter studiens resultater den allerede eksisterende forskningen ved å vise signifikant positiv sammenheng mellom ressurser og suksessfull implementering. Videre viser studien en tydeligere kobling der respondentene

opplever «tilstrekkelig» med ressurser satt av til pasientsikkerhetsarbeid, snarere enn at de opplever økning i ressurser. Hvis vi deler utvalget i ledere og øvrige ser vi at koblingen mellom opplevelse av å ha tilstrekkelig ressurser med suksessfull implementering er nokså lik, men at det er antydningvis en sterkere kobling i gruppen uten lederverv.

Videre beskriver forskningen hvordan pålagte programmer fra myndigheter kan trekke oppmerksomhet og ressurser bort fra virksomhetens kjerneoppgaver (Nilsen et al., 2013; Strehlenert et al., 2019). På spørsmål om i hvilken grad respondentene opplever at arbeid med pasientsikkerhetsprogrammet gikk ut over denne typen oppgaver ble alternativkostnad rangert nederst, altså som en liten barriere sammenliknet med de andre alternativene. Dette impliserer at deltakende avdelinger i stor grad har klart å holde fokus på kjernevirksomheten, samtidig som man har jobbet med programmet, og at denne typen arbeid heller støtter opp om virksomhetenes kjerneoppgaver.

5.2.2.2 Autonomi og forankring

En av målsettingene i studien var å undersøke hvilke drivere og barrierer som kunne påvirke suksessfull implementering av et myndighetsbasert program. Siden dette er så komplekse virksomheter med mange faktorer som spiller inn er det vanskelig å finne direkte årsaksforhold mellom de ulike faktorene. Derimot kan vi se hvordan de ansatte selv vektet de ulike barrierene opp mot hverandre, for å kunne danne oss et bilde av forholdet mellom de disse. Barrierene er hentet fra den teoretiske redegjørelsen, og den største barrieren mot suksessfull implementering viste seg å være manglende innvirkning på tiltakspakkene. Dette understøttes av teori, som forteller at manglende forankring og påvirkningskraft på endringen som skal innføres i en virksomhet kan føre til manglende eierskap og motivasjon (Waring & Currie, 2009). Videre rangerte respondentene «top down»-styring som den nest største barrieren. Dette var på bakgrunn av at den enkelte avdeling selv vet bedre hvordan systematisk pasientsikkerhetsarbeid bør utføres på den enkelte avdeling enn hva et myndighetsstyrt program kan tilføre, noe som og rapporteres som en stor barriere i forskningen (Waring & Currie, 2009). Det som gjør dette litt interessant er kombinasjonen av disse svarene og utviklingen i tiden etter programmet har skredet frem. Eksempelvis har den enkelte virksomhet i dag større påvirkningskraft på hvordan pasientsikkerhetsarbeid skal foregå hos seg, noe som også er positivt assosiert med vellykket implementering. Det vil si at

når tøylene nå er sluppet er også denne barrieren forsvunnet og virksomheten kan selv velge å bruke deler av programmet for å lykkes i sitt videre arbeid med pasientsikkerhet. Denne muligheten, kombinert med den rapporterte økningen i etterspørsel, samt den rapportert jevne ressurstilgangen bør legge godt til rette for en positiv effekt på pasientsikkerheten i Norge. Dette er noe kontroversielt, da pasientsikkerheten i Norge kan argumenteres for at har blitt dårligere i denne perioden. Denne argumentasjonen reiser et dilemma innen implementeringsstrategi; frihet til påvirkning gir eierskap og forankring, men det løper også en risiko for at metodene blir mindre effektive enn hva en evidensbasert, universell tilnærming kan tilby.

Den neste barrieren er de spesifikke tiltakspakkene sin tilpasningsdyktighet til den enkelte avdeling. Dersom tiltakspakkene ikke var tilpasningsdyktige kunne programmet fremstå som lite fleksibelt og dermed ikke klare å engasjere i den utstrekningen som behøves for å lykkes med implementering. Studiens resultater viser gjennom dette at tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet var fleksible nok til at dette ikke oppfattet som en stor barriere for implementering. Til slutt finner vi den lavest rangerte barrieren, som sier noe om i hvilken grad respondentene opplever at pasientsikkerhetsprogrammet har hatt en alternativkostnad som har gått utover den enkelte avdeling sin kjernevirksomhet, og er diskutert tidligere i dette kapittelet.

Dette perspektivet, hvor barrierene blir rangert opp mot hverandre, er nokså interessant og det presiseres at dette er resultater som i utgangspunktet kun er gjeldende for dette utvalget. Derimot er samspillet mellom disse barrierene mot varig endring og hvordan de påvirker ulike virksomheter og mennesker, et område som bør forskes mer på.

