

# MASTEROPPGAVE

«Fra syk til sykt bra!»  
Ledelsesfunksjoner ved kampanjer

Anita Skau Christophersen

15.11.2019

Master i organisasjon og ledelse  
Avdeling for samfunns- og økonomifag







## Forord

*«Kampanjer er som såkorn – grøden kommer ikke før lenge etter at du har sådd, under forutsetning av god gjødsling i hele perioden og systematisk lusing av ugress»  
(Arne Simonsen og Magne Haug, 2008).*

Det ville være blank løgn å si at jeg ikke har tenkt på hva jeg vil skrive i forordet på denne masteroppgaven. Selvfølgelig har jeg det! Det er med en underlig følelse jeg nå setter punktum for denne åtte år lange reisen. Halden har for alltid fått en plass i hjertet mitt.

Aller først takk til min eksellente veileder, førsteamanuensis Jan Moren som har hatt en ukuelig tro på at Anita-ja når går det virkelig fremover!

Takk til arbeidsgiver for tilrettelegging for at jeg endelig skulle komme meg i mål.

Tusen takk til gode kollegaer som har støttet, heiet, holdt i roret og kikket innom kontoret titt og ofte- nå er jeg tilbake med åpen dør!

En spesiell takk til min herlige, kloke og dyktige venninne Elin Saga for alle diskusjoner, for kritiske innspill, sparringer og gode samtaler.

Enda en takknemlig hilsen til min rasende dyktige fagutviklingssykepleier Rita Karine Foss Hargott for korrekturlesing, konstruktive innspill og heiarop. Takk for teknisk support i oppløpet, verdifulle diskusjoner og tid.

Heldig er jeg som omgir meg med kloke, kritiske, utholdende og konstruktive kollegaer og venner - men jeg skal aldri høre på dere igjen! Nå blir det skjønnlitterære bøker, trening og alt annet som hører fritid til!

Så mine nære og kjære, oppmerksomheten er tilbake hos dere med fornyet styrke.

Nøtterøy, 15.11.19

Anita Skau Christophersen

# Sammendrag

## **Bakgrunn:**

Kampanjen 'I trygge hender' ble etablert i 2011 på bakgrunn av et ønske om å redusere uønskede hendelser og pasientskader i møte med helsevesenet. Kampanjen som var et tre års prosjekt ble videreført i fem år som 'Pasientsikkerhetsprogrammet'. Ved utgangen av 2018 ble programmet besluttet innført som et varig pasientsikkerhetsprogram. Et av innsatsområdene i kampanjen og pasientsikkerhetsprogrammet er 'ledelse av pasientsikkerhet'. Oppdraget til ledere har vært å etablere strukturer som skal sikre gode rutiner for kontinuerlig kvalitetsforbedring. Formålet var å forankre kvalitetsarbeidet i ledernivåene for å sikre systematisk tilnærming gjennom økt kunnskap og målrettet ledelse.

## **Studiens hensikt:**

Hensikten med studien har vært å undersøke hvordan ledere har brukt kampanjen og programmet til å arbeide systematisk med pasientsikkerhet og kvalitet. Oppdragsdokumentet har gitt tydelige føringer til ledere om å drive kontinuerlig kvalitetsforbedring med et tverrprofesjonelt samarbeid rundt risikoområdene. Studien har hatt som mål å avdekke de muligheter og eventuelle begrensninger ledere har opplevd i arbeidet med kampanjen og innsatsområdene.

## **Teoretisk forankring:**

Studien har forankring i Torodd Strands modell 'PAIE' som viser til organisasjonstyper med tilhørende lederroller.

## **Metode:**

Studien har benyttet kvalitativ metode med dybdeintervju av sju seksjonsledere på operativt nivå fra to klinikker på ett middels stort sykehus. Lederne har hatt en direkte rolle til kampanjen helt fra implementering og videre oppfølging.

## **Resultater:**

Resultatene fra studien viste at ledere opplevde kampanjen som et viktig bidrag til å sette pasientsikkerhet på agendaen. Metodikken i kampanjen ga innspill til å gjøre riktige prioriteringer med tanke på å forebygge uønskede hendelser. Mangel på felles tverrprofesjonelle arenaer gikk igjen som en utfordring i forhold til å få utført oppgavene som leder, både med tanke på etterlevelse av føringer og annen dialog rundt kvalitetsforbedringsarbeid. Respondentene viste i denne sammenheng til en rekke strukturelle tilpasninger. Få seksjoner hadde legedeltakelse ved gjennomgang av indikatorene i risikomøtet. Funn viste at lederne i stor grad manglet forbedringskunnskap, men at de likevel opplevde å håndtere lederopp gavene i forhold til planlegging av aktiviteter rundt kampanjen. Kontinuiteten på kampanjen og programmet ble trukket frem som avgjørende med tanke på langtidsplanlegging og styring. 'Den røde tråden' og det jevnlig påfyllet i kampanjen fungerte som motivasjon og drivkraft for flere ledere.

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Mål og ambisjoner for studien .....	1
1.2	Noen avgrensninger og presiseringer .....	2
1.3	Problemstilling og forskningsspørsmål .....	3
1.4	PAIE-modellen – en presentasjon .....	4
1.4.1	PAIE-modellen som analytisk verktøy.....	6
1.5	Oppgavens disposisjon .....	7
<b>2</b>	<b>Kampanje som strategi i pasientsikkerhetsarbeid – en kort oversikt</b> .....	<b>8</b>
2.1	Pasientsikkerhet – et begrep med rikt innhold.....	8
2.2	Reformer og kampanjer – noen generelle poeng.....	9
2.3	Reformer og kampanjer som organisatorisk strategi .....	10
2.4	Pasientsikkerhetskampanjen ‘I trygge hender’ .....	12
<b>3</b>	<b>Teoretiske perspektiver</b> .....	<b>15</b>
3.1	Kampanjer, endring og offentlig sektor .....	16
3.2	Lederen som produsent.....	17
3.2.1	Produsentens rolle i endringsprosesser.....	18
3.2.2	Produsenten som iverksetter av kampanjer i sykehus .....	19
3.2.3	Produsenten og forventninger til data .....	20
3.3	Lederen som administrator .....	20
3.3.1	Administratorens rolle i endringsprosesser .....	21
3.3.2	Administratoren som iverksetter av kampanjer i sykehus.....	22
3.3.3	Administratoren: forventninger til data.....	24
3.4	Lederen som integrator .....	24
3.4.1	Integratorens rolle i endringsprosesser.....	25
3.4.2	Integratoren som iverksetter av kampanjer i sykehus .....	26
3.4.3	Integratoren: forventninger til data.....	27
3.5	Lederen som entreprenør .....	28
3.5.1	Entreprenørens rolle i endringsprosesser .....	28
3.5.2	Entreprenøren som iverksetter av kampanjer i sykehus .....	29
3.5.3	Entreprenøren: forventninger til data .....	30
3.6	Noen oppsummerende teoretiske refleksjoner.....	31
<b>4</b>	<b>Metode</b> .....	<b>33</b>
4.1	Kvalitativ forskning .....	33

4.2	Forskningsdesign .....	33
4.3	Utvalg .....	35
4.4	Datainnsamling .....	37
4.4.1	Intervjuguide .....	37
4.4.2	Gjennomføring av intervjuene.....	37
4.5	Analyse av data.....	39
4.5.1	Transkribering .....	39
4.5.2	Koding og kategorisering .....	40
4.6	Validitet og reliabilitet.....	42
4.7	Etiske betraktninger rundt forskerrollen.....	44
<b>5</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>46</b>
5.1	Lederen som pådriver og dirigent.....	47
5.1.1	Arenaer .....	47
5.1.2	Tilstedeværende ledelse .....	49
5.1.3	Strukturelle tilpasninger .....	51
5.1.4	Oppsummering .....	53
5.2	Lederen som overvåker og koordinator.....	53
5.2.1	Bindeledd.....	54
5.2.2	Delegere til ressurspersoner .....	56
5.2.3	Følge opp aktiviteter.....	58
5.2.4	Oppsummering .....	59
5.3	Lederen som rådgiver og hjelper .....	60
5.3.1	Forbilde .....	60
5.3.2	Samarbeid på tvers .....	62
5.3.3	Mening og nytte.....	63
5.3.4	Oppsummering .....	66
5.4	Lederen som mekler og innovatør .....	67
5.4.1	Konsolidering og videreutvikling.....	67
5.4.2	Kampanjers kraft .....	69
5.4.3	Verktøykasse .....	71
5.4.4	Oppsummering .....	72
5.5	Sentrale funn.....	73
<b>6</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>74</b>
6.1	'Lederen som pådriver og dirigent: Hva er det ved denne rollen som preger iverksetting av kampanjer?'	75

6.1.1	Komplekse offentlige organisasjoner .....	75
6.1.2	Skal vi endre oss nå igjen? .....	77
6.1.3	Peke ut retning – og holde stø kurs .....	78
6.1.4	Pådriver på ubestemt tid .....	80
6.2	‘Lederen som overvåker og koordinator: Hva er det ved denne rollen som preger iverksetting av kampanjer?’ .....	81
6.2.1	Å tolke og oversette føringer .....	82
6.2.2	Motstander eller krevende medspiller .....	84
6.2.3	Ja takk – begge deler! .....	85
6.2.4	Hold on – be strong! .....	86
6.3	‘Lederen som hjelper og rådgiver: Hva er det ved denne rollen som preger iverksetting av kampanjer?’ .....	88
6.3.1	Kulturbygger og forbilde .....	88
6.3.2	‘I trygge hender’ .....	89
6.3.3	Forbedringsagent 24/7 .....	91
6.4	‘Lederen som mekler og innovatør: Hva er det ved denne rollen som preger iverksetting av kampanjer?’ .....	92
6.4.1	En rød tråd! .....	93
6.4.2	Et felles løft! .....	94
6.4.3	Kampanjens verktøykasse .....	96
6.4.4	Ting tar tid! .....	97
<b>7</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>99</b>
7.1	Hvordan bruker ledere kampanjer for å styre organisasjoner? .....	99
7.2	Refleksjoner og anbefalinger .....	102
7.3	Veien videre .....	104
	<b>Referanser</b> .....	<b>105</b>
	<b>Oversikt over figurer</b> .....	<b>108</b>
	<b>Vedlegg</b> .....	<b>109</b>

# 1 Innledning

Utilsiktede hendelser i helsevesenet koster hvert år mange liv og påfører pasienter og pårørende unødige belastninger. For samfunnet vil dette i neste omgang ha store økonomiske konsekvenser og føre til uønskede prioriteringer og satsninger. Myndighetenes krav til sykehusene for å sikre forsvarlig behandling og kvalitet på helsetjenestene resulterte blant annet i en nasjonal pasientsikkerhetskampanje. I perioden 2011 til 2013 deltok spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten i kampanjen 'I trygge hender 24-7' (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 250). Formålet var å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerhetskulturen ved å etablere gode strukturer og systemer for pasientsikkerhet. Med bakgrunn i signifikant nedgang i antall pasientskader ble det besluttet å drive kampanjen videre i form av et pasientsikkerhetsprogram over nye fem år (2014-2018). Ved utgang av perioden ble det konkludert med at endring av eksisterende praksis tar tid, både med tanke på kulturelle forhold og innsikt i forbedringsarbeid. Styringsgruppen i pasientsikkerhetsprogrammet anbefalte at programmet og aktivitetene ble videreført, og de fremstår nå i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til helseforetakene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

## 1.1 Mål og ambisjoner for studien

---

Som seksjonsleder ved en intensivavdeling er jeg opptatt av den offentlige helsedebatten rundt pasientsikkerhet og kvalitet. Et helhetlig lederansvar innebærer blant å sørge for optimal utnyttelse og forvaltning av de økonomiske ressursene og sikre at pasienter får tjenester som er kvalitetssikret. Videre er leders ansvar at ansatte har rett kompetanse og vilkår å jobbe under som gir mulighet for utøvelse av sin profesjon i trygge rammer (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, s. § 2-2). Ledere har varierende kunnskap og engasjement om hvordan føringer formidles ut i organisasjonen for å sikre en felles forståelse og retning. Endringer og tilpasning til nye arbeidsrutiner må ses på som en kontinuerlig prosess. Ledelse handler i stor

grad om oversettelse av oppdrag og å bidra til en kultur der ansatte opplever at nye rutiner i form av for eksempel kampanjer er meningsfulle og tjener en klar hensikt. Hensikten med denne masteravhandlingen er å forstå hvordan organisasjonen ved hjelp av ledere bruker kampanjer som virkemiddel for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet. Dette gjennomføres ved å kartlegge de ulike ledelsesfunksjoner i forhold til om de har betydning for hvordan kampanjen 'I trygge hender 24-7' er blitt implementert og tatt opp i organisasjonen som et vellykket verktøy for endring og forbedring. En målsetning er å analysere hvordan kampanjer kan brukes, hva de gjør med organisasjonen og betydningen av det samlede lederskapets kunnskap og evner til målrettet arbeid med endringsprosesser. Et annet mål er at studien kan bidra til økt kunnskap om hvilke utfordringer og hindringer ledere erfarer i arbeidet med slike program. Deretter undersøke hva som skal til for at implementering og opptak av ulike innsatsområder skal tas opp av ansatte og bli en del av kulturen i organisasjonen. Det er også et mål å gjøre fenomenet 'kampanje' mer tydelig for ledere slik at kunnskap om kampanjers virkemåte i neste omgang kan være med å påvirke holdningen til de tiltak som iverksettes i organisasjonen.

Mye av forskning rundt ledelse i forhold til kampanjer har tatt utgangspunkt i hva som forventes og hva en leder *bør gjøre*, det er imidlertid mer sparsomt med litteratur knyttet til hva de *faktisk gjør*. Studien vil sikte på å bidra til å fylle dette gapet ved å kartlegge hvordan seksjonsledere både oppfatter, har kunnskap om og arbeider for å forbedre organisasjonen. I de følgende kapitlene presenteres hvordan de ulike ledelsesfunksjonene til Strand utspiller seg og hvilke konsekvenser hver av de fire rollene kan ha i forhold til studien.

## **1.2 Noen avgrensninger og presiseringer**

---

I denne oppgaven ønsker jeg å studere pasientsikkerhetskampanjen 'I trygge hender 24-7' som verktøy for endring og de ledelsesfunksjoner som utspiller seg i offentlige organisasjoner. Det som først og fremst skiller denne kampanjen fra andre kampanjer er at den er internt rettet. Målgruppen er tydelig definert. De ansatte har arbeid som på en eller annen måte er rettet mot pasienter og pasientsikkerhet. I oppgaven brukes pasientsikkerhetsprogrammet *generelt* og innsatsområdet 'ledelse av pasientsikkerhet' *spesielt*, som et bakteppe på hvordan

ledere kan tenke og planlegge og ikke minst se betydningen av slike kampanjer som et verktøy for forbedring og utvikling av organisasjoner.

Masteroppgaven har seksjonsledere på sykehus som målgruppe. De har sitt virke nær ansatte på det operative plan og innehar en nøkkelrolle i forhold til å planlegge og implementere føringer fra toppledelse i forbindelse med kampanjen. Det er en rekke parallelle innsatsområder i kampanjen. De fleste områdene går direkte inn i selve pasientbehandlingen, men et av områdene definerer viktigheten av målrettet 'ledelse av pasientsikkerhet', som også blir en avgrensning i forhold til mitt tema. Utgangspunktet for undersøkelsen er kvalitativt design med dybdeintervju av ledere. Kampanjen 'I trygge hender 24-7' og 'Pasientsikkerhetsprogrammet' vil i resten av oppgaven omtales som '*I trygge hender*', *kampanjen* eller *programmet*. Innholdet i kampanjen vil i stor grad bli omtalt som *innsatsområdene* eller *tiltakene*. Reform- og kampanjebegrepet anvendes i denne studien som uttrykk for *endring* og *endringsprogram* generelt. Begrepenes særtrekk utdypes i neste kapittel under 'Reformer og kampanjer – noen generelle poeng'.

### 1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

---

Med bakgrunn i utfordringer helsesektoren står overfor og forventninger som er skissert til ledere, ønsker jeg å undersøke i hvilken grad kampanjer blir brukt strategisk med tanke på endringsprosesser koblet til pasientsikkerhetsarbeid. Ut i fra dette perspektivet har jeg utformet følgende problemstilling:

#### ***Hvordan bruker ledere kampanjer for å styre organisasjoner?***

For å få svar på problemstillingen har jeg formulert fire forskningsspørsmål (FS) som tar utgangspunkt i Strands modell 'PAIE' i 'Ledelse, organisasjon og kultur' (Strand, 2007, s. 250), der det skilles mellom fire ulike ledelsesfunksjoner: *FS 1: 'Lederen som pådriver og dirigent: Hva er det ved denne rollen som preger iverksetting av kampanjer?'* *FS 2: 'Lederen som overvåker og koordinator: Hva er det ved denne rollen som preger iverksetting av kampanjer?'* *FS 3: 'Lederen som rådgiver og hjelper: Hva er det ved denne rollen som preger iverksetting av kampanjer?'* *FS 4: 'Lederen som mekler og innovatør: Hva er det ved denne rollen som preger iverksetting av kampanjer?'*



## 1.4 PAIE-modellen – en presentasjon

---

Strands modell og tenkning tar utgangspunkt i strukturfunksjonalismen som først ble beskrevet av den amerikanske sosiologen Talcott Parsons (1959) (Strand, 2007). Denne retningen innen samfunnsvitenskapen er en måte å organisere seg på. Ved å skape strukturer i en organisasjon vil dette i neste rekke skape behov for bestemte funksjoner som ledere kan inneha. Dette genererer igjen et behov for struktur rundt samordning. Strukturfunksjonalismen er blitt kritisert for at den anses å være for skjematisk og lite egnet til å forstå endring. En sentral innvending har vært at denne typen tenkemåte ikke gir aktørenes handling noen opplevd mening, men at de nettopp handler som de må innenfor de strukturene som er gitt (Strand, 2007, s. 250). Figuren under viser modellens fire ulike organisasjonsformer (Figur 1).

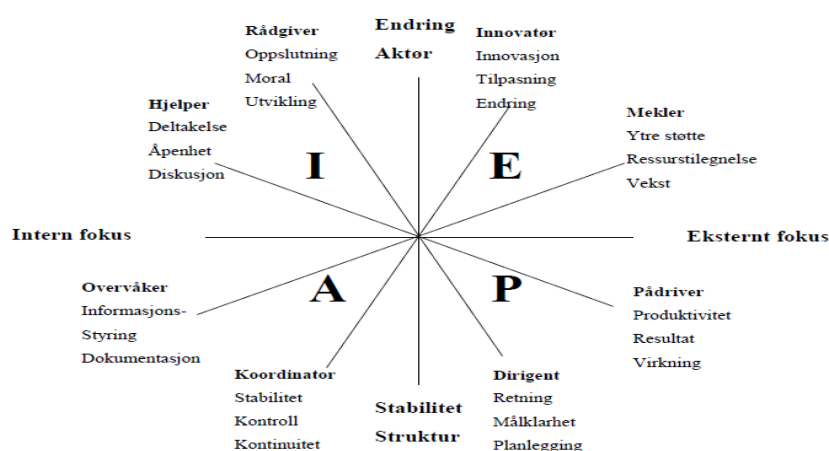
<b>I</b> Gruppeorganisasjon Lederrolle: <b>'Integrator'</b>	<b>E</b> Entreprenørorganisasjon Lederrolle: <b>'Entreprenør'</b>
<b>A</b> Byråkrati Lederrolle: <b>'Administrator'</b>	<b>P</b> Ekspertorganisasjon Lederrolle: <b>'Produsent'</b>

Figur 1: Strands fire organisasjonsformer med tilhørende ledelsesfunksjoner – PAIE (Strand, 2007, s. 250).

Hver organisasjonstype vil ha ulike behov for tilnærminger og ulike syn på hva som er de grunnleggende verdiene. Ingen organisasjoner er bare det ene eller andre, men det er vanlig at *en* form er mer fremtredende. For at ledere skal lykkes med implementering av nye prosjekt og oppgaver må de kjenne til hvilke utfordringer som ligger i hver enkelt organisasjonsform og hvilke dilemmaer som kan oppstå.

Betegnelsene *produsent*, *administrator*, *integrator* og *entreprenør* har Strand (2007, s. 249-252) hentet fra Adizes (1980) i tillegg til andre begreper og ideer fra Quinn (1988) og Quinn & Cameron (1998, 1999). Disse fire funksjonene kan være med på å forklare hvordan kampanjer kan brukes som verktøy for å oppnå mål som organisasjonen setter seg. I følge Strand (2007, s. 13) må ledelsesfunksjonen alltid ses i sammenheng med konteksten, det vil si de ulike organisasjonsformene,

kulturen som råder og de ulike sektorene. Hver av de fire funksjonene blir mer eller mindre ivaretatt i alle organisasjoner ved hjelp av bestemte strukturer eller ordninger. Det alle tilnærmingene har til felles er at de forutsetter visse former for arbeidsbetingelser eller forutsetninger i miljøet som gir et utgangspunkt for å beslutte hvilken form for organisering som synes hensiktsmessig. På denne måten kan det se ut til at Strand har et skjema, eller en modell som kan kjennes igjen i flere sammenhenger. Under vises en figur som illustrerer områder der ledere kan virke i organisasjoner (Figur 2).



Figur 2: Strands skjema med områder der ledere kan virke i organisasjoner (Strand, 2007, s. 434).

Ledelsesfunksjonene betegner de ulike oppgavene som ivaretas innenfor organisasjonsformene.

**(P) Produsent:** Ledelsesfunksjonen i ekspertorganisasjonen er å være en pådriver og dirigent som setter mål og driver frem resultater. Målbegrepet beskriver resultater og forestillingen om rasjonalitet og effektivitet i organisasjonen.

**(A) Administrator:** Ledelsesfunksjonen består i å være en overvåker og koordinator som utvikler og drar nytte av strukturer og systemer som igjen videreutvikler organisasjonen.

**(I) Integrator:** Lederens funksjon er i hovedsak å være en rådgiver og hjelper. Det handler om å skape felles oppfatninger og styrke medlemmenes tilknytning til organisasjonen.

**(E) Entreprenør:** Ledelsesfunksjonen er å forholde seg aktivt til omverdenen ved å være en innovatør og en mekler, utnytte muligheter og avverge trusler som kan påvirke organisasjonen.

Modellen til Strand (2007) underbygges av andre teoretikere som for eksempel Perrow (1970-79) som også har firedelingen, men med grad av variasjon på oppgaver langs den ene dimensjonen og i hvilken grad oppgaver er godt definert og forstått langs den andre. En annen teoretiker som også har en sammenlignbar modell er Thompson (1967-72). Han skisserer fire omgivelsessituasjoner som igjen definerer grad av tilpasningsdyktighet i organisasjonens miljø; heterogenitet versus homogenitet langs den ene aksene og stabilitet versus turbulens langs den andre aksene. I det følgende er det Strand sin modell som kommer til å være fremtredende da den er lett gjenkjennelig og gir mulighet for å koble ulike sammenhenger fra forskjellige tilnærminger innenfor organisasjon og ledelse. Begrunnelsen er at den i størst grad vil kunne bidra til å belyse de ulike ledelsesfunksjonene og de muligheter og begrensninger som sykehusledere opplever når de skal styre ved hjelp av kampanjer.

#### 1.4.1 PAIE-modellen som analytisk verktøy

---

Pasientsikkerhetskampanjen har en rekke innsatsområder og oppgaver som gir mange ulike roller til ledere. Modellen til Strand kan være et analytisk verktøy for å sette de ulike rollene i system og gi et utgangspunkt for en hensiktsmessig struktur til å forstå kampanjer og den kraften som ligger i å bruke dette virkemiddelet for å drive endringsprosesser i helseforetak. De fire lederrollene gir muligheter til å kategorisere og legge til rette for å belyse problemstillingen fra flere sider. De fire organisasjonsformene til Strand vil i denne studien fremstå som et rammeverk og vil bli brukt som en kontekst til de ulike ledelsesfunksjonene. Jeg er ikke først og fremst interessert i organisasjonstyper, men *lederrollene* som trer frem i forbindelse med disse. Dette er for å begrense studien og løfte frem *ledelse* som fokus. Den av de fire organisasjonstypene som i hovedsak er koblet opp mot sykehus er ekspertorganisasjonen, og selv om 'produsenten' har sitt hovedområde her kan jeg tydelig se aspekter av de andre rollene som Strand beskriver og hvordan de forvalter sin lederrolle innenfor arbeid med endring i form av kampanjer. Strand (2007) er

også klar på at rollene som produsent, administrator, integrator og entreprenør ikke befinner seg isolert i sin tilhørende organisasjonstype, men opererer i ulik grad innenfor de andre områdene.

## **1.5 Oppgavens disposisjon**

---

I dette kapitlet ble det gitt en introduksjon til valg av tema og hensikt med oppgaven. I kapittel to introduseres temaet pasientsikkerhet og kampanjer i helsesektoren eksemplifisert ved pasientsikkerhetskampanjen 'I trygge hender' og begreper som har sammenheng med emnet utdypes. Kapittel tre tar for seg ulike teoretiske perspektiv knyttet til ledelsesfunksjoner og organisasjonsformer. Metodiske valg og betraktninger følger i kapittel fire. Kapittel fem og seks analyserer og presenterer funn relatert til forskningsspørsmålene. Til slutt i kapittel sju konkluderes det og gis innspill til videre arbeid. Strands firedeling vil danne en gjenkjennbar ramme gjennom hele oppgaven med den hensikt å skape struktur og gi et verktøy for å diskutere de fire lederrollene.

## 2 Kampanje som strategi i pasientsikkerhetsarbeid – en kort oversikt

I dette kapittelet gis en innføring i pasientsikkerhetsarbeid og en presentasjon av kampanjers rolle. Deretter beskrives forholdet mellom reformer og kampanjer for å ringe inn fenomenet *kampanje* og spesielt med tanke på likhetstrekk som kan dras veksel på i forhold til studien. Avslutningsvis presenteres et eksempel i form av Pasientsikkerhetskampanjen 'I trygge hender' slik den er blitt utformet og introdusert ved norske helseinstitusjoner.

### 2.1 Pasientsikkerhet – et begrep med rikt innhold

---

Mennesker gjør feil. Skal dette forbedres må vi også vite *hva* som går feil og *hvilke medvirkende faktorer* det handler om. Fokuset har dreiet bort fra syndebukker og individuelle feil til å kartlegge årsaken til at hendelser oppstår (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Begrepet pasientsikkerhet innehar mange ulike aspekter og det settes ofte i sammenheng med kvalitet og sikkerhetskultur. Innholdet kan bety en ting for de ansatte og noe helt annet for pasientene. I denne oppgaven vil jeg spesielt trekke frem sidene ved begrepet som omfatter pasientsikkerhetskulturen hos ledere og ansatte i forhold til hvordan pasientsikkerhetskampanjen og senere pasientsikkerhetsprogrammet har blitt tatt opp i organisasjonen.

I stortingsmeldinger legges det vekt på at kontinuerlig kvalitetsforbedring er et lederansvar på samtlige nivå i organisasjonene, men at ledere nærmest pasientene innehar nøkkelroller og er drivkraften for å oppnå suksess (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Ledere er translatører av reformbudskap og må selv *være* den endring de ønsker skal skje. Det er viktig med forankring i toppledelse, men ledere lenger ned i organisasjonen har et ansvar for implementering og oppfølging av tiltak. Ledere må derfor inneha kunnskap om hvordan de skal gjøre det, hvilke verktøy som er tilgjengelige og ikke minst ha støtte fra sentralt hold i organisasjonen.

## 2.2 Reformers og kampanjer – noen generelle poeng

---

Reformer og kampanjer kan være redskap for å operasjonalisere endringer i organisasjoner. Dette kapittelet tar for seg noen likhetstrekk og viktige forskjeller.

### *Reformer*

Reformer handler i stor grad om våre oppfatninger om hva organisasjoner *er* og *bør* være. Brunsson hevder at reformer er noe man i liten grad velger, men som kommer som automatiske reaksjoner som skal skape håp om noe frem i tid (Brunsson, 2006, s. 20). Reformen er ifølge forfatteren en måte å balansere spenningen mellom organisatoriske erfaringer på den ene siden og forhåpninger på den andre siden. Røvik mener at reformer utløses på bakgrunn av idéer om hvordan organisasjoner bør utformes og styres. Organisasjonene er en kilde til problemer og reformene tilbyr løsninger (Røvik, 2007, s. 19).

En sentral lærebok på feltet opererer med et skille mellom reformer og endringer på denne måten: «*Med reformer menes aktive og bevisste forsøk fra politiske og administrative aktører på å endre strukturelle eller kulturelle trekk ved organisasjoner, mens endringer er det som faktisk skjer ved slike trekk*» (Christensen, Lægreid, Roness & Røvik, 2009, s. 149). Videre sier forfatterne at ikke alle endringer kommer til på bakgrunn av reformer, og det er heller ikke alltid at nye reformer fører med seg endring. I offentlige organisasjoner er det hele tiden behov for å gjøre små tilpasninger til nye behandlingsformer, nye regler for brukermedvirkning eller garantier i eksempelvis norsk helsevesen. Av og til må endringene komme raskt på bakgrunn av alvorlige hendelser eller dødsfall som følge av behandlingsform eller rutiner for inngrep. De gradvise endringene bærer ikke preg av det man oppfatter som reformtiltak, men mer en kontinuerlig tilpasning til nye eller endrede oppgaver (Christensen et al., 2009, s. 149). Noen reformer fremstår som store og omfattende. Et eksempel på dette er Samhandlingsreformen som var et resultat av Stoltenbergregjeringens arbeid for å samordne helsetjenester - 'rett behandling - på rett sted - til rett tid' (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009)

## *Kampanje*

Simonsen (2008, s. 83) definerer noen kriterier som må være tilstede for at det skal kunne kalles en kampanje:

- ✚ Den må være avgrenset i tid og rom, med en startdato og en sluttdato.
- ✚ Den må ha målbare eller observerbare resultater som skal nås.
- ✚ Kampanjen må ha klart avgrenset målgruppe(r).
- ✚ Det blir benyttet flere virkemidler parallelt, både som står i forhold til og som styrker hverandre.
- ✚ Det er en massiv innsats over en begrenset periode, fokus blir holdt kontinuerlig og det foregår målinger underveis.

Kampanjer kan i hovedsak deles inn i tre typer som har ulike strategier for tilnærming i samfunnet eller i organisasjonen. *Opplysningskampanjer* har som mål å øke kunnskap innenfor et bestemt område uten at den direkte søker å påvirke valg i en bestemt retning. *Holdningskampanjer* er derimot rettet mot enkeltmennesket eller grupper der den tar sikte på å endre deres innstilling til et eller flere definerte områder. Til slutt finnes det *adferdskampanjer* der formålet konkret går ut på å endre en gruppe menneskers handlemåte (Simonsen, 2008). 'I trygge hender' kan kategoriseres som en kombinasjon av adferd- og holdningskampanje.

### **2.3 Reforme og kampanjer som organisatorisk strategi**

---

Reformarbeid i offentlige organisasjoner må ha god forankring og drives med varsomhet i forhold til kopiering av modeller og idéer fra andre organisasjoner. Christensen hevder at reformarbeid er tid og ressurskrevende, noe som innebærer tålmodighet og utholdenhet. Tydelig lederskap vil også være avgjørende for om reformarbeid vil lykkes fordi det alltid følger mistanke og motstand mot endringer (Christensen et al., 2009, s. 217). Reforme blir brukt som et paraplybegrep og en samlebetegnelse for små og store endringer. Pasientsikkerhetskampanjen 'I trygge hender' ble lansert av Helse- og omsorgsdepartementet som et tiltak for å bedre kvalitet på helsetjenester og hindre uønskede hendelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Kampanjer rettet mot holdninger og adferd er viktig,

men det er også konkrete tiltak. Et godt eksempel er nettopp denne kampanjen med et bredt nedslagsfelt og en rekke satsningsområder.

Planlegging av kampanjer har mange likhetstrekk med planlegging av andre kommunikasjons tiltak. Forskjellen er avgrensingen i tid og den massive innsatsen i en konsentrert periode. Videre beskrives noen forutsetninger som må være til stede i form av at kampanjen må være synlig for folk i det offentlige rom. Kampanjen må skape interesse og folkesnakk og til sist må den kommuniseres ut til de aktuelle målgruppene via ulike media (Simonsen, 2008). Det er ofte konkurrerende budskap når det gjelder kampanjer, parallelle satsnings- og innsatsområder som gjør at fokuset blir delt og vanskelig å holde. I komplekse offentlige organisasjoner, som for eksempel sykehus, vil dette brede fokuset, sammen med de ulike interessene fra fagprofesjoner skape utfordringer som må tas høyde for og planlegges nøye. For å formidle kunnskap og vekke publikums oppmerksomhet er det informasjon som er det best egnede virkemiddel (Simonsen, 2008). Videre hevdes det imidlertid at informasjon alene ikke er tilstrekkelig når det tas sikte på å endre adferd hos en gruppe, men må følges av andre virkemiddel som for eksempel organisatoriske endringer.

Kampanjer bidrar til å rette søkelyset mot viktige innsatsområder, de tar opp problemstillinger og kan være et redskap til forbedring og endring av adferd i organisasjoner. Nøkkelen til suksess er god kjennskap til den aktuelle målgruppen og deres tanke- og handlemåte slik at tilnærmingen blir virkningsfull og virker etter intensjonen. De må kunne identifisere seg med tankegangen, innholdet og tiltakene for å motiveres til oppslutning og engasjement. Simonsen trekker frem viktigheten av 'påvirkningsagenter' i miljøet. De normangivende informatørene, som ofte er ensbetydende med fagprofesjonene, er avgjørende for hvordan informasjon tas opp og hvor stor betydning den vil få.

Reformer og kampanjer har noen fellestrekk. For det første så kan de begge være virkemidler for å operasjonalisere mål. For det andre må de være synlige for offentligheten (Simonsen, 2008). For det tredje kan de bære preg av å være symboler, som for eksempel hos Brunsson hvor de symboliserer et håp for fremtiden (Brunsson, 2006, s. 27). Kampanjen 'I trygge hender' har symbolsk



budskap i form av forsikringen om at pasientene er i sikre og kompetente hender i møte med helsevesenet.

Det finnes også klare ulikheter mellom reformer og kampanjer. Kampanjer har en definert start og slutt med en massiv innsats over en kort periode i motsetning til reformer som i større grad bærer preg av å være en kontinuerlig prosess. Kampanjen må i større grad ha en forankring i målgruppen for å ha effekt, mens reformer i større grad er preget av rutine, mer enn strategiske grep. Nok en forskjell er at kampanjer har en mer avgrenset målgruppe enn reformer.