5.2.3 Kosmopolitanisme - Drivere og barrierer

Som nevnt i introduksjonen, er det flere underelementer av kosmopolitanisme som oppgis som drivere for implementering. I denne studien ble respondentene spurt om hvilken betydning de ulike elementene hadde for arbeid med pasientsikkerhet. Det er metodisk vanskelig å si noe om hva gjennomsnittskårene på de enkelte spørsmålene om kosmopolitanisme betyr, men likheten i spørsmålstillingen gir mulighet til å vekte og

sammenlikne spørsmålene mot hverandre. Derfor er det interessant å se at konkurranseelementet ble vektet som minst viktig blant respondentene. Dette kan spores tilbake igjen i allerede eksisterende forskning, da konkurranse mellom virksomheter ikke er udelte positivt knyttet til implementering (Øvretveit et al., 2002). De neste to elementene av kosmopolitanisme var mellommenneskelige likheter og likheter i problemstillingene virksomheter imellom. Her rapporterer utvalget at det å utveksle erfaringer med andre som møter de samme utfordringene som seg selv er viktigere enn at personene de møter har samme profesjon og kultur. Denne vektingen er interessant, da dette er noe som ikke er tydelig definert i forskningen. Derimot er det viktig å presisere at disse to elementene uansett har noen likhetstrekk og kan være metodisk vanskelige å isolere fra hverandre. Dette fordi sammensetningen i denne typen grupper kan by på ulike grader av profesjons- og kulturlikhet så vel som likhet mellom problemstillingene. Likevel kan dette være viktig informasjon å bruke ved etablering av eventuelle fremtidige strukturer som skal bidra til erfaringsutveksling og dernest varig endring, - nettopp ved å sørge for at deltakere finner tilhørighet gjennom likhet i problemstillingene til deltakerne fra de andre virksomhetene.

Den driveren som ble tyngst vektlagt var kontinuitetsdriveren. Dette elementet kobler bort betydningen av innholdet og sammensetningen i nettverket og henviser kun til tid, fokus og system rundt oppfølging. Det at denne vektes sterkere enn de tre andre er spesielt interessant. Et slikt svar impliserer at respondentene også opplever det forskningen sier om at det er lett at kvalitetsarbeid er suksessfulle initielt, men at virkningen avtar med tiden og at kosmopolitanisme kan bidra til å motvirke denne trenden. Dette kan igjen bety at det å delta i et nettverk for erfaringsutveksling i seg selv er viktigere enn innholdet, - i hvert fall med hensyn til varig endring.

Hvis vi ser på fordelingen i svar mellom ledere og øvrige ansatte så er rangeringen av de ulike driverne den samme, men det er likevel noen interessante forskjeller. Der hvor det er størst avvik mellom de to utvalgene er faktoren knyttet til konkurranseelementet. Lederne skårer dette høyere enn de som ikke har lederverv, noe som betyr at de stimuleres i større grad av konkurranse enn andre ansatte. Dette kan komme av at de i større grad er ansvarlige for hvordan avdelingen skårer, noe som kan bidra til økt eierskap til målinger og konkurranse. Alternativt kan det komme av at ledere i større grad besitter personlige egenskaper som gjør at

de blir stimulert av konkurranse på en annen måte enn øvrige ansatte, men dette er ikke undersøkt i denne studien. Ledere skårer også høyere på driveren om like problemstillinger på tvers av virksomheter. Hva dette skyldes er usikkert, men en teori kan være at lederne i større grad bærer ansvar alene uten å ha nøytralt personell rundt seg som man kan diskutere problemstillinger med, noe et slikt nettverk kan tilby. Denne studien har ikke undersøkt forklaringsvariabler knyttet til dette, men dette elementet kan være interessant å utforske for å kunne treffe så effektive tiltak som mulig slik at den enkelte deltaker blir stimulert på en mest hensiktsmessig måte.

5.3 Del C – Lederverv og perspektiv

På spørsmålet om ledere oppfatter myndighetspress på en annen måte enn øvrige ansatte, viser denne studien at svaret på det er sammensatt. Når det kommer til etterspørsel etter å drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid, svarer lederne i denne studien at de opplever at etterspørselen har økt i større grad enn de øvrige ansatte. Dette er interessant, da det kan argumenteres for at presset fra de øverste myndigheter har blitt redusert i den aktuelle perioden. Et slikt skifte kan bety at de lokale myndighetene legger mer press på den enkelte leder etter at pasientsikkerhetsprogrammet ble avsluttet enn når programmet var aktivt. En slik involvering samsvarer godt med programmets sluttevaluering. Her ble det anbefalt å forankre dette arbeidet tydelig hos lederne for å lykkes bedre med implementering, på bakgrunn av en utfordring under den aktive perioden der lederforankringen var gradvis avtakende lenger ned i linjen (Deloitte, 2019).

Videre kan man argumentere for at ledere er mer lojale mot det administrative verdisynet, da de skårer noe ulikt på elementer knyttet til ressursallokasjon og alternativkostnad enn de øvrige ansatte. Dette påvirker hvilke drivere og barrierer de opplever som viktigst i forbindelse med varig implementering. Eksempelvis er sammenhengen noe svakere på spørsmål om hvorvidt tilstrekkelig ressurser er viktig for pasientsikkerhetsarbeid, samt at lederne oppfatter alternativkostnaden i noe større grad som en trussel mot virksomhetens kjernevirksomhet enn øvrige ansatte. Denne kombinasjonen kan tolkes slik at ledernes lojalitet ligger nærmere et verdisyn hvor effektivitet og ressursutnyttelse verdsettes noe høyere, enn hos de øvrige ansatte.

I tillegg til å påvirke hvor ledere legger sin lojalitet, er det også utslag på hvordan de lar seg motivere. På svarene knyttet til betydningen av de ulike elementene ved læringsnettverk, var forskjellen størst i de to utvalgene ved konkurranseelementet. Dette betyr at ledere lar seg motivere i større grad av konkurranse enn øvrige ansatte, noe som er viktig faktor å hensynta når man skal designe læringsnettverk i fremtiden, nettopp ved å adressere hvem som er mottakeren av forbedringsarbeidet.

5.4 Styrker og begrensninger med studien

Denne studien har, som alle andre studier, noen styrker og begrensninger. Eksempelvis er det alltid usikkerhet når det kommer til metode, utvalg, overførbarhet til andre settinger og kontekst. I det følgende blir noen viktige styrker og begrensninger presentert.

5.4.1 Studiedesign, innsamlingsstrategi og utvalg

I kvantitativ metode er det alltid et spørsmål om svarene på spørreskjemaene faktisk svarer på det man er ute etter å vite. Bruk av spørreskjemaer i kvantitativ metode er et velbrukt og anerkjent verktøy, men det er også offer for noen kjente feil og mangler (Bordens & Abbott, 2008). Eksempelvis er det et kjent fenomen at respondenter har en tendens til å lene seg mot positivt svar, jmf. teorien om «ja-siing» (Hellevik, 2020). Ved bruk av Likert-spørsmål kan dette gi noe skjev svarfordeling mot den positive siden. Dette kan også gjenspeiles i indeksen for suksessfull implementering, da «vet ikke»-svarene er byttet ut med gjennomsnittet for den aktuelle variabelen. Dette vil i ytterste konsekvens bidra til en positiv fortolkning av korrelasjonsanalysene. Derimot påvirker ikke dette reliabilitetsanalysen, da Cronbachs alfa-verdien blir lik når man bytter ut de nevnte verdiene, samt at deler av indeksen består av objektive mål (antall innsatsområder i bruk). Videre er det verdt merke seg at Cronbachs alfa-verdien kan argumenteres for å ha vært noe lav. På tross av dette har analysene gitt logiske verdier som svært ofte samsvarer med allerede eksisterende teori.

Hva angår innsamlingsstrategi finnes det usikkerhetsmomenter knyttet til denne studiens fremgangsmåte. Eksempelvis har det ikke vært mulig å ha kontroll på hvor mange som har blitt tilbudt deltakelse, da distribusjonen var avhengig av videresending av e-post innad i de enkelte helseforetakene. Dette gjør det ikke mulig å si noe om svarprosent, hvilket kan gi usikkerhet omkring utvalgets representativitet. Derimot er det søkt å gjøre dette på en så

sammenliknbar måte som mulig med Deloitte (2019) sin metode fra 2019. I tillegg rapporterer også Deloitte (2019) at de underveis i perioden hvor programmet var aktivt, var tvunget til å gjøre endringer på innsamlingsstrategien, men at svarene fremstod som konsistente på tross av endringen. Denne rapporterte konsistensen tilfører også reliabilitet til denne studien, da innsamlingsmetodene i stor grad er sammenliknbare.

5.4.2 Sammenlikning og representativitet

I tillegg til de metodiske usikkerhetene er det også usikkerhet knyttet til representativitet i utvalget. Eksempelvis er deltakelse i studien frivillighetsbasert og det er opp til den enkeltes motivasjon å delta, noe som i seg selv er subjektivt og kan føre til skjevhet i utvalget (Bordens & Abbott, 2008). En slik frivillighet legger potensielt til rette for at finnes enkelte grupper som er mer eller mindre motivert til å svare enn andre. I denne studien ble det vurdert til at det ikke var sannsynlig at det var noen subgrupper som ville være svært motiverte for å svare, slik at det ville forskyve resultatene. Et annet motargument er den store spredningen av representerte fagområder og stillingskategorier, noe som kan tyde på at de som svarer også representerer de som ikke svarer.

Av hensyn til studiens rammebetingelser ble det gjort tilpasninger på hvordan dataen ble innsamlet, hvilket har ført til at utvalget er preget av ett helseforetak som står for den desidert største andelen av svarene. Dette gir implikasjoner for hvordan dataen kan tolkes, da en slik fordeling gir sårbarhet for lokale forskjeller mht. hvordan pasientsikkerhetsprogrammet er arbeidet med, ulik kultur og liknende. Derimot er det aktuelle helseforetaket landets største og vil likevel representere spesialisthelsetjenesten til en viss grad, jamfør utvalgets størrelse. Eksempelvis er det totale utvalget større enn hva Deloitte hadde fra spesialisthelsetjenesten i sin rapport fra 2019. I tillegg kan det argumenteres for at det finnes likheter nok mellom de to utvalgene mht. profesjon, virksomhetsstruktur og stilling til at man kan trekke noen varsomme paralleller, spesielt dersom utslagene er store eller svært konsistente. Videre er størrelsen på utvalgene i de andre helseforetakene så små at det ikke har vært hensiktsmessig å gjøre sammenlikninger mellom helseforetakene.

Det er også knyttet usikkerhet til utviklingen over tid. Selv om det tilfører studien verdi, at det er innsamlet data såpass lenge etter at Deloitte (2019) gjorde sin innsamling, må resultatene tolkes med noe varsomhet. Eksempelvis er utviklingen over tid presentert som en lineær utvikling, noe som har blitt valgt for å visualisere en potensiell trend, men som ikke nødvendigvis representerer den reelle utviklingen. Derimot presiseres det at selv om utviklingen nødvendigvis ikke er så lineær som den er fremstilt er resultatene fra denne studien presentert i riktig størrelse.