#### **2.4 Pasientsikkerhetskampanjen ‘I trygge hender’**

---

Kampanjene har endret seg i takt med tiårene fra å være ren skremselspropaganda til å vise til samvittighet, spille på humor, helse og rettet mot spesielle faggrupper. Pasientsikkerhetskampanjen ‘I trygge hender’ er et godt eksempel på en kampanje som er rettet spesielt mot ansatte i helsesektoren. Den kjennetegnes ved å ha internt rettede tiltak som gjelder for ansatte som jobber pasientnært og har som formål å bedre pasientsikkerheten og hindre uønskede hendelser. De aller fleste har en tanke om hva begrepet pasientsikkerhet rommer. Det ligger en forsikring der – nettopp å sørge for at skade ikke skjer i møte med helsevesenet.

Reformer og kampanjer kan være redskapet eller virkemiddelet for å operasjonalisere nødvendige endringer i organisasjoner. ‘I trygge hender’ er nettopp en slik kampanje der man har konkretisert tiltak innenfor en rekke satsningsområder som skal sikre at ansatte jobber systematisk mot de samme målene. Organisatoriske og strukturelle forhold har stor betydning for at gode systemer og rutiner skal fungere tilfredsstillende. I komplekse organisasjoner som for eksempel helseforetak, vil dette være kritiske sider ved driften. Kampanjen kan kategoriseres som en kombinasjon av endring av handlemåte ved innføring av nye arbeidsrutiner og som en holdningskampanje der man går inn for å endre eller påvirke fagpersoners innstilling til en etablert kultur og en måte å forholde seg til pasientsikkerhetsfeltet. Ledere er pådrivere for dette arbeidet og en god forankring knyttet til kampanjen er avgjørende for måloppnåelse. Deres ulike ledelsesfunksjoner vil kunne bidra til at budskapet i kampanjen oversettes, at det blir holdt et vedvarende fokus på satsningsområdene, at det formidles kunnskap og

at det skapes rom for kunnskapsutveksling både i egen organisasjon og fra omverdenen. Det spesielle med pasientsikkerhetskampanjen er at den har hatt konkrete tiltak mot faggrupper innenfor helse, ikke bare informasjon. I kampanjeperioden har det blitt gjennomført jevnlig innrapporteringer områdene blant annet via interne avvikssystemer og målinger. På denne måten har de involverte kunnet følge utviklingen av de implementerte tiltakene. Kampanjens formål har vært å redusere pasientskader og innholdet har vært koblet mot erkjente risikoområder. Figuren under viser områdene fra oppstart av kampanjen i 2011 (Figur 3).

#### Innsatsområder



Figur 3: Risikoområder i pasientsikkerhetskampanjen (Helsedirektoratet, 2019).

Målet med kampanjen var at ledere skulle implementere innsatsområdene og ‘risikomøtet’ som arena for daglig gjennomgang av de ulike indikatorene. Legene skulle være ansvarlige for ledelse av risikomøtet. Målinger og resultater skulle i neste rekke overføres til ‘forbedringstavla’ for oppfølging og diskusjon i kvalitetsgruppene ved bruk av ‘forbedringssirkelen’, PDSA. Hensikten var på denne måten å integrere kampanjen som en del av den daglige driften og risikostyringen ved seksjonene. Figuren under viser et eksempel på risikotavle og forbedringstavle (Figur 4 og 5):

Stat lagret: 14. nov. 15:23 RISIKOMØTE FOR INTENSIV 4H Antall pas ikke fullført i dag: 21

Pasient som skal fjernes fra tavlen: Velg pasient! FJERN pasienten

LAGRE LUKK SKRIV UT "Refresh" - Hent opp sist lagrede tavle

● Fullført lege & sp  
● Fullført av sp  
● Fullført av lege  
● Ikke fullført

NB! Tavlen er endret siden siste lagring!

ASIENT	TILSTAND						HENDELSE		VENØSE KATETRE			FOREBYGGING AV RISIKO						INNSATSONRÅDER										
	Initi-aler	Seng	RASS målt	CAM-ICU	Smerte HVILE	Smerte AKTIV	Tiltak smerte	Hva	Dato	Kateter 1	Dato kateter 1	Indikasjon kateter 1	Kateter 2	Dato kateter 2	Indikasjon kateter 2	VAP	Trykksår Braden	Ernæring kcal, brøk lant/ord	Ernæring prot, brøk lant/ord	Trombose	AB start	AB vurd 72t	Legemiddel-samt	Dagens mål	Legesamtale < 24 t	SAPS	Dagens gj gang fullført	
MA	127-1																											
TC	122-1	0	NEG	NRS 4	NRS 6	✓			SVK korttid	19. okt.	Parenteral ernæring					+ tube + trach	Lav (15-18)	1,63	0,91	✓	14.11.19	I hht mikrobiologi	✓	Ja, fullstendig	Lege og sykepleier	Lege og sykepleier	Lege og sykepleier	
2027296	SJA	122-2	-1	NEG	NRS 2	NRS 2	✓	Intet	SVK korttid	12. nov.	Parenteral ernæring					+ tube + trach	Middels (13-14)			✓	12.11.19	Empirisk m/fokus	✓	Lege og sykepleier	Lege og sykepleier	Kun sykepleier		
3090445	GB	123-2	-1	POS m/tilt	CPOT 1	CPOT 4	✓		PVK	13. nov.	Pågående behov	PVK	13. nov.	Pågående behov		+ tube + trach	Lav (15-18)			✓			✓	Ja, fullstendig	Lege og sykepleier	Kun sykepleier		
9517716	BAL	123-1	0	POS m/tilt	CPOT 0	CPOT 2	✓	GML: Trykksår	SVK korttid	8. nov.						✓	Høy (19-22)	1,02	0,98	✓	10.11.19	I hht mikrobiologi	✓	Ja, fullstendig	Lege og sykepleier	Kun sykepleier		

Figur 4: Elektronisk risikotavle



Figur 5: Forbedringstavle

### 3 Teoretiske perspektiver

I forrige kapittel ble det gjort en presentasjon av pasientsikkerhet i norsk helsevesen og en innføring i kampanjers rolle. Det ble også gitt et konkret eksempel i form av Pasientsikkerhetskampanjen 'I trygge hender' slik den er blitt utformet og introdusert ved norske helseinstitusjoner. I dette kapittelet gis det en teoretisk fremstilling av hvilke roller ledere tar i endringsprosesser og hvilke utfordringer ledere står overfor ved å styre organisasjoner gjennom kampanjer. Modellen med lederrollene til Strand vil ha en sentral rolle i den teoretiske forankringen. Det vil videre bli presentert teori som kan bidra til å belyse og forklare studiens data. Det vil legges vekt på å få frem teori som er mest mulig spesifikk og relevant for å besvare forskningsspørsmålene. Ledelse og endring er store begreper, men i denne sammenheng vil studien i størst grad belyse hvordan ledere bruker kampanjer som verktøy for endring. Presentasjonen av teori vil ta hensyn til dette, og vil derfor konsentreres om aspekter ved ledelse og endring, og sammenhengen mellom dem, som er relevant for å studere hvordan ledere bruker kampanjer i endringsprosesser.

Det er også et hovedpoeng å få frem forklaringsmodeller hos ulike forfattere som kan være med på å belyse flere sider av fenomenet i studien. Valg av teori for å understøtte Strand utgjør en kombinasjon av etablerte forfattere som Brunsson, Bolman & Deal, Yukl samt flere nyere nasjonale teoretikere som Røvik, Christensen, Jacobsen, Meyer & Stensaker og Rydland. I tillegg er Arne Simonsen sentral med tanke på kunnskap om offentlige kampanjer. I forhold til Pasientsikkerhetskampanjen og programmet støttes studien av en rekke offentlige dokumenter og stortingsmeldinger. Til slutt har Jan Morens avhandling 'Om reformer' dannet en viktig bakgrunn for å underbygge og forstå fenomenet kampanje.

Kapittelet er bygget opp med en innledning om kampanjer, endring og offentlig sektor. Deretter følger et avsnitt om rammer og kontekst for ledelse som bakgrunn for lederrollene hos Strand. Hver av de fire ledelsesfunksjonene vil bli presentert i hvert sitt underkapittel med samme struktur der den første delen rendefyrer det teoretiske rundt lederrollen. Den andre delen vil følge som en logisk konsekvens når lederrollen knyttes til endringsprosesser. Den tredje delen tar for seg rollen som iverksetter av kampanjer. For å skape en god forankring mellom teori- og

resultatkapittelet avsluttes hver del med noen forventinger til data som utkrystalliserer seg for hver av ledelsesfunksjonene. Hensikten er å lage noen bindinger mellom hvert av teorikapitlene som vil gjenkjennes i resultatdelen. Kapittelet avsluttes med noen oppsummerende teoretiske refleksjoner.

### **3.1 Kampanjer, endring og offentlig sektor**

---

Kampanjer er et velkjent fenomen i organisasjoner (Simonsen, 2008). Samtidig understrekes betydningen av den symbolske verdien ved bruk av kampanjer som strategi og hvordan den må tilpasses publikum og vår tid. Sykehusledere innehar i denne sammenheng viktige nøkkelroller som oversettere, planleggere og iverksetter i organisasjonen slik at kampanjen treffer målgruppen og har de rette tiltakene for å bli en suksess. Offentlige organisasjoner fremstår som komplekse. Dette underbygges i mye litteratur, blant annet hos Bolman og Deal (2009), som sier at det er nødvendig med forståelse av hvilke særtrekk offentlige organisasjoner har for å kunne praktisere kreativ og målrettet ledelse. Kompleksiteten skaper overraskelser som ikke forutses, de kamuflerer feilgrep og overraskelser samtidig som de kan fremstå uklare og uforutsigbare. Som svar på dette konstrueres det systemer og strukturer i form av for eksempel kampanjer og reformprogram som skal gi nye løsninger som vektlegger det enkle, oversiktlige og forståelige (Brunsson, 2006). Strand slutter seg også til at offentlige organisasjoner har spesielle betingelser og utfordringer som kan bidra til økt kompleksitet i forhold til endringsprosesser. Dette har sammenheng med blant annet aktører med ulike interesser, identiteter og oppfatninger (Strand, 2007, s. 316). I en omfattende endringsprosess som kampanjen og pasientsikkerhetsprogrammet kan denne uforutsigbare adferden gi utfordringer for i hvilken grad endringen anerkjennes og tas opp i organisasjonen, og om eventuelle implementerte tiltak etterleves og følges opp.

Moren (2011) fremhever at det finnes en rekke kompromisser som gir begrensninger knyttet til å anvende reformer som verktøy for endring i offentlig sektor. Forklaringen legges til sektorforankringen, som i seg selv omfatter mange enheter. I tillegg fremheves utfordringen som følger med et representativt demokrati der det er mange aktører med ulike oppfatninger og interesser. På denne måten vil både

forberedelser og gjennomføring av hensiktsmessige endringer by på utfordringer (Moren, 2011, s. 17). Christensen et al. (2009) beskriver også handlingsområdene i offentlige virksomheter som komplekse og konteksten som vanskelig å navigere i, da det ikke foreligger klare forventninger om hvilke normer, verdier og interesser som skal ha prioritet. Dette gjenspeiles i ledelsesfunksjonene (Christensen et al., 2009, s. 17-19). Strand (2007) belyser i sin modell hvordan disse rollene både peker i hver sin retning og overlapper hverandre i møte med daglige oppgaver og prosesser der organisasjoner står overfor endring. I det neste kapittelet gis det en innføring i Strands kontekstmodell som er med på å gi føringer for lederskapet.

### 3.2 Lederen som produsent

---

Produsentrollen innebærer i hovedsak å være *pådriver* og *dirigent* og er tradisjonelt den mest fremtredende i ekspertorganisasjoner (Strand, 2007). Produsenten opererer innenfor organisatoriske rammer som er hierarkisk preget med sterk fagspesialisering og faglig autonomi. En slikt kontekst kan følgelig bidra til å forsterke opplevelsen av dilemmaer mellom fagprofesjon og rollen som leder. Produsentrollen som ofte preges av den profesjonelle og erfarne fagpersonen er godt innarbeidet i sykehus og offentlige organisasjoner, og har som regel en høy legitimitet. En sentral oppgave er å være pådriver og problemløser for å nå resultater og mål gjennom riktige disposisjoner som har faglig relevans. Det vil ligge begrensninger og betingelser i organisasjonens strukturer og i situasjonene som utspiller seg. Her har han en mulighet til å utforme og påvirke strukturene i kraft av sin rolle og sin personlighet. Produsenten er opptatt av produktivitet og planlegger og iverksetter aktiviteter med tanke på forbedring og tilpasning til nye rutiner.

Rollen har sterk forankring i sykehus og oppgavene relateres ofte til 'pasientsikkerhetsspørsmålet' og hvilke krav og forventninger som stilles både i egne kretser og i befolkningen. Det er en tydelig resultatorientering som knyttes opp til definerte mål som for eksempel pasientforløp, ventetider og oppfølgingsrutiner. Produsenten er en drivkraft for å peke ut retning, planlegge og gjennomføre pålagte oppgaver, legge til rette for forskning og ha ambisjoner på vegne av organisasjonen. I ekspertorganisasjoner som sykehus vil det nok til en viss

grad herske en indre struktur og logikk som vil bidra til å gi føringer for hans adferd. I neste avsnitt vil jeg se denne rollen i sammenheng med endringsarbeid.

### 3.2.1 Produsentens rolle i endringsprosesser

---

Produsentens rolle er å se behov, diagnostisere problemer og sette mål for endringsprosesser. I ekspertorganisasjonen representerer han standarden for hva som anses som gode løsninger og akseptabel adferd. Den sterke forankringen i fagprofesjoner og direkte kobling til arbeidsprosesser gjør rollen nærmest 'selvgående' (Strand, 2007, s. 270). I endringsprosesser kan dette ha verdifull betydning i forhold til kjennskap til behov for å endre, og ikke minst i neste instans for å gjøre strukturelle tilpasninger og legge til rette for arenaer for tverrprofesjonell deltakelse. Produsenten har en nøkkelrolle og må besitte kunnskap om hvordan man arbeider med å fremskaffe ressurser. Lederen må tidlig involvere ansatte med informasjon om i hvilken retning organisasjonen skal slik at målet oppfattes klart og tydelig. Produsenten peker ut ressurspersoner, *endringsagenter*, som involveres i planlegging på et tidlig tidspunkt og som vil bidra til å skape endringsvilje og god forankring i organisasjonen. Meyer og Stensaker (2011, s. 92-96) kaller dette for 'selektiv inkludering' og sikrer lederen kompetanse og støtte i faglige vurderinger og beslutninger.

I arbeid med strategiske planer bidrar lederen til at det settes realistiske mål og med fokus på resultater underveis i endringsprosessen. En utfordring for rollen kan være at ekspertorganisasjonen ofte har stramme byråkratiske strukturer der ledere med høyere rang besitter formell myndighet i beslutningsprosesser men mangler den faglige legitimiteten og kunnskapen om hva som er det rette å gjøre ved planlagt endringsarbeid. I denne sammenheng vil det finnes forventninger om at lederen innhenter opplysninger om oppdrag og bestilling fra toppledelse og med bakgrunn i aktuell informasjon peker ut retning for ansatte på det operative nivået. Rydland viser til egenskaper som lederen må besitte for å operasjonalisere endringsbudskap til konkrete handlinger (Rydland, 2017). Simonsen underbygger viktigheten av god forankring på alle nivå når organisasjoner skal gjennomføre endringsarbeid ved hjelp av kampanjer som verktøy (Simonsen, 2008, s. 138).

### 3.2.2 Produsenten som iverksetter av kampanjer i sykehus

---

Produsenten vil se på kampanjen fra et instrumentelt perspektiv, et verktøy for å oppnå målbare resultater. Han arbeider for å få på plass strukturer for å definere indikatorer, sikre målinger og sørge for oppfølging av disse. Helseforetakene har definert konkrete oppgaver og tiltak i sine styringsdokumenter og definert dette nedover i linjen til ledere som har ansatte som jobber pasientnært. Et av disse tiltakene har vært innføring av risikomøter der indikatorene i kampanjen daglig blir vurdert.

Rollen innebærer å være pådriver og iverksetter ved implementering av kampanjer. Lederen er den rasjonelle analytikeren som analyserer aktuelle problemstillinger og legger strategier for hvordan kampanjeplanleggingen skal gjennomføres. Produsenten overveier muligheter og begrensninger for hvordan kampanjen kan brukes som et verktøy for bedre pasientsikkerhet. Forutsetninger for en hensiktsmessig ledelse av prosessen er forståelse av hvorfor endringen er nødvendig og kjennskap til hvilke faktorer som påvirker prosessen. Yukl (2015, s. 222-223) skisserer en rekke årsaker til motstand mot forandring som produsenten må være klar over og ta høyde for i kampanjeplanleggingen. I stor grad handler det om manglende forståelse for nødvendigheten av endringen, manglende tillit til beslutningstakerne, at endringen vil gi høye omkostninger eller krav om høyere innsats. Det kan også være en trussel mot eksisterende verdier og idealer og en opplevelse av innblanding i saker der ansatte opplever at de selv innehar kjernekompetanse og kunnskap om hva som fungerer best. Produsenten kan i denne sammenheng gjøre nytte av styrken og kompetansen i faggruppene for å håndtere denne motstanden ved å skape en felles oppslutning om tiltakene slik at de oppleves hensiktsmessig og gir mening (Strand, 2007, s. 460-461).

Pasientsikkerhetskampanjen har et bredt nedslagsfelt med multiple innsatsområder samtidig som den er sektorforankret med de utfordringer det skaper. Moren bekrefter at reformprogram ofte kjennetegnes ved at de har mange gode ideer og intensjoner og dermed ønsker å gjøre mange intervensjoner samtidig. Resultatet blir at det kan være vanskelig å avgjøre hvilke ideer som er de mest anvendbare (Moren, 2011, s. 36). Produsenten kan bidra til at endringsprosessene koblet til



implementering av kampanjen planlegges godt, at det gjøres prioriteringer og vurdering av forventet effekt som formidles andre aktuelle aktører.

### 3.2.3 Produsenten og forventninger til data

---

Forventningene til funn i studien er at produsenten ser kampanjen fra et instrumentelt perspektiv. Videre antas at lederen er opptatt av at tiltakene vil være midler for å oppnå forbedringer og nye mål som organisasjonen setter seg. Lederen vil trolig innta rollen som pådriver i endringsprosessen og arbeide med strategiske planer, følge opp aktiviteter og være den som informerer om retning, fremdrift og resultater. I helseforetak er produsenten gjerne rekruttert på bakgrunn av fagkompetanse og innehar ikke alltid formell lederkompetanse. Studien antas å omfatte ledere som innehar høy faglig legitimitet blant medlemmene og at dette i kombinasjon med kjennskap til de ansatte gir tyngde og gjennomslagskraft i endringsarbeid.

### 3.3 Lederen som administrator

---

Administratoren beveger seg i området der han søker å skape stabilitet internt i organisasjonen ved å etablere gode strukturer for kontroll og kontinuitet. Han sørger for at regler og systemer fungerer etter intensjonen og at de etterleves av medlemmene. Denne rollen beskrives av Strand i modellen som *overvåker* og *koordinator* (Strand, 2007, s. 434). Administratoren har kunnskap om rutiner og prosedyrer, ser sammenhenger og vurderer om de er i tråd med overordnede prinsipper og føringer – alternativt vurderer om det er påkrevet med endring. Rollen er den som ofte tar mest tid i forhold til oppsatte møter, papirarbeid og rapportering, spesielt i offentlige virksomheter (Strand, 2007e). Administratoren ivaretar organisasjonens rutiner som skal bidra til god informasjonsstyring og dokumentasjon med den hensikt å forhindre feil eller uønskede hendelser.

Christensen et al. (2009, s. 122) understreker at konteksten administratoren beveger seg i er av stor betydning, både kulturelt og strukturelt. Videre gir den muligheter og begrensninger for utøvelse av lederrollen. Administratorrollen kan ha stor autoritet, men spillerommet kan oppleves begrenset da regler er med på å sette grenser for avgjørelser og valg (Strand, 2007, s. 330). Dette gir i neste rekke lederen

lite rom for å utøve skjønn og innflytelse i beslutningsprosesser (Strand, 2007, s. 264). Spesialiserte og formaliserte arbeidsmåter sammen med det sterke fokuset på regelfølgning gjør at han bruker mye tid langs eget nivå og oppover til toppledelse. I praksis innebærer det mer styring og mindre rom for ledelse (Strand, 2007, s. 260). Administratoren kan kjenne på begrensninger i forhold til sin rolle som leder og oppleve at han i hovedsak utfører 'ordre' fra toppledelse. Rollen oppleves likevel viktig og nødvendig for at informasjonsflyt og oppdrag både blir kommunisert, utført og rapportert, da kjerneoppgavene handler om å sørge for at organisasjonen arbeider systematisk og riktig. Administratoren søker å balansere rollene som overvåker og koordinator slik at han ikke blir for konservativ og rigid, noe som i neste rekke vil skape begrensninger og det Strand kaller læringshemming (Strand, 2007, s. 475-476). I det neste avsnittet belyses hvordan administratorrollen kan ha betydning for endringsprosesser.

### 3.3.1 Administratorens rolle i endringsprosesser

---

I offentlig sektor innebærer ledelse av endringsprosesser i stor grad at man arbeider ut fra et mandat, som igjen er basert på lover og regler. Administratoren har i denne sammenheng en sentral rolle i forhold til overvåking og koordinering. Han søker å oppdrive, koordinere og styre ressurser inn der det er hensiktsmessig (Strand, 2007, s. 462). Meyer & Stensaker beskriver hvordan ledere kan bidra til at organisasjonen bygger endringskapasitet ved å bygge opp kompetansen hos ledere og gi de verktøy for å stå i endringsprosesser (Meyer & Stensaker, 2011, s. 89). Ledere må forstå budskapet i endringen for å kunne vite hvordan han skal utøve sin rolle og om han innehar nødvendig kompetanse i forhold til gjennomføring (Rydland, 2017, s. 172). Endringer i organisasjoner oppleves ofte som 'brudd' på det trygge og etablerte. I denne sammenheng er det viktig med ledelse i form av en spesiell funksjon eller rolle (Jacobsen, 2012, s. 183). Her kan administratoren bidra til at det opprettholdes stabilitet, kontinuitet og forutsigbarhet. Administratorfunksjonen har en selvfølgelig autoritet i form av sin posisjon og stilling og forventes å ha kunnskap og innsikt i lover og regler, deres gyldighet i kjente prosesser og på nye områder. Administratoren har en naturlig plass i forhold til å se nye faglige løsninger eller forbedringer.

Rydland (2017) sier at mellomlederen har en viktig rolle i forhold til å komme med innspill og initiativ til toppledelse for å få interesse og oppmerksomhet rundt problemstillinger ved endringsprosesser. På denne måten kan administratoren påvirke fremtidige strategiske valg i organisasjonen med tanke på hvordan tiltak og endring kan lykkes. Mange offentlige organisasjoner har byråkratiske trekk med hierarki og streng arbeidsdeling som ikke innbyr direkte til innovasjon og nytenkning. Rigiditeten i denne organisasjonsformen kan naturlig nok redusere fleksibiliteten og hemme engasjementet på det operative plan når man står overfor endring. Dette kan ha sammenheng med at ansatte opplever liten grad av innflytelse og medvirkning i prosessene (Strand, 2007, s. 475). Administratoren kan støtte denne prosessen ved å bidra til god argumentasjon med fornuftige løsninger fra det operative plan som har til hensikt å utvikle organisasjonen og dens medlemmer.

### 3.3.2 Administratoren som iverksetter av kampanjer i sykehus

---

For å kunne gjennomføre omfattende reformprogram som en pasientsikkerhetskampanje med multiple innsatsområder, må organisasjonen ha kapasitet til å gjøre endringene. Meyer og Stensaker sier at endringskapasitet handler om å kunne gjøre vellykkede endringer samtidig som man har fokus på daglig drift (2011, s. 16-17). Dette avhenger av lederes evne til å mobilisere og gjennomføre forberedelser til endring, hvordan det operative plan responderer og til slutt i hvilken grad organisasjonen har gode rutiner og strukturer i slike prosesser. Innholdet i kampanjer og reformprogram er gjerne forhåndsdefinert av toppledelse, gjerne fra sentrale styringsmakter, men administratoren kan påvirke implementeringsprosessen ved å ta regien i forhold til organisering på det operative plan. Administratoren må inneha forbedringskunnskap, kjenne til strukturer og kontekster som har betydning for hvordan ansatte tar del i endringsprosesser, og hvilke verktøy som kan benyttes i alle faser av arbeid med implementering av kampanjen. Strand beskriver imidlertid grad av formalisering i byråkratiet som et hinder for innflytelse og beslutning i endringsprosesser noe som i neste rekke hemmer lederes og ansattes engasjement (Strand, 2007, s. 264). Disse utfordringene kan administratoren ta tak i ved å sørge for god informasjon om kampanjen, dens formål og tiltak til målgruppen for å bidra til å skape et klima for endring. Rydland

kaller denne rollen for 'fasilitatoren' der han søker å bygge opp en forståelse for endring i egen seksjon og hvordan man skal implementere (Rydland, 2017, s. 178). På denne måten kan han gi mening til budskapet og blir en viktig 'link' mellom toppledelse og operativt plan.

Simonsen viser til en sjekkliste der han definerer prosessen i kampanjeplanlegging. Det er fire områder der ledere vil kunne innta ulike roller; *ved gjennomføring av situasjonsanalyse, i planlegging, i gjennomføring og i evalueringsprosessen* (Simonsen, 2008, s. 138). Administratoren vil ha sin naturlige rolle i slutten av planleggingsfasen der han vurderer behov for ressurser, om virkemidlene som er planlagt vil være hensiktsmessige og om kommunikasjonskanalene kampanjen formidles gjennom er effektive. Rydland sier at ledere ofte har viktige nettverk i organisasjonen som de kan spille på i endringsprosesser. De kan invitere inn ressurspersoner til strategimøter for å sikre implementering (Rydland, 2017, s. 172). Administratoren kan sørge for at det frigjøres ressurser for å delta i arbeidsgrupper. På denne måten inkluderes de ansatte og vil få et større eierskap til innholdet, prosessen og gjennomføringen. En forutsetning i arbeid med kampanjer, er ifølge Simonsen, at fokuset på tiltak opprettholdes over tid for at endringen skal sette seg i organisasjonen og føre til konkrete holdnings- eller adferdsendringer (Simonsen, 2008). Administratoren kan bidra til dette ved å jevnlig følge opp med målinger og informasjon om utvikling av resultater. Dette kan i neste rekke virke som motivasjon for ansatte til å jobbe videre med kampanjetiltakene. Det er avgjørende med kunnskap om kampanjers forventede effekt for å kunne gjøre eventuelle justeringer ved behov, samtidig som han må sørge for å dokumentere resultater fortløpende. Å inneha administratorrollen kan synes som en omfattende og krevende rolle, men som er viktig og kritisk for organisasjoner når de skal innføre kampanjer som verktøy for endring. Han sikrer at det etterleves en felles metodikk for forbedringsarbeid ved både direkte og indirekte kontroll og overvåking. Dette gjør han ved å innarbeide regler og rutiner med den hensikt å forhindre uønskede hendelser som kan true pasientsikkerheten.

### 3.3.3 Administratoren: forventninger til data

---

Overordnet vil jeg forvente å finne at administratoren er bindeleddet mellom toppledelse som initierer kampanjen og det operative plan der tiltakene skal gjennomføres. Han vil trolig da legge vekt på god informasjonsstyring, fokusere på å kommunisere og oversette oppdrag fra toppledelse og sørge for dokumentasjon underveis i prosessen. Som overvåker og koordinator i en sykehuskontekst forventer jeg at administratoren innehar en kontrollfunksjon der han sørger for at overordnede prinsipper, regler og rutiner etterleves. Videre antar jeg at han vil bidra til stabilitet ved å ta i bruk og utnytte de eksisterende systemer og strukturer som finnes i organisasjonen og videreutvikle disse i tråd med nye behov i forbindelse med pasientsikkerhetskampanjen og programmet. Dette kan være fag – og kvalitetsfora i tillegg til ressurspersoner innenfor de ulike innsatsområdene. Avslutningsvis vil jeg ha forventninger til at administratorrollen, ut fra gitt oppdrag knyttet til implementering av kampanjen, vil oppdrive, koordinere og styre ressurser inn mot aktuelle tiltak.

### 3.4 Lederen som integrator

---

Integratoren har hovedrollen som *rådgiver* og *hjelper* i gruppeorganisasjonen, og beveger seg i modellen til Strand, i feltet der det fokuseres på interne relasjoner og oppslutning fra den enkelte aktør i ulike prosesser (Strand, 2007, s. 31). Han har utbredt systemforståelse og legger vekt på samhandling med ansatte, kollegaer og ledere (Strand, 2007, s. 503). Integratoren søker å bygge en positiv kultur med åpenhet og rom for diskusjon. På denne måten bygges det på sikt en sosial struktur som ivaretar medlemmene og bidrar til at gruppen holder sammen (Strand, 2007, s. 277). Rydland viser i sin forskning til en tilsvarende rolle, ‘samskaperen’, som kan bidra til å bygge relasjoner horisontalt og vertikalt, både internt og eksternt. Samskaperen opptrer lyttende, interessert og reflektert der han hele tiden arbeider for å få aktørene i organisasjonen til å samspille (Rydland, 2017, s. 185).

Rollen som integrator er en drivkraft og motivasjonskilde for de ansatte i organisasjonen som skaper og vedlikeholder av relasjoner. Integratoren er tilgjengelig, opptrer støttende og er opptatt av åpenhet og tillit. Han tar ansatte med i diskusjoner der han gir respons og nødvendige tilbakemeldinger (Strand, 2007, s.

502). En integrator må kunne endre adferd fra å inspirere til å instruere. Han må beherske balansekunsten mellom å være integrator og produsent ved å motivere ansatte på den ene siden til å kreve økt effektivitet på den andre. Integratoren i offentlige virksomheter blir ofte mer en tilrettelegger enn en formell leder ifølge Strand, og vil inneha en viktig rolle som innebærer innsikt i saker, fortolkning av budskap fra toppledelse, overtalelsesevner, forhandlingsevne og utholdenhet (Strand, 2007, s. 329). Strand understreker en utstrakt symbolbruk knyttet til integratorrollen. Samhandling med det operative plan handler ofte om emosjonelle sider der ansatte identifiserer seg med leder og identitetsskapende prosesser som handler om 'oss' og 'hvem vi er' (Strand, 2007, s. 170-172).

En god integrator har en samlende funksjon og tør ta en symbolsk rolle. Han er synlig i daglig drift og våger å eksponere seg for kritiske kommentarer og innspill. Han har systemforståelse, bygger relasjoner og er et avgjørende bindeledd mellom de ulike nivåene (Strand, 2007, s. 502-503). I neste avsnitt vil jeg presentere hva denne rollen kan bety for organisasjonen når den står overfor endring.

#### 3.4.1 Integratorens rolle i endringsprosesser

---

Som rådgiver og hjelper er integratoren en sentral bidragsyter for oppslutning rundt nye satsningsområder. Strand peker på de nye rollekravene til ledere i offentlig sektor der oppmerksomheten rettes mot å se ansattes kompetanse, motivasjon og vilje til endring og omstilling (Strand, 2007, s. 349). Det sterke fokuset på integrasjonsfunksjonen i offentlige virksomheter kan ifølge Strand ha flere forklaringer, men det vises til kompleksitet og uoversiktlige og diffuse oppgaver som gjør det nødvendig med en leder som er der for å stimulere og motivere (Strand, 2007, s. 394). Integratoren kan ved åpenhet og diskusjon fremme felles oppfatning og etterlevelse av de endringene som planlegges og iverksettes i organisasjonen. Han vil ha en viktig rolle for å få ansatte til å forstå hvorfor endringen er nødvendig og hvordan den skal gjennomføres. Han kan bidra til å bygge en sterk kultur med tydelige verdier som i neste rekke vil være en motivasjon for medlemmene slik at de ser hensikten og identifiserer seg med budskapet i endringen (Strand, 2007, s. 185).

Organisasjoner med sterk kultur har vist seg å ha stor suksess og det har bidratt til at formelle kontrollrutiner har kunnet reduseres på bakgrunn av en felles forståelse og retning. En bakside av denne sterke kulturen kan virke som en barriere mot endringer, for eksempel i helseforetak med sterke fagprofesjoner (Jacobsen, 2012, s. 105-106). Han trekker følgende lærdom ut av denne problemstillingen:

*‘Organisasjonskultur er nøkkelen til både suksess på kort sikt – og hvis den ikke håndteres riktig – fiasko på lang sikt. Kultur kan gi konkurransefordeler, men den kan også skape hindringer for nødvendig innovasjon og endring som man trenger for å oppnå suksess’.*

Integratoren kan være den som tar rollen som endringsagent og som er det viktige ‘limet’ mellom nivåene når organisasjonen står overfor viktige endringsprosesser. Rydland bekrefter denne rollen der ‘samskaperen’ bygger endringskapasitet ved interaksjon med toppledelse og de ansatte. Han skaffer seg innsikt i bakgrunnen for ønsket endring og omsetter dette til det operative plan. Han bidrar til å skape stolthet rundt endringsarbeidet. Ved den tette relasjonen kan han bli en viktig ressurs for fremtidige strategiske beslutninger og videreutvikling av organisasjonen (Rydland, 2017, s. 181-182).

### 3.4.2 Integratoren som iverksetter av kampanjer i sykehus

---

I arbeid med å implementere kampanjer blir integratorens oppgave initialt å snakke om kampanjebudskapet for å skape interesse og engasjement hos de ansatte. Han kan etablere samstemmighet ved å støtte opp om ledelsens føringer samtidig som han inviterer til delaktighet i prosessen med planlegging og innføring av tiltak. På denne måten skapes en forankring der ansatte involveres og inviteres inn i utforming av planer for hvordan tiltakene kan iverksettes. Den tilgjengelige integratoren understøtter arbeidsgrupper og bidrar til god dialog. Kampanjer med innhold som relateres til økt pasientsikkerhet kan nok gi reaksjoner hos ansatte på flere måter. Det kan oppleves som merarbeid, noe de allerede gjør eller har hatt fokus på som en del av innholdet i sin profesjon. Integratoren kan bidra ved å invitere til faglige diskusjoner og følge opp initiativer fra de ansatte. Jobbe for en åpen og positiv kultur der innspill vurderes og tas med inn i prosessen. Rydland understreker også betydningen av å kommunisere i tett dialog med de ansatte når

man skal gjennomføre endringer. Dialogen bidrar til en gjensidig forståelse for hva endringen innebærer for teamet og for teamets adferd. Hun vektlegger at endringer kan gjennomføres på to måter – langtrukket eller ved ‘plaster av’ – metoden. Ved siste alternativ gis lederen mulighet til å innføre endring fra en gitt dato, følge opp tiltak fra dag én som understøtter den nye strategien (Rydland, 2017, s. 182).