5.4.3 Andre fortolkningskjevheter

Forskningsresultater kan i visse tilfeller påvirkes av fortolkningskjevheter (oversatt fra «bias»), og selv det er forsøkt å objektivt beskrive resultatene vil presentasjon av data eller argumenter alltid inneholde et element av fortolkning (Wifstad, 2018). I denne studien er det forsøkt å frikoble så mange fortolkningskjevheter som mulig. Eksempelvis er dataen anonymisert før analysene er utført, slik at dataen fremstår personnøytral når den skal analyseres. Videre kan man argumentere for at utvalgets skjevhet mot forfatterens eget helseforetak kan bidra til å påvirke fortolkningen, men det presiseres i dette øyemed at studien er frikoblet økonomiske og andre incentiver som kan gi partiskhet. Det er heller ikke gjort sammenlikninger mellom ulike helseforetak.

5.4.4 Covid-19-pandemien

Som nevnt i innledningen er endringer i en virksomhets setting over tid en trussel mot varig implementering. I perioden fra pasientsikkerhetsprogrammet ble avsluttet til datainnsamlingen til denne studien møtte spesialisthelsetjenesten en sjelden stor omveltning, nemlig covid-19-pandemien. Dette er ikke tillagt noe vekt i analysen eller diskusjonen, da endringer i setting er en realitet for alle virksomheter. På den ene siden kan det argumenteres for at pandemien kan ha ført til omprioritering og flytte fokuset bort fra varig implementering av pasientsikkerhetsprogrammets strukturer. Et motargument er denne studiens resultater som forteller at etterspørselen etter å drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid oppleves som økt, på tross av at pandemien har tvunget spesialisthelsetjenesten til å gjøre store endringer. Videre kan man argumentere for at det er nettopp i pressede situasjoner at det er viktig å bevare fokus på pasientsikkerhet og de ervervede strukturene fra programmet, noe som kunne påvirket resultatene i en positiv retning. Denne usikkerheten rundt hvordan pandemien kan ha påvirket

resultatene har derfor blitt tillagt lite fokus. Det betyr imidlertid ikke at det ikke er interessant, men det anbefales å undersøke pandemiens påvirkning på helsetjenesten som en egen studie.

6.0 Konklusjon

At varig forbedring er en krevende øvelse er vel etablert, noe som også gjenspeiles i denne studien. Når det kommer til spørsmålet om i hvilken grad pasientsikkerhetsprogrammet bidrar til å forbedre pasientsikkerheten på norske sykehus tre år etter programmets avslutning, tyder studiens resultater på at dette til en viss grad er vellykket. Det er fortsatt mange som har opplevd at pasientsikkerhetsprogrammets strukturer bidrar positivt på sin arbeidsplass i dag. Derimot er trenden avtakende og det kan diskuteres om effekten er utvannet. Som nevnt i diskusjonsdelen kan den avtakende trenden delvis skyldes en naturlig nedgang i kjennskap til programmet. Når kjennskapen er redusert kan også evnen til å kjenne igjen strukturer som har sin opprinnelse derfra bli redusert, men det er tvilsomt hvorvidt dette kan forklare hele reduksjonen. Denne reduserte effekten gjenspeiles også i de siste rapportene om pasientsikkerhet fra spesialisthelsetjenesten, målt med GTT (Helsedirektoratet, 2021b). Et slikt funn antyder et tapt potensiale for forbedring, noe som reiser spørsmålet om det er noe som kunne blitt gjort for å ivareta effekten. Dette understreker behovet for å forske videre på hvilke drivere og barrierer som er viktige for varig forbedring når det kommer til myndighetsbaserte programmer.

Hvorvidt endringer i den ytre setting har påvirket implementeringen av pasientsikkerhetsprogrammet er ikke helt entydig. Basert på den eksisterende teorien rundt myndighetsdrevne programmer, var det lett å tenke at respondentene kom til å rapportere om endringer med negativt fortegn, når et obligatorisk myndighetsdrevet program som pasientsikkerhetsprogrammet ble avsluttet. Enten gjennom redusert etterspørsel etter systematisk pasientsikkerhetsarbeid eller hvordan ressursene knyttet til denne type arbeid har blitt fordelt. Dette er derimot sterkt motbevist, da majoriteten av respondentene opplever økt etterspørsel de siste årene, i kombinasjon med at respondentene heller ikke rapporterer noen stor endring i ressursallokasjon. Det er diskutert ulike årsaker, men en viktig forskjell fra tidligere er at operasjonaliseringen og oppfølgingen av pasientsikkerhetsarbeidet nå ligger nærmere den utførende linjen, noe som kan øke eierskapet til pasientsikkerhetsarbeidet. Dette bringer diskusjonen over på hvilke barrierer og drivere som oppleves viktigst for varig

forbedring. I denne studien ble det redegjort for ulike sammenhenger, men det er to sammenfallende faktorer som er interessante. Ved to anledninger har faktorene som var uavhengige av implementeringens innhold som blitt vektet tungt. De to faktorene var om respondenten opplever at det er satt av tilstrekkelig med ressurser til forbedringsarbeid, og det var kontinuitetsmomentet som ble skåret som viktigst i forbindelse med kosmopolitanisme. Dette er svært interessant informasjon og kan brukes konstruktivt når man skal legge til rette for varig forbedring i fremtiden. Det betyr imidlertid ikke at forbedringsarbeidets innhold skal neglisjeres. Når man har lyktes med den umiddelbare forbedringen er det viktig å se på hvilke rammer virksomheten krever for å være i stand til å bevare forbedringen, og det er her ressurser og læringsnettverk kan spille en rolle.

Av de elementene som omhandlet kvalitetsarbeidets innhold var det også interessante funn. Eksempelvis, om tiltakspakkene var tilpasningsdyktige nok til den enkelte avdeling ble skåret høyest under myndighetsdrevne programmer. Dette kan sees i sammenheng med allerede kjent teori som vektlegger betydningen av å bevare virksomhetenes og fagpersonenes autonomi for å lykkes med endring (Nilsen et al., 2013; Waring & Currie, 2009). Virkningen av dette på endring over tid kan derimot diskuteres, da kombinasjonen av fjernede barrierer mot endring og tilstrekkelig ressurstilgang ikke har gitt positive utslag på pasientsikkerheten i Norge de siste tre årene. Denne argumentasjonen impliserer at disse faktorene er noe viktigere for umiddelbar implementering enn for endring over tid, jmf argumentasjonen i forrige avsnitt. Disse faktorenes påvirkning og hvilke årsaksforhold som ligger bak er et område det er viktig å forske videre på for å kunne maksimere nytten av fremtidige forbedringsarbeid.

Avslutningsvis er det også viktig å anerkjenne lederes betydning, da de spiller en viktig rolle i spredningen og gjennomføringen av forbedringsarbeid. Denne studien har vist at både ledere og øvrige ansatte deler mange av de samme oppfatningene, men at de forskjellene som foreligger kan ha betydning for hvordan man lykkes med varig forbedring. Eksempelvis vil hvilket verdisyn de ulike gruppene er mest lojale til være verdt å hensynta når man skal designe kvalitetsarbeid i fremtiden. Denne studien har imidlertid ikke fokusert på forklaringsvariabler knyttet til ledelse og varig endring, men dette er et område det vil være viktig å undersøke i fremtiden.

7.0 Referanseliste

- Ament, S. M. C., Gillissen, F., Moser, A., Maessen, J. M. C., Dirksen, C. D., von Meyenfeldt, M. F., & van der Weijden, T. (2017). Factors associated with sustainability of 2 quality improvement programs after achieving early implementation success. A qualitative case study. *J Eval Clin Pract*, 23(6), 1135-1143. doi:10.1111/jep.12735
- Bordens, K. S., & Abbott, B. B. (2008). *Research design and methods : a process approach* (7th ed. ed.). New York, N.Y: McGraw-Hill Higher Education.
- Classen, D. C., Resar, R., Griffin, F., Federico, F., Frankel, T., Kimmel, N., . . . James, B. C. (2011). 'Global Trigger Tool' Shows That Adverse Events In Hospitals May Be Ten Times Greater Than Previously Measured. *Health Affairs*, 30(4), 581-589.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*, 4, 50. doi:10.1186/1748-5908-4-50
- Deloitte. (2019). *Sluttrapport for følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24 - 7"* Hentet fra <https://www.itryggehender24-7.no>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS : (and sex and drugs and rock 'n' roll)* (3rd ed. ed.). Los Angeles: SAGE.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank quarterly*, 82(4), 581-629. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., & Davis, D. (2013). *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care* (Second edition. ed.): Wiley-Blackwell.
- Hagen, Y. C. (2019). *Tavlemøter ved medisinske sengeposter - Tidstyv eller kvalitetstid?* (Masteroppgave), Universitetet i Oslo,
- Hellevik, O. (2020). Ja-siing som problem i intervjuundersøkelser. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 61(3), 255-270. doi:10.18261/issn.1504-291X-2020-03-04

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten*.

Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Helsedirektoratet. (2017). *Veileder for bruk av Global Trigger Tool tilpasset norske forhold*.

Hentet fra <https://www.itryggehender24-7.no>

Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-*

2023. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf)

[omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf)

Helsedirektoratet. (2020). *Pasientskader i Norge 2019*. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2019-malt-med-global-trigger-tool>

Helsedirektoratet. (2021a). *Kvalitet og kvalitetsindikatorer*. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

Helsedirektoratet. (2021b). *Pasientskader i Norge 2020*. Hentet fra

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2020-malt-med-global-trigger-tool/Pasientskader%20i%20Norge%202020%20-%20m%C3%A5lt%20med%20Global%20Trigger%20Tool.pdf/_/attachment/inline/776effa4-08ec-4d17-89d1-495214e9762f:f36bcf550e31c0a87501e952ee5d805a7e5bb1f9/Pasientskader%20i%20Norge%202020%20-%20m%C3%A5lt%20med%20Global%20Trigger%20Tool.pdf

Hovlid, E., Bukve, O., Haug, K., Aslaksen, A. B., & Von Plessen, C. (2012). Sustainability of healthcare improvement: what can we learn from learning theory? *BMC health services research*, 12, 235. doi:10.1186/1472-6963-12-235