Nøkkelen til suksess når man skal innføre kampanjer er å ha ‘påvirkningsagenter’ i miljøene som har kjennskap til målgruppen og kan bidra til engasjement og oppslutning om tiltak (Simonsen, 2008). Overført til kampanjearbeid i sykehus kan dette bety at integratoren tar rolle som endringsagent og knytter til seg ressurspersoner som ivaretar og følger opp definerte oppgaver. Meyer & Stensaker underbygger betydningen av *interne* endringsagenter som kan bidra i endringsprosesser og ved implementering av nye tiltak. De kan i større grad gå inn i prosessene med et lengre perspektiv enn eksterne konsulenter, og kompetansen de tilegner seg underveis blir verdifull for organisasjonen i det lange løp. Endringsagentene vil i tillegg ha verdifull kunnskap om organisasjonen og høy legitimitet blant medlemmene (Meyer & Stensaker, 2011, s. 106-107).

Kampanjen ‘I trygge hender’ skaper bilder og symboler på at du er ivaretatt og at behandling i sykehus er ‘pasientsikkert’. Målet er færre hendelser og tiltakene er direkte rettet mot å forbedre praksis. Moren hevder at reformer og reformprogram kan bidra til å skape problemer fordi ambisjonsnivået ikke er sammenfallende med endret eller forbedret praksis (Moren, 2011, s.36). Integratoren kan bidra til at kampanjen følges opp ved at målinger blir gjennomført, kommunisert og fulgt opp med nye tiltak eller justeringer. Det er like viktig innad i organisasjonen der ansatte ser at endret holdning og adferd faktisk fører til en målbar forbedring.

#### 3.4.3 Integratoren: forventninger til data

---

Integratoren vil trolig være en viktig ‘kulturbygger’ og den rollen som har den største symbolske funksjonen ved implementering av kampanjer. Jeg forventer å finne at han er opptatt av å skape felles forankring og oppslutning om prosesser ved å bygge relasjoner og invitere til diskusjon. Videre vil jeg ha forventninger til at han fungerer som endringsagent i form av å være en inspirator og et forbilde som vektlegger dialogen med de ansatte, er den som er tilgjengelig, opptre støttende og



er tilrettelegger for at ansatte skal kunne konsentrere seg om de nye rutinene. Avslutningsvis vil trolig integratoren være 'limet' i organisasjonen som er viktig bidragsyter i forhold til oppslutning om kampanjen og i arbeidet med å få ansatte til å forstå hensikten og viktigheten med tiltakene.

### 3.5 Lederen som entreprenør

---

Stadige endringer i organisasjoners omgivelser genererer behov for interne tilpasninger. Entreprenøren i Strand sin modell virker som *innovatør* og *mekler* og er tradisjonelt tilhørende i entreprenørorganisasjonen (Strand, 2007, s. 434). Konteksten som entreprenøren beveger seg i gir føringer til rollen i form av evne til stadig endring og tilpasning i markedet. Hovedkravet er at det skal skapes resultater ved å oppdage og forfølge muligheter, og at det ved vurdering av organisasjonens omgivelser avdekkes risiko og farer (Strand, 2007, s. 285). Det ligger en forventning i proaktiv og strategisk adferd. Entreprenøren innehar kreative egenskaper og er åpen for nye ideer som han i neste rekke tilpasser organisasjonen i nødvendige endringsprosesser (Strand, 2007, s. 530). Hos Rydland sammenfaller denne rollen med det hun kaller 'fornyeren' som innehar mellomlederrolle i organisasjonen. Fornyeren ser utover sin egen enhet og retter fokus på å utvikle samspillet mellom seksjoner i egen organisasjon og utad mot omgivelsene. Han er opptatt av å skape stolthet av oppdraget, bidra til godt samarbeid og hele tiden med et ønske om å gjøre ting bedre (Rydland, 2017, s. 180).

Entreprenøren er opptatt av viktige spørsmål som 'hvordan overlever organisasjonen?' og 'hva oppnår vi i dag?'. Rollen knyttes til vekst og ressurstilegnelse (Strand, 2007, s. 434). Dette strategiske fokuset på kontinuerlig tilpasning og endring kan synes å gi entreprenøren en sentral rolle i en turbulent sykehusdrift der riften om ressursene er stor og mangefasettert. I følge Strand har imidlertid entreprenørrollen fått minst oppmerksomhet generelt i bedrifter, men spesielt i offentlig sektor (Strand, 2007, s. 504-505).

#### 3.5.1 Entreprenørens rolle i endringsprosesser

---

Entreprenøren er sentral aktør når det handler om å skape klima for endring i konstant skiftende omgivelser (Strand, 2007). Brudd på det etablerte og

forutsigbare øker betydningen av personer som kan fatte beslutninger, trekke opp visjoner for fremtiden og skape orden. Endringsstrategier handler i hovedsak om ulike måter å styre endringsprosesser på, og entreprenøren bidrar i form av initiativ, kreativitet og evner til å se organisasjonens behov fra et overordnet perspektiv. En av hans hovedfunksjoner vil være å forholde seg til omverdenen og avdekke muligheter og eventuelle trusler (Strand, 2007, s. 285). I endringsprosesser vil han være innovatøren som følger opp idéer og tilpasser dem til organisasjonens struktur og driftsform. Han har en viktig rolle i å tolke endringsbudskap for gruppen, utfordre den til å se alternative løsninger og diskutere motforestillinger. På denne måten kan han redusere usikkerhetsfølelse hos medlemmene som igjen er viktig for å forebygge motstand (Strand, 2007, s. 284). Entreprenøren trives best i mindre, ikke så strukturelt formaliserte organisasjoner som gir større spillerom i form av nyskaping og kreativitet (Strand, 2007, s. 532). I denne sammenheng vil han bidra med løsninger ved sitt aktive og sterkt synlige lederskap.

Rydland har 'fornyeren' i tilsvarende rolle der han skaper endringskapasitet i organisasjonen gjennom kontinuerlig fokus på fornyelse og endring. Han ser ut over egen rolle, tar initiativ og bidrar til å utvikle samspillet i egen enhet, mellom samarbeidende enheter og på tvers i organisasjonen. Fornyeren er hele tiden et steg foran, søker å forstå ulike perspektiv, setter spørsmålstegn ved eksisterende sannheter og leter etter nye løsninger. Ifølge Rydland hindres ofte samarbeid og kompetanseoverføring på grunn av organisering i 'siloeer'. Her kan han bidra til kunnskapsoverføring og brobygging slik at organisasjonen trekker veksler på stordrift-fordeler i forhold til kunnskap og informasjon (Rydland, 2017, s. 180). Drivkraften til fornyeren er kontinuerlig forbedring med et overordnet fokus på samspill i *hele* organisasjonen. Målet er å få medlemmene til å se behovet for endring og skape forståelse for at endringen er riktig og viktig (Rydland, 2017, s. 181).

### 3.5.2 Entreprenøren som iverksetter av kampanjer i sykehus

---

Entreprenøren i en sykehuskontekst kan bidra til utvikling av samarbeidsprosjekt i forbindelse med innføring av kampanjer. Han kan være bindeleddet mellom ulike instanser både internt og eksternt. Entreprenøren kan delta på nasjonale og

internasjonale konferanser knyttet til endringsarbeid, bidra med innovative og nytenkende ideer og overføring av gode arbeidsmetoder.

Kampanjen har faste innsatsområder, men ledere i de enkelte seksjoner må identifisere hvilke områder det trengs forbedring, hvilke man prioriterer, hvordan de skal implementeres, måles, gi ansvar for oppfølging, innføring og vedlikehold. Entreprenøren har i denne sammenheng muligheter til å tenke overordnet og se forbedringer i et større perspektiv og trekke inn ressurspersoner som kan bistå endringsagentene på operativt plan. Simonsen oppfordrer til å benytte seg av en sjekklister ved innføring av kampanjer der man skaffer til veie blant annet informasjon og erfaringer fra tilsvarende arbeid i andre foretak (Simonsen, 2008, s. 138). Entreprenøren kan i denne sammenheng gjennomføre kartlegging av problemområder, lete etter relevant forskning eller ekspertise som kan bidra i implementeringen av kampanjen. Han kan ved hjelp av sitt nettverk sørge for at tilgjengelig kunnskap og informasjon fra andre enheter utnyttes og at programansvarlige får innpass i arbeidsgrupper som jobber med kampanjen på ulike plan. Han er i posisjon til å se nye løsninger og tenke nytt. Moren understøtter dette der han sier at reformprogrammer må tydeliggjøres ved å ta i bruk tilgjengelige ressurser og utnytte blant annet informasjonsteknologien bedre og innhente idéer fra markedet (Moren, 2011, s. 168).

Implementering og iverksetting av kampanjer har bakgrunn i et ønske om å forbedre organisasjonen. I en sykehuskontekst betyr forholdet til omgivelsene og samfunnet mye for omdømme og renommé. Tiltakene må appellere til interne normer og verdier men også eksternt i befolkningen som brukere av helsetjenester. På denne måten vil det symbolske ved kampanjen bety mye for hvordan organisasjonen fremstår og presenterer seg. Entreprenøren kan utad være den som fronter kampanjen og dens visjoner på vegne av sykehuset. Innad i organisasjonen kan han initiere og inspirere medlemmene for å etablere interesse og engasjement.

### 3.5.3 Entreprenøren: forventninger til data

---

Forventninger til entreprenørrollen er at han er opptatt av samspill i hele organisasjonen og at han tar rollen som brobygger innad i organisasjonen og ut mot samarbeidspartnere. Jeg antar han vil ha visjoner på vegne av organisasjonen

og har en viktig rolle knyttet til å fronte kampanjearbeidet i og utenfor sykehuset. Han vil trolig være den som leter etter nye løsninger og tar initiativ til endringer i form av en kampanje eller et pasientsikkerhetsprogram. Entreprenøren er trolig den som vil være mest opptatt av verktøy i form av kunnskap, lederverktøy og kompetanse som kan understøtte ledere i arbeidet med implementering og videreutvikling av kampanjen. Jeg vil antagelig finne at han er opptatt av å argumentere for ressurser i form av økonomiske rammer til å utdanne nøkkelpersonell, skaffe tilveie ny kompetanse eller deltakelse på kurs og konferanser relatert til strategisk forbedringsarbeid.

### **3.6 Noen oppsummerende teoretiske refleksjoner**

---

«Ledelse må forstås i bestemte sammenhenger» (Strand, 2007, s. 13). Strand understreker samtidig at dette gir muligheter og begrensninger for ledere når de skal lede endringsprosesser. Modellen til Strand meisler ut fire ulike roller som ledere kan inneha. Ledere i offentlige organisasjoner som skal drive kontinuerlig forbedringsarbeid trenger både profesjonskunnskap og forbedringskunnskap. Strands lederroller favner vidt over områder som fagkunnskap, kunnskap om prosesser og systemer, verdier, kultur, erfaring og endringspsykologi. Ledere som evner å kombinere denne kunnskapen vil kunne arbeide effektivt og målrettet med å avdekke, prioritere og arbeide systematisk med kvalitetsforbedring gjennom kampanjer og pasientsikkerhetsprogram. Produsent, administrator, integrator eller entreprenør – rollene overlapper og utfyller hverandre. Forholdet mellom det normative i form av formelle krav og det faktiske – hva ledere opplever – kan føre til noen spenninger mellom rollene i Strand sin modell.

Pasientsikkerhetskampanjen og programmet har nettopp som hensikt å redusere uønskede hendelser og pasientskade. Ledere må være i stand til operere i spenningsfeltet mellom «ønsket situasjon» og «virkelighet» ved å utnytte den kraften som ligger i selve kampanjen som verktøy for endring. Deres forståelse for ulike type rolletilnærminger er avgjørende for å sikre godt samspill i strategiske endringsprosesser. De må beherske å balansere forholdet mellom eksisterende organisasjon og arbeid med å implementere nye rutiner og ny adferd (Meyer &

Stensaker, 2011, s. 101). Moren oppsummerer i sin avhandling hva reformprogrammer tar sikte på å gjøre:

*«Når reformer kobler sammen problemer og løsninger, teori og praksis, 'er' og 'bør' blir de samtidig mer forståelige og håndterbare for de involverte. For å lykkes i 'rollen' som sammenkobler, er det imidlertid viktig at de er logisk konsistente. Konsistensen sikres når problemer og løsninger knyttes sammen, det er tette koblinger mellom teori og praksis og når spørsmålet om hvordan virkeligheten 'er' og hvordan den 'bør være' sys sammen av reformene» (Moren, 2011, s. 171).*

Reformer bidrar til å standardisere og effektivisere prosesser i organisasjoner. Sammen med kampanjer utgjør de arenaer der det gis mulighet til å skape kultur for endring og læring med den hensikt å tydeliggjøre mål og ambisjoner. Kampanjer kan bidra til å konkretisere og operasjonalisere endringsbudskap og kan gi ledere viktig drahjelp i forbedringsarbeid. Effekten av kampanjen vil avta over tid, derfor må det parallelt bygges strukturer som bidrar til å opprettholde og videreutvikle resultater (Simonsen , 2008).

## 4 Metode

I forrige kapittel ble studiens teoretiske grunnlag presentert. Dette kapittelet tar for seg forskningsdesign, hvordan respondenter er valgt og prosesser rundt innsamling og analyse av data for å belyse og svare på studiens problemstilling. Det beskrives valg og vurderinger som er gjort for å sikre validitet og reliabilitet i arbeidet med masteroppgaven og refleksjoner i forhold til å forske på egen arbeidsplass. Som teoretisk underlag har jeg i stor grad støttet meg på pensumlitteratur og undervisningsmaterieell supplert med mer spesifikk litteratur rettet mot forskningsmetoder for medisin og helsefag.

### 4.1 Kvalitativ forskning

---

Kvalitativ forskning vil være den best egnede metoden når man ønsker å få avklart et fenomen eller et begrep (Jacobsen, 2005, s. 131). I denne studiens sammenheng vil det være å få innsikt i hva den enkelte leder gjør og hvilke funksjoner de innehar når de arbeider med endring, spesielt relatert til kampanjer. Metoden vil gi støtte til å få innsikt i hvordan ledere fortolker og legger sin forståelse i en gitt kontekst. Lederne vil kunne gi et nyansert bilde av sin virkelighet. Metoden har stor grad av fleksibilitet, noe som tillater en kontinuerlig tilpasning av undersøkelsesopplegget (Jacobsen, 2005, s. 129). Forskeren får på denne måten en mulighet til å følge opp nye innspill og endre både på problemsstilling, forskningsspørsmål og datainnsamling. En ulempe ved denne forskningsmetoden er at den er svært ressurskrevende i forhold til den store mengden empiri som samles inn. En annen utfordring ligger i bearbeiding og tolkning med bakgrunn i kompleks og nyanserik informasjon. Nok et problem kan være knyttet til den nærheten forskeren får til de som undersøkes. Til slutt vil også en kvalitativ metode kunne gi bestemte resultater som skapes av forskeren selv ved nettopp det nære forholdet som oppstår mellom forsker og den som undersøkes (Jacobsen, 2005, s. 130-131).

### 4.2 Forskningsdesign

---

Forskningsdesign omfatter planer, valg og retning for forskeren gjennom hele løpet i arbeidet med studien. Studiens problemstilling *'Hvordan bruker ledere kampanjer*

*for å styre organisasjoner?*’, fokuserer på hvordan organisasjoner ved hjelp av ledere bruker kampanjer som verktøy for endring. Slik kunnskap hentes best inn ved hjelp av kvalitativ metode. Det kan åpnes for innsikt i et fenomen, noe som bidrar til et mer nyansert bilde av respondentenes forståelse av sine roller og funksjoner i undersøkelsens kontekst (Jacobsen, 2005, s. 129). Problemstillingen kan defineres som eksplorerende når målet er å åpne for ny kunnskap (Malterud, 2017, s. 31; Jacobsen, 2005, s. 61). For å kartlegge konsekvenser av ulike ledelsesfunksjoner valgte jeg dybdeintervju for å få tilgang til ledernes oppfatninger og erfaringer. Styrken ved denne fremgangsmåten er at jeg får frem en mer detaljert informasjon som henger tett sammen med konteksten lederne beveger seg i. Et slikt intensivt design får frem flere variabler og nyanser hos et begrenset utvalg (Jacobsen, 2005, s. 89). Svakheten ved intensive design er at jeg i mindre grad kan generalisere funn i studien, annet enn en teoretisk generalisering (Jacobsen, 2005, s. 96). For gruppen med seksjonsledere vil jeg kunne få et generelt inntrykk av hvordan deres opplevelser og virkelighet ser ut. Metoden anses på denne måten å ha høy *intern gyldighet* (Jacobsen, 2005, s. 96).

Det teoretiske rammeverket gir en mulighet til å se på studien gjennom en ‘linse’, noe som vil hjelpe meg å fokusere på hva som er hensiktsmessig å inkludere. På denne måten bidrar rammeverket til å gi en oversikt over det store datamaterialet som samles inn og guider forskeren gjennom prosessen i analysearbeidet (Anfara & Mertz, 2015, s. 231). I hovedsak ble etablert teori brukt i studien, men også søkt til nyere og mer spesifikk litteratur koblet til endringsprosesser spesielt. Fokus har vært på ledelsesfunksjoner med reformer og kampanjer som kontekst. Som analytisk verktøy ble modellen til Strand, PAIE, anvendt. Modellen har vært et viktig bidrag til å gi studien en god struktur, og har også vært utgangspunkt for inndelingen av intervjuguiden der hver av lederrollene var tematisert. På denne måten kom det frem elementer innenfor de ulike lederoppgavene samtidig som det ble dannet et bilde av helheten og konteksten som seksjonslederne beveget seg i. Det ble lagt vekt på å bruke dagligdags terminologi i intervjuene, og av den grunn ble begrepene produsent, administrator, integrator og entreprenør erstattet av ledelsesfunksjonene som betegnet hver av de fire rollene; for eksempel ‘pådriver, koordinator, rådgiver og innovatør’. Hensikten var å skape en god flyt i samtalen

og utveksling av synspunkter gjennom gjensidig interesse for temaet, noe som støttes av litteratur (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 21-22).

Intervjuguiden var semistrukturert. Slik lukking av spørsmål kan gi en viss grad av begrensning i forhold til data for å hindre at undersøkelsen ikke ble for omfattende (Jacobsen, 2005, s. 144-145). Målet var å sikre at temaene med de fire lederrollene ble berørt i løpet av intervjuet for å gi de svarene som kunne bidra til å belyse problemstillingen og tilføre eventuell ny kunnskap. Forskeren må være bevisst hva han bringer med seg for siden å kunne skille dette fra den nye kunnskapen og forståelsen (Jacobsen, 2005, s. 35). Som leder på samme nivå som respondentene var min forforståelse at kampanjen og programmet ikke var fullt implementert og fungerte etter intensjonen. Metoden og strukturen som ble valgt ga i stor grad retning for gjennomføring av studien og bidro til å gjøre riktige valg.

### 4.3 Utvalg

---

I følge Jacobsen (2005) fokuserer kvalitative studier på å gå i dybden på et relativt lite antall undersøkelsesenheter. Styrken i denne metoden handler i hovedsak om å få tilgang til enheter som er rike på informasjon der forskeren kan lære mye om fenomenet han undersøker gjennom intervjuene. Forskeren må ta utgangspunkt i at undersøkelsen alltid vil være et utsnitt av individer, kontekst, tema og tid. Slike variabler velges i arbeidet med problemstilling. Her påvirkes allerede undersøkelsen ved bevisst å velge bort på grunn av interesse, tilgjengelighet og tidsaspekt. På denne måten får undersøkelsen gyldighet *kun* for de valgte variablene, noe som har betydning for studiens validitet og reliabilitet (Jacobsen, 2005, s. 170).

For å sikre informasjonsrike respondenter til studien ble det gjort en kartlegging av aktuelle helseforetak innenfor en radius som kunne la seg gjennomføre å undersøke. I dialog med kollegaer ved flere sykehus ble det tydelig at man i stor grad hadde samme strukturer for implementering og gjennomføring av kampanje- og pasientsikkerhetsarbeidet. Tidsaspektet og min arbeidssituasjon var avgjørende for at valget falt på egen organisasjon. Disse utfordringene beskrives nærmere under *'etiske betraktninger rundt forskerrollen'*. Styrken var å kunne gjøre dypdykk i egen etablert praksis og gjennom studien bidra til å rette søkelys mot muligheter og



forbedringsområder. Utgangspunktet var å inkludere alle ledernivå for å se hvordan kampanjearbeidet ble fortolket og gjennomført fra strategisk nivå til operativt plan. I diskusjon med veileder falt til slutt valget på *ett* ledernivå da denne undersøkelsen ville bli større og mer u håndterbar i forhold til variabler jeg ville måtte ta hensyn til. Malterud (2017, s. 58) kaller dette et *strategisk utvalg*, som på best måte skal gi innsikt og bidra til å belyse problemstillingen. Det ble naturlig å velge ledere med ansvar for iverksetting av tiltak nærmest de ansatte, da de i hovedsak kunne gi den mest nyanserike informasjonen.

Inklusjonskriteriet var at lederne hadde vært med i implementering og oppfølging av kampanjen fra oppstart, øvrige ledere ble ekskludert. Med tanke på kampanjens start hadde de inkluderte lederne lang ledererfaring. Studien inkluderte seks seksjonsledere fra to klinikker. Lederne hadde ulik formell kompetanse og ledererfaring, men til felles at de hadde jobbet med pasientsikkerhetsarbeid relatert til kampanjen og pasientsikkerhetsprogrammet. Det var variasjoner i forhold til alder, type seksjon og lederspenn. Etter dialog med veileder ble data fra piloten inkludert. Vedkommende respondent hadde ikke et seksjonslederansvar, men et delegert ansvar for funksjoner rettet direkte inn mot pasientsikkerhetskampanjen og programmet. Data fra piloten viste seg å være sammenfallende og relevant i forhold til de andre respondentene. Jacobsen (2005, s. 176) hevder at informasjon som er formålsoverorientert sikrer at det totale utvalget vil kunne bidra med rikholdig informasjon. En svakhet i studien var at det kun ble inkludert kvinnelige respondenter. Det hadde vært ønskelig med både menn og kvinner, men de oppfylte ikke inklusjonskriteriene. Med tanke på metning av informasjon gjøres det kontinuerlig vurderinger med tanke på antall respondenter (Malterud, 2017, s. 64-65). Allerede etter det tredje og fjerde intervjuet viste det i liten grad at det tilkom nye aspekter. Med bakgrunn i dette opplevdes det en trygghet på at studien inneholdt nok informasjon etter det sjuende intervjuet. Malterud (2017, s. 65) sier det kan være problematisk å slå fast når datainnsamlingen ikke tilfører ny informasjon. Mange faktorer spiller inn, som for eksempel mangelfull intervjueteknikk og en feilslutning om at fullstendig innsamling av data er mulig å oppnå.

## 4.4 Datainnsamling

---

Datainnsamlingen er den fasen der forskeren, med bakgrunn i problemstillingen, velger ut betydningsfull informasjon og transformerer det i form av tekster og observasjoner. For at det skal kunne hentes ut ny kunnskap må dataene være både innholdsrike og relevante (Malterud, 2017, s. 69). Problemstillingen i denne studien fokuserer på de muligheter og begrensninger som ligger i de ulike ledelsesfunksjoner når organisasjoner tar i bruk kampanjer som verktøy og virkemiddel for endring. Et slikt utgangspunkt forutsetter nær dialog med ledere.

### 4.4.1 Intervjuguide

---

Intervjuguiden skal sikre at viktige tema blir belyst og at det er en god flyt i dialogen. En guide bidrar til grad av strukturering av selve intervjuforløpet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 143). Erfaring er av betydning når man avgjør i hvilken grad intervjuguiden skal struktureres for å gi god flyt i intervjuet (Merriam, 2014, s. 103). Det ble valgt en forholdsvis åpen tilnærming med temaer og oppfølgingsspørsmål som var koblet til de fire lederrollene i Strand sin modell PAIE. Prosessen fra start til ferdigstilt intervjuguide var lang og det opplevdes vanskelig å få god flyt i spørsmålene. Guiden ble revidert flere ganger, siste gang etter pilotintervjuet. Dette tydeliggjorde hvilke spørsmål som ga rik informasjon og hvilke som kunne tas bort eller slås sammen. Intervjuet ga også en god trening i forhold til teknikk og tidsbruk. Temaene i intervjuguiden legger føringer for foreløpige kategorier i undersøkelsen (Jacobsen, 2005, s. 194). Guiden ble delt i fire deler; lederen som pådriver og dirigent, lederen som overvåker og koordinator, lederen som hjelper og rådgiver og lederen som mekler og innovatør (vedlegg 7). De fire delene samsvarte med forskningsspørsmålene i studien og fungerte som en rød tråd gjennom hele studien. Det ble avrundet med en oppsummering om effekter og suksessfaktorer av kampanjen og programmet.

### 4.4.2 Gjennomføring av intervjuene

---

Undersøkelsen ble gjennomført med individuelle semistrukturerte intervju. Metoden gir mulighet til å fokusere på enkelte aspekter og bidrar til at data som

samles inn ikke blir *for* komplekst. Intervju gir også rom for å stille oppfølgings spørsmål som naturlig kommer opp når ny kunnskap avdekkes (Jacobsen, 2005, s. 144). En kritikk til denne metoden er at den kan begrense deler av datainnsamlingen, men på den andre siden vil det kunne bidra til et sterkere fokus på enkelte områder (Jacobsen, 2005, s. 145). Avtale med respondentene ble gjort via mail og direkte henvendelse (vedlegg 6). Det var i forkant avklart med deres respektive ledere at de kunne kontaktes for forespørsel om deltakelse i studien (vedlegg 1). Intervjuene ble gjennomført over en periode på tre uker, noe som hadde sammenheng med respondentenes og egne avtaler og muligheter til å gå ut av drift. Det ble benyttet egnet møterom adskilt fra seksjonene der lederne arbeidet. Til hvert intervju var det avsatt en time, med en margin på femten minutter for eventuelle ekstra behov for avklaringer og for at respondentene ikke skulle oppleve å bli avbrutt med noe de mente var viktig å formidle. Intervjuene ble innledet med en kort presentasjon og takk for at de ville delta i studien. Respondentene hadde fått informasjon om hensikt på forhånd, men dette ble kort gjentatt sammen med informasjon om formelle krav rundt anonymisering og sletting av data. Før intervjuet startet ble det innledet med lett konversasjon, om de opplevde at noe var uklart eller om de hadde eventuelle spørsmål. Dette var med på å skape en god stemning og løse opp i den litt 'kunstige' situasjonen. Jeg var oppmerksom på plassering av respondenten i rommet i forhold til vindu i døren på møterommet. Målet var at det ikke skulle bli forstyrrende at de ble betraktet av forbipasserende. På samme måte forsøkte jeg være bevisst min egen holdning, ha i stor grad øyekontakt og innta en lyttende posisjon. Jacobsen (2005, s. 250) understreker betydningen av en 'oppvarming' i forkant av intervjuet for å skape en trygg og tillitsfull atmosfære.

Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker for å ha hovedfokus på lytting og for å avhjelpe transkriberingen i etterkant. I tillegg ble det gjort enkelte notater med tanke på stemning og umiddelbare refleksjoner underveis. To båndopptakere ble benyttet i tilfelle det skulle oppstå feil eller sletting. Før intervjuene ble avsluttet ble det forespurt om å få benytte sitat i studien forutsatt anonymisering. I tillegg ble det spurte om respondenten eventuelt kunne oppsøkes dersom det dukket opp uklarheter eller behov for utfyllende kommentarer. Det ble ikke nødvendig. Transkribering ble gjort i løpet av det første døgnet etter intervjuene, noe som

gjorde det lettere å kombinere mine notater med detaljer og stemning under intervjuene. Opptakene ble overført til sensitivt område og slettet lokalt på båndopptaker etter transkribering.

## 4.5 Analyse av data

---

Analysen av datainnsamlingen beskrives som en levende prosess som har til hensikt å finne ny kunnskap ved å tolke, se fellestrekk og det som skiller seg ut (Malterud, 2017, s. 83). Arbeidet med å få oversikt over den store mengden transkriberte sider var svært krevende og trinnene i analysen var en møysommelig og krevende prosess. Visualisering har hatt stor betydning i denne uoversiktlige delen i arbeidet med studien, og vil bli illustrert ved en rekke vedlegg.

### 4.5.1 Transkribering

---

Transkripsjonen var spennende og tidkrevende, men ble et nytt møte med respondentene hvor jeg lyttet og nedtegnet kommunikasjonen med supplerende følelsesuttrykk (latter, sukk, nøling med mer) og pauser. Det ble lagt vekt på å gjengi ordrett det som ble sagt i intervjuene, noe som medførte en noe usammenhengende tekst (vedlegg 9). Som forsikring om at alle detaljer hadde kommet med ble det gjort en ny gjennomgang av hele opptaket etter første transkribering. Dette 'andre møtet' kan gi nye refleksjoner og verdifull innsikt (Malterud, 2017, s. 80) og i studien bidro til en større pålitelighet i forhold til det transkriberte innholdet. Parallelt med intervjuene ble det gjort notater, men i etterkant viste det seg at de ble mangelfulle siden fokuset var mer rettet mot å lytte og følge opp med utdypende spørsmål. Teksten ble merket med linjenummer for å finne raskt tilbake til de meningsbærende enheter i den videre analysen. Resultatet endte opp med 49 transkriberte sider. Gjennomsnittlig tid til transkribering av hvert intervju var på seks timer. Arbeidet ble til tider avbrutt, noe som hadde sammenheng med tidspunkt for gjennomføring av intervju og tid til rådighet. I forbindelse med transkriberingen kom det frem elementer som var av betydning for neste intervju. I større grad kunne det vært brukt mer tid på denne sammenligningen før neste intervju ble gjennomført. Spesielt ved en anledning ble erfaringen tydelig, der to intervjuer ble utført på samme dag.

Det er vanskelig å definere hva som er riktig transkripsjon. Fokuset bør heller være på hva som er nyttig i forhold til den aktuelle studien (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 194). I studien ble det erfart at den valgte formen ga et godt bilde av respondentenes svar med tanke på å kunne besvare forskningsspørsmålene. I bearbeiding av data ble det lagt vekt på å beskytte respondentene med tanke på gjenkjenning i forhold til navn, seksjoner og beskrivelse av situasjoner. Malterud (2017, s. 77) viser til forsiktighet i forhold til å forveksle teksten med virkeligheten. En intervjusituasjon vil alltid bli påvirket av elementer som kan gi et annet bilde av, eller forvrengte meninger. En kvalitativ analyse vil alltid være utsatt for en form for tolkning (Malterud, 2017, s. 77).

#### 4.5.2 Koding og kategorisering

---

Analyseprosessen ble gjennomført ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC). Metoden består av fire trinn der analysen gjøres ved først å få en oversikt over data og et *helhetsinntrykk*, deretter identifisere *meningsbærende enheter*. Så følger prosess med fortetting eller *kondensering* der man abstraherer innholdet i de meningsbærende enhetene og til slutt en sammenfatning av de fortolkede tekstene, *syntese*. Prosessen handler om å skape mening ut av data (Malterud, 2017, s. 97-111). I studien ble det etter en tid funnet en metode som var logisk og oversiktlig. Malterud konkretiserte metodikken ved hjelp av metaforer, noe som bidro til å holde oversikt over trinnene i analysen. Malterud viser til en metodikk innenfor STC, *tverrgående analyse*, som gjør det mulig å sammenligne kvalitative data (Malterud, 2017, s. 94). Hun understreker betydningen av å gå inn i denne prosessen med et åpent sinn og et mer overordnet perspektiv, men hele tiden med problemstillingen i bakhodet (Malterud, 2017, s. 99). I det videre forklares fremgangsmåten i analysen under overskrifter som angir stegene i STC.

##### *Helhetsinntrykk*

I denne første fasen er det viktig å skyve forforståelse og den teoretiske rammen i bakgrunnen for å åpne opp for helheten, mer enn detaljene (Malterud, 2017, s. 99). Jeg opplevde det til tider vanskelig, da det umiddelbart ble spennende å dypdykke i tekstene og lete etter forklaringer. På denne måten låste det seg litt allerede fra start. Prosessen ble startet på nytt med Malteruds anbefalinger i bakhodet. Denne

prosessen tok lang tid og tekstene ble gjennomgått flere ganger. I denne fasen var det nyttig å lage et tankekart som representerte hver av de fire forskningsspørsmålene. Hver respondent ble fargekodet (vedlegg 8). På denne måten formet det seg etter hvert noen foreløpige koder og tema. Med bakgrunn i oppbygningen i intervjuguiden var det en fare for at jeg forsøkte å få elementer fra tekstene til å *passé inn* under hvert forskningsspørsmål. Dette resulterte i enda en ny runde med forsøk om løsrivelse fra firedelingen i guiden. Denne repeterende handlingen er et første skritt i organiseringen av datamaterialet og eventuelle svar på problemstillingen (Malterud, 2017, s. 100).

### *Meningsbærende enheter*

I den neste fasen ble det igjen tilbakevendt til tekstene med de foreløpige temaene. Denne gangen ble det på nytt satt fargekoder i teksten for å markere de meningsbærende enhetene som ble vurdert å kunne ha relevans for problemstillingen. Forventninger om de ulike rollene til Strand ble tatt i betraktning og tildelt hver sin farge. På denne måten kan det utkrystallisere seg hva som er viktig informasjon, og hva som kan legges til side (Malterud, 2017, s. 101).

Det var pånytt behov for å skape struktur for ikke å miste oversikten. Denne gangen visualisert ved hjelp av en tabell som viste kodegruppene under hver av de fire forskningsspørsmålene i guiden. I første runde endte resultatet opp med 16 kodegrupper og 41 subgrupper (vedlegg 10). Flere av kodegruppene viste sider som kunne ses i sammenheng, men det ble også tydeligere hvilke elementer som begynte å skille seg ut (vedlegg 11). Ved å ha problemstilling, forskningsspørsmål og det teoretisk rammeverket i tankene vil forskeren få hjelp til å sortere hva som får plass og hva som må vike i studien (Malterud, 2017, s. 102).

### *Kondensering*

I analysen tredje fase løftes det ut relevant innhold fra de meningsbærende enhetene ved kondensering (Malterud, 2017, s. 105). Det opplevdes vanskelig å komme i gang med denne prosessen, men sakte men sikkert ble alle fire deler gjennomgått og det ble laget kondensat fra hver subgruppe med formål om å anvende det i arbeid med analysens siste del (vedlegg 12). I denne prosessen ble enkelte kodegrupper slått sammen mens andre deler ble flyttet eller tatt ut. For eksempel ble 'fremdrift' og 'resultat' til 'implementering og oppfølging av aktiviteter'. I tillegg ble det laget

det Malterud kaller ‘gullsitat’ som trekker sammen og representerer essensen fra de meningsbærende enhetene i subgruppene (Malterud, 2017, s. 108). Erfaringen fra arbeidet med denne fasen var at koder som hadde relevans i forhold til egenskaper hos lederrollene hos Strand, ble funnet på bakgrunn av de forventningene som hadde blitt dannet i arbeidet med teorikapittelet. For eksempel hos Strand sin ‘entreprenør’ så var en av egenskapene jeg antok han ville ha var å være ‘brobygger’ og med påfølgende subgruppe ‘initiativtaker’. Om dette var et resultat av at jeg ikke helt klarte å løsrive meg fra min forforståelse er jeg usikker på.

### *Syntese*

Denne fjerde og siste fasen ble opplevd som spennende. På ny var det behov for å visualisere, denne gang ved hjelp av en stor tavle. Igjen var det biter av teksten som opplevdes fremmed i de opprinnelige gruppene og tid ble brukt på forsikring om at de fremdeles var gyldige i forhold til opprinnelig kontekst, og ikke minst lojal i forhold til det respondentene hadde formidlet.

Resultatet endte med fire hovedkategorier som ble definert ut fra oppbygningen av teorikapittelet og intervjuguiden med fire hovedområder: *‘Lederen som pådriver og dirigent’*, *‘Lederen som overvåker og koordinator’*, *‘Lederen som hjelper og rådgiver’* og *‘Lederen som mekler og innovatør’*. Allerede i utarbeiding av intervjuguiden var det blitt dannet de første foreløpige hovedkategoriene ved å bruke de fire lederrollene til Strand. Dette kan ha medvirket til at jeg har lukket for data som kunne vært av betydning for studien. Likevel var opplevelsen at nettopp den valgte strukturen ga mening og en logisk rød tråd gjennom arbeidet med masteroppgaven. Til sammen ble det tolv underkategorier som representerer overskrifter innenfor hvert forskningsspørsmål.

## **4.6 Validitet og reliabilitet**

---

Kvale og Brinkmann hevder at kvalitative undersøkelser må oppfylle krav til gyldighet og pålitelighet. I hvilken grad en undersøkelse er pålitelig har sammenheng med konsistens og troverdighet, og om resultatene kan kopieres av andre forskere. Gyldighet handler om metoden er hensiktsmessig i forhold til det den skal undersøke. Metoden må også kunne gjelde for flere enn de få som er inkludert i undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250). Vurdering av

undersøkelsens validitet og reliabilitet har vært en kontinuerlig prosess i studien i alle deler av arbeidet med masteroppgaven.

Både mennesker og organisasjoner er i konstant bevegelse. En reproduksjon av intervjusituasjonen ved en senere anledning ville komme til å inneholde andre elementer, basert på ny kunnskap hos respondenten eller nye erfaringer på bakgrunn av det opprinnelige intervjuet (Malterud, 2017, s. 24). En repetisjon av samme studie med en annen intervjuer ville ikke ha nøyaktig samme relasjon og kjennskap til respondentene, noe som kunne ført til større åpenhet på den ene siden, eller til en mer reservert holdning på den andre siden. Pålitelighet handler også i stor grad om jeg som forsker har hatt nok kunnskap og erfaring til å stille de riktige spørsmålene, eventuelt om de har vært ledende, transkriberingen har blitt feil eller data ikke har blitt analysert korrekt. Jacobsen (2005, s. 386-387) sier påliteligheten er avhengig av forskerens håndverk. Med bakgrunn i denne innsikten var jeg opptatt av teoretisk forberedelse til intervjusituasjonen. I tillegg ble det gjort nyttige erfaringer gjennom pilotintervjuet. Gjennom studiens prosess har det i etterkant fremkommet flere forbedringsområder, noe som kan ha påvirket studiens pålitelighet.

Undersøkelsens totale gyldighet har blant annet sammenheng med grad av åpenhet, noe som er sentralt for kvalitativt design. Denne tilnærmingen er ofte forbundet med høy begrepsgyldighet (Jacobsen, 2005, s. 129). Semistrukturerte intervju har i mindre grad faste spørsmål og respondenten definerer hva som er 'riktige svar'. Dataene vil kunne få frem det unike hos hver respondent. Åpenheten kan også medføre at mengden empiri oppleves overveldende med tanke på tid og ressurser, samtidig som nyanserikdommen vanskeliggjør tolkning. Med bakgrunn i slike detaljerte opplysninger vil designet gi grunnlag for høy intern gyldighet (Jacobsen, 2005, s. 89-90).

Det kan rettes kritikk mot antall respondenter i undersøkelsen med tanke på generalisering av funn. Datamaterialet er basert på sju intervju med varighet fra 45 til 70 minutter. På den annen side er funnene sammenfallende i stor grad, noe som gjør reliabiliteten større. Generalisering kan i tillegg være krevende med tanke på individuelle opplevelser og tolkninger hos respondentene det er innhentet data fra.



En konsekvens av dette kan være at lederne ikke husker riktig, og 'pynter' på sannheten i forhold til opplevelse av egen rolle (Jacobsen, 2005, s. 107).

#### **4.7 Etliske betraktninger rundt forskerrollen**

---

Helseforetak har vært min arbeidsplass gjennom hele karrieren og jeg har de siste tolv årene hatt lederstillinger i flere seksjoner. Gjennom det daglige virket har jeg hatt ansvar for flere endringsprosesser og vært en del av studiens kontekst; innføring av pasientsikkerhetskampanjen 'I trygge hender'. Arbeidet har foregått parallelt med studiet 'Organisasjon og ledelse'. Kombinasjonen har bidratt til interesse og engasjement i forhold til prosesser som rører seg i organisasjoner når de står overfor endring. Erfaringen og ny kunnskap har gitt innsikt, men den har også skapt undring og et behov for å finne ut hvordan ledere handler og hvordan organisasjonsstrukturene og kulturen legger føringer for utøvelse av ledelse.

Å forske i egen 'bakgård' og ha kjennskap til respondenter har både fordeler og ulemper man må være klar over for å kunne skaffe seg tilstrekkelig distanse til studien og forskerrollen (Nielsen & Repstad, 1993, s. 234). På organisatorisk plan er strukturelle forhold, kultur og stammespråk kjent, noe som gjør det lettere å navigere i dette landskapet. Det har også gitt en større fleksibilitet i forhold til gjennomføring av studien. Vurderingen var også basert på tilgjengeligheten og tiden som var til rådighet. Det å ha kjennskap til respondentene kan bidra til at de kjenner seg trygge i intervjusituasjonen, forstår at jeg vil dem vel og at vi er 'i samme båt'. Jeg forsøkte å tilstrebe en viss distanse, men uten å bli upersonlig (Repstad, 2007, s. 38). Det har vært en fordel å inneha kunnskap om klinikkene, med resultat i å kunne spørre mer i dybden rundt enkelte forhold, og trekke egne erfaringer inn i tolkningen av funn.

En svakhet ved studien er at ingen legeledere er intervjuet, da det fremkommer av empirien at samarbeidet mellom leger og sykepleiere er viktig for å ha felles fokus om kampanjer og endringsprogram. En tverrprofesjonell deltakelse ville gitt et mer nyansert bilde. Det ville også gitt interessante svar på spørsmål som dukket opp i forbindelse med intervjuene (Hagen, 2019).

Det ble forespurt om gjennomføring av studien til fagdirektør, kliniksjefer og avdelingssjefer (vedlegg 1). Studien har også forankring i Forskning- og Innovasjonsavdelingen (vedlegg 2) og personvernombudet ved helseforetaket (vedlegg 3). Studien er meldt inn og godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), (vedlegg 4 og 5). Med nytt regelverk fra juli 2019 ble det en lang forsinkelse i påvente av godkjenning. Seksjonslederne ble forespurt på mail og deretter ved personlig henvendelse om å delta. Det ble gitt informasjon om hensikt med studien, formaliteter rundt blant annet anonymitet og skriftlig samtykke (vedlegg 6). Respondentene ble anonymisert og omtalt som ledere, seksjonsledere, respondenter og deltakere i teksten. Hver respondent ble kodet med et nummer. Med forbehold om anonymitet ble det gitt tillatelse til å sitere respondentene i teksten. Sitat ble merket med kodennummer. Alle data fra transkribering og kodeliste er lagret på sensitivt område.

Med et kritisk tilbakeblikk på egen forskning var det flere forhold ved forskerrollen som kan ha påvirket resultatene i studien. For det første var erfaringen med systematisk forskning begrenset. Et eksempel var at ingen ledere oppga at de brukte verktøyene eller nettsidene i pasientsikkerhetsprogrammet aktivt. Dette burde intervjuguiden inneholdt konkrete spørsmål om. Veien ble til underveis, både i møte med teori og dialog med veileder og kollegaer. For det andre kan det ha blitt brukt unødig lang tid på deler av studien med det resultat at viktige poeng og sammenhenger kan ha gått tapt. For det tredje kunne et samarbeid med en medstudent gitt flere refleksjoner og diskusjoner som hadde beriket sider ved studien.

## 5 Resultater

I forrige kapittel ble det gjort rede for metodevalg og forskningsdesign. Dette kapitlet presenterer studiens innsamlede data fra intervjuer med syv respondenter. Lederne har ansvar for sengeposter med døgkontinuerlig drift i medisinsk og kirurgisk klinikk, med unntak av en som er delegert ansvaret for oppfølging av deler av kampanjen. Samtlige har lang ledererfaring og har vært med fra starten av pasientsikkerhetskampanjen. De har ulik formell kompetanse innen ledelse.

Strukturen på kapitlet er definert ut fra oppbygningen av teorikapitlet og intervjuguiden med fire hovedområder: *'Lederen som pådriver og dirigent'*, *'Lederen som overvåker og koordinator'*, *'Lederen som hjelper og rådgiver'* og *'Lederen som mekler og innovatør'*. De fire hovedkategoriene har til sammen tolv underkategorier. Her presenteres funn fra datainnsamlingen sammen med sitat fra respondentene.

Den første hovedkategorien presenterer funn som beskriver betydningen av arenaer for å nå ut til ansatte med kampanjebudskap, effekten av tilstedeværende ledelse samt hvordan strukturelle tilpasninger bidrar til at ledere kan inneha pådriverrollen. Den andre hovedkategorien omhandler funn som viser at ledere er bindeledd mellom toppledelse og ansatte for å oversette kampanjebudskap. Her presenteres også funn som viser betydningen av å delegere til ressurspersoner og overvåke og koordinere oppfølging av aktiviteter knyttet til kampanjen. Den tredje hovedkategorien fokuserer på hvordan ledere kan inneha motivator- og inspiratorrollen ved å være forbilder i forhold til å fronte kampanjen og hvordan de kan bidra til samarbeid på tvers av profesjoner. Her beskrives også hvordan ledere involverer ansatte i arbeid med kampanjen og innsatsområdene for opplevd mening og nytte. Fjerde og siste hovedkategori omhandler funn som viser hvordan ledere kan være initiativtakere for å konsolidere og videreutvikle kampanjeprogram ved blant annet å gjøre nytte av kraften og virkningene i kampanjen. Det presenteres også funn som beskriver hvordan ledere kan inneha inspiratorrollen ved å legge til rette for økt kunnskap om forbedringsarbeid og verktøy i kampanjen. Etter hver hovedkategori gjøres det en oppsummering som beskriver sentrale funn.

## 5.1 Lederen som pådriver og dirigent

---

Pådriveren og dirigenten er i Strand sin modell (Strand, 2007, s. 459) en problemløser, en leder som har en personlig motivasjon rettet mot resultater og som viderefører planer og bidrar til at oppmerksomheten hos de ansatte rettes inn mot målområder. Denne hovedkategorien beskriver betydningen av hensiktsmessige arenaer, synlig og tilstedeværende ledelse og lokale tilpasninger for at lederen kan inneha pådriver – og dirigentrollen i arbeid med kampanjer. Kriterier for valg av underkategorier er basert på ledernes tilbakemeldinger om at risikomøtet var en del av ‘kampanjepakken’ og en forutsetning for gjennomgang av innsatsområdene i kampanjen. Et annet kriterium for vellykket implementering av kampanjen var ledernes oppfatning av synlig og tilstedeværende ledelse for å sikre felles forståelse og eierskap hos ansatte. En tredje forutsetning for at pådriverrollen skulle være mulig å inneha var at lederne gjorde strukturelle tilpasninger for at kampanjen skulle oppleves oversiktlig og som en del av allerede etablerte rutiner i den enkelte seksjon. På denne måten ble rollen koblet til oppfølging av innsatsområdene og ble i større grad mer konsekvent og forutsigbar over tid. De tre underkategoriene har fått overskriftene ‘*Arenaer*’, ‘*Tilstedeværende ledelse*’ og ‘*Strukturelle tilpasninger*’.

### 5.1.1 Arenaer

---

Arenaer forstås i denne sammenheng som visitter, møteplasser og møter generelt og risikomøtet spesielt. Risikomøtet var fra innføring av kampanjen en forutsetning for å gjennomgå og diskutere indikatorer tverrprofesjonelt som et ledd i daglige rutiner i seksjonene. Av den grunn har jeg vært ekstra oppmerksom på utsagn der respondentene beskrev hvordan de brukte risikomøtet til å informere og vise retning.

Kampanjen og pasientsikkerhetsprogrammet inneholder en rekke innsatsområder som seksjonene skal følge opp. Lederne oppga risikomøtet som en naturlig arena der ledelse og styring kan utøves. Alle respondentene trakk spesielt frem at de hadde innført risikomøte og brukt dette møtepunktet som en arena til å være pådrivere i prosesser rundt pasientsikkerhetsarbeid. Lederne hadde valgt ulike tilnærminger, fra hundre prosent ‘hånda på rattet’ til å ha delegert ledelse av risikomøtet til

teamledere eller andre ressurspersoner. Fire av deltakerne påpekte at implementeringen av denne arenaen har vært preget av bølgedaler i forhold til deltakelse, gjennomføring og opplevd nytteverdi. En leder hevdet at denne arenaen overhodet ikke hadde fungert etter intensjonen, og en annen mente dette møtet ikke var av verdi i deres seksjon. Det var likevel en opplevelse hos de fleste lederne at risikomøtet ga struktur på arbeidet og bidro til å bryte opp gamle mønster. En annen tilbakemelding i denne sammenheng var at det var behov for lokale tilpasninger innenfor de enkelte seksjoner. To av de intervjuede oppga at de hadde fått inspirasjon til risikomøter ved å besøke andre sykehus og lære metodikken rundt systematisk kvalitetsarbeid. Det ble vist til betydningen av tverrprofesjonell deltakelse i arbeid for at risikomøtet skulle fungere etter intensjonen og for at pådriverrollen i denne sammenheng skulle ha optimal effekt. Flere av lederne beskrev det tverrprofesjonelle engasjementet som betydelig større ved oppstart av kampanjen.

*«Vi fikk drahjelp fra kvalitetslegene og det var et større engasjement både hos sykepleiere og leger den gangen» (R6).*

Samtlige respondenter uttrykte også utfordringer med tverrprofesjonell tilnærming, særlig dersom prosedyren for gjennomføring av risikomøtet skulle etterleves. Når møtet først var gjennomført var tilbakemeldingen udelt positiv. En av lederne sa at risikomøtet hadde gitt flere aha-oplevelser rundt pågående satsningsområder og det var bred enighet om at denne arenaen ga en mulighet for refleksjon med ansatte og et løft i form av opplevd hensikt og mening ved å være pådriver av pasientsikkerhetsarbeid. Alle deltakerne påpekte at det store antallet indikatorer hadde gjort kampanjen uoversiktlig. Risikomøtet bidro i så måte som et verktøy for å systematisere innsatsområdene i det daglige, noe som gjorde det mulig å koordinere alle aktivitetene. En av deltakerne opplevde at det var for mange områder og at møtet hadde mistet noe av intensjonen og interessen fra starten av kampanjen. Hun uttrykte det på denne måten:

*«I utgangspunktet skulle det være et kort møte der vi kjapt gikk igjennom noen få punkt – alle var tilstede - men så ble interessen borte. Hver enkelt seksjon burde jo bestemme hva de synes er viktig – men vi har bare skapt en oppskrift for alle» (R7).*

De fleste lederne brukte i tillegg personalmøter, fagdager, driftsmøter, mail og ukebrev til å kommunisere muntlig og skriftlig med ansatte i forhold til informasjon, planer for iverksetting og oppfølging av innsatsområdene. Noen av respondentene anga også den tradisjonelle visitten som en potensiell arena der ledere ga informasjon om føringer som hadde bakgrunn i kampanjeaktiviteter. Tre av respondentene sa at risikomøtet til en viss grad var integrert i visitten og en fjerde at de hadde forsøkt ulike tilnærminger. Risikomøtet var likevel den arenaen som fremsto som kontinuiteten for strategisk ledelse i det daglige hos de fleste lederne. De forklarte at den systematiske metodikken fungerte som en huskeliste der samtlige pasienter ble kartlagt for risiko, der mål for dagen ble planlagt, målinger registrert og resultater hentet ut. På denne måten opplevde lederne å ha en arena der indikatorene i kampanjen ble styringsverktøy for økt pasientsikkerhet.

#### 5.1.2 Tilstedeværende ledelse

---

Her har jeg vært spesielt opptatt av hvordan lederne definerte sin rolle i forhold til innføring av kampanjen, hvordan de organiserte seg i forhold til deltagelse i risikomøtet og hvordan de opplevde det tverrprofesjonelle samspillet koblet til det å være pådrivere av kvalitetsforbedring.

Samtlige respondenter så på seg selv som pådrivere, spesielt i starten av kampanjen. De gjentok flere ganger i intervjuene hvor nyttig blant annet risikomøtet hadde vært for å samles rundt pasientsikkerhetsarbeidet. Samtidig oppga de fleste lederne at de allerede fra implementering av kampanjen involverte og delegerte både oppgaver og fysisk tilstedeværelse ved dette møtet til ressurspersoner. En av lederne hadde i oppstart vært daglig tilstede og hevdet dette var årsak til at møtet ble ansett som viktig og ble gjennomført i alle ukedager. En annen oppga at hun var pådriver i den forstand at hun snakket mye om kampanjen og hva det ville innebære i ulike sammenhenger. Hun var tilgjengelig og fulgte opp ansatte for å få arbeidet i gang. Hun uttrykte seg på denne måten:

*«Igjen er det jo dette her med tilstedeværelse. At jeg selv er der og er en pådriver og viser at dette er viktig - så vil i neste rekke de ansatte over tid se at dette er riktig» (R7)*

Alle respondentene påpekte nødvendigheten av et personlig engasjement, genuin interesse rundt arbeidet med kampanjen og pasientsikkerhetsprogrammet for at det skulle være mulig å fungere i rollen som pådriver. En av lederne hevdet at det viktigste var å være tilstede i hverdagen. Snakke med ansatte, engasjere seg og sette seg inn i rutiner rundt kampanjen. En annen sa hun også var tilstede, kledd i hvitt og tilgjengelig for ansatte. Ved å ha kontor plassert tett på den daglige driften fanget hun opp hva som rørte seg og kunne tidlig følge opp ulike problemstillinger.

Samtlige ledere påpekte viktigheten av tverrprofesjonell forankring. I implementeringsprosessen ble det lagt føringer fra toppledelse at legene skulle ha ansvar for gjennomføring av risikomøtet med gjennomgang av indikatorene i hver seksjon. Hensikten var å forankre kampanjen hos både leger og sykepleiere og sikre tverrfaglig tilstedeværelse. De fleste respondentene opplevde at det var et stort engasjement i oppstart av kampanjen. To av lederne sa at de fikk drahjelp av kvalitetsleger som var dedikerte og skapte blest om satsningen også utenfor eget sykehus. Respondentene anga dette som spesielt viktig, det at leger engasjerte leger, for at endringer skulle implementeres og bli varige. Mer enn halvparten av respondentenes hadde erfart at legene i stor grad uteble fra denne arenaen etter hvert som tiden gikk, noe som gjorde det vanskelig å utøve pådriverrollen. Bare to av seksjonene og ett team i en tredje seksjon opplevde at de fremdeles hadde et noenlunde velfungerende tverrfaglig fokus. Dette handlet mye om kontinuitet og forutsigbarhet.

Alle lederne sa at de ikke lenger hadde den daglige pådriverrollen rundt kampanjen og programmet, men hadde etablert regelmessige sjekkpunkt der de forsikret seg om at rutiner og føringer ble etterlevd. En av lederne sa at hun i perioder deltok på risikomøtene, men vekslet på i de ulike teamene. Tilstedeværelsen gjorde at hun holdt seg orientert om hvordan risikomøtet blir avholdt. En annen fortalte at hun i større grad hadde en tilretteleggerrolle der hun fremdeles var tilstede og heiet frem de ansatte mer enn å være en del av den praktiske gjennomføringen. Deltakerne i undersøkelsen beskrev ganske felles tilnærming når det gjaldt tilstedeværelse fra starten av kampanjen, men etter hvert utkrystalliserte det seg lokale tilpasninger som både handlet om tid, tilgjengelighet, involvering av ressurspersoner og til dels utholdenhet. Alle lederne understreket at de ved å fordele tilstedeværelsen på

risikomøtene ikke bare frigjorde tid, men også sørget for at flere ble involvert og fikk eierskap til kampanjearbeidet. En av respondentene beskrev at hun nå i større grad hadde fasilitatorrollen - en pådriverfunksjon, men nå mere i kulissene. Dette kan for eksempel illustreres ved ett av utsagnene:

*«For dette er krevende....altså det er et stort arbeid i seg selv. Og når vi sitter med så stort ansvarsområde i forhold til personaloppfølging, økonomi, alt det... så måtte vi satt av tid til kvalitetsutvikling ved siden av den store lederoppgaven. Så jeg tror det viktigste vi kan gjøre er å fasilitere...»(R4)*

### 5.1.3 Strukturelle tilpasninger

---

Som pådrivere og dirigenter av kampanjer tilpasser ledere eksisterende arbeidsrutiner og metoder til ny drift. Denne underkategorien har spesielt fokus på hvordan respondentene har gjort tilpasninger i forbindelse med innføring av kampanjen og innsatsområdene. Risikomøtet ble også her trukket frem som en viktig arena der det har vært behov for å gjøre lokale tilpasninger. Mye av aktivitetene i seksjonene har utspilt seg fra denne arenaen og lagt premisser for lederne i forhold til å være pådriver av pasientsikkerhetsarbeid. På en eller annen måte berørte alle respondentene behovet for å organisere og strukturere egen seksjon for å implementere kampanjen. Det kom til uttrykk i forhold til hvordan man organiserte fagutvikling og kvalitetsarbeid, som i økende grad hadde blitt spisset mot innholdet i kampanjen. I intervjuet svarte en av respondentene på denne måten:

*«Den risikotavla og det verktøyet og metoden som jeg...jeg veit ikke så veldig mye om selve programmet da, men jeg tror det har gitt mere struktur...jeg er helt sikker på at det har gjort det altså. At vi har blitt mere bevisste på våre områder som er viktig å ha fokus på. Jeg tror det var mer tilfeldig før»(R6)*

Et annet eksempel var at risikomøtet hos flere ble tilpasset egen seksjon ved å bli en del av legevisitten for å kunne oppnå daglig gjennomføring. Det opplevdes vanskelig å kopiere modellen som ledelsen presenterte, så lederne valgte ut de indikatorene som ble ansett som mest sentrale. Spesielt to av respondentene hadde en opplevelse av at de ikke hadde lykkes selv om de hadde testet ut mange ulike modeller for å skape struktur og systematikk og flere initiativ for å få legene med



på risikomøtet. Lederne fortalte at de derfor har etablert funksjoner der ressurspersoner tok ansvar for møtet og eventuelt involverte legene der det er nødvendig.

De fleste respondentene påpekte at de var helt avhengig av struktur for å kunne få oversikt og kunne sortere og prioritere kvalitetsarbeidet. Kampanjen inneholdt så mange innsatsområder at den lett ble uoversiktlig og det var 'vanskelig å få til mer enn en ting av gangen' som en av respondentene uttrykte. En annen leder var svært opptatt av at tiltakene i innsatsområdene måtte oppleves overkommelig for de ansatte. Arbeidsdagen var travel og strikken opplevdes tøyd – både for ansatte og ledere.

*«Hadde vi hatt færre indikatorer som var rettet mer spesifikt mot fagområdene så ville det forenklet implementeringsprosessen» (R3)*

Gjennomgående i intervjuene var hvordan alle respondentene på ulike måter vektla betydningen av å strukturere arbeidet. Som forklaringer trakk lederne frem nye møtearenaer, nye måter å jobbe på, planer for implementering og oppfølging. Lederne var samstemt i at det ikke var mulig å holde i alle oppgavene og derfor hadde organisert seg hensiktsmessig ved hjelp av ressurspersoner. Seksjonene beskrev ulike løsninger for å oppnå struktur og forutsigbarhet. Noen av lederne sa de hadde fått litt undervisning og bistand av rådgivere for å etablere strukturen, spesielt rundt risikomøtet, men i stor grad hadde de håndtert dette med interne ressurser. Kun en av respondentene ga tilbakemelding om at de allerede fra starten var en del av et nettverk med faste rapporteringsrutiner. Avslutningsvis påpekte en av lederne at kampanjen hadde gitt en metodikk og et felles handlingsmønster som har bidratt til system og struktur i pasientbehandlingen.

Felles for respondentene var at de fremhevet viktigheten av bred medvirkning når nye strukturer skulle implementeres. Lederne viste til ulike løsninger, men var forente om at de valgte strategiene hadde gitt et større eierskap enn en generell modell uten spesielle tilpasninger ville gitt.

*«Vi har nok laga litt vårt eget...og så lenge vi har laga vårt og kjenner at vi har et eieforhold til det...så er vi mye mer fornøyd med det. Det er noe med at jeg og vi og de må ha et eieforhold til det der'» (R3)*

#### 5.1.4 Oppsummering

---

Det var flere interessante funn i denne første delen som kan belyse hvordan ledere kan være pådrivere og dirigenter i arbeid med kampanjer. Det viktigste funnet var hvordan samtlige ledere beskrev behovet for en felles arena der kampanjen med innsatsområder kunne diskuteres og drives frem. Risikomøtet var den arenaen som automatisk ble forbundet med kampanjen og innsatsområdene. Det var svært ulike tilnærminger og forklaringer til hvordan dette fungerte, til tross for at føringer fra toppledelse anga risikomøtet som en slik arena allerede fra oppstart. Det nest viktigste funnet var hvordan lederne trakk frem betydningen av å være synlige og tilstede på de ulike arenaene, både i form av sin fagprofesjon og sin faglige legitimitet, for at pådriverrollen skulle ha ønsket effekt, noe som ble ulikt løst og som ble beskrevet som en utfordring av flere. Deretter beskrev lederne nødvendigheten av tilpasninger og nye strukturer med tanke på å kunne holde oversikt og være pådrivere for det store antallet innsatsområder. Avslutningsvis var et interessant funn hvordan respondentene oppga tidsdimensjonen rundt kampanjen og programmet som en utfordring for å kunne utøve pådriverrollen. Her både løste og så lederne på denne problemstillingen med ulike fokus.

## 5.2 Lederen som overvåker og koordinator

---

Overvåker og koordinatorrollen i Strand sin modell er koblet til forutsigbarhet, kontroll og vedlikehold av systemer (Strand, 2007, s. 462-463). Rollene viderefører arbeidet som pådriveren og dirigenten påbegynte i en flytende og kontinuerlig prosess. Denne andre hovedkategorien beskriver betydningen av en kobling mellom toppledelse og operativt nivå og bruk av ressurspersoner i oppfølging av aktiviteter i kampanjen for at lederen kan inneha overvåker- og koordinatorrollen. Underkategoriene i denne delen er valgt på bakgrunn av ledernes tilbakemelding om hvor viktig det er at føringer og oppdrag har en forankring i organisasjonen, ikke bare i implementeringsfasen, men også i overvåking- og oppfølging av innsatsområdene. En annen forutsetning lederne anga for å kunne inneha overvåker- og koordinatorrollen var at de hadde behov for ressurspersoner, både som sparringspartnere og for å kunne følge opp alle oppgaver og aktiviteter. En tredje utfordring lederne mente var av betydning for å kunne ivareta rollen var koblet til

målinger og rapportering av aktivitetene i kampanjen. De tre underkategoriene har fått overskriftene 'Bindeledd', 'Delegere til ressurspersoner' og 'Følge opp aktiviteter'.

### 5.2.1 Bindeledd

---

Med 'bindeledd' har jeg i denne sammenheng forstått respondentenes kommunikasjonslinjer til toppledelse på den ene siden og ansatte på den andre siden. Jeg har vært spesielt oppmerksom på utsagn som omhandler hvordan føringer om kampanjen har blitt kommunisert, i hvilken grad lederne ble involvert og om de hadde mulighet til å påvirke prosessene med innføring av kampanjen. I intervjuene ble det også vektlagt hvordan føringene ble satt i system for å sikre kontinuitet.

Samtlige respondenter var fra kampanjestart opptatt av hvordan de skulle oversette og presentere innsatsområdene. Lederne hadde ulike oppfatninger av det å være bindeledd mellom toppledelsen og dens stab og ansatte. En av disse rollene ble uttrykt slik av en respondent:

*«Det er jo lett å kommunisere det ut når man får en....dette har direktøren bestemt. Jeg spør ikke om de vil gjøre det eller ikke, men hvordan vi skal få det til hos oss» (R5)*

En annen leder hevdet at både hun og ansatte opplevde føringene som pålagt og derfor var det i utgangspunktet liten motstand, men etter hvert som innholdet i føringene kom på plass og de ansatte ble mer kritiske i forhold til formen på risikomøtet og innsatsområdene. To av respondentene fortalte at føringene og oppstarten fikk støtte av klinikkledelsen og at dette bidro til at innføringen av kampanjen ble vellykket. Lederstøtten beskrev de også som avgjørende for at både sykepleiere og leger ble engasjert. En av disse sa at de var helt tro mot innsatsområdene slik de ble presentert. Det viste seg at de også fikk på plass gode rutiner for kontinuerlig rapportering og dialog rundt resultater. Begge lederne beskrev at de etablerte møtepunkter og fora der de arbeidet systematisk med målinger og resultater fra risikomøtene som ble rapportert videre til klinikkledelse.

Lederne opplevde i hovedsak føringene rundt kampanjen som tydelige med gode verktøy og retningslinjer, men flere påpekte at de i for liten grad har vært tilpasset

de enkelte fagområder. Respondentene nevnte dette også i sammenheng med pådriverrollen, men der handlet det i større grad om omfanget av indikatorene som gjorde implementeringen komplisert. I tillegg var en tilbakemelding at føringene var mangelfulle i forhold til selve implementeringsprosessen. En leder mente dette ville vært enklere dersom man hadde redusert antall indikatorer. Hun uttrykte seg på denne måten:

*«Jeg tenker at hadde jeg vært lenger opp så hadde jeg sagt at hver post skal ha to innsatsområder de skal levere på...som de skal følge opp» (R3)*

Samtlige ledere uttrykte at føringene i kampanjen har gitt inspirasjon og relevante tema som har bidratt til å spisse fokus i kvalitetsarbeidet.

*«Også synes jeg det med de pakkene er litt sånn deilig grunnleggende sykepleie...det er litt sånn...back to basic på en litt moderne måte» (R3)*

På spørsmål om hvordan de benyttet seg av innsatsområdene til å organisere kvalitetsarbeidet anga fem av deltakerne at de daglig hadde en aktiv tilnærming til innsatsområdene i kampanjen, men kun tre av dem hadde implementert den i seksjonens handlingsplan. En av lederne hadde oversatt innholdet slik at det ga mening for ansatte og var opptatt av deltakelse i tilpasning og implementering. Tre av de intervjuede påpekte at innholdet i kampanjen ikke var noe nytt, fordi oppgaver og områder allerede utgjorde en del av det rutinemessige arbeidet i seksjonen. Det som imidlertid opplevdes nytt var systematikken. Dette ga henne hjelp i planlegging av forbedringsarbeidet og ble gjenkjennelig for de ansatte. Hun så også en logisk sammenheng mellom føringene og tiltakene i kampanjen.

*«Vi fikk den systematiske tilnærmingen, den pedagogiske tenkninga – den røde tråden»(R1)*

I takt med at kampanjen og programmet har utviklet seg er det tilkommet nye føringar, spesielt i forhold til rutiner for uttak av resultater. To av respondentene opplevde det som mer komplisert i forhold til egen forståelse og hvordan de kommuniserte innholdet til ansatte. I stor grad handlet dette om kunnskap om verktøy, presentasjon og tolkning av statistikk.