Institute for Healthcare Improvement. (Ukjent dato). About us. Hentet fra

<http://www.ihl.org/about/Pages/default.aspx>

- Johnson, J. K., & Sollecito, W. A. (2018). *McLaughlin and Kaluzny's Continuous Quality Improvement in Health Care* (5th ed.): Jones & Bartlett Learning.
- Lennox, L., Maher, L., & Reed, J. (2018). Navigating the sustainability landscape: a systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implementation Science*, *13*(1). doi:10.1186/s13012-017-0707-4
- Nilsen, P., Stahl, C., Roback, K., & Cairney, P. (2013). Never the twain shall meet?--a comparison of implementation science and policy implementation research. *Implement Sci*, *8*, 63. doi:10.1186/1748-5908-8-63
- Norsk senter for forskningsdata. (Ukjent årstall). Informasjon til deltakerne. Hentet fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltakerne/>
- Pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24-7. (2017). *Revidert strategi 2014-2018*. Hentet fra https://www.itryggehender24-7.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7/_/attachment/inline/aa2b4b08-bd2a-4b9b-ab45-88280a2a9d1d:c07daf47856d871925eadc9d21f1ac65a74632a0/strategi-pasientsikkerhetsprogrammet-2014-2018.pdf
- Pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24-7. (Ukjent år). *Strategi 2014-2018*. Hentet fra https://www.itryggehender24-7.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7/_/attachment/inline/aa2b4b08-bd2a-4b9b-ab45-88280a2a9d1d:c07daf47856d871925eadc9d21f1ac65a74632a0/strategi-pasientsikkerhetsprogrammet-2014-2018.pdf
- Rashman, L., & Hartley, J. (2002). Leading and learning? Knowledge transfer in the Beacon Council Scheme. *Public administration (London)*, *80*(3), 523-542. doi:10.1111/1467-9299.00316
- Strehlenert, H., Hansson, J., Nystrom, M. E., & Hasson, H. (2019). Implementation of a national policy for improving health and social care: a comparative case study using the Consolidated Framework for Implementation Research. *BMC Health Serv Res*, *19*(1), 730. doi:10.1186/s12913-019-4591-2
- Taber, K. S. (2018). The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education*, *48*(6), 1273-1296.

Walugembe, D. R., Sibbald, S., Le Ber, M. J., & Kothari, A. (2019). Sustainability of public health interventions: where are the gaps? *Health Res Policy Syst*, 17(1), 8. doi:10.1186/s12961-018-0405-y

Waring, J., & Currie, G. (2009). Managing Expert Knowledge: Organizational Challenges and Managerial Futures for the UK Medical Profession. *Organization studies*, 30(7), 755-778. doi:10.1177/0170840609104819

Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Øvretveit, J., Bate, P., Cleary, P., Cretin, S., Gustafson, D., McInnes, K., . . . Wilson, T. (2002). Quality collaboratives: lessons from research. *Quality & safety in health care*, 11(4), 345-351. doi:10.1136/qhc.11.4.345

Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1: Spørreskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet Pasientsikkerhetsprogrammet – I tiden etter?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt, hvor formålet er å undersøke hvordan endringer i en helsevirksomhets ytre setting påvirker forbedring over tid. Din avdeling har blitt utvalgt som aktuell av ditt lokale helseforetak. Her har du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Helsetjenesten er i stadig endring og det stilles stadig høyere krav til produktivitet, kost-nytteeffekt, og pasientsikkerhet. I så måte er det viktig at de tiltakene vi gjør for å endre oss bidrar til varig forbedring. Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24 – 7» er et nasjonalt omfattende program som med rettede tiltak skulle bidra til varig forbedring av pasientsikkerheten i Norge. Hvilke faktorer har vist seg viktige for varig endring? Dette er spørsmål oppgaven søker å gi svar på.

Inklusjon

Pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24-7 var obligatorisk for spesialisthelsetjenesten og det er derfor ønskelig å inkludere så mange deltakere fra relevante avdelinger i spesialisthelsetjenesten som mulig. Dette for å fange opp nyanser på tvers av tjenesten.

Hva innebærer det for deg å delta?

Du deltar på denne studien ved å svare på denne spørreundersøkelsen. Den tar mellom 5 og 10 minutter å fylle ut. Spørsmålene omhandler selve Pasientsikkerhetsprogrammet og deltakelse i dette, samt noen spørsmål om pasientsikkerhet og bruk av verktøy på din avdeling.

Databehandling

Dataene som innhentes i denne undersøkelsen vil kun bli brukt ifm. denne masterstudien og slettes 6 mnd etter at oppgaven er levert og bestått, og senest 01.06.2023. All data anonymiseres, og vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil ikke være mulig å kjenne igjen de enkelte svarene eller respondentene i oppgaven. Datamaterialet vil bli innhentet og lagret via SurveyXact. Kontaktopplysningene dine (din e-postadresse) erstattes med en kode som lagres adskilt fra øvrig data, og det er kun student og veileder som vil ha tilgang til dataene. Selve oppgaven og oppgavens resultater kan bli brukt i undervisning eller andre publikasjoner senere.