## 5.2.2 Delegere til ressurspersoner

---

Denne underkategorien fokuserte på hvordan lederne var i stand til å holde oversikten over alle oppgaver og hvordan de sikret kontinuitet og oppfølging av kampanjen. Kampanjen har i sin helhet vært omfattende og innsatsområdene mange. Samtlige respondenter oppga i denne sammenheng nødvendigheten av å delegere oppgaver til ressurspersoner i seksjonene for å sikre innføring og kontinuitet. Lederne nevnte assisterende seksjonsledere, teamledere, fagsykepleiere, sykepleiere og sekretærer som fikk tildelt ulike funksjoner og oppgaver. I intervjuene fremkom det mange ulike tilnærminger til hvordan lederne organiserte sin seksjon, og hvordan ressurspersoner utfylte eller overtok deler av lederens oppgaver relatert til overvåking og koordinering. To respondenter sa at de først og fremst så på sin rolle som en tilrettelegger fremfor kontrollør. Målet var at de i større grad ønsket å løfte frem ildsjeler som hadde spesiell interesse for pasientsikkerhetsarbeid. Dette illustreres under:

*«Du må holde på hele tida...og det klarer du ikke som leder, og da går man både trøtt og lei. Jeg har alltid tro på at jo flere som jobber med det samme, jo lettere er det å få ting til. Jeg tror suksesskriteriene hos oss har vært at vi har klart å få det helt ut til alle. Det er ikke mitt! Jeg tror det med ressurspersoner at vi liksom...alle må på en måte tenke på det. Og vi snakker om det hele tida»(R3)*

Lederne ga tilbakemelding om at ansatte syntes det var positivt at oppgaver ble delegert. På denne måten fikk de et større engasjement og ikke minst et eierforhold til kampanjearbeidet. Ekstraarbeidet opplevdes ikke bare positivt av de ansatte. To av lederne påpekte spesielt at ressurspersoner som fikk delegert oppgaver i forbindelse med kampanjen opplevde det som krevende fordi det kom på toppen av andre daglige gjøremål. Resultatet var at risikomøtet og fokuset på innsatsområdene ikke ble prioritert eller gjennomført ved høy aktivitet og fravær. I utgangspunktet mente lederne at ressurspersonene var positive og engasjerte til kampanjen, men at tidspresset til tider gjorde at oppgavene ble for mange.

*«Jeg har overlatt det for det meste til teamlederne, for det fungerer synes jeg. Selvfølgelig, hvis det er sykdom og sånn og de må være vanlig ute i pleien så er det vanskelig å få gjennomført hvis det er veldig stort overbelegg»(R2)*

Involvering av ressurspersoner var gjennomgående i alle intervjuene. En leder hevdet at suksessen i deres seksjon handlet om det store antallet involverte og hvordan de hadde lyktes med å bredde kampanjen og innsatsområdene. Alle lederne hevdet at tid og frigjøring av ressurser var avgjørende for å kunne lykkes med å ha oversikt og koordinere kampanjearbeidet. Tre av lederne sa at de satte av tid til vurdering og oppfølging av innsatsområder i turnus. Erfaringen var at dette fort ble prioritert bort i hverdagen dersom det ikke ble avsatt tid. En annen leder påpekte i intervjuet den positive effekten ute i miljøet ved at oppgaver i større grad ble delegert og ikke bare kom fra ledelsen. Effekten ble ‘dobbel’ som hun uttrykte det, ved at ansatte ble ressurser for egne kollegaer, og at hun som leder fikk flere sparringspartnere. Denne strategiske handlingen underlettet implementeringsfasen og gjorde at de ansatte ikke opplevde at lederen overvåket og kontrollerte, men i større grad fulgte med fra sidelinjen. Å delegere oppgaver og tilstedeværelse i ulike fora medførte ikke at lederne oppfattet sitt ansvar mindre. En av respondentene var imidlertid kritisk ovenfor egen gruppe:

*«Du kan delegere til krampa tar deg men du må være leder i dette grunnleggende arbeidet også. Men problemet er at jeg synes vi som ledere ikke tar det ansvaret ...at du som leder alltid må vite hva du ber de ansatte om å gjøre» (R7)*

Tre av lederne påpekte i intervjuet av de var opptatt av at de ansatte skulle få komme med sine idéer. Forutsetningen var da at de selv tok et steg tilbake og ikke detaljstyrte når de først hadde gitt fra seg oppgaven, men i større grad sørget for regelmessige møtepunkt for å bli oppdatert. Felles for lederne var at de alle var opptatt av å få nøkkelpersoner med på laget slik at koordineringsrollen fikk mer plass enn overvåkningsrollen. At de kunne spille på positive ansatte som hadde gehør blant egne kollegaer. Lederne var i stor grad enige om at frigjøring av tid og prioritering av møtevirksomhet knyttet til forbedringsarbeid hadde betydning for at delegering av oppgaver skulle få ønsket effekt.

*«Vi må jo bare trekke ut de ressursene, selv om det egentlig ...sånn driftsmessig...så skulle jeg ønske at jeg bare kunne beholde det, men jeg kan jo ikke bare...ja...da kommer vi jo ikke noe lenger. Det er nå eller aldri! Og da igjen å oppleve den velviljen i personalet... til å bidra. Så jeg er helt sikker på at vi får godt resultat» (R4)*

### 5.2.3 Følge opp aktiviteter

---

Respondentene har i rollen som overvåker og koordinator et spesielt ansvar for å følge opp aktiviteter og vedlikeholde systemer som er blitt innført som følge av kampanjen. Et av spørsmålene i intervjuguiden omhandlet de mange innsatsområdene og hvordan lederne organiserte oppfølgingen av kampanjen i sin seksjon, spesielt med tanke på etterlevelse av retningslinjer og krav til rapportering.

To ledere bekreftet at de allerede fra starten iverksatte målinger og rapporterte tilbake til klinikkledelse. Den brede tverrprofesjonelle forankringen bidro til etablering av innsatsområdene i fagmiljøet ved regelmessige kvalitetsmøter der resultater ble diskutert. På denne måten ble overvåkerrollen en naturlig del i oppfølging av kampanjen. En respondent fortalte at de gjorde enkelte målinger og laget statistikk, noe som skapte engasjement hos de ansatte. En fjerde leder sa at de også gjorde noen målinger, men ikke systematisk. Nok en respondent sa at de ønsket å følge opp kampanjen med målinger, men det gled raskt ut på grunn av liten interesse, spesielt hos legene. Som følge av dette ble det minimal kontinuitet på målinger og statistikk. Dette illustreres under:

*«Men her har vi jo ikke som ledere vært gode nok til å lage målinger.....slik at vi faktisk kan bevise at vi er opptatt av det»  
(R7)*

De to siste respondentene bekreftet at de 'vel egentlig aldri hadde gjort noen systematiske målinger' som ga pekepinn på hvordan de lå an i forhold til mål i sin seksjon. Årsaken var ifølge dem koblet til interesser og ressurser. Legene etterspurte ikke målinger og var i liten grad motiverte til å bruke tid på det. I denne sammenheng skapte det større utfordringer i forhold til å kunne følge opp og koordinere aktivitetene knyttet til innsatsområdene i kampanjen.

Struktur ble tidligere angitt som en forutsetning for å kunne følge opp aktiviteter i kampanjen. Over halvparten av lederne hevdet at de etablerte strukturene ikke fungerte etter intensjonen, noe som ble tydelig når lederne skulle følge opp planlagte aktiviteter. Lederne viste til nye tilpasninger for å 'demme' opp for behov som ikke ble ivaretatt. Det ble vist til nye møtearenaer, justering av rutiner og måter å jobbe på samt planer for implementering og oppfølging. Til tross for disse tilpasningene beskrev flere respondenter et system som manglet strukturer for å

ivareta enkelte kontrollfunksjoner ved fravær, høy aktivitet og i helger og høytider. En av lederne bekreftet at det var en utfordring å følge godt nok opp når ressurspersonene ikke var tilstede. Alle respondentene bekreftet at de nå flere år etter kampanjestart hadde etablert arenaer for kvalitetsarbeid. Lederne beskrev ulike praksis til hvordan innsatsområder ble diskutert og fulgt opp og i forhold til tverrprofesjonell deltakelse i oppfølging av aktiviteter og målinger. En leder sa det på denne måten:

*«Jeg har nok resignert i forhold til tverrfaglighet., men det utelukker jo ikke at sykepleietjenesten kan bli gode» (R6)*

En annen leder mente at sykepleierne var fullt i stand til å ivareta mange av indikatorene og trakk inn legene ved behov. Nesten alle respondentene antok at mer fagspesifikke innsatsområder ville bidratt til at legene ville kjent på et større engasjement. Alle respondentene uttrykte et ønske om større frihet til å ha færre indikatorer og satsninger for på denne måten oppleve å komme i mål med noe. Lederne var også opptatt av at det skulle være enkelt og overkommelig for de ansatte.

*«Kanskje hver enkelt seksjon burde bestemme hva de synes er viktig, men vi har jo bare skapt en oppskrift for alle» (R7)*

#### 5.2.4 Oppsummering

---

Det er flere interessante funn i denne andre delen som kan bidra til å belyse hvordan ledere kan overvåke og koordinere arbeid med kampanjer. Det viktigste funnet var hvordan føringer fra toppledelse ble ulikt tatt opp hos lederne, og i neste rekke fikk konsekvenser for hvordan kampanjebudskapet ble oversatt til ansatte. Det nest viktigste funnet i denne kategorien omhandlet i hvilken grad føringer har blitt etterlevd og gitt konsekvenser for oppfølging av aktiviteter som gjennomføring av målinger og systematisk oppfølging av resultater. Et annet funn var hvordan lederne beskrev systematikken som verktøyene i kampanjen har gitt med tanke på oppfølging av aktiviteter. På den ene siden opplevd som en rød tråd – og på den andre siden mangelfull, spesielt med tanke på målinger og etterspørsel av resultater. Avslutningsvis var et interessant funn hvordan lederne beskrev viktigheten av involvering og delegering til ressurspersoner for å kunne følge opp rollen som



overvåker og koordinator. Tilbakemeldingene i intervjuene knyttes både til eierskap, forankring og frigjøring av tid og ressurser.

### 5.3 Lederen som rådgiver og hjelper

---

Inspirator - og motivatorrollen i Strand sin modell (Strand, 2007, s. 483) er koblet til det å være kulturbygger og til lederens egenskaper til å drive prosesser ved å involvere og skape oppslutning om kampanjer. Denne tredje hovedkategorien beskriver betydningen av at ledere er forbilder i forhold til å fronte kampanjen og hvordan de bidrar til å skape tverrprofesjonelt engasjement. Her fremkommer også hvordan lederne inspirerer ansatte til medvirkning i arbeid med kampanjen og legger til rette for økt kunnskap for at innsatsområdene skal oppleves som nyttige. Kriterier for valg av underkategorier er begrunnet i respondentenes tilbakemeldinger om hvor viktig de opplevde motivatorrollen ved innføring av kampanjen. Både som et ledd i forankring i seksjonen, men også for eget engasjement. En annen forutsetning for utøvelse av motivatorrollen omhandlet spenningsforholdet mellom profesjonene med tanke på både implementering og samarbeid over tid. Empirien presenteres i tre underkategorier; *'Forbilde'*, *'Tverrprofesjonell deltakelse'* og *'Nytteverdi'*.

#### 5.3.1 Forbilde

---

Lederne i undersøkelsen er rollemodeller og kulturbyggere i sine seksjoner. For de ansatte er ofte lederen den som innehar den viktigste symbolske funksjonen og er i posisjon til å skape felles oppfatninger om prosessene, jobbe for eierforhold og at de ansatte identifiserer seg med kampanjebudskapet. Forbilde i denne sammenheng betyr at lederen viser et personlig engasjement, bruker strategier for å skape oppslutning, og på andre måter viser at hun har satt seg inn i kampanjens innsatsområder. Tilstedeværende ledelse tas også inn i denne underkategorien, men da i en annen kontekst enn i den første delen.

Alle respondentene påpekte innledningsvis at tilstedeværelse er essensielt for å kunne ta rollen som inspirator og motivator. Videre understreket en av deltakerne at ledere selv må forstå hva de ansatte blir bedt om å gjøre. Først da kan man ta rollen som forbilde. En av de andre lederne opplevde at hennes engasjement og iver

smittet over på ansatte. En tredje leder sa hun gikk foran som et godt eksempel, støttet opp om de som var mest engasjerte og ga mest oppmerksomhet til de virkelig brant for kvalitetsarbeidet. Mer enn halvparten av respondentene påpekte at dette var kjente ting satt i system og tok rollen som motivator ved å framsnakke kampanjen og innsatsområdene. En av lederne opplevde at de ansatte var med fra første stund, noe hun begrunnet med eget engasjement. En annen sa at det var lite som skulle til for å engasjere de ansatte, så lenge det handlet om kvalitetsforbedring. Hun spilte konsekvent på de positive og entusiastiske ansatte og brukte mindre oppmerksomhet på de som var mindre interessert. Slik opplevde hun selv å få en positiv effekt av å være motivator. Hun var klar på at de som tok mer ansvar, fikk delta på kurs og konferanser for å lære mer. En av lederne hadde erfart at hennes entusiasme for systematikken i kampanjen og innsatsområdene hadde blitt oppfattet som kritikk, både til nåværende praksis generelt og de ansattes utøvelse spesielt. Hun uttrykte dilemmaet på denne måten:

*«Det har jeg erfart at folk...at jeg kan være entusiastisk på en måte som mine ansatte opplever at jeg kritiserer de. Det har jeg vært ute for. Og så er jo ikke det min mening...bare det at jeg vil ha de til å tenke litt annerledes» (R1)*

I intervjuene ga de fleste lederne uttrykk av at de var opptatt av delaktighet på de ulike arenaene i sin seksjon. De anga også viktigheten av å være oppdatert på hva som skjedde av faglig utvikling. Lederne hadde ulike tilnærminger for å løse denne oppgaven. Spesielt tre av respondentene trakk frem ressurspersonene som gode rollemodeller og en forlengelse av leders eget engasjement. Relasjonen og oppgavedelingen sikret informasjonsflyt begge veier. To av de andre deltakerne opplevde at det til tider bød på utfordringer å fremstå som den inspiratoren de ønsket å være når de så hvor tøffe arbeidsdager de ansatte hadde. Hvis man ikke helt trodde på kampanjen selv ble det ekstra tungt og framsnakke endringer overfor de ansatte. En av dem utdypet sin opplevelse:

*«Jeg kan forstå at de ansatte ikke opplever det motiverende. Jeg forstår det jeg. Og jeg kan ikke si det til de ansatte...jeg må vise veien enda et steg videre, eller holde liksom....sammen med de for å søke å holde en glød oppe. Men jeg ser det jo, og jeg tenker mitt om det. Jeg gjør det»(R5)*

### 5.3.2 Samarbeid på tvers

---

Tidligere i undersøkelsen ble det vist til betydningen av tverrprofesjonell tilnærming i systematisk kvalitetsarbeid. Denne underkategorien viser spesielt til respondentenes opplevelse av det tverrprofesjonelle engasjementet fra innføring av kampanjen frem til intervjuene ble gjennomført. Jeg har også vært opptatt av å få frem betydningen av rollen som motivator i et tverrprofesjonelt samarbeid om innsatsområder i den daglige driften.

Alle unntatt en av respondentene beskrev utfordringer relatert til legenes engasjement i forhold til risikomøtet og innsatsområdene. Respondentene antydte flere årsakssammenhenger. I følge to av lederne var de praktiske utfordringene i stor grad koblet til tidspress og samtidighetskonflikter. To andre ledere opplevde et stort engasjement fra legene i starten av kampanjen, med felles arenaer og felles tilnærming til kvalitetsarbeidet. Engasjementet skapte inspirasjon, samhold og en felles plattform. Resultatet ble en bedre oppslutning om tiltak og endringer. Gjennom kampanjeperioden opplevde de samme lederne at forankringen i stor grad hadde smuldret opp og at det nå var en utfordring å få leger med. De skisserte et bilde som var preget av lite kontinuitet, dårlig kjennskap til pågående prosesser og minimalt eieforhold til metodikken i det systematiske forbedringsarbeidet. En av lederne oppsummerte slik:

*«Og så har jeg resignert litt i forhold til tverrfaglighet....så tenker jeg at...for legene har jo en pressa hverdag og så tenker jeg at om de ikke ser på det som viktig så kan jo vi allikevel bli gode da» (R6)*

Over halvparten av respondentene fortalte at de hadde bygget opp støttesystemer for å kompensere for legenes manglende deltakelse rundt risikomøter og ivaretagelse av innsatsområder. En leder beskrev hvordan de hadde tilpasset en modell som fungerte i hverdagen og som ble oppfattet som hensiktsmessig hos leger og sykepleiere. I praksis betød det at legene ble forespurt i de situasjonene som krevde en legevurdering, andre forhold ble ivaretatt av sykepleietjenesten. Deltakerne mente legene var kjent med de opprinnelige føringer og forventninger rundt innsatsområdene i kampanjen, men det var et tilbakevendende tema at 'dette var sykepleiefaglig'.

*«Ja, jeg tror legetjenesten tenker dette er sykepleie. Jeg er litt enig. Jeg synes at dette er grunnleggende sykepleie. Det er liksom vårt område» (R3)*

En av lederne mente en forklaring kunne være manglende interesse og engasjement. Denne spenningen mellom profesjonene kom også til syne rundt implementering av innsatsområdene i spesielt to av seksjonene. Her beskrev lederne utfordringer i forhold til fagmiljøenes sterke aktører med tanke på innhold og mening i blant annet valg av indikatorer. Dette engasjementet opplevdes krevende til en viss grad, men også positivt da de samme aktørene hadde faglig tyngde og var viktige talspersoner inn mot resten av kollegaene. En av lederne sa hun brukte dette engasjementet og opprettet grupper som fikk ekstra ansvar for deler av kampanjen.

En respondent beskrev et stort tverrprofesjonelt engasjement rundt oppstart av kampanjen. Fokuset og «blesten» med besøk av politikere fra sentralt hold, men engasjementet falt raskt. Hun hevdet at legene i dag ikke lenger hadde eierskap til risikomøtet. En annen leder fortalte at deres innsatsområder var tverrprofesjonelt forankret, godt innarbeidet og det ble gjennomført systematisk risikovurdering gjennom hele pasientforløpet. Hun forklarte suksessen med bred lederforankring, tverrprofesjonell tilnærming til tiltakene og felles opplæring rundt metodikk fra oppstart.

*«Det er jo en tverrfaglig tilnærming. Teamet rundt pasienten har samme informasjon...så egentlig er det en risiko...en stor risikovurdering gjennom hele pasientforløpet» (R4)*

Respondentene hadde i enkelte sammenhenger opplevd arbeidet med kampanjen som samlende for fagmiljøene. Imidlertid uttrykte de fleste lederne et behov for å utvikle arenaene i mer tverrprofesjonell retning der man hadde dialog, kunne reflektere sammen og tilrettelegge for kunnskapsoverføring. En felles plattform som støttet opp om lederrollen med tanke på forankring og oppslutning i prosesser i kvalitetsarbeidet.

### 5.3.3 Mening og nytte

---

Et av områdene i intervjuguiden omhandlet hvordan ledere arbeidet med å legge mening til kampanjen og innsatsområdene. Under denne overskriften vektlegges

betydningen av ledernes forutsetninger for å fremstå som inspiratorer med bakgrunn i kunnskap, motivasjon og innsikt i det å lede kontinuerlig forbedring.

Respondentene beskrev ulike strategier, men i hovedsak dreide svarene seg om kunnskap, prioritering og tilpasning. To av lederne vektla verdien av målinger som motivasjon for at ansatte skulle se resultater av iverksatte tiltak. Fire av respondentene sa at mangel på kunnskap om systematisk forbedringsarbeid var medvirkende årsak til at rollen som motivator og inspirator i noen sammenhenger var komplisert. De beskrev tilfeldig og ufullstendig opplæring. Det ble vist til kvalitetsleger, stab og studiebesøk. En av respondentene påpekte at føringene rundt kampanjen og innsatsområdene burde vært fulgt av et fast undervisningsopplegg for samtlige ledere. Det opplevdes lite tilfredsstillende at man ikke hadde kunnskap til å benytte seg av verktøyene på en hensiktsmessig måte, spesielt med tanke på målinger. De fleste lederne oppga at de hadde tilegnet seg en viss kunnskap på egen hånd. De fikk idéer fra andre sykehus og kollegaer og videreutviklet disse i egne seksjoner. En av respondentene viste til et eksempel i hverdagen der de gikk igjennom den elektroniske sjekklista men sjelden stoppet opp for å reflektere. Gjennomgangen av lista ble målet. I hvilken grad tiltakene virket eller om det måtte gjøres justeringer fikk mindre oppmerksomhet. På denne måten virket ikke risikomøtet helt etter intensjonen.

*«Risikomøtet er blitt mer teknisk...vi bare klikker oss gjennom møtene» (R7)*

Hennes utfordring var at hun så behovet for å øke både egen og ansattes kunnskap rundt målrettet forbedringsarbeid, men det ble overskygget av så mange andre oppgaver og områder som trengte oppmerksomhet.

En annen deltaker hevdet at hun hadde lykkes godt med oppfølging av innsatsområdene og at det opplevdes lett å motivere de ansatte. Forklaringen lå i korte kommandolinjer fra leder til ressurspersoner som hadde nødvendig kunnskap og engasjement. Langtidsplanlegging og bred involvering var viktige faktorer som ga kontroll og forutsigbarhet for leder og ansatte. På denne måten var de fleste tiltak godt gjennomarbeidet og diskutert, noe som bidro til helhetsforståelse. En tredje respondent ga uttrykk for at både hun og de ansatte forsto hensikten med kampanjen

og innsatsområdene, men hun opplevde det som et dilemma å pålegge mer enn de kunne håndtere:

*«Men jeg synes ikke det er vanskelig å få folk med på endringer hvis det er meningsfullt, men de må også vite at dette er realistisk å få til»(R5)*

En fjerde leder opplevde en del motstand fordi ansatte ikke forsto hensikten blant annet med risikomøtene og utvalget av innsatsområder. Løsningen ble en modifisert versjon som de ansatte ble mer fornøyd med. Med tilpasningen kom også engasjementet til de ansatte. De lokale tilpasningene gikk igjen ved flere seksjoner. En av lederne innrømmet at hun ikke hadde vært lojal i forhold til føringene fordi fokuset ble lagt til det hun selv opplevde som relevant for sin seksjon. Hun vektla betydningen av opplevd nytteverdi for å unngå frustrasjon hos ansatte. En annen respondent mente det manglende tverrprofesjonelle engasjementet var koblet til antall indikatorer, noe som gjorde det vanskelig å forstå hensikten. Tiltaket ble at de konkretiserte noen områder for å gjøre kampanjen og innsatsområdene mer anvendelig.

I etterkant av kampanjen ble innsatsområdene videreført som del av nyansattprogrammet. Men som en av respondentene sa: ‘det er jo noe annet å lede kampanjen’. Hun understreket at pasientsikkerhetskampanjen og programmet hadde vært en stor offentlig satsning, så det skulle vel godt gjøres for helsepersonell og ikke ha fått med seg hva som skjer og hvilken hensikt den skulle tjene. En annen sa de hadde fått en innføring i hvordan risikomøtet skulle gjennomføres, men ‘resten’ hadde de ikke fått noe redskap for å håndtere. Kun en av lederne oppga at hun hadde formell kompetanse i forbedringsarbeid. Hun hevdet at kunnskap om metodikken hadde vært avgjørende når hun ledet arbeidet med innføringen av kampanjen og innsatsområdene, ikke minst i forhold til hvordan hun etablerte forståelse og innsikt hos ansatte.

*«Du kan ikke drive forbedringsarbeid i helsetjenesten uten at du har faglig kompetanse. Men de som har den faglige kompetansen, altså du må kunne om forbedringssirkelen for å få til en endring...varig forbedring» (R4)*

Respondentene var samlet om at kampanjen og programmet hadde gitt noen gode styringsverktøy og en metodikk som var overførbar til andre områder. Kritikken

gikk på at kunnskap om verktøyene i større grad burde kommet sammen med kampanjen. En av lederne sa at hennes ansatte var opptatt av kvalitetsbegrepet og at de daglig fikk jobbe med kvalitet i form av indikatorer. Det opplevde de som viktig og nyttig. Selv opplevde lederen at hun hadde fått et større fokus på grunnleggende sykepleie, noe som i seg selv gjorde det enklere å utøve rollen som motivator og inspirator:

*«Jeg har fokus på dette her med kvalitet og alle de tinga der tror jeg har vært kjempebra! De ansatte tror jeg også...at dette med pasientsikkerhet som begrep da...det er jo et begrep som brukes daglig. Dette er ikke pasientsikkert, dette er pasientsikkert...vi må jobbe med fall. Det er liksom kjerneverdiene i sykepleien som vi driver med hver dag uten at vi sier at dette er kampanjen. Men dette har blitt kjerneverdiene våre. Det har liksom fått status» (R3)*

#### 5.3.4 Oppsummering

---

I denne tredje delen har jeg løftet frem funn som belyser hvordan lederne kan involvere og skape oppslutning om kampanjer.

Det mest sentrale funnet var koblet til ledernes forutsetninger for å fremstå som motivatorer og inspiratorer med begrunnelse i ulike forutsetninger for å lede arbeid med forbedring. Her fremkom det informasjon om mangel på kunnskap om systematisk forbedringsarbeid, tilfeldig og ufullstendig opplæring og mangel på en felles plattform som støttet opp om lederrollen med tanke på forankring og oppslutning i prosesser i kvalitetsarbeidet.

Det nest viktigste funnet var at respondentene uttrykte et behov for å utvikle arenaene i mer tverrprofesjonell retning, noe de beskrev som en forutsetning for å lykkes med oppslutning om kampanjen og innsatsområdene. Dette hadde sammenheng med blant annet innhold og opplevd hensikt med kampanjen. I denne sammenheng fremkom også en rekke lokale tilpasninger med den hensikt å demme opp for et manglende tverrprofesjonelt fellesskap og tilnærming til kampanjen og innsatsområdene.

Det siste funnet omhandlet sammenhengen mellom ledernes egen motivasjon og forståelse av kampanjen og muligheten til å kunne fremstå som inspirator og motivator for de ansatte. Det ble vist til innsikt, interesse og nytteverdi av kampanjen og innsatsområdene for å unngå frustrasjon både hos ledere og ansatte.

## 5.4 Lederen som mekler og innovatør

---

Rollen som initiativtaker og innovatør beskrives hos Strand som lederes evne og vilje til å beherske et miljø som er i kontinuerlig endring, til å ta utfordringer fra omverdenen og gjøre tilpasninger til ny kunnskap og nyvinninger (Strand, 2007, s. 505). I denne fjerde og siste kategorien har jeg fokusert på den betydning konsolidering og videreutvikling, kampanjers kraft og verktøykasse har for utøvelsen av rollen som initiativtaker og innovatør. Underkategoriene er valgt med bakgrunn ledernes opplevelse av kampanjens forløp, både med tanke på tid og stadige endringer av innsatsområder. Et annet kriterium for å kunne være initiativtaker har vært betydningen av et felles løft i form av en nasjonal satsning med et vedvarende fokus på pasientsikkerhet og kvalitet. En tredje forutsetning lederne oppga som avgjørende for en vellykket implementering og oppfølging av kampanjen var betydningen av kunnskap – i denne sammenheng forbedringskunnskap. Data fra respondentene presenteres under overskriftene; *'Konsolidering og videreutvikling'*, *'Kampanjers kraft'* og *'Verktøykasse'*.

### 5.4.1 Konsolidering og videreutvikling

---

I denne underkategorien har jeg vært opptatt av hva respondentene anga som viktige suksesskriterier for at kampanjen hadde blitt implementert, innarbeidet i rutiner og fått ønskede virkninger. Jeg har vært spesielt oppmerksom på utsagn som gir informasjon om hvordan lederne har tatt initiativ til oppfølging av kampanjen og hvordan de har sett for seg videreutvikling av innsatsområdene i egne seksjoner.

Respondentene ga ulike tilbakemeldinger med tanke på grad av opplevd suksess. I hovedsak opplevde lederne det positivt at satsningen gikk over i et program med tanke på konsolidering av endringer i seksjonene. En av respondentene sa at kampanjen på flere måter hadde vært samlende for helsepersonell og at flere av innsatsområdene opplevdes som fornuftige og ikke minst motiverende. En annen deltaker mente suksessfaktoren var at kampanjen raskt ble spredt ut til ansatte ved at hun delegerte oppgaver til ressurspersoner og la mye arbeid og energi i oppstarten. Som leder anså hun at denne satsningen hadde vært det mest strategiske grepet. En tredje leder fokuserte på ildsjelene og brukte mindre energi på de som ikke viste samme interesse:



*«Alle var selvfølgelig ikke like engasjerte, så derfor brukte jeg ikke så mye tid på de som ikke var engasjert. Fordi at jeg tenker det er for energitappende. Så jeg spiller i første omgang på ressurspersoner og de som er engasjerte...som du kan spille på og som har litt drive»(R3)*

Nesten alle respondentene opplevde at det var sykepleiergruppen som i hovedsak var initiativtakere ved innføring av kampanjen og innsatsområdene. Lederne brukte uttrykk som «forsøkte å få med legene», «dro de med», «ikke så interessert», «fikk de med etter hvert», «interessert i begynnelsen, men så dabbet det av». Tre av respondentene ga uttrykk for at dette i stor grad handlet om sykepleieoppgaver. En av lederne sa at de av den grunn ikke brukte så mye tid på å få med legene. Kun en av respondentene fortalte om en kontinuerlig tverrprofesjonell dialog i det daglige med distinkt fokus på pasientsikkerhet. Hun nevnte sjekklisten som godt innarbeidet hos både lege- og sykepleiergruppen.

Undersøkelsen viste at respondentene hadde ulike oppfatninger av suksess i forhold til forankring av kampanjen og pasientsikkerhetsprogrammet. Kun tre av respondentene viste til tverrprofesjonell forankring i oppstarten av kampanjen som også inkluderte klinikkledelse. En av disse hevdet likevel at forankringen var kortvarig:

*«Jeg synes ikke det har vært godt nok forankret oppover skal jeg være ærlig. Det er jo kommet som en oppgave ovenfra og ned på en måte, men jeg synes likevel ikke de har fulgt opp sin del» (R6)*

Gjennomgående for alle respondentene var at suksess var avhengig av at ansatte forsto hensikten med det som ble iverksatt, at man fant en form som fungerte lokalt og at verktøyene var enkle i bruk. Som en av respondentene sa: ‘og så må vi kunne se resultater’. En av lederne mente at seksjonen manglet gode tverrprofesjonelle arenaer for diskusjon rundt mål og resultater, og at opplevd hensikt av den grunn ble borte. Risikomøtet ble nevnt i denne sammenheng, men hun sa at det var tilfeldig i hvilken grad det ble gjennomført. En annen respondent brukte også risikomøtet som eksempel på hvordan man som leder aldri helt kan slippe det som implementeres. Hun hadde disse tankene:

*«Du må være på. Når vi innførte den tavla og de indikatorene og trekker deg ut etter et halvt år ... ja, nå har vi implementert det ... sakte men sikkert ... så daler det. Så du må liksom alltid ... så min hovedoppgave synes jeg er å vedlikeholde og hele tiden ha*

*litt sånne. Sjekkpunkter for å se om det faktisk blir brukt sånn som det skal og at vi er på. Og at vi holder ting levende» (R6)*

#### 5.4.2 Kampanjers kraft

---

Under denne overskriften har jeg hatt fokus på uttalelser fra respondentene i hvilken grad de har opplevd kampanjen som inspirerende, om den har hatt ønsket effekt og overføringsverdi til annet kvalitetsarbeid.

Alle respondentene opplevde kontinuiteten i kampanjen og pasientsikkerhetsprogrammet som inspirerende ved at den ga jevnlig påfyll, noe som i neste rekke ga motivasjon til å fortsette arbeidet. For en av deltakerne hadde kampanjen ført til nye måter å tenke på og gitt flere aha-opplevelser. En annen sa kampanjen hadde bidratt til at de i større grad enn tidligere var kritiske til egen praksis. En tredje respondent opplevde at verktøyene i kampanjen hadde bidratt til visualisering og systematisering av forbedringsarbeidet.

*«Ja, helhetseffekten er helt.....det er helt udiskutabelt at pasientsikkerhetskampanjen som sådan har bidratt til et helt annet fokus på det kvalitetsmessige arbeidet som vi utfører mot pasienten»(R1)*

Spesielt en av de intervjuede mente den langvarige kampanjeperioden hadde gjort det enklere å lede kvalitetsarbeidet da det jevnlig kom inn ny informasjon og nye innsatsområder. En annen leder hevdet kampanjen hadde ført til et tverrprofesjonelt engasjement i form av diskusjoner, irritasjon og entusiasme i salig blanding. En tredje respondent hevdet at kampanjen og programmet hadde satt pasientsikkerhetsbegrepet på agendaen nasjonalt. Videre at kampanjen i sin helhet hadde gitt status til kjerneverdiene i sykepleiefaget. Nok en leder beskrev koblingen mellom kampanjen og pasientsikkerhet som 'samlende' for helsepersonell.

*'Ja, den effekten det kan ha er jo at det er samlende for alle å ha litt av det samme vi skal holde på med. At vi ikke bare jobber på hver vår tue' (R5)*

Avslutningsvis beskrev en av respondentene effekten av å jobbe med en kampanje som 'drahjelp' i systematisk kvalitetsarbeid. Hun opplevde strukturen, verktøyene og deltakelse i et nasjonalt nettverk som inspirerende. Overføringsverdien av kampanjen og programmet bidro til systematikk i annet endringsarbeid.

Omfanget av kampanjen ble ved flere anledninger trukket frem i intervjuene. En av lederne hevdet at kampanjen ville hatt større kraft ved å fokusere på færre innsatsområder fra oppstart. Tre av respondentene mente føringer rundt kampanjen ble oppfattet som lite tilpasset og av den grunn ble det utfordrende å få umiddelbar tverrprofesjonell oppslutning. Flere deltakere sa de opplevde kraften i strukturen og systematikken som kampanjen hadde gitt, men at de savnet større grad av refleksjon rundt de enkelte innsatsområder. En respondent hevdet at kampanjen ga mange gode føringer, men at færre områder ville gitt større effekt med tanke på implementering og oppfølging av innsatsområder.

De fleste lederne opplevde kampanjen spennende fra starten og mente den hadde bidratt til nytenkning og idéer. Imidlertid beskrev en av dem en raskt dreining fra et jordnært engasjement til å bli noe som 'noen andre' andre i systemet bestemte hvordan skulle gjøres. Hun beskrev en kobling som ble borte mellom toppledelse og operativt nivå etter at kampanjen var innført:

*«Jeg tror at hvis du sitter på et høyere nivå enn det vi er, så tror jeg de vil oppleve at ...ja da gjør vi det! Da har vi gjort noe! Og så tror man det har en kraft i seg selv...men ikke skjønner det at de ansatte trenger noe mer» (R7)*

Effekten av kampanjer avtar og et av spørsmålene i intervjuene omhandlet hvordan lederne sikret at kraften i kampanjen ble brukt til videre kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Alle respondentene ga tilbakemelding om at de hadde bygget opp ulike strukturer i form av møtepunkt, rutiner og retningslinjer. Bruk av pasientsikkerhetsbegrepet hadde for flere av lederne fått et nytt innhold, noe som bidro til mer systematisk planlegging av kvalitetsarbeidet i større grad enn tidligere. En leder påpekte at strukturer ikke er nok for å opprettholde interesse og fokus. Årsakssammenhenger som ble pekt på var kunnskap, interesse, riktige ressurspersoner, kontinuitet og utholdenhet. En annen leder bekreftet dette og understreket betydningen av nettopp kontinuiteten som avgjørende for å utnytte kraften av den opprinnelige kampanjen:

*«Og det er klart at når kampanjen er gått over til et program og det blir årlig konferanse, og du holder tråden i det,...så har du også denne røde tråden der! Altså, dette gir du ikke slipp på!» (R1)*

### 5.4.3 Verktøykasse

---

Denne underkategorien omhandler betydningen av lederes rolle for å motivere og inspirere ansatte til å utvikle interesse og tilegne seg kunnskap om forbedringsarbeid med tilhørende verktøy.

Metodikken i pasientsikkerhetskampanjen har gitt systematikk og fokus rundt kvalitetsbegrepet. Lederne sa i tillegg at kampanjen hadde inspirert og gitt ny kunnskap om drift og daglige rutiner. De fleste respondentene hevdet å ha fått et større fokus på resultater og opplevde verktøyene som nyttige i pasientsikkerhetsarbeidet.

*«Vi har jo fått en slags sjekkliste med risikoprogrammet. Elementene er ikke nye, men vi har fått et felles handlingsmønster – en verktøykasse» (R2)*

En av respondentene opplevde utfordringer rundt anerkjennelse og opplevd hensikt ved innføring av kampanjen med tilhørende verktøy og forklarte dette med 'uro' i organisasjonen. I stor grad var det relatert til stadige organisatoriske endringer og lite kontinuitet blant ansatte. En annen leder påpekte viktigheten av logiske og praktiske verktøy som ikke var for kompliserte eller tidkrevende. Videre mente hun fokuset raskt kunne bli borte dersom man i større grad var opptatt av 'innpakningen' enn nytteverdien. En tredje leder brukte risikotavla som eksempel på at verktøyet var blitt mer teknisk ved å erstatte whiteboardtavla med en elektronisk variant. Det visuelle aspektet opplevdes å bli borte og de 'klikket seg gjennom risikomøtet' uten at indikatorene nødvendigvis var gjenstand for refleksjon.

Samtlige respondenter bekreftet at kampanjen hadde gitt flere nyttige verktøy for kvalitetsarbeid. En av lederne fremhevet spesielt metodikken rundt PDSA:

*«Men det er klart, hele kampanjen har jo satt fokus på den systematiske måten å jobbe på i forhold til kvalitetssirkelen..definitivt!» (R4)*

To andre respondenter mente at deres lederfokus hadde fått en tydeligere profil med tanke på å benytte verktøy som PDSA ved forbedringsarbeid. Respondentene hevdet at metodikken og verktøyene ga trygghet ved at den favnet om mange viktige elementer i pasientbehandlingen og sikret jevnlig vurderinger. Verktøyene

var i tillegg oppdatert i forhold til ny kunnskap og bidro til å holde oversikt og fokus på mange innsatsområder over tid.

*«Det bidrar ikke minst til nytenkning. For at du hele tiden får påfyll av...jeg får jo mine aha-opplevelser og ansatte får sine»  
(R1)*

I undersøkelsen ble lederne spurt om de opplevde å ha god nok kunnskap om innsatsområder og tilhørende verktøy. Få av lederne opplevde å ha tilstrekkelig kunnskap om verktøyene i kampanjen. Respondentene viste til tilfeldig eller ingen opplæring med unntak av en som hadde forbedringskompetanse fra tidligere og hadde brukt denne kunnskapen aktivt i implementering- og oppfølgingsfasen. Ingen av lederne oppga at de brukte nettsidene til pasientsikkerhetsprogrammet og 'Ledelse av pasientsikkerhet' i hverdagen. En av respondentene mente kunnskapen var tilgjengelig i organisasjonen, men at ledere ikke har lært å benytte seg av den. Hun beskrev en tradisjon preget av fornuft, følelser og intuisjon som innfallsvinkel i forbedringsarbeid mer enn målinger og harde fakta. En annen leder hevdet at forbedringskompetanse fantes hos flere i organisasjonen, men ikke ble breddet ut i tilstrekkelig grad.

*«Men det er noe med å bredde den forbedringskunnskapen ut i organisasjonen. Det holder ikke bare med...du kan ikke bare kunne faget ditt! Du må i tillegg kunne noe mer»(R4)*

#### 5.4.4 Oppsummering

---

Sentrale funn i denne fjerde og siste delen gir innsikt i hvordan ledere kan være initiativtakere til å bruke den kraften som ligger i kampanjen og programmet for å opprettholde og videreutvikle resultater. Det viktigste funnet omhandlet kontinuiteten i kampanjen og programmet. Respondentene beskrev nytten av jevnlig påfyll, verktøy til visualisering og systematisering av pasientsikkerhetsarbeidet samt den 'røde tråden' som fungerte som inspirasjon og motivasjon i tillegg til 'drahjelp' i forbedringsarbeidet. Det som igjen ble trukket frem som avgjørende fra flere av lederne var at innføring av kampanje og pasientsikkerhetsprogram må følges av opplæringsprogram i forbedringskunnskap. Det ble også vist til omfanget av kampanjen med tanke på videreutvikling og oppfølging av programmet i fremtiden. Her var responsen fra lederne klar; 'less is

more' som ble utdypet med at færre føringer ville gi et tydeligere fokus og at lederne klarte å holde målet i sikte over tid. Det nest viktigste funnet i denne underkategorien var respondentene opplevelsen av kampanjen som samlande for helsepersonell, både lokalt og nasjonalt. Lederne omtalte denne forankringen som inspirerende og som et løft for kjerneverdiene i sykepleien. Det ble vist til et felles språk med pasientsikkerhets- og kvalitetsbegrepet i fokus. Paradoksalt var dette en årsak til at legenes engasjement opplevdes mindre, da dette var noe som ble oppfattet som sykepleiefaglig. Et siste viktig funn som de fleste respondentene trakk frem var hvordan den organisatoriske forankringen opplevdes endret i takt med årene i kampanjen og programmet. Fra å være et jordnært engasjement til å bli noe som 'noen andre i systemet holdt på - en kobling som ble borte mellom toppledelse og operativt nivå. Her fremkom ulike oppfatninger om grad av forankring, involvering og etterspørsel etter resultater fra lederne.

## 5.5 Sentrale funn

---

Dette underkapittelet oppsummerer noen sentrale funn fra undersøkelsen. De mest sentrale funnene løftes inn i drøftingskapittelet der de vil bli diskutert i lys av det teoretiske rammeverket.

De viktigste funnene handlet om betydningen av en felles forankring fra toppledelse ned til operativt nivå og på tvers av profesjonene. Videre beskrev respondentene viktigheten av en felles tverrprofesjonell plattform i arbeidet med kvalitetsforbedring. Et tredje funn beskrev behovet for forbedringskunnskap i tillegg til profesjonskunnskap. Til slutt var et viktig funn betydningen av kontinuitet i kampanjen og programmet for styring og planlegging.

Andre funn som også hadde betydning for respondentene og som i drøftingen kommer til å støtte opp om hovedfunnene var; behov for synlig og tilstedeværende ledelse, behov for å gjøre strukturelle tilpasninger og betydningen av å delegere til ressurspersoner.

## 6 Drøfting

Sentrale funn benyttes til å svare opp studiens problemstilling; *‘Hvordan bruker ledere kampanjer for å styre organisasjoner?’* Forskningsspørsmålene diskuteres mot det teoretiske rammeverket sammen med egne erfaringer og betraktninger. Strukturen i kapittelet er bygget opp rundt studiens fire forskningsspørsmål:

*FS 1: ‘Lederen som pådriver og dirigent: Hva er det ved denne rollen som preger iverksetting av kampanjer?’* *FS 2: ‘Lederen som overvåker og koordinator: Hva er det ved denne rollen som preger iverksetting av kampanjer?’* *FS 3: ‘Lederen som rådgiver og hjelper: Hva er det ved denne rollen som preger iverksetting av kampanjer?’* *FS 4: ‘Lederen som mekler og innovatør: Hva er det ved denne rollen som preger iverksetting av kampanjer?’*

Det er fire kontekstuelle forhold som går igjen i resultatene under alle forskningsspørsmålene, og som vil danne en ramme for drøftingen og være utgangspunkt for strukturen og overskriftene i delkapitlene. Hver av dem gir noen føringer og forutsetninger for at lederen kan utøve de ulike rollene når de jobber med implementering av kampanjer. De vil under hvert forskningsspørsmål ledsages av overskrifter som symboliserer den enkelte konteksten.

Det første området er ‘organisatorisk forankring’ og vil ha følgende overskrifter gjennom drøftingen; *‘komplekse offentlige organisasjoner’*, *‘å tolke og oversette føringer’*, *‘kulturbygger og forbilde’* og *‘en rød tråd’*.

Det andre området er ‘faglig legitimitet og autonomi’, som representeres ved; *‘skal vi endre oss nå igjen?’*, *‘motstander eller krevende medspiller’*, *‘i trygge hender’* og *‘et felles løft’*. Det tredje konteksten ‘forbedringskunnskap vs. profesjonskunnskap’ symboliseres ved overskriftene; *‘peke ut retning - og holde stø kurs’*, *‘ja takk-begge deler!’*, *‘forbedringsagent 24-7’* og *‘kampanjens verktøykasse’*. den fjerde og siste konteksten er ‘tidsdimensjonen’ som har fått følgende overskrifter: *‘pådriver på ubestemt tid’*, *‘hold on-be strong!’* og *‘ting tar tid!’*.

Jeg er opptatt av kampanjer som en strategi for å gjennomføre reformer og endringer, og vil bruke de ulike lederrollene fra teorien til Strand til å studere hva ledere gjør når de iverksetter kampanjer.

## 6.1 'Lederen som pådriver og dirigent: Hva er det ved denne rollen som preger iverksetting av kampanjer?'

---

De teoretiske forventningene til pådriver og dirigentrollen var i stor grad forbundet med strategisk planlegging. Det ble antatt at denne rollen ville fokusere på å peke ut retning, sørge for fremdrift og følge opp resultater. Rollen til pådriveren rekrutteres i stor grad på bakgrunn av fagkompetanse, så en annen forventning var at denne rollen ville gi høy faglig legitimitet blant ansatte og stor grad av gjennomslagskraft.

Respondentene beskrev spesielt behovet for gode 'arenaer', 'tilstedeværende ledelse' og 'strukturelle tilpasninger' som forutsetninger for å fylle denne rollen. De fire områdene 'organisatorisk forankring', 'faglig legitimitet og autonomi', 'forbedringskunnskap vs. profesjonskunnskap' og 'tidsdimensjonen' vil være utgangspunktet for strukturen i delkapittelet og presenteres ved overskrifter som gjenspeiler de ulike rammene.

### 6.1.1 Komplekse offentlige organisasjoner

---

Litteraturen viser til ekspertorganisasjonens særtrekk, med spesielle betingelser og utfordringer, som ledere må kjenne til for å drive frem gode endringsprosesser (Bolman & Deal, 2009, s. 57-58). Strand forklarer dette med blant annet sterke fagprofesjoner og aktører med ulike interesser, identiteter og oppfatninger (Strand, 2007, s. 316-317). Respondentene beskrev tydelige føringer rundt kampanjen og innsatsområdene og forventning til etablering av risikomøtet som arena. Det ble kommunisert at denne arenaen skulle bidra til formidling og oppfølging av indikatorer, initiere tverrprofesjonelt samarbeid, læring og refleksjon med et mål om å forebygge og forhindre pasientskader.

Alle deltakerne oppga at de ved starten av kampanjeperioden hadde innført risikomøtet i tråd med føringer og at de vektla å være tilstede ved gjennomgang. Dette samsvarer med det Strand anser som en av pådriverens roller – det å ta ansvar for å etablere arenaer der mål operasjonaliseres og ambisjoner tydeliggjøres (Strand, 2007, s. 459). Respondentene fortalte at det umiddelbart oppsto diskusjoner i både sykepleie- og legegruppen om hensikt og nytteverdi av både



indikatorer og risikomøtet, noe som medførte at arenaene ikke fungerte etter intensjonen. Til tross for godt kommunisert nasjonal pasientsikkerhetskampanje fra Helse og omsorgsdepartementet (HOD), med distinkt fokus på pasientsikkerhet, oppsto det likevel utfordringer når innholdet skulle oversettes. En mulig forklaring kan være mangelfull forankring fra planlegging til implementering, spesielt på operativt nivå i foretakene. Fire av lederne beskrev implementeringsfasen som preget av 'bølgedaler' med tanke på interesse, vilje og evne til deltakelse og gjennomføring. Det ble brukt uttrykk som 'tredd nedover hodet på oss' og 'dette er jo pålagt'. På bakgrunn av egen erfaring kan dette ha sammenheng med grad av informasjon, opplæring og oppfølging av den enkelte leder og felles forankring og planlegging av kampanjen i tverrfaglige fora på seksjonsnivå.

Strand mener dette kan henge sammen med de kontekstuelle rammene som ledere må forholde seg til. Det handler for det første om begrensningene som ligger i organisasjonens kultur. For det andre er nasjonale kulturer av betydning, i den sammenheng at det legger føringer for hva som anses som legitimt lederskap. En tredje forklaring er lederes symbolske funksjon som spiller en rolle i forhold til å bygge kultur og felles forståelse rundt kampanjen og innsatsområdene (Strand, 2007, kap. 6,7,8).

Samtlige respondenter så på seg selv som pådrivere i denne prosessen ved kampanjestart, til tross for de utfordringene som ble beskrevet. De viste til viktigheten av et personlig engasjement og interesse for kampanjen og innsatsområdene og oppga at de selv var tilstede som synlige og tydelige pådrivere, spesielt i forhold til etablering av risikomøtet. Denne forankringen finner støtte hos Strand som sier tilstedeværelse er verdifullt med tanke på forståelse for endring og for å skaffe kollegial støtte og oppslutning om prosessene (Strand, 2007, s. 270). En annen positiv konsekvens av lederens adferd og interesse var at det bidro til tydeligere fokus på innsatsområdene og at ansatte så at dette var viktig. Denne lederadferden gjenkjennes hos Strand med bakgrunn i at prestasjonene til de ansatte øker (Strand, 2007, s. 461). 'I trygge hender' understøtter også viktigheten av at ledere er tilstede sammen med ansatte for å få innsikt i alle deler av virksomheten. Synlig og tilstedeværende ledelse bidrar til engasjement hos ansatte og til større forståelse for risikoområder, forbedringsarbeid og pasientsikkerhetskultur

(Helsedirektoratet, 2019). Utfordringen for pådriverrollen synes å ha stor sammenheng med aktørenes eierskap til kampanjen, noe som kan være relatert til noen av ekspertorganisasjonens særtrekk – de sterke fagprofesjonene. Dette diskuteres videre i neste underkapittel.

### 6.1.2 Skal vi endre oss nå igjen?

---

Kravene om å etablere en arena, i denne sammenheng risikomøtet, skapte utfordringer for pådriverrollen med bakgrunn i mangelfull tverrprofesjonell forankring. Strand beskriver dette som en slags nøytralisering av lederoppgavene og at yrkesutøverne i ledende stillinger og på operativt plan beskrives som 'primus inter pares' – 'fremst blant likemenn' eller de som vet best hvordan ting bør gjøres (Strand, 2007, s. 271). I denne sammenheng kan det skape utfordringer av flere grunner. For det første med tanke på organisering av sykepleie- og legeledere med sine ansatte i forskjellige søyler. For det andre kan utfordringene ligge i spenningene mellom de to profesjonene.

Risikomøtet som arena beskrives som en føring respondentene og de nærmeste samarbeidspartnerne i liten grad var blitt involvert i og fått diskutere i forkant av implementeringen. Opprinnelig var det legene som skulle ha hovedansvar for å lede risikomøtet daglig, men respondentene forklarte at de i flere seksjoner hadde overtatt ansvaret og delegert det til ressurspersoner for å sikre at det ble gjennomført. Det fremkom i intervjuene at det var gjort en rekke tiltak og tilpasninger noe som har resultert i at det opprinnelige risikomøtet fremsto i ulike 'innpakninger'. Denne tilpasningen kan ha bakgrunn i utspill fra sterke aktører og faglig autonomi. Jacobsen beskriver dette fenomenet som fremtredende i sykehus og som et hinder med tanke på endringsprosesser (Jacobsen, 2012, s. 111), noe som kan forklare det varierende engasjementet, spesielt hos spesielt legene, til å endre eksisterende praksis med tanke på innføring av risikomøtet.

Alle respondentene så på seg selv som pådrivere av prosesser koblet til kampanjen. Med bakgrunn i egen fagprofesjon og den naturlige legitimitet som seksjonslederen har, kobles lederfunksjonen naturlig sammen med arbeidsprosesser og det å kunne gjøre gode faglige vurderinger i organisering av sykepleietjenesten. Kampanjen, innsatsområdene og risikomøtet beskrives av de fleste lederne som et viktig verktøy

for å holde oversikt, prioritere og sette pasientsikkerhet på agendaen, noe som har gitt pådriver - og veiviserrollen mål og mening og bidratt til å gjøre riktige disposisjoner.

Forutsetningen for å lede prosesser som pasientsikkerhetskampanjen og programmet, er at ledere selv forstår hvorfor endringene er nødvendig og at de har innsikt i hvilke faktorer som påvirker prosessene. Yukl skisserer en rekke årsaker til motstand mot forandring som ledere må erkjenne og ta hensyn til for å kunne være pådriver av kampanjer (Yukl, 2015). Respondentene beskrev spesielt utfordringer relatert til det tverrprofesjonelle samspeillet og manglende forståelse for enkelte innsatsområder og for risikomøtet spesielt. Slik ble pådriverrollen utfordret da en av de viktigste arenaene og forutsetningene for gjennomgang og oppfølging av indikatorene ble borte. Dette gjenkjennes i flere av årsakene som Yukl beskriver, blant annet manglende tillit til at føringene er hensiktsmessige, manglende tro på at det er nødvendig å endre på rutiner og liten tro på at de foreslåtte endringene er mulig å gjennomføre (Yukl, 2015, s. 222-223). Paralleller kan trekkes til lederes vurderinger av hva som har faglig relevans, og i neste rekke skape utfordringer med tanke på eget engasjement og gjennomslagskraft i endringsarbeid.

### 6.1.3 Peke ut retning – og holde stø kurs

---

Kunnskap er av betydning i forhold til å utøve pådriver - og dirigentrollen. På den ene siden handler det om profesjonskunnskap generelt, men på den andre siden trengs det også forbedringskunnskap for å lede systematisk kvalitets - og forbedringsarbeid for å definere mål og vise retning. Påstanden underbygges av offentlige dokumenter, studier og litteratur. Stubberud viser til Stortingsmelding 10 og sammenhengen mellom uønskede hendelser og mangelfull forankring og ledelse av pasientsikkerhetsarbeid (Stubberud, 2018, s. 26).

Kun en av respondentene viste til formell utdanning innen systematisk kvalitetsarbeid, noe hun beskrev som en avgjørende ressurs i forhold til å få gjennomslag for tverrprofesjonell deltakelse og etablering av arenaer for ivaretagelse av innsatsområdene i kampanjen. En annen suksessfaktor for hennes rolle som pådriver, var forankring i klinikkledelsen og etterspørring og oppfølging av mål. Det er avgjørende at forventninger til resultater og mål blir kommunisert i

alle ledelsesnivå, og at oppdrag må stå i forhold til faktiske ressurser, i denne sammenheng rett kompetanse (Bergerød & Wiig, 2015, s. 115). Dette samsvarer i liten grad med svarene fra de andre deltakerne som beskrev ulik grad av kjennskap og erfaring med systematisk forbedringsarbeid. Respondentene fortalte at de støttet seg på sin profesjonskompetanse og erfaring samt viktige ressurspersoner, som for eksempel fagutviklingssykepleiere og rådgivere. Det er gjennomgående i undersøkelsen at lederen med kompetanse innen kvalitetsarbeid viser til systematisk tenkning også i andre sammenhenger, noe som kan være et viktig innspill for videre planlegging av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Føringene i kampanjen, spesielt med tanke på etablering av risikomøtet som arena og 'ledelse av pasientsikkerhet' som innsatsområde, stiller forventninger til ledere som kan synes vanskelige å innfri. Dette underbygges av resultatene i undersøkelsen. For å kunne ha pådriverrollen er det i tillegg til profesjonskunnskap nødvendig med forbedringskunnskap for å kunne vurdere hva som må forbedres, hvilke metoder som er hensiktsmessige å anvende og hvordan forbedring kan måles. Dette er i samsvar med det Stubberud anser som nødvendig for å kunne reflektere og gjøre gode beslutninger rundt kvalitetsforbedringer (Stubberud, 2018, s. 28-29). En forklaring på respondentenes utfordringer i forhold til å få gjennomslag for etablering av risikomøtet kan ha sammenheng med mangel på kunnskap om systematisk kvalitetsarbeid både hos sykepleie- og legeledere. Konsekvensen kan ha vært at de ikke gjør de riktige strukturelle tilpasningene for å få til gode rutiner rundt tverrprofesjonell samhandling. Det ble tidligere vist til utfordringer med å engasjere legene og det at man jobbet på to forskjellige arenaer i et parallelt løp, uten optimale møtepunkt.

Tilstedeværende ledelse handler om mer enn å være synlig, det handler også om i hvilken grad ledere er dedikerte i arbeidet med systematisk forbedringsarbeid. Dette arbeidet må på et vis gjennomsyre all kommunikasjon, alle planer, alle tiltak og alle mål. Ikke som en engangshandling, - men som en arbeidsform integrert i de daglige rutinene. Spesielt en av lederne fortalte at seksjonen hadde fått til rutiner og arenaer med tverrprofesjonell deltakelse, der det daglig gjennomgås elementer fra kampanjen og innsatsområdene. En slik strategisk måte å jobbe på finner støtte hos Stubberud som poengterer det ansvaret som er lagt til ledere, og som innebærer at

ledere må se på kvalitetsforbedring som en del av daglige gjøremål – ikke på noe som kommer i tillegg til andre oppgaver og som kan velges bort (Stubberud, 2018, s. 26).

#### 6.1.4 Pådriver på ubestemt tid

---

Strand viser til barrierer i organisasjonen som spiller inn når man står overfor endringsprosesser. Han refererer til faktorer som organisasjonskultur, nasjonale kulturer og symboler (Strand, 2007). Meyer og Stensaker fremhever i tillegg tidsdimensjonen og dens betydning for å kunne stå i endringer over tid. Hun viser i tillegg til individuelle reaksjonsmønstre som finnes hos organisasjonsmedlemmene (Meyer & Stensaker, 2011, s. 69). Reaksjonsmønstrene samsvarer med funn i undersøkelsen der respondentene beskriver både oppslutning, lojalitet, motstand og resignasjon til bestemmelser. Forfatterne kaller dette for aktive og passive reaksjoner, som igjen har betydning for i hvilken grad endringene blir gjennomført (Meyer & Stensaker, 2011, s. 71-73).

Respondentene trekker i flere sammenhenger frem utfordringer relatert til å drive prosesser over tid. Spesielt nevnes det å få etablert og holdt fast i rutiner rundt risikomøtet. De viser til en rekke strukturelle tilpasninger fra oppstart, og med stadig nye grep underveis for å integrere innsatsområdene i kampanjen i daglige rutiner. Å lede endring over tid har ifølge Jacobsen sammenheng med elementer som kan kobles til formelle og uformelle sider ved organisasjonen. De formelle, som for eksempel strukturelle og strategiske forhold, kan endres raskt gjennom bestemmelser tatt over bordet. De uformelle handler om kultur, makt og interaksjon, og er i større grad avhengig av lengre prosesser over tid for å gjøre endringer til varige (Jacobsen, 2012, s. 119-120).

Kampanjen og programmet legger opp til endringsprosesser der både formelle og uformelle forhold er av betydning. Diskusjonen rundt dette første forskningsspørsmålet summerer utfordringene og forutsetningene med tanke på å ha en pådriverrolle over tid. Det å etablere tverrprofesjonelle arenaer, som risikomøtet, henger sammen med organisatorisk forankring og gjennomslag hos fagprofesjonene. En annen forutsetning er lederes innsikt og kompetanse om hvordan jobbe systematisk med kvalitetsarbeid over tid for at det skal oppleves

meningsfullt med tanke på felles forståelse, tilnærming og gjennomføring av innsatsområdene i kampanjen. Tidsdimensjonen trekker sammen og synliggjør denne rammen av forutsetninger for ledere. To av deltakerne viser til tidselementet ved at de beskriver kampanjen og programmet som en rød tråd – noe som symboliserer en fortsettelse, ikke en avslutning. Å se på iverksatte tiltak og endringer i et langt perspektiv kan være en mulig inngangsport til suksess. En ny måte å jobbe på. Tilnærmingen finner støtte hos Meyer & Stensaker som hevder at det kan være hensiktsmessig at organisasjoner i større grad har et langsiktig perspektiv med tanke på strategier rundt endring og endringsledelse (Meyer & Stensaker, 2011, s. 121). På denne måten bidrar pådriverrollen til en normalisering av endringsprosessene som forgår, noe flere av respondentene har konkretisert ved etablering av hensiktsmessige arenaer, strukturelle tilpasninger og tilstedeværende ledelse, egen eller delegert til ressurspersoner.

## **6.2 ‘Lederen som overvåker og koordinator: Hva er det ved denne rollen som preger iverksetting av kampanjer?’**

---

Forventninger til overvåker og koordinatorrollen var blant annet å fungere som bindeledd mellom toppledelse og operativt nivå, spesielt med tanke på oversettelse av føringer og informasjonsstyring. En annen forventning var kontrollfunksjonen i forhold til etterlevelse av regler, rutiner og dokumentasjon. En siste forventning knyttes forvaltning av ressurser inn mot tiltak i kampanjen og utvikling av eksisterende systemer og strukturer.

Respondentene pekte spesielt på tre forhold for å kunne inneha overvåker - og koordinatorrollen; ‘betydningen av rollen som bindeledd’ mellom toppledelse og ansatte med tanke på informasjon, kommunikasjon og oversettelse av kampanjeføringer. Et annet funn var ‘betydningen av å involvere ressurspersoner’. Et tredje funn var ‘betydningen av systematikk og struktur for å følge opp aktiviteter’ forbundet med kampanjen og programmet.

De fire områdene ‘organisatorisk forankring’, ‘faglig legitimitet og autonomi’, ‘forbedringskunnskap vs. profesjonskunnskap’ og ‘tidsdimensjonen’ vil også i denne delen angi strukturen i delkapittelet og presenteres ved overskrifter som gjenspeiler de ulike rammene. Funnen diskuteres i lys av disse forutsetningene.

### 6.2.1 Å tolke og oversette føringer

---

Systematisk planlegging og oppfølging av pasientsikkerhetsarbeid er tydelige krav til alle ledere i helse og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2019). Undersøkelsen viser at alle respondentene var bevisst sitt ansvar i forbindelse med innføring av kampanjen, men det fremkom ulike tolkninger av forventningene hos lederne. En av deltakerne beskrev føringene som pålagt, og av den grunn gjorde det enkelt å oversette og formidle til ansatte. Det viste seg at de ansatte etter implementering raskt ble mer kritiske til innholdet i innsatsområdene, og til risikomøtet spesielt. En mulig forklaring kan være at kampanjebudskapet ikke ble hensiktsmessig tolket og oversatt fra leder, eller at hun ikke hadde tilstrekkelig kompetanse om kampanjens formål og tiltak. Rydland understøtter denne tankegangen. Ledere må sette seg inn i budskapet, fortolke det og forsøke å forstå hvilken betydning det har for ansatte og for etablering av eventuelle nye arenaer og rutiner. Slik blir lederen et viktig bindeledd mellom nivåene i organisasjonen og en bidragsyter i forhold til å skape et klima for endring (Rydland, 2017, s. 178). En annen respondent opplevde også at det var lett å kommunisere forventningene fra toppledelsen, men hun viste i større grad til hvordan hun involverte de ansatte ved å inkludere dem i planlegging og implementering. To av lederne opplevde deres rolle som bindeledd vellykket med bakgrunn i klinikkledelsens engasjement. Meyer og Stensaker (2011, s. 93) sier forankring er viktig i alle endringsprosesser, og at involvering i en eller annen form får betydning for hvordan ledere kan kommunisere endringer på en troverdig måte. Alle lederne viste til føringer og planer i klinikkene fra starten av kampanjen, men det kan synes som om dette ikke har blitt fulgt opp, eller har 'smuldret' opp i seksjonene. Budskapet har vært tolket og omformet, det er gjort strukturelle tilpasninger, noe som i for seg kan være riktige valg for å gi eierskap til kampanjen og programmet. Men kan det være slik at ledere i større grad burde fokusere på endring av adferd, før man bruker energi på tilpasning av strukturer? Rydland påpeker viktigheten av å arbeide med en felles forståelse for *hvorfor* man endrer for å sikre adferdsendring. De beste løsningene oppnås gjennom vedvarende oppfølging og overvåking og systematisk endringsledelse (Rydland, 2017, s. 179). En av respondentene sa hennes viktigste rolle var nettopp å fasilitere. Være tilstede

i bakgrunnen og overvåke nye rutiner ved å gi oppmerksomhet og koordinere nødvendige ressurser inn mot innsatsområdene.

Kampanjen har gitt rammer, føringer, og forventninger til ledere i form av en rekke områder som skal oversettes, tilpasses og drives frem. Funnene viser at det er store forskjeller i seksjonene av hva som er implementert i forhold til de opprinnelige føringene. Meyer & Stensaker sier at dersom organisasjoner står overfor multiple endringer er det viktig å skape en sammenheng mellom dem for å skape et helhetlig bilde av de ulike prosessene som går parallelt. De viser også til nødvendigheten av kommunikasjon angående den kommende prosessen, involvering og konsekvenser av endringen (Meyer & Stensaker, 2011, s. 114-116). Kampanjen har en rekke innsatsområder, men de har også en sammenheng eller en helhet i form av at de bidrar til å rette fokuset mot pasientsikkerhet. Risikomøtet er en arena som gjør det mulig å binde alle disse områdene sammen. Det er blant annet på denne arenaen ledere kan overvåke og koordinere føringer fra toppledelse, drive kontroll og vedlikehold av systemer for oppfølging av aktiviteter.

Strand hevder at overvåker- og koordinatorrollen har stor autoritet i organisasjoner, men at man samtidig er i en stadig skvis mellom toppledelse og ansatte der etterlevelse av føringer og regler kan synes å begrense spillerommet (Strand, 2007, s. 330). Uttalelser fra flere av respondentene kan bekrefte dette i noen grad, nettopp det at de opplever at føringer kan være begrensende for deres utøvelse av ledelse. De er opptatt av å utføre ordre. På den annen side fremkommer det også en rekke eksempler på at det i årenes løp er blitt 'løsnet' noe på denne oppfatningen, noe som kommer til syne ved lokale tilpasninger av både innhold og tiltak i kampanjen. To av respondentene forteller at de er opptatt av at overvåkerfunksjonen ikke tar for stor plass, men at de i større grad følger prosesser fra sidelinjen. På denne måten involverer de ansatte og gir rom for medvirkning. Dette samsvarer med Strand sine anbefalinger i forhold til å sørge for balanse mellom overvåkerrollen og koordinatorrollen for å forhindre rigiditet som kan gi begrensninger i læring og utvikling av de ansatte (Strand, 2007, s. 475-476).



### 6.2.2 Motstander eller krevende medspiller

---

Ledere har viktige funksjoner i endringsprosesser. I ekspertorganisasjoner kobles overvåkeren og koordinatoren til rollen som fagkyndig (Strand, 2007, s. 270). Respondentene i undersøkelsen har sitt virke tett på arbeidsprosessene, og er en del av fagmiljøet rundt pasientene. Kampanjen og innsatsområdene har generert en rekke nye oppgaver i forhold til oppfølging av aktiviteter ute i seksjonene. Føringerne fra HOD understreket at dette skulle være et tverrprofesjonelt ansvar både i forhold til implementering og oppfølging (Helsedirektoratet, 2019). I intervjuene ble det tydelig at over halvparten av respondentene i stor grad erfarte at de fleste oppgavene falt på sykepleielederne. På den ene siden handlet det om lojalitet til føringer, men på den andre siden var det en opplevelse at innsatsområdene ble oppfattet som et 'sykepleieanliggende'. En av respondentene kalte det 'vårt' og en annen sa 'dette er grunnleggende sykepleie'. Kan det være slik at en del av utfordringene har sitt utspring i profesjoner og i hvilken grad deres legitimitet har gjennomslagskraft?

Sykepleieryrket, som er bakgrunnen til alle lederne i undersøkelsen, er til en viss grad profesjonalisert, men har ifølge Strand ikke full profesjonsstatus til forskjell fra legene (Strand, 2007, s. 270). Dette kan være en mulig forklaring på respondentenes tilbakemeldinger om at det har vært utfordrende å få med legene. I kraft av sin lederstilling har de et formelt ansvar for oppfølging av aktivitetene i kampanjen. Det samme gjelder for legeledere, men funnene tilsier at det har vært, og er fremdeles, utfordringer rundt dette samspeillet. Ingen av lederne tok direkte opp denne problemstillingen, men en del av utsagnene som vist over, kan tolkes som et uttrykk for mangel på faglig legitimitet. Denne tolkningen finner støtte hos Vecchio som kobler legitim makt til stilling eller tittel, men som bare har effekt dersom den blir akseptert av de man skal ha innflytelse over (Vecchio, 1995, s. 320). Erfaringsmessig kan dette gjenkjennes i andre prosesser der tverrprofesjonelt samarbeid er avgjørende for å få til god flyt og optimal pasientbehandling. Flere av lederne mente at færre indikatorer og mer fagspesifikke områder fra starten av kampanjen ville gitt større engasjement og interesse for oppfølging av tiltak og målinger.

Alle deltakerne var opptatt av å få nøkkelpersoner med på laget, også de mer kritiske røstene, både for å involvere og for å underlette oppfølging av føringer og innsatsområder. I ekspertorganisasjonen finnes en rekke sterke aktører og ressurspersoner som i kraft av sin profesjon har høy legitimitet blant kollegaer. Spesielt en av respondentene mente at delegering av oppgaver gjorde at det ble lettere å få gehør for endringer når ressurspersoner i større grad var involvert. Hun så på dette som en strategisk handling som gjorde at hun fulgte opp aktiviteter fra sidelinjen og ga de ansatte mer spillerom. Jacobsen kaller dette for endringsagenter, og vektlegger betydningen av det han kaller positiv motstand. Det er med på å bringe frem ulike oppfatninger, flere alternativer og kan gi grunnlag for bedre beslutninger (Jacobsen, 2012, s. 141-142). Motstand kan være uttrykk for sterke verdier hos fagpersoner som ved riktig håndtering kan bli til et viktig engasjement (Yukl, 2015, s. 223). At lederne delegerte oppgaver og 'tilstedeværelse' på enkelte arenaer medførte ikke at de oppfattet sitt ansvar mindre. En av deltakerne var tydelig på at samtidig som du delegerer- så må du kjenne til og forstå konsekvensene av det du ber de ansatte om å gjøre. *'Du kan delegere til krampa tar deg, men du må være leder i dette grunnleggende også'*.