Samtykke

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

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningeneå få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende å få slettet personopplysninger om deg å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Ansvarlig institusjon: Universitet i Bergen

Anders Dahler, student. anders.dahler@outlook.com

Inger Lise Teig, veileder inger.teig@uib.no

Samtykke - Jeg samtykker til å delta på studien og jeg har lest og forstått hva dette innebærer

- (1) Ja, start undersøkelsen
- (2) Nei

Hvilket helseforetak/sykehus arbeider du ved?

- (1) Helse Stavanger HF
- (2) Helse Fonna HF
- (3) Helse Bergen HF
- (4) Helse Førde HF
- (5) Helse Møre og Romsdal HF
- (6) St. Olavs Hospital HF
- (7) Helse Nord Trøndelag HF
- (8) Helgelandssykehuset HF
- (9) Finnmarkssykehuset HF
- (10) Nordlandssykehuset HF
- (11) Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- (12) Akershus Universitetssykehus HF
- (13) Oslo Universitetssykehus HF
- (14) Sunnaas Sykehus HF
- (15) Sykehuset i Vestfold HF
- (16) Sykehuset i Innlandet HF

- (17) Sykehuset i Telemark HF
- (18) Sykehuset Østfold
- (19) Sørlandet Sykehus
- (20) Vestre Viken HF
- (21) Lovisenberg Diakonale Sykehus
- (22) Haraldsplass Diakonale Sykehus
- (23) Martina Hansens Hospital
- (24) Revmatismesykehuset
- (25) Annet, vennligst spesifiser _____

Hvilket fagområde tilhører du?

- (1) Somatikk
- (2) Psykisk Helsevern
- (3) Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TBS)
- (4) Annet, vennligst spesifiser _____

Hvilken stillingskategori tilhører du?

- (1) Sykepleier
- (4) Lege
- (5) Administrasjon
- (2) Annet, vennligst spesifiser _____

Hvor lenge har du jobbet på din nåværende enhet?

- (1) Ansatt før 2014
- (2) Ansatt mellom 2014 og 2016
- (3) Ansatt mellom 2016 og 2018
- (4) Ansatt mellom 2018 og 2020
- (5) Ansatt etter 2020

Hvilket ledernivå er du på? Hvis du ikke er leder, trykk "ikke leder".

- (1) Ikke leder
- (2) Seksjonsleder
- (3) Enhetsleder
- (4) Avdelingsleder
- (5) Klinikksjef/klinikkdirektør

Hva er ditt forhold til pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24/7?

- (1) Jeg kjenner til programmet og jobber med/har jobbet med ulike innsatsområder, tiltakspakker eller annet direkte relatert til programmet
- (2) Jeg kjenner til programmet, men jobber ikke/har ikke jobbet med noe direkte relatert til programmet
- (3) Jeg kjenner ikke til programmet

Hvordan har du kjennskap til pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24/7?

- (1) Jeg har selv deltatt på kurs, læringsnettverk eller aktiviteter i regi av programmet gjennom min NÅVÆRENDE arbeidsplass
- (2) Jeg har selv deltatt på kurs, læringsnettverk eller aktiviteter i regi av programmet gjennom en TIDLIGERE arbeidsplass
- (3) Ansatte på min NÅVÆRENDE arbeidsplass har deltatt på kurs, læringsnettverk eller aktiviteter i regi av programmet og har videreformidlet informasjon om programmet til meg
- (4) Ansatte på en TIDLIGERE arbeidsplass har deltatt på kurs, læringsnettverk eller aktiviteter i regi av programmet og har videreformidlet informasjon om programmet til meg.
- (0) Jeg har ikke kjennskap til programmet

Har du deltatt på læringsnettverk i regi av pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24/7?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (0) Vet ikke

Dette er noen av innsatsområdene fra Pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24/7. Merk at noen av navnene kan ha endret seg siden programmet ble avsluttet, og at det er ulike målgrupper for de ulike innsatsområdene.

- Tidlig oppdagelse av forverret somatisk tilstand
- Tidlig oppdagelse av sepsis
- Trygg kirurgi
- Trygg utskrivning
- Behandling av hjerneslag Underernæring
- Behandling av hjerneslag
- Forebygging av infeksjon ved SVK
- Forebygging av urinveisinfeksjoner
- Forebygging av fall
- Forebygging av trykksår
- Forebygging av selvmord
- Forebygging av overdosedødsfall
- Forebygging av underernæring
- Samstemming av legemiddellister
- Riktig legemiddelbruk i sykehjem
- Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten
- Ledelse av pasientsikkerhet

I hvilken grad opplever du at deltakelse fra din avdeling på læringsnettverk, kurs eller samlinger har styrket arbeidet med pasientsikkerhet i din avdeling?

- (1) I svært liten grad
- (2) I liten grad
- (3) Verken eller
- (4) I stor grad
- (5) I svært stor grad
- (0) Vet ikke

Jobber dere med noen spesifikke innsatsområder fra pasientsikkerhetsprogrammet på din avdeling i dag?

- (1) Ingen innsatsområder
- (2) 1-2 innsatsområder
- (3) 3-4 innsatsområder
- (4) 5 eller flere innsatsområder

Med hensyn til hvordan din avdeling er i dag, i hvilken grad opplever du at aktiviteter i regi av pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til å øke pasientsikkerheten i din enhet?

- (1) I svært liten grad
- (2) I liten grad
- (3) Verken eller
- (4) I stor grad
- (5) I svært stor grad
- (0) Vet ikke

De tre siste årene, i hvilken grad opplever du at pasientsikkerheten på din avdeling blitt bedre?