### 6.2.3 Ja takk – begge deler!

---

Kampanjen og programmet har ifølge respondentene gitt mulighet og inspirasjon til å jobbe systematisk med kvalitetsarbeid. Som overvåker og koordinator er det spesielt viktig å sørge for å bygge kompetanse for å sikre etterlevelse av føringer samtidig som det etableres strukturer for oppfølging og vedlikehold av kampanjen og innsatsområdene. I undersøkelsen viser lederne til erfarings- og profesjonskompetanse når de har jobbet med planlegging og implementering. Stubberud sier at ledere må inneha nødvendig kompetanse, og peker på en rekke egenskaper, av både faglig og relasjonell art, som må ligge til grunn for ledelse av pasientsikkerhet (Stubberud, 2018, s. 26-27). Dette er i tråd med 'Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse - og omsorgstjenesten' som setter krav til ledere om systematisk tilnærming av alt kvalitetsarbeid. Kun lederen med formell forbedringskompetanse oppga at hun brukte kunnskap og verktøy aktivt ved planlegging og innføring av kampanjen.

Det kan synes som om resultatene bygger opp under en sidestilling av profesjonskunnskap og forbedringskunnskap hos ledere i ekspertorganisasjoner, og at lang erfaring hos profesjonene automatisk gir nødvendig innsikt og kompetanse i forbedringsarbeid. For det første forteller respondentene at de har implementert kampanjen i tråd med føringer, men det fremkommer flere lokale varianter i forhold til metoder de har valgt. Under halvparten av lederne viser til systematiske målinger, noe som er helt avgjørende for å konkludere om iverksatte tiltak har fungert etter intensjonen. For det andre mener flere av deltakerne at deres profesjonskunnskap og tidligere erfaringer gir nødvendig innsikt og tyngde i forhold til å planlegge forbedringsprosjekt. Dette samsvarer i liten grad med det Stubberud viser til som viktige kompetanse hos ledere og som kan bidra til å fremme kvalitetsarbeid (Stubberud, 2018, s. 27).

Kampanjen har uten tvil satt fokus på pasientsikkerhet. Det som ikke er like tydelig er i hvilken grad det har fulgt med kunnskap om hvordan man driver en kampanje frem, med alt det innebærer av informasjon, oversettelse, målinger og rapportering. Systematikken rundt PDSA, eller forbedringssirkelen, er det kun tre av lederne som viser til. Et større sykehus i Norge mener de gjennom en lang prosess har fått etablert en *‘sterk identitet rundt forbedringsprogrammer’* og i denne sammenheng understrekes betydningen av forbedringskunnskap og forankring i alle ledelsesnivå i organisasjonen (Bergerød & Wiig, 2015, s. 118-119). Dette samsvarer i liten grad med respondentenes tilbakemeldinger. De beskriver utfordringer i forhold til å kunne ivareta overvåkerfunksjonen med oppfølging av aktiviteter, spesielt med tanke på målinger, da det ikke er stor interesse for dette i seksjonene. En forklaring kan være at det i forbindelse med innføring av kampanjen ikke har vært fokusert godt nok på de delene av forbedringsprosessene som omhandler nettopp måling og evaluering, men at man har gått rett på tiltakene uten en grundig plan for gjennomføring. På denne måten har ikke endringsprosessene fått nødvendig forankring.

#### 6.2.4 Hold on – be strong!

---

Effekten av kampanjer vil avta, og det er derfor viktig å bygge strukturer som gjør det mulig å følge opp aktiviteter over tid (Simonsen, 2008). ‘I trygge hender’ er

kontinuert ved et pasientsikkerhetsprogram der det ikke er definert noen slutt. På denne måten vil det være et vedvarende fokus på innsatsområdene. Enkelte av respondentene oppga tidsfaktoren som krevende for overvåkerrollen, det å ha kapasitet til å følge opp mange oppgaver og prosjekter parallelt. I denne sammenheng fremkom at deres viktigste strategi for å holde oversikt var å spille på ressurspersoner. På denne måten sikret de kontinuitet både i etterlevelse av føringer og oppfølging av aktiviteter og oppgaver. De fleste lederne var opptatt av at inkludering av nøkkelpersoner bidro til en sterkere forankring av endringsprosessene. Dette gjenkjennes hos Yukl som sier ledere kan profitere på å involvere ansatte i organisasjonen med supplerende kompetanse, erfaring og egenskaper som kan gi viktig støtte i endringsarbeid som vedvarer over tid (Yukl, 2015, s. 239).

Betydningen av å kunne delegerer oppgaver var viktig for alle lederne. Det ble begrunnet i tidspres, multiple oppgaver og ansvarsområder, samtidig som de mente dette var en måte å få 'breddet' endringer ut i seksjonene. Denne delegeringen ga ledere et spillerom i forhold til å holde oversikt og i større grad fasilitere endringsprosesser. En annen viktig årsak til å inkludere ressurspersoner var at lederne sikret seg tilstedeværelse ved fravær, møtevirksomhet, ferie, helger og høytider gjennom dedikerte ildsjeler. Deltakerne pekte på en utfordring ved å delegerer oppgaver, spesielt i starten av kampanjen. Det handlet om at føringene ikke hadde blitt godt nok implementert og at enkelte aktiviteter, som for eksempel gjennomføring av risikomøtet, ikke ble utført. Dette understøtter betydningen av at prosesser holdes i over tid. Simonsen (2008) mener at oppfølging av tiltak over tid er en forutsetning for at endringer finner grobunn og fører til konkrete adferds- og holdningsendringer. Respondentene påpekte viktigheten av å kunne avsette tid til forbedringsarbeidet, dersom det i det hele tatt skulle være mulig å ha fokus på alle aktivitetene parallelt. I denne sammenheng ble det blant annet vist til turnusplanlegging, og avsetting av møtepunkt for ressurspersoner og ledere.

### 6.3 ‘Lederen som hjelper og rådgiver: Hva er det det ved denne rollen som preger iverksetting av kampanjer?’

---

Forventninger til rollen var for det første av symbolsk art, ved å være en kulturbygger og skape felles forståelse rundt kampanjen og innsatsområdene. En annen forventning var at denne rollen ville ha en sammenheng med å skape forankring til endringene ved å invitere og involvere til diskusjoner rundt planlegging og implementering. En siste forventning var at lederen i stor grad ville fremstå som et forbilde og en rollemodell i dialog med ansatte med å forklare hensikt og nytteverdi for å skape oppslutning om kampanjen.

Respondentene trakk spesielt frem det å være ‘forbilde’ for ansatte i prosessen rundt implementering. De anga også behovet for et godt ‘samarbeid på tvers’ av profesjonene, spesielt med tanke på opplevde ‘hensikt og nytteverdi’ med tiltakene.

Under dette tredje FS fremkom ikke tidsdimensjonen like tydelig, så der det er aktuelt inngår elementer som omhandler tid i de andre diskusjonene. Det blir da tre områder som utgjør strukturen; ‘organisatorisk forankring’, ‘faglig legitimitet og autonomi’ og ‘forbedringskunnskap vs. profesjonskunnskap’.

#### 6.3.1 Kulturbygger og forbilde

---

Integratoren i modellen til Strand har rollen som rådgiver og hjelper og fokuserer på interne relasjoner og oppslutning fra ansatte i organisasjonen (Strand, 2007, s. 31). Betydningen av å inkludere ansatte i endringsprosesser gjør at denne delen av lederskapet i stor grad kobles til normer, verdier og kulturelle trekk i organisasjonen (Strand, 2007, s. 185). Respondentene i undersøkelsen var opptatt av å vise et personlig engasjement og fremstå som en rollemodell rundt innføring av kampanjen. De beskrev ulike måter å inneha hjelper- og rådgiverfunksjon, noe som i stor grad samsvarer med Strand (2007, s. 499-503). Alle lederne vektla delaktighet på ulike arenaer og at de var oppdatert i forhold til kampanjens faglige innhold. En av deltakerne understreket betydningen av at hun som leder måtte ha innsikt og kunnskap for å kunne veilede og skape oppslutning om prosessene. Dette finner støtte hos Strand som beskriver integratoren som mer støttende enn styrende, og der lederrollen fokuserer på å utvikle de ansattes kompetanse ved nær dialog (Strand,

2007, s. 503). En annen leder opplevde at hennes eget engasjement ‘smittet’ over på de ansatte og det igjen førte til inspirasjon og fornyet motivasjon hos henne som leder.

Symbolbruken er fremtredende i denne rollen med tanke på hvordan lederen skaper kultur for endring ved å bygge opp under felles referanserammer (Strand, 2007, s. 483). Alle lederne brukte uttrykk som kan relateres til det Strand definerer som identitetsskapende i form av ‘hvem vi er’ og betydningen av ‘oss’ når de snakket om prosessene rundt kampanjen. Sterkest kom denne forankringen frem hos en av respondentene som opplevde at kampanjen hadde satt fokus på kjerneverdiene i sykepleien, noe hun understreket var av stor betydning for at innsatsområdene skulle gi mening og bli ansett som nyttige.

En felles ledelsesforankring som avgjørende for å bygge opp en sterk pasientsikkerhetskultur. Lederes holdninger og handlinger er av stor betydning for å skape engasjement hos ansatte (Bergerød & Wiig, 2015, s. 115). De fleste deltakerne beskrev en rekke utfordringer i denne sammenheng, spesielt med tanke på et tverrprofesjonelt samarbeid rundt innsatsområdene og spesielt innføring av risikomøtet. En mulig forklaring på det manglende engasjementet kan ha sammenheng med allerede stramme timeplaner og samtidighetskonflikter for legene. To av lederne viste til høyt engasjement fra legene i oppstarten, noe som bidro til inspirasjon, samhold og en felles plattform. Dessverre opplevde de at interessen smuldret gradvis opp og kontinuiteten og eieforholdet til kampanjen og innsatsområdene ble borte. Dette står i kontrast til hvordan Jacobsen mener ledere både må identifisere og delta på felles arenaer for gjensidig forståelse og dialog rundt endringsprosesser (Jacobsen, 2012, s. 192). Respondentene opplevde at det skapte utfordringer i forhold til egen motivasjon og i neste rekke å forklare hensikt og nytteverdi for ansatte når den felles plattformen var vanskelig å bygge.

### 6.3.2 ‘I trygge hender’

---

Kampanjen ‘I trygge hender’ har en sterk symbolikk som adresserer et ansvar til helsepersonell og bærer med seg en lovnad til befolkningen. Den appellerer til profesjonene ved sitt fokus på å hindre feil og uønskede hendelser. For det første

stilles det forventninger til utøvere av helsetjenester, og for det andre handler det om krav til etterlevelse av føringer fra sentralt hold.

Respondentene uttrykte viktigheten av å utvikle de tverrprofesjonelle arenaene for å lykkes med oppslutning og engasjement rundt innsatsområdene. Det som er et paradoks er at tiltakene initiert av HOD for å hindre skade på pasienter, har skapt så store uenigheter i forhold til nødvendige arenaer, rutiner og forståelse for nytteverdien i metodikken. En mulig forklaring, som støttes av Strand, kan være at leger og sykepleiere er profesjoner som i stor grad oppleves selvgående ved at målet er tydelig definert og trenger liten styring for å nå dit. Fagkunnskapen befinner seg hos de som utfører tjenestene (Strand, 2007, s. 271).

En interessant opplysning var at flere av respondentene hadde bygget opp støttesystemer for å kompensere for manglende deltakelse fra legene ved blant annet risikomøtene. Intensjonen om den felles arenaen som møtepunkt for daglig risikovurdering av pasientene ble på denne måten borte. Lederne var delt rundt denne problemstillingen. På den ene siden forsvant muligheten til tverrprofesjonelle vurderinger og en felles plattform for kampanjen. På den andre siden ga to ledere støtte til legenes innspill om at innsatsområdene i stor grad handlet om sykepleie. Det bringer frem en diskusjon i forhold til autonomi og konsekvenser for tverrprofesjonell samhandling, men også i hvilken grad respondentene gis mulighet til å kommunisere innhold og mening til ansatte når ikke profesjonene spiller på samme lag.

Utfordringene i ekspertorganisasjoner finnes igjen hos Strand som peker på at ledere har viktige roller med tanke på å balansere forholdet mellom faglig autonomi og etterlevelse av føringer. Han viser til tilpasninger og kompromisser for å imøtekomme motsetninger (Strand, 2007, s. 273). Nettopp slike justeringer beskriver flere av respondentene de har gjort, med bakgrunn i et ønske om å få til en felles tilnærming av kvalitetsarbeidet ved seksjonene. Det utelukker ikke, ifølge flere av lederne, at de ønsker en større delaktighet og interesse rundt flere av aktivitetene i kampanjen.

### 6.3.3 Forbedringsagent 24/7

---

God pasientsikkerhetskultur opparbeides over tid gjennom vedvarende fokus på kvalitet i alle tjenester. I 'Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse - og omsorgstjenesten' beskrives tre kjerneaktiviteter som kan bidra til å øke pasientsikkerheten. For det første vises det til riktige prioriteringer. For det andre, betydningen av kunnskapsbasert praksis og at ledere får bistand til å drive slike prosesser. For det tredje beskrives viktigheten av at forbedringsarbeid integreres i den daglige driften og at resultater løftes opp for læring i andre deler av organisasjonen (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016).

Ingen av respondentene viste til forskriften som et hjelpemiddel i forhold til å planlegge aktiviteter i forbindelse med kampanjen. Det fremkom likevel at de med ulike tilnærminger hadde fulgt opp føringene fra toppledelsen fra oppstart av kampanjen og gjort tilpasninger i årenes løp i forbindelse med overgang fra kampanjen til pasientsikkerhetsprogrammet. To av lederne fortalte at de initialt hadde fått hjelp fra kvalitetsenheten ved sykehuset, spesielt i forbindelse med innføring av risikomøtet. Dette opplevde de viktig, både for egen motivasjon og for å understøtte deres egne forutsetninger for å fremstå som gode rollemodeller for ansatte. Forskriften viser til flere konkrete tiltak for hvordan ledere kan jobbe med pasientsikkerhet, blant annet ved å bygge opp kompetansen rundt systematisk forbedringsarbeid (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016).

Felles for alle lederne var at de erkjente betydningen av å knytte til seg ressurspersoner for å kunne fylle rollen som hjelper - og rådgiver, både i forhold til egen kunnskap, men også for å forankre endringsprosesser bredere for godt samarbeid og engasjement. Meyer & Stensaker vektlegger betydningen av *interne* endringsagenter med tanke på legitimitet blant ansatte, men også fordelene av å kunne holde tak i endringsprosesser over tid (Meyer & Stensaker, 2011, s. 106). Deltakerne viste til fagsykepleiere, teamledere, assisterende seksjonsledere og ildsjeler blant ansatte som viktige støttespillere for å kommunisere innhold og mening med kampanjen og innsatsområdene. Lederne opplevde i tillegg at de fremsto som vittige rollemodeller blant sine kollegaer, også når lederne selv ikke



var tilstede. Dette samsvarer godt med Meyer & Stensaker som i tillegg peker på effekten av å etablere endringsagenter i egen organisasjon for å hente ut denne ressursen i fremtidige endringsprosesser (Meyer & Stensaker, 2011, s. 107).

Respondentene kom stadig tilbake til temaet *kunnskap*, både for egen del men også for sine ansatte. De oppga at de kom langt med fagkunnskap, og at mange av prosessene de sto i hadde sterk forankring i sykepleiefaget. Samtidig var flere av lederne opptatt av hvordan de i større grad kunne gi innsikt og formidle nytten av de ulike prosessene rundt kampanjen. I denne sammenheng viste to av lederne til forbedringssirkelen og småskalatesting, men resten av deltakerne sa at det ofte ble slik at de gikk rett på innføring av tiltak og i mindre grad stoppet opp for å evaluere og eventuelt justere det de hadde iverksatt.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten understreker betydningen av en felles forankring på alle nivå i organisasjonen og gir føringer for hvordan ledere kan jobbe systematisk med kvalitetsarbeid, blant annet ved å sikre opplæringsprogram for alle ledere. Kun en av lederne viste til en formell opplæring, men som en ekstern utdanning og ikke i regi av eget helseforetak. Respondentene fortalte om kurs i systematisk risikovurdering for ansatte som en viktig satsning, men ikke noe tilsvarende for ledere. Det er et paradoks at det stilles så tydelige forventninger til ledere om å drive kontinuerlig kvalitetsforbedring når det fremgår i denne undersøkelsen at ledere ikke har nødvendig forbedringskompetanse. En mulig tilnærming i forhold til denne problemstillingen kunne være å etablere kurs som rettes mot ledere og som inngår som en obligatorisk del av lederutviklingen.

#### **6.4 ‘Lederen som mekler og innovatør: Hva er det ved denne rollen som preger iverksetting av kampanjer?’**

---

Forventningene til mekler - og innovatørrollen var en proaktiv og strategisk lederadferd. En annen forventning var et kontinuerlig fokus på fornyelse og endring for å se mulige fremtidige løsninger i forhold til visjoner og mål. Nok en forventning var knyttet til hvordan lederen gjorde nytte av overføringsverdien av kampanjen og verktøyene til annet kvalitetsarbeid ved å initiere til samarbeid på tvers av seksjoner, profesjoner og helseforetak.

Respondentene pekte spesielt på kontinuitet som er forutsetning for å kunne følge opp og videreutvikle innhold i kampanjen og programmet. Det fremkom også at den symbolske effekten av kampanjen som samlende for helsepersonell var av betydning for å drive kampanjen videre. Et siste funn var opplevelsen av manglende forankring i nivåene og på tvers av profesjonene skaper utfordringer for rollen som entreprenør.

De fire områdene ‘organisatorisk forankring’, ‘faglig legitimitet og autonomi’, ‘forbedringskunnskap vs. profesjonskunnskap’ og ‘tidsdimensjonen’ vil også i denne fjerde delen angi strukturen i delkapittelet og presenteres ved overskrifter som gjenspeiler de ulike rammene.

#### 6.4.1 En rød tråd!

---

Kampanjen ‘I trygge hender 24-7’ har vært en nasjonal satsning som er blitt videreført som et pasientsikkerhetsprogram. På denne måten har satsningen en tydelig forankring fra sentralt hold. Kampanjen har i tillegg en sterk symbolsk forankring ved å formidle til befolkningen at de er ‘i trygge hender tjuetimer i døgnet’ i møte med helsevesenet.

Respondentene bekreftet denne symbolikken ved flere anledninger, blant annet ved en leder som beskrev den som samlende for helsepersonell. En annen av deltakerne sa at kampanjen hadde gitt et felles språk med pasientsikkerhetsfokus. En tredje leder opplevde kontinuiteten i kampanjen som inspirerende og som en rød tråd. Symboler bidrar til å støtte opp om organisasjonens verdier og er en motpol til mer konkrete føringer i form av mål og resultater. Slike verdier er i større grad med på å skape identitetsfølelse og får ansatte til å oppleve at de er viktige aktører (Bolman & Deal, 2009, s. 288-289).

Respondentene opplevde at ansatte i stor grad forsto hensikten med kampanjen og innholdet, noe som i neste rekke bidro til større forankring i sykepleiergruppen og motivasjon til å delta i kampanjearbeidet. En av lederne hevdet at kampanjen hadde gitt status til kjerneverdiene i sykepleien. Målet for pasientsikkerhetsprogrammet er nettopp å få integrert visjoner, metoder og mål som en del av kulturen – ‘måten vi gjør ting her hos oss’. Strand underbygger også verdien av symbolbruk for ledere. Felles språk er kanskje det aller viktigste virkemiddelet som uttrykker tilhørighet,

spesielt innenfor ekspertorganisasjoner med fagprofesjoner (Strand, 2007, s. 165). Over halvparten av lederne ga imidlertid flere tilbakemeldinger om at forankringen i hovedsak fantes innad i egen fagprofesjon, men manglet på tvers av profesjoner. To av lederne mente det opprinnelige engasjementet i de øvrige ledernivåene var blitt borte med årene, noe som skapte utfordringer for å kunne ivareta rollen som initiativtaker og primus motor for videreutvikling av kampanjen.

Respondentene opplevde i stor grad at kampanjen hadde tydeliggjort visjoner og mål i form av kontinuering av pasientsikkerhetsprogrammet. Den hadde også inspirert og gitt innspill til nytenkning og idéer, men det manglende fellesskapet rundt satsningen ble opplevd som et savn. Yukl underbygger viktigheten av visjoner for å skape en bro mellom det som har vært og det vi ønsker å få til i fremtiden. (Yukl, 2015, s. 235). Visjonen blir en rettesnor for strategiene i kampanjen og programmet med mål om å gi pasientene trygg og kompetent helsehjelp – ‘i trygge hender’. Lederne mente det manglende fellesskapet vanskeliggjorde denne delen av lederrollen, da visjoner for fremtiden burde være et felles anliggende på tvers av profesjoner og ledelsesnivå.

I tillegg til å ha visjoner på vegne av organisasjonen så handler en viktig del av mekler og innovatørrollen om å skape stabilitet (Strand, 2007, s. 251). Respondentene mente kampanjen hadde gitt drahjelp og positive virkninger i forhold til å få innarbeidet rutiner og tiltak i daglig drift. Samtidig så flere av lederne at implementering av tiltak i kampanjen ikke var tilstrekkelig for at endringene skulle bli varige. Dette krevde et kontinuerlig fokus. En av respondentene understreket at som leder måtte man være *på* hele tiden, ellers dalte interessen. Hun mente en av hovedoppgavene som leder var å holde levende alt som ble satt i gang.

#### 6.4.2 Et felles løft!

---

Respondentene hadde en felles opplevelse av kampanjen som et kvalitetsløft og at den hadde satt pasientsikkerhet på agendaen. De trakk spesielt frem verktøyene og tiltakspakkene som viktige hjelpemiddel til å visualisere og systematisere forbedringsarbeidet. Når det kom til *samlet* suksess var det større grad av uenighet blant deltakerne. En av dem sa hun hadde hatt sine tvil om enkelte av tiltakene, men det handlet i større grad om at legene ikke var delaktige, noen som fikk betydning

for hennes egen motivasjon. Det var tungt å dra prosessene med bremsen på i andre enden. To av lederne beskrev en mismatch mellom forventinger til lederrollen og egne vurderinger i kraft av sin fagprofesjon, blant annet når det gjaldt valg av innsatsområder. Problemstillingen var i stor grad relatert til den mangelfulle tverrprofesjonelle interessen og utfordringer med elementer i kampanjen, spesielt etablering av risikomøtet som felles arena. Denne utfordringen finner støtte hos Strand som peker på at oppdrag og føringer som ikke er forankret i profesjonene kan bli usikre satsninger. Han viser til effekten av at fagprofesjoner bidrar med kunnskap og innsikt i prosessene (Strand, 2007, s. 273).

De fleste seksjonene hadde etablert arenaer for gjennomgang av risikoområder, men tilbakemeldingen fra respondentene var at det i hovedsak var sykepleierne som deltok. Det så ut til at flere av lederne hadde gitt opp denne felles forankringen, og i større grad konsentrerte seg om det som skjedde i egne rekker. Dette samsvarer i liten grad med anbefalinger hos Rydland i forhold til å gjøre nytte av den brede kompetansen som finnes i organisasjonen (Rydland, 2017, s. 180). En mulig forklaring på denne utfordringen kan være at profesjonene er organisert i to adskilte søyler parallelt med at det ikke legges til rette for tverrprofesjonelle samlingspunkt der systematisk forbedringsarbeid står på agendaen. En annen mulig forklaring kan ha sammenheng med den faglige autonomien i forhold til å avgjøre hva som oppleves som fornuftig med tanke på prioriteringer av innsatsområder i de enkelte seksjoner. Rydland understreker betydningen av det å skape en felles stolthet rundt oppdrag, og det starter med at man jobber sammen (Rydland, 2017, s. 180).

Respondentenes tilbakemeldinger tar opp viktige sider ved kulturen og forholdet mellom profesjonene i organisasjonen. På bakgrunn av egne erfaringer har denne manglende tverrprofesjonelle plattformen også hatt betydning for andre store implementeringer og arbeidsprosesser. Det kan synes som om det er ulik oppfatning og etterlevelse av føringer blant profesjonene, noe som synliggjør avstanden mellom forventninger og krav til og hva ledere faktisk opplever i forhold til å kunne fylle denne rollen. Dette samsvarer i stor grad med funn i en nylig gjennomført studie ved flere helseforetak i Helse Sør-Øst (Hagen, 2019).

### 6.4.3 Kampanjens verktøykasse

---

I veileder for ledelse av pasientsikkerhetsprogrammet vises det til tre kjerneaktiviteter som er avgjørende for å sikre et ledelsesfokus på pasientsikkerhetsarbeid;

1. «Synliggjøre ledelsens prioritering av pasientsikkerhet og kvalitet gjennom tydelig, vedvarende prioriteringer og forpliktelser.»
2. «Sørge for at organisasjonen har tilgang til kunnskap om best klinisk praksis, og støtte prosesser og metoder for hvordan slik praksis kan iverksettes.»
3. «Stimulere til at forbedringstiltak integreres i organisasjonens daglige arbeid. Det innebærer å verdsette innsats og positive resultater av forbedringsarbeidet, støtte opp om aktiviteter som gir resultater slik at de opprettholdes, samt sørge for at informasjon om resultater spres i hele organisasjonen.» (Helsedirektoratet, 2018).

Både føringer, kunnskap og verktøy er tilgjengelig for ledere for å kunne planlegge, iverksette, kontrollere og evaluere arbeid med kontinuerlig forbedring. Resultatene fra studien viste at respondentene, med unntak av en med formell forbedringskunnskap, ikke hadde kjennskap til omfanget av føringene og det tilgjengelige materialet, ut over tiltakspakkene i kampanjen. En mulig forklaring kan være at det ikke fremkom eksplisitt i intervjuene om de benyttet seg av blant annet Pasientsikkerhetsprogrammets nettsider for 'ledelse av pasientsikkerhet'. En annen mulig forklaring kan være at forankringen av kampanjen og programmet kun har omfattet det praktiske materialet og at det for liten grad har vært fokusert på systematisk kompetansebygging i ledelse av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. To av lederne pekte på den positive effekten samarbeidet med kvalitetslegene hadde hatt ved oppstart av kampanjen. Den tverrprofesjonelle forankringen hadde stor betydning i forhold til overføring av kunnskap om både kvalitetsforbedringsarbeid og anvendelse av verktøy. Det ble vist til systematiske gjennomganger og bruk av forbedringstavle med utvikling av resultater og mål.

Aase og Hansen påpeker betydningen av det tverrprofesjonelle samarbeidet for å sikre kvalitet på helsetjenestene. De viser til WHO-rapporten (2010) som vektlegger effekten av både tverrprofesjonell utdanning og trening for å skape en felles forståelse og en felles plattform for pasientsikkerhetsarbeidet. Rapporten konkluderer med at helsepersonell må mestre tverrprofesjonelt samarbeid i tillegg til profesjonskunnskap for å kunne spille på hverandres komplementære ferdigheter

(Aase & Hansen, 2015). Flere av deltakerne beskrev at det var nettopp dette samspillet som ikke fungerte optimalt, og at det i liten grad var fokusert på organisert trening av et slikt tverrprofesjonelt samarbeid.

Respondentene gjentok betydningen kampanjen hadde hatt for å sette pasientsikkerhet på agendaen, men opplevde utfordringer med å få gjennomslag for idéer og tiltak som ble iverksatt i sykepleiergruppen. Dette gjorde det vanskelig å fylle lederrollen med tanke på konsolidering og videreutvikling av kampanjen. Strand underbygger dette med at rollen som innovatør kan være vanskelig å få aksept for i ekspertorganisasjoner, men bakgrunn i formaliserte strukturer som gir mindre rom for kreativitet og nytenkning (Strand, 2007, s. 532). En mulig tilnærming for å sette ytterligere fokus på kontinuerlig forbedringsarbeid er å benytte allerede etablert kompetanse i organisasjonen. Slik kompetanse finnes blant annet hos rådgivere, i kvalitetsavdeling og i simuleringssenteret. Effekten av en slik støtte ved innføring og oppfølging av nye satsningsområder kan ha stor betydning for gjennomføringsevne. Stabspersonell kan også være en naturlig del av tverrprofesjonelle arenaer hvor elementer i kampanjen settes på agendaen, diskuteres og følges opp.

Lederne var samstemte om betydningen av målinger for å kunne synliggjøre forbedring. Det fremkom hos de fleste at kunnskapen manglet med tanke på å kunne nyttiggjøre seg rapporter og statistikk. Over halvparten av lederne påpekte at det ikke ble etterspurt målinger, noe som bidro til at det heller ikke ble lagt mye arbeid og energi i å gjennomføre. Kun en av lederne sa at de rapporterte jevnlig og at resultatene var av betydning for både prioriteringer og motivasjon til å fortsette. Uten fokus på resultater var hennes erfaring at det ble vanskelig å konsolidere det som var iverksatt og justere for nye mål.

#### 6.4.4 Ting tar tid!

---

*«Kontinuiteten - den er avgjørende for å utnytte kraften i kampanjen!»*

Respondentenes samlede opplevelse var at kampanjen og programmet hadde bidratt til å skape oppmerksomhet over tid. En av lederne mente dette hjalp henne i planlegging og prioritering av kvalitetsarbeidet. En annen deltaker opplevde at systematikken i kampanjen og programmet hadde gitt idéer til andre oppgaver i

seksjonen. En tredje leder hevdet at det handlet om ‘den røde tråden’, med oppfølging av innsatsområder, verktøy og et nasjonal møtested i form av pasientsikkerhetskoneranser. Likevel kan det se ut som om denne kontinuiteten i hovedsak kom til syne i sykepleiergruppen og at legene ikke var av samme oppfatning. To av respondentene bekreftet dette med utsagn som ‘dette er jo sykepleie – dette er jo vårt’ og ‘jeg synes det med de innsatspakkene er litt sånn deilig grunnleggende sykepleie’. En mulig forklaring kan være at legeledere ikke har inngått i undersøkelsen, og derfor ikke har kunnet bekrefte eller avkrefte denne antakelsen. På den annen side ville trolig dette fremkommet som informasjon i intervjuene. Dette understøttes av Hagen, som sier det var ‘*signifikant forskjell mellom profesjonene*’ i forhold til opplevd deltakelse og nytteeffekt av risikomøtene (Hagen, 2019).

Strands entreprenørrolle forutsetter evne og vilje til å arbeide med tilpasning, innovasjon og endring (Strand, 2007, s. 505). Rollen kan synes utfordrende å fylle med bakgrunn i respondentenes tilbakemeldinger om treghet i organisasjonen, autonome profesjoner og mangel på felles arenaer. En av lederne mente at man aldri kunne slutte å ha fokus på tiltakene, da vil effekten avta. Dette finner støtte hos Simonsen, som sier påvirkning er en kontinuerlig prosess og at utholdenhet er avgjørende for å lykkes med varig endring (Simonsen, 2008, s. 113).

Pasientsikkerhetskampanjen og programmet har lagt føringer for ledelse av pasientsikkerhet i helseforetakene, blant annet ved å bygge robuste strukturer for ivaretagelse av pasientsikkerheten for å sikre kontinuitet. En av respondentene bekreftet dette og understreket betydningen av nettopp kontinuiteten som avgjørende for å utnytte kraften av den opprinnelige kampanjen:

*«..og det er klart at når kampanjen er gått over til et program - og det blir årlig konferanse - så har du denne røde tråden der! Altså, dette gir du ikke slipp på!»*

## 7 Konklusjon

Dette kapittelet starter med at jeg - som en videreføring av drøftingskapittelet - kort svarer på avhandlingens problemstilling. Dette følges så opp av noen refleksjoner og anbefalinger. Avslutningsvis gis det innspill til videre forskning.

### 7.1 Hvordan bruker ledere kampanjer for å styre organisasjoner?

---

#### *Forankring*

Ledere på operativt plan har et helhetlig lederansvar som omfatter drift, fag og økonomi. En viktig del av lederfunksjonen er å drive kontinuerlig kvalitetsforbedring. Mine funn viste at respondentene opplevde kampanjen på mange måter som et hjelpemiddel til å organisere kvalitetsarbeidet. På denne måten fikk de et styringsverktøy som både hadde en nasjonal og lokal forankring hos helsepersonell. Kampanjen bidro til å sette pasientsikkerhet på agendaen, og verktøyene som fulgte med kampanjen ga et utgangspunkt for å etablering av blant annet risikomøter. Kampanjen ga i tillegg en symbolsk effekt i form av et felles språk og en fornyet status til kjerneverdiene i sykepleien. Lederne opplevde kraften i kampanjen som motivasjon og inspirasjon for egen del og som 'drahjelp' ved implementering. Metodikken i kampanjen ga innspill til å gjøre riktige prioriteringer med tanke på å forebygge uønskede hendelser. Det var imidlertid andre forhold som gjorde det mer krevende å styre deler av kampanjen. Funn viste at få seksjoner hadde legedeltakelse ved gjennomgang av indikatorene. Det tverrprofesjonelle samspillet var utfordrende for flere av respondentene noe som medførte en rekke lokale tilpasninger fordi legene ikke deltok på risikomøtene. Intensjonen med legeledelse og en felles gjennomgang ble borte. Forutsetningen for å fylle rollen som pådriver ble med dette vanskelig å etterleve. Dette skapte frustrasjon hos flere ledere. Funn viste også at forankringen var sterkere i to seksjoner, noe som i stor grad handlet om deltakelse fra alle nivå og på tvers av profesjoner fra starten av kampanjen. Interessen for blant annet målinger og resultater kom tydeligere frem her og var avgjørende for ledelse og styring.

Mangel på felles arenaer gikk igjen som en utfordring i forhold til å få utført oppgavene som leder, både med tanke på etterlevelse av føringer i kampanjen og



annen dialog rundt kvalitetsforbedringsarbeid. Lederne snakket om en kobling som ble borte mellom toppledelse og operativt nivå og at engasjementet på en måte hadde smuldret opp i takt med årene.