- (1) I svært liten grad
- (2) I liten grad
- (3) Verken eller
- (4) I stor grad
- (5) I svært stor grad
- (0) Vet ikke

Jeg opplever at etterspørselen etter å drive med systematisk pasientsikkerhetsarbeid de siste 3 årene...

- (1) ...har økt
- (2) ...er mer eller mindre det samme
- (3) ...har blitt redusert
- (0) vet ikke

I hvilken grad opplever du at det settes av tilstrekkelig med ressurser til å drive forbedringsarbeid på din enhet?

- (1) I svært liten grad
- (2) I liten grad
- (3) Verken eller
- (4) I stor grad
- (5) I svært stor grad
- (0) Vet ikke

Systematisk arbeid knyttet til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid krever ressurser. De siste tre årene, på min avdeling har det blitt satt av...

- (1) ...mindre tid til systematisk pasientsikkerhetsarbeid
- (2) ...omtrent den samme tiden til å drive pasientsikkerhetsarbeid som før
- (3) ...mer tid til å drive pasientsikkerhetsarbeid
- (0) vet ikke

I hvilken grad er du enig i påstanden: Systematisk pasientsikkerhetsarbeid krever for mye ressurser på min avdeling og det går ut over andre viktige arbeidsoppgaver.

- (5) Svært uenig
- (4) Litt uenig
- (3) Verken eller
- (2) Litt enig
- (1) Svært enig
- (0) Vet ikke

I hvilken grad er du enig i påstanden: Pålagte programmer fra myndighetene passer ikke inn på min avdeling da tiltakspakkene ikke er tilpasningsdyktige nok.

- (5) Svært uenig
- (4) Litt uenig
- (3) Verken eller
- (2) Litt enig
- (1) Svært enig
- (0) Vet ikke

I hvilken grad er du enig i påstanden: Jeg opplever at vi på avdelingen vet bedre hvordan pasientsikkerhetsarbeid skal drives hos oss, enn hva et nasjonalt program kan tilføre

- (5) Svært uenig
- (4) Litt uenig
- (3) Verken eller
- (2) Litt enig

- (1) Svært enig
- (0) Vet ikke

I hvilken grad er du enig i påstanden: Pasientsikkerheten ved min avdeling hadde vært bedre dersom vi hadde hatt større innvirkning på de aktuelle tiltakspakkene og hvordan disse skulle implementeres.

- (1) I svært liten grad
- (2) I liten grad
- (3) Verken eller
- (4) I stor grad
- (5) I svært stor grad
- (0) Vet ikke

I hvilken grad opplever du at deltakelse på nasjonale læringsnettverk bidrar til å sikre kontinuitet i pasientsikkerhetsarbeidet?

- (1) I svært liten grad
- (2) I liten grad
- (3) Verken eller
- (4) I stor grad
- (5) I svært stor grad
- (0) Vet ikke

I hvilken grad er du enig i utsagnene om hvordan læringsnettverk kan bidra i pasientsikkerhetsarbeid.

Problemene er like; Vi som deltar står i like problemstillinger på ulike arbeidsplasser, og det er motiverende at vi ikke er alene om å kjenne på våre utfordringer.

- (1) Svært lite relevant
- (2) lite relevant
- (3) Verken eller
- (4) Litt relevant
- (5) Svært relevant

(0) Vet ikke

Folkene er like; Vi som deltar har lik profesjon og kultur og det gjør det motiverende å drive pasientsikkerhetsarbeid sammen.

(1) Svært lite relevant

(2) lite relevant

(3) Verken eller

(4) Litt relevant

(5) Svært relevant

(0) Vet ikke

Konkurranseselementet; Det er motiverende at vi må dele resultater med andre sammenliknbare virksomheter, enten fordi vi ikke vil være dårligst eller fordi det er motiverende å være god.

(1) Svært lite relevant

(2) lite relevant

(3) Verken eller

(4) Litt relevant

(5) Svært relevant

(0) Vet ikke

Kontinuitet i seg selv; Fordi fysiske møter i seg selv bidrar til kontinuerlig bevissthet rundt pasientsikkerhetsarbeid

(1) Svært lite relevant

(2) lite relevant

(3) Verken eller

(4) Litt relevant

(5) Svært relevant

(0) Vet ikke

Er det andre faktorer ved læringsnettverk du tenker kan bidra til kontinuitet i pasientsikkerhetsarbeid?

I hvilken grad ville en ny oppstart av nasjonale læringsnettverk knyttet til innsatsområder bidratt til kontinuitet i pasientsikkerhetsarbeidet på din avdeling i dag?

- (1) I svært liten grad
- (2) I liten grad
- (3) Verken eller
- (4) I stor grad
- (5) I svært stor grad
- (0) Vet ikke

Oppgi din epostadresse. Denne brukes kun for å sjekke for duplikater og for å kunne slette din data dersom du ønsker det etter at skjemaet er innsendt

Takk for at du tok deg tid til å svare på undersøkelsen. Trykk "neste" for å bekrefte innsending av skjemaet.

Vennlig hilsen Universitetet i Bergen.

Takk for at du tok deg tid. Dersom du ombestemmer deg og samtykker til å delta i studien kan du åpne linken på nytt og fullføre undersøkelsen.