### *Felles plattform*

Ledelse av pasientsikkerhet forutsetter et felles ståsted og en felles plattform for samarbeid mellom profesjonene. Funn i undersøkelsen viser til flere forbedringsområder. Mangelfull samhandling gjorde det vanskelig å inneha lederrollen med tanke på oppfølging av kampanjen og innsatsområdene. Flere seksjoner hadde endret rutiner rundt risikomøtet og forklarte det med at legene mente det var et 'sykepleieanliggende' og at formen på møtet ikke opplevdes som hensiktsmessig. Strand beskriver nasjonale kulturer i ekspertorganisasjoner som en utfordring med tanke på faglig legitimitet og autonomi. Det er til ettertanke at kampanjen som er bygget på faglige vurderinger fra sentralt hold, ikke får gjennomslag lokalt. Mine funn viste også at ledernes forutsetninger for å styre kampanjen var avhengig av ressurspersoner som en forlengelse av eget lederskap, som sparringspartnere og ildsjeler ute i seksjonene. På denne måten kunne ledere både inkludere og tre litt tilbake i forhold til 'overvåkingsrollen' og ha et større fokus på å fasilitere. At lederne delegerte medførte ikke at de oppfattet sitt ansvar mindre.

### *Kunnskap*

Funn viste at lederne i stor grad manglet forbedringskunnskap, men at de opplevde å håndtere lederoppgavene i forhold til planlegging av aktiviteter rundt kampanjen. Flere benyttet seg av verktøyene, men hadde ikke nyttiggjort seg fullt av tilgjengelig kunnskap og materiell. Det var gjennomgående i undersøkelsen at lederen med kompetanse innen kvalitetsarbeid viste til systematisk tenkning også i andre sammenhenger, noe som kan være et viktig innspill for videre planlegging av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Forbedringskompetanse kan ha spilt en rolle i forhold til å oversette kampanjens nytteverdi og hensikt, og at ledere har mer gjennomslagskraft ved å selge inn kampanjebudskap med bakgrunn i kunnskapsvurdering og logikk. Økt kunnskap vil gi mer målrettet ledelse. En rekke tiltak iverksatt, men det er gjennomgående at den systematiske tilnærmingen ikke fungerer optimalt. Store og små prosjekter settes i gang uten at det er gjort

tilstrekkelig kartlegging i forkant. Det mangler kunnskap om målinger og hvordan man skal bruke resultatene for å bli bedre. På denne måten mister lederen noe av sin mulighet til å holde stø kurs. Større fokus på måling og rapportering av resultater kunne i tillegg gitt større tverrprofesjonelt engasjement.

### *Kontinuitet*

Kontinuiteten på kampanjen ble trukket frem som et funn av stor betydning. Langvarig fokus ga forutsigbarhet i forhold til styring og planlegging av aktiviteter. 'Den røde tråden' og det jevnlike påfyllet i kampanjen fungerte som motivasjon og drivkraft for flere ledere. Å se på tiltak og forbedringsarbeid i et langt perspektiv kan være en nøkkel til suksess. Det var i liten grad fokusert på det å holde fast i forbedringsområder, gjøre målinger, justeringer og teste ut igjen ved hjelp av forbedringssirkelen. Men det var også sider ved kontinuiteten som var utfordrende for lederen, spesielt der de opplevde liten tverrprofesjonell støtte. Da ble lasset tungt å trekke.

### *Ny viten*

Flere funn har støttet opp om og underbygget eksisterende forskning. Det som fremkommer som mulig ny kunnskap er beskrivelsen av kampanjen som samlende for helsepersonell. Opplevelsen av å få et felles språk for pasientsikkerhet. Legene har i større grad måttet ta ansvar for enkelte oppgavene som før hadde vært forbundet med sykepleierrelaterte oppgaver, for eksempel vurderinger rundt indikasjoner for innleggelse av urinkateter, og vurdering av alvorlighetsgrad for trykksår. Dette har bidratt til å tydeliggjøre ansvar og ansvarsfordeling og gitt en mer helhetlig tilnærming i pasientbehandlingen.

Studien har også bidratt til ny innsikt rundt behovet for å rette oppmerksomhet mot utvikling av det tverrprofesjonelle samarbeidet ved innføring av nye prosjekter. Føringer bør legges for å bygge tverrprofesjonelle arenaer med felles opplæring og felles trening i forbedringsarbeid.

### *Avrundning*

Studiens problemstilling ønsket svar på hvordan ledere bruker kampanjer til å styre organisasjoner. Jeg opplever i stor grad at empirien har bidratt til å synliggjøre flere sider av lederrollen og på den måten har svart opp problemstillingen. Innspillene

viser hva ledere *gjør* i form av å etablere arenaer og gjør tilpasninger i driften for å kunne etterleve krav og føringer rundt kampanjen. Studien har også gitt eksempler på hva ledere *er* i organisasjonen i form av rollemodeller, forbilder og veivisere. Studien har pekt på de begrensninger ledere opplever og som gjør det vanskelig å fylle de ulike rollefunksjonene. Studien viser at ledere opplevde starten av kampanjen som spennende, noe nytt og som bidro til system, struktur og fokus. Erfaringen er at flere av systemene smuldrer opp over tid og faller tilbake til gamle mønstre. Føringer fra sentralt hold med å bygge ‘varige strukturer’ -viser at det ennå er en vei å gå – til et varig engasjement – eller som en del av den daglige driften og ‘måten vi gjør ting på her hos oss’. En organisasjonskultur som er gjennomsyret av et tverrprofesjonelt fokus på pasientsikkerhetsarbeid.

## 7.2 Refleksjoner og anbefalinger

---

### *Refleksjoner*

Proessen rundt arbeidet med studien har vært svært langvarig og krevende. Samtidig har tidsaspektet hatt stor betydning for modning og refleksjon rundt temaet. Problemstillingen ble valgt med bakgrunn av mange års erfaring med pasientsikkerhetsarbeid. Ved arbeid i egen seksjon og lokal kvalitetsgruppe har jeg reflektert over hvordan kampanjen har hatt effekt og i hvilken grad vår seksjon etterlever føringer om å drive kontinuerlig kvalitetsforbedring. Det langvarige fokuset på oppgaven har bidratt til at temaet har dreiet fra et ønske om å studere resultater fra pasientsikkerhetskulturundersøkelser til å se på ledelsesfunksjoner i forhold til pasientsikkerhetskampanjen.

Nærheten til praksisfeltet, parallelt med studiet, har gitt refleksjoner og et nytt engasjement i forhold til hvordan vi kan organisere kvalitetsarbeidet. Ved å bli mer kjent med lover, forskrifter og veiledere i pasientsikkerhetsarbeid opplever jeg en større bevissthet rundt egne begrensninger som leder. Jeg har også søkt i teori og artikler som har kunnet underbygge forhold som har betydning for utøvelse av ledelse. En erfaring i prosessen, spesielt i bearbeiding av resultater og drøfting, var hvordan organisatoriske betingelser gikk igjen som forutsetninger for lederrollen. Et annet forhold var det Strand kaller nasjonale kulturer, som i ekspertorganisasjoner som sykehus, kommer til syne i form av faglig legitimitet og autonomi. Ledere i sykehus har en faglig plattform i sin profesjonskunnskap, men

det ble tydelig at forutsetninger for å kunne gjøre nytte av kraften i kampanjen synliggjorde et behov for forbedringskunnskap. Tidsdimensjonen ble også en faktor som forklarte flere sider av det å være leder og skulle jobbe med kampanjer. Tiden var en faktor som ga positiv virkning i form av kontinuitet, men tiden var også en belastende faktor, særlig når det ikke var progresjon i arbeidet eller man opplevde det vanskelig å få forankret kampanjen og programmet i egen og gruppe og på tvers av fagprofesjonene.

Flere funn går over i hverandre - rollene til ledere synes å overlape. Når respondentene snakker om struktur så kommer de også inn på arenaer. Snakker de om tilstedeværelse så dreier det seg også om en arena der de kan være pådrivere og rollemodeller og ikke minst spille på tverrfaglighet. En leder går inn og ut av rollene. Studien har hatt Strands modell PAIE som rammeverk. Med bakgrunn i en naturlig tilhørighet i ekspertorganisasjonen forventet jeg kanskje at 'produsenten' ville ha den mest sentrale rollen. Mine funn viser imidlertid at lederen har en tilhørighet hos alle de fire lederrollene til Strand, noe som er gjenkjennbart i forhold til egen funksjon som seksjonsleder.

Studien problemstilling og forskningsspørsmål er forsøkt svart opp ved hjelp av et teoretisk rammeverk bestående av etablert litteratur og nyere endringslitteratur. Jeg opplever at temaet er spisset underveis i godt samarbeid med veileder og at valget av modellen til Strand, PAIE, med lederrollene ble en teoretisk ramme som har bidratt til å holde fokus i større grad.

### *Begrensninger*

En svakhet ved min studie er at den kun har inkludert ledere på operativt nivå. Studien til Sinkowitz-Cohran et al. (2011) viser signifikante forskjeller i svar når det kommer til tilbakemeldinger og oppfatninger fra de ulike ledernivåene, noe som kan medføre en lite nyansert oppfatning av prosessene, organisasjonskulturen og opplevelse av hvordan alle nivå opplever pasientsikkerhetsspørsmålet. På den annen side gir den også et viktig bidrag til å belyse utfordringer ved dette utøvende ledernivået.

En annen begrensning er at det ikke har inngått legeledere i studien, noe som kunne vært svært interessant med tanke på at de får kritikk for manglende engasjement og

oppslutning. En ny artikkel fra juni 2019 viser til komparative resultater med manglende interesse og deltakelse i risikomøter (Yvonne Hagen, 2019).

### **7.3 Veien videre**

---

Det er fremdeles en rekke områder som ikke har sett dagens lys. Noe som jeg mener kunne gitt verdifull innsikt i tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren er en studie som fokuserer på tverrprofesjonell opplæring og trening i ledelse av pasientsikkerhetsarbeid' som en del av et lederutviklingsprogram.

## Referanser

- Aase, I. & Hansen, B. S. (2015). Trening av tverrprofesjonelt samarbeid i helseutdanninger. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (2. utg., s. 205-219). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Anfara, V. A. & Mertz, N. T. (2015). *Theoretical frameworks in qualitative research* (2nd ed. utg.). Los Angeles: Sage.
- Bergerød, I. & Wiig, S. (2015). Ledelse og pasientsikkerhet. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (2. utg., s. 113-126). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Bolman, L. G. & Deal, T. E. (2009). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse : strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brunsson, N. (2006). *Mechanisms of hope : maintaining the dream of the rational organization*. København: Copenhagen Business School Press Liber Universitetsforlaget
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor. Instrument, kultur, myte*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=Forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring)
- Hagen, Y. C. (2019). *Tavlemøter ved medisinske sengeposter. Tidstyv eller kvalitetstid?* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (Meld. St. nr. 47). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* (Meld. St. nr. 10 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Kvalitet og pasientsikkerhet* (Meld. St. nr. 13 2016-2017). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Oppdragsdokument* (2019). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>
- Helsedirektoratet. (2018). Veileder til lov og forskrift. Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Hentet 14. november 2019 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2019). I trygge hender 24/7. Innsatsområder. Hentet 14. november 2019 fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der>

- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2012). *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Merriam, S. B. (2014). *Qualitative research - A guide to design and implementation* (2. utg.). San Francisco: A Wiley Imprint.
- Meyer, C. B. & Stensaker, I. G. (2011). *Endringskapasitet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Moren, J. (2011). Om reformer: En studie av Kvalitetsreformen, Politireform 2000 og Kunnskapsløftet. I.
- Nielsen, J. C. R. & Repstad, P. (1993). Fra nærhet til distanse og tilbake igjen : om å analysere sin egen organisasjon. I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker-tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (2. utg., s. 347-368). Oslo: TANO.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rydland, M. (2017). Hvilken rolle spiller mellomlederen? I T. Nesheim & I. G. Stensaker (Red.), *Fokus på fremtidens foretaksløsninger* (s. 169-189). Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schumacher, A. (2012). *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak*. Hentet fra [https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2031-13%20vedlegg%20Rapport Nasjonalplattformforledelse\\_web.pdf](https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2031-13%20vedlegg%20Rapport%20Nasjonalplattformforledelse_web.pdf)
- Simonsen, A. (Red.). (2008). *"Staten vil deg vel, så gjør som den sier" : offentlige kampanjer i 50 år*. Oslo: Norsk kommunikasjonsforening.
- Simonsen, A. (2007). *Offentlig informasjons- og kommunikasjonsarbeid : mål og metoder* (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Sinkowitz-Cochran, R. L., Garcia-Williams, A., Hackbarth, A. D., Zell, B., Baker, G. R., McCannon, C. J., ... Goldmann, D. A. (2012). Evaluation of Organizational Culture among Different Levels of Healthcare Staff Participating in the Institute for Healthcare Improvement's 100,000 Lives Campaign. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 33(2), 135-143. <https://doi.org/10.1086/663712>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Strand, T. (2007e). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Stubberud, D.-G. (2018). Kvalitetsarbeid. I *Kvalitet og pasientsikkerhet : sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid* (s. 11-37). Oslo: Gyldendal.

- Vecchio, R. P. (1995). Makt, innflytelse og påvirkning. I Ø. L. Martinsen (Red.), *Perspektiver på ledelse* (4. utg., s. 317-341). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Yukl, G. (2015). Å lede organisasjonsendringer. I Ø. L. Martinsen (Red.), *Perspektiver på ledelse* (4. utg., s. 221-262). Oslo: Gyldendal Akademisk.



## Oversikt over figurer

Figur 1: Strands fire organisasjonsformer med tilhørende ledelsesfunksjoner - PAIE

Figur 2: Strands skjema med områder der ledere kan virke i organisasjoner

Figur 3: Risikoområder i pasientsikkerhetskampanjen

Figur 4: Elektronisk risikotavle

Figur 5: Forbedringstavle

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Henvendelse til klinikkledelse

---

### *Forespørsel om intervju av seksjonsledere i forskningsprosjektet «Fra syk til sykt bra!»*

---

Jeg er ansatt som seksjonsleder ved Intensivseksjon 4H ved Sykehuset i ..... Jeg gjennomfører i disse dager avsluttende masteroppgave i forbindelse med studiet «Organisasjon og ledelse» ved Høgskolen i Østfold.

Tema for masteravhandlingen er prosesser knyttet til kontinuerlig forbedringsarbeid. Jeg ønsker å undersøke hvordan organisasjonen ved hjelp av ledere bruker en mulighet som Pasientsikkerhetskampanjen/Pasientsikkerhetsprogrammet som virkemiddel for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet. Jeg skal også forsøke å kartlegge konsekvenser av ulike organisasjonsformer med dens tilhørende ledelsesfunksjoner i forhold til om de har betydning for hvordan kampanjen” I trygge hender”/Pasientsikkerhetsprogrammet er blitt implementert og tatt opp i organisasjonen som et vellykket verktøy for endring og forbedring. Jeg håper at informasjon gjennom denne studien gjør meg i stand til å analysere hvordan kampanjer/forbedringsprogram kan brukes, hva de gjør med organisasjonen og betydningen av det samlede lederskapets kunnskap og evner til målrettet arbeid med endringsprosesser.

Det er også et mål at arbeidet skal bidra til økt kunnskap om hvilke muligheter og hindringer ledere erfarer i arbeidet med slike program og hva som skal til for at implementering og opptak av ulike innsatsområder skal tas opp av ansatte og bli en del av kulturen. Jeg ønsker å bidra til å gjøre forbedringsarbeid mer tydelig for ledere slik at denne kunnskapen i neste rekke kan være med å påvirke holdninger til tiltak som iverksettes i organisasjonen.

Problemstillingen er «Hvilke muligheter og begrensninger er knyttet til de ulike ledelsesfunksjoner når organisasjoner tar i bruk kampanjer/program som virkemiddel for endring?»

Tema og problemstilling er avklart med Forsknings – og innovasjonsavdelingen ved .....

Det er ønskelig å gjennomføre 6-8 kvalitative, individuelle intervju med seksjonsledere. Et krav til inkludering er at informantene har hatt lederroller direkte knyttet til pasientsikkerhetskampanjen og pasientsikkerhetsprogrammet i hele perioden fra oppstart i 2011 til dags dato. Jeg ber med dette om tillatelse til å kontakte seksjonsledere ved deres respektive klinikker for å spørre om deltakelse i min forskningsstudie. Jeg håper at intervjuene kan gjennomføres i løpet av august/september 2018. Det settes av 60 minutter til hvert intervju. Det vil bli benyttet båndopptaker. Alle data vil bli behandlet anonymt og konfidensielt i henhold til forskningsetiske retningslinjer.

Ansvarlig veileder er Førsteamanuensis Jan Moren, Høgskolen i Østfold, telefon 69608319, e-post: jan.moren@hiof.no

Studien er ifølge Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) ikke meldepliktig da det ikke skal innhentes personopplysninger.

Jeg håper dette vil la seg gjennomføre og at resultater/funn vil ha interesse og verdi for klinikkene/organisasjonen i videre arbeid.  
På forhånd takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

*Anita Skau Christophersen*

Seksjonsleder Intensivseksjon 4H

Kirurgisk klinikk

33 34 21 86/98 02 99 24

## Vedlegg 2: Søknad og godkjenning klinikkledelse

Skjema for behandling av personopplysninger i forskning, innovasjon og kvalitetssikring

For forskningsprosjekter/registre/biobanker: Send skjema og prosjektbeskrivelse til [forskning@.....](mailto:forskning@...)  
For kvalitetsregistre og kvalitetsstudier: Send skjema og evt. prosjektbeskrivelse til [kvalitetsregister@.....](mailto:kvalitetsregister@...)  
For innovasjonsprosjekter: Send skjema og prosjektbeskrivelse til [innovasjon@.....](mailto:innovasjon@...)

### 1. Informasjon om søker og prosjektittel

Prosjektleders navn:	Anita Skau Christophersen
E-post:	anita.christophersen@
Klinikk:	Kirurgisk klinikk
Avdeling:	Intensivseksjon 4H
Forskningsansvarlig institusjon(er):	Høgskolen i Østfold
Studiens / registerets navn:	Fra syk til sykt bra! Ledelsesfunksjoner ved kampanjer

### 2. Type studie / register

Internt kvalitetsregister	<input type="checkbox"/>
Kvalitetsstudie	<input type="checkbox"/>
Innovasjonsprosjekt	<input type="checkbox"/>
Forskningsprosjekt	<input checked="" type="checkbox"/>
Opprettelse av helseregister / tematisk register, som skal brukes for flere studier	<input type="checkbox"/>
Opprettelse av prosjektspesifikk forskningsbiobank	<input type="checkbox"/>
Opprettelse av tematisk forskningsbiobank	<input type="checkbox"/>

### 3. Formål

Beskriv formålet: Hensikten er å forstå hvordan ledere på 4 nivå jobber med pasientsikkerhetskampanjen/programmet for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet. Dette gjennomføres ved å kartlegge konsekvenser av ulike ledelsesfunksjoner i forhold til om de har betydning for hvordan kampanjen "I trygge hender"/pasientsikkerhetsprogrammet er blitt implementert og tatt opp i organisasjonen som et vellykket verktøy for endring og forbedring. Det er et mål at studien skal gjøre meg i stand til å analysere hvordan kampanjer kan brukes, hva de gjør med organisasjonen og betydningen av det samlede lederskapets kunnskap og evner til målrettet arbeid med endringsprosesser. Jeg håper i tillegg at arbeidet skal bidra til økt kunnskap om hvilke utfordringer og hindringer ledere erfarer i arbeidet med slike program og hva som skal til for at implementering og opptak av ulike innsatsområder skal tas opp av ansatte og bli en del av kulturen i organisasjonen. Avslutningsvis ønsker jeg å bidra til å gjøre fenomenet "kampanje" mer tydelig for ledere slik at denne kunnskapen i neste rekke kan være med å påvirke holdninger til tiltak som iverksettes i organisasjonen.

### 4. Prosjektperiode

Oppstart: 2017  
Avslutning: 15.06.19

### 5. Samtykke

A) Skal det innhentes samtykke fra den registrerte?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Hvis nei, begrunn hvorfor: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.		
B) Skal det innhentes samtykke fra andre enn den registrerte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nei
Hvis ja, av hvem? Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.		
Hvis barn inkluderes, angi alder: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.		

## Skjema for behandling av personopplysninger i forskning, innovasjon og kvalitetssikring

- C) Skal det søkes om unntak fra taushetsplikt?  Ja  Nei

### 6. Eksterne godkjenninger

Kryss av for hvilke eksterne godkjenninger som skal innhentes:

- REK  Statens Legemiddelverk  Helsedirektoratet  NSD

Andre, beskriv: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

### 7. Formidling

- A) Skal data fra prosjektet / registeret danne grunnlag for publikasjon?  Ja  Nei

### 8. Personopplysninger registeret / prosjektet skal omfatte

- A) Hvilke variabler / opplysninger samles inn om den registrerte (skriv utfyllende)?  
Ledelsesfunksjoner og roller i forbindelse med kampanjen I trygge hender/pasientsikkerhetsprogrammet. Generelle og spesifikke erfaringer med det å lede kampanjearbeid/pasientsikkerhetsarbeid. Temaer som tas opp vil være: styring og organisering, endringsarbeid, organisasjonskultur, verktøy og virkemidler i forbindelse med kampanje.
- B) Cirka hvor mange vil inkluderes?  
6-8
- C) Vil det innhentes PROMS (patient reported outcome measures, pasientrapporterte utfallsmål) i prosjektet / registeret?  Ja  Nei

### 9. Utvalget

Informasjonsbehandlingen omfatter opplysninger om (beskriv også eventuell kontrollgruppe):

- Pasienter ved SiV, beskriv hvilken pasientgruppe: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
- Pårørende  Pasienter ved andre sykehus / institusjoner
- Ansatte i egen virksomhet  Friske frivillige
- Tilfeldig utvalgte  Seleksjonsutvalgte
- Andre, utdyp:Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

### 10. Innsamling av opplysningene

Ved overføring av forskningsdata mellom enheter/systemer/lokasjoner så er det et krav om kryptering hvis man benytter et fysisk medium som eks. minnepinne.

- A) Hvordan samles personopplysningene inn?  
 Manuelt  Elektronisk (bilde og tekst)  Videoopptak  Lydopptak  
 Annet (beskriv hvordan): Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
- B) Hvor innhentes personopplysningene fra?  
 Fra den registrerte selv  Annet (beskriv hvor fra) (navngi lokale / nasjonale registre eller foretak det skal hentes data fra): Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
- C) Hvis innsamling av personopplysninger skal gjøres fra andre virksomheter, hvordan skal dette gjennomføres?  
Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

## 11. Lagring og behandling av opplysninger

---

Lagring og behandling av forskningsdata skal samsvare med hva som er angitt i REK-søknad. Risikovurdering for lagring og databehandleravtale må være håndtert, inkludert godkjent av Personvernombud, før opplysninger eventuelt kan lagres utenfor foretakets forskningsservere og hos eksterne.

- A) Hvor lagres opplysningene?
- På Sensitivt (O:\Sensitivt\)
  - TSD (Universitetet i Oslo sin løsning for sikker lagring). Forutsetter databehandleravtale.
  - Medinsight
  - På papir. Forklar hvordan dette sikres mot uvedkommende: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
  - På video, tape eller annet optak. Beskriv hvordan dette er sikret og om personen kan identifiseres: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
  - Annet (for eksempel andre virksomheters nettverk). Forklar: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
- B) I hvilket IKT-program lagres rådata?
- Medinsight
  - EpiData
  - eReg
  - Viedoc
  - Excel
  - SPSS
  - Annet: Intervjuer tas opp på lydoptaker av type Sony ICB-UX560B. Lydfiler lagres på MP3-filer på sensitivt område. Transkriberingen lagres i Word-dokument på sensitivt område.
- C) Hvordan lagres opplysningene? (Bruk av direkte identifisering som fødselsnummer og navn skal forsøkes unngått)
- Opplysningene lagres med navn, fødselsnummer eller annet som entydig angir det enkelte individ
  - Opplysningene lagres aidentifisert (ved bruk av kodelister, krysslister eller lignende)
- D) Hvordan er kodelister / krysslister beskyttet / lagret? Forklar: Respondentene merkes med tall fra R1, R2, osv. Initialer på respondentene lagres sammen med nummer på sensitivt område. Eventuelt notater skrevet for hånd scannes inn umiddelbart etter intervju og lagres på sensitivt område og original papirutgave makuleres og slettes fra PC.

## 12. Elektroniske verktøy

---

- A) Hvilke elektroniske verktøy / programmer / teknologi / elektroniske skjemaer etc. skal benyttes i prosjektet? Beskriv: Lydoptaker av type Sony ICB-UX560B.

## 13. Sletting / anonymisering

---

- A) Angi tidspunkt for sletting / anonymisering av data: 15.06.19
- B) Beskriv hvordan data vil bli slettet / anonymisert: Alle filer på sensitivt område vil bli slettet.

## 14. Utlevering av forskningsdata til eksterne samarbeidspartnere

---

- A) Vil forskningsdata bli gjort tilgjengelig/utlevert til ekstern samarbeidspartner(e)?
- Ja                       Nei
- Institusjon: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
- Kontaktperson: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
- Er virksomheten innenfor EU/EØS?                       Ja                       Nei

## Skjema for behandling av personopplysninger i forskning, innovasjon og kvalitetssikring

### B) Hva blir overført?

- Informasjon med navn, fødselsnummer eller annet som entydig angir det enkelte individ
- Anonymisert informasjon
- Aidentifisert informasjon. Forklar i så fall hvordan koblingsnøkkel beskyttes:  
Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

### C) Hvordan oversendes informasjon?

- Personlig overlevering
- Legges ut på sikret område for nedlasting av mottaker
- Kryptert fysisk medium, for eksempel minnepinne.
- Registreres på sikret web-side hos mottaker, som ikke krever installasjon av programvare i: -nettet
- Annet, nærmere beskrivelse: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

## 15. Bruk av humant, biologisk materiale

---

- A) Medfører prosjektet bruk av humant, biologisk materiale?  Ja  Nei
- B) Gjøres genetiske undersøkelser som har diagnostiske, prediktive eller behandlingmessige konsekvenser for deltakeren?  Ja  Nei
- C) Benyttes materiale fra en allerede eksisterende biobank?  Ja  Nei  
Hvis ja, angi navn på biobank og ansvarlig leder: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

## 16. Opprettelse av biobank

---

- A) Det skal opprettes en
  - spesifikk forskningsbiobank
  - tematisk forskningsbiobank
- B) Forskningsbiobankens navn: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
- C) Forskningsbiobankens innhold (vev, blod og lignende) og antall inkluderte: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
- D) Hva skjer med biobankmaterialet:
  - Materialet oppbevares etter prosjektslutt, til år:Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst,
  - Materialet destrueres fortløpende i prosjektet
  - Materialet destrueres ved prosjektavslutning
  - Materialet overføres til annen biobank, hvilken:Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
  - Skal biobankmateriale overføres til annen institusjon? Hvilken:Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
  - Skal biobankmateriale overføres til institusjon utenfor EU /EØS? Hvilken:Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
  - Dersom biobankmateriale skal overføres til annen institusjon, hva overføres og hvordan: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
  - Annet: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

## 17. Andre relevante opplysninger

---

Hvis aktuelt, beskriv her andre relevante opplysninger: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

## 18. Bestilling av lagringsplass på Sensitivt

---

Hvor skal opplysningene lagres (sett kryss)?

Skjema for behandling av personopplysninger i forskning, innovasjon og kvalitetssikring

På Sensitivt (O:\Sensitivt\Forskning)

På Sensitivt (O:\Sensitivt\Kvalitetsregistre

På Sensitivt (O:\Sensitivt\Klinikk)

Ønsket navn på mappe:	Fra syk til sykt bra! Ledelsesfunksjoner ved kampanjer.	
De som skal ha tilgang (navn):	Brukernavn:	Angi lese- eller skrive tilgang
Anita Skau Christophersen	CHRAN	<input checked="" type="checkbox"/> Lese <input checked="" type="checkbox"/> Skrive
		<input type="checkbox"/> Lese <input type="checkbox"/> Skrive
		<input type="checkbox"/> Lese <input type="checkbox"/> Skrive
		<input type="checkbox"/> Lese <input type="checkbox"/> Skrive
		<input type="checkbox"/> Lese <input type="checkbox"/> Skrive
		<input type="checkbox"/> Lese <input type="checkbox"/> Skrive
		<input type="checkbox"/> Lese <input type="checkbox"/> Skrive

**19. Intern forankring**

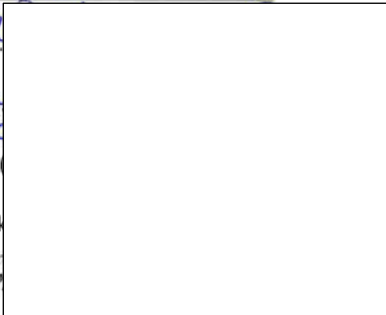
Dato:            Klinikksjef Kirurgisk klinikk (sign.): ..... *Ørn*

Dato:            Klinikksjef Medisinsk klinikk (sign.): ..... *Hau*

Dato:            Avdelingssjef Sykepleieavdeling Kirurgisk klinikk (

Dato:            Avdelingssjef Sykepleieavdeling Medisinsk klinikk

Dato:            Fagdirektør (hvis klinikkovergripende)(sign.): ..... *...*





## Vedlegg 3: Personvernombudets tilråding

### INTERNT NOTAT

<b>Til:</b> Anita Skau Christophersen	<b>Kopi til:</b> Klinikkisjef .....
	Fagdirektør.....
<b>Fra:</b> Personvernombud .....	<b>Ref.:</b> <b>Sak 18/05429</b>
	Mastergradprosjekt - Høgskolen i Østfold - Fra sykt til sykt bra!
<b>Dato:</b> 21.11.18	

### PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

#### Innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet (mastergrad):

«Fra sykt til sykt bra! Ledelsesfunksjoner ved kampanjer»

#### Prosjektbeskrivelsen (fra Informasjonsskrivet)

«Formålet er å kartlegge konsekvenser av ulike ledelsesfunksjoner og deres betydning for hvordan pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» og pasientsikkerhetsprogrammet er blitt implementert og tatt opp i organisasjonen som et vellykket verktøy for endring og forbedring.

Hensikten er å forstå hvordan ledere på 4. nivå jobber med pasientsikkerhetskampanjen/programmet for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet. Jeg håper at informasjon gjennom denne studien gjør meg i stand til å analysere hvordan kampanjer kan brukes, hva de gjør med organisasjonen og betydningen av det samlede lederskapets fokus på målrettet arbeid med endringsprosesser. Det er et mål at studien skal avdekke de muligheter og hindringer ledere erfarer i arbeidet med slike program og hva som skal til for at implementering og opptak av ulike innsatsområder skal tas opp av ansatte og bli en del av kulturen.

For å sikre informasjonsrike data til studien ønsker jeg å bruke kvalitativ tilnærming i form av intervju av ca. 45-60 minutters varighet. Intervjuene vil bli tatt opp på båndopptaker med støtte av notater. Jeg kommer kun til å samle inn opplysninger om dine ledelsesfunksjoner og erfaringer med forbedring- og endringsarbeid. Det er frivillig å delta i prosjektet. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert og eventuelle sitat vil ikke kunne kobles til deg eller gjenkjennes av arbeidsgiver. Du kan når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Dette vil ikke medføre noen negative konsekvenser for deg.

Studien gjennomføres uavhengig av sykehuset og de vil ikke ha tilgang til opplysninger.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Sammen med lydopptak vil dataene lagres på eget sensitivt område som opprettes via Forskningsavdelingen ved organisasjonen. Opplysningene vil kun være tilgjengelige for student og veileder. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Ved en eventuell publikasjon i tidsskrift vil alle data være anonymisert

Prosjektet skal etter plan avsluttes 15.05.19. Lydbåndopptak og data blir slettet etter at sensur er falt.»

Ansvarlig institusjon: Høgskolen i Østfold

Prosjektleder: Anita Skau Christophersen

Prosjektperiode: 2017 – 15.06.2019

Mottatte dokumenter – grunnlag for tilrådingen

- Prosjektbeskrivelse fra mastergradsstudent Anita Skau Christophersen, Høgskolen i Østfold
- Norsk Senter for forskningsdata (NSD) sin vurdering av prosjektet datert 16.10.2018 (ref. 959609 – personvernrådgiver for Høgskolen i Østfold)
- Godkjenning fra klinikk-sjef og ledere, Kirurgisk klinikk og fagdirektør til gjennomføring av spørreundersøkelse blant ansatte i klinikken (samtykkebasert). Udatert.
- Informasjon-/samtykkeskriv
- E-post fra prosjektleder 08.11.2018 med opplysninger om opptaksutstyret, overføring av data, transkribering og sletting.

### **Behandling av personopplysninger som ledd i prosjekt**

Personvernombudet i Sykehuset i har mottatt melding om behandling av personopplysninger fra mastergradsstudent Anita Skau Christophersen.

Lokalt personvernombud skal på vegne av dataansvarlig vurdere prosjektet ut fra personvernkonsekvenser og om kravene til informasjonssikkerhet og internkontroll ivaretas. Dette følger av personvernforordningen art. 39 nr. 1 a) - c).

Det er et absolutt krav at

- den planlagte behandlingen følger prinsippene i personvernforordningen art. 5 a)– c) og e).
- det foreligge adgang til behandling av helseopplysninger (behandlingsgrunnlag jf. personvernforordningen art. 6).
- kravene i personvernforordningen art. 5 d) og f) og sikkerhetskravet art. 32 er oppfylt.
- Informasjonen om behandlingen som de registrerte vi motta oppfyller lovens krav til form og innhold jf. personvernforordningen art. 12 nr. 1 og art. 13.

Høgskolen i Østfold bruker NSD som sitt personvernombud. NSD har vurdert prosjektet (NSD 959609) til å følge prinsippene som nevnt ovenfor og at det foreligger et behandlingsgrunnlag.

Personvernombudet slutter seg til NSDs vurderinger:

Det anses å foreligge et lovlig behandlingsgrunnlag jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a) samtykke fra ansatte som deltar i spørreundersøkelsen.

Videre anses alle prinsippene i personvernforordningen [art. 5](#) a) – f) og krav til informasjonssikkerhet [art. 32](#) å være oppfylt. Det samme gjelder kravet til at informasjonen om behandlingen som de registrerte vi motta oppfyller lovens krav til form og innhold jf. personvernforordningen [art. 12 nr. 1](#) og [art. 13](#).

### **Personvernombudet i ..... sin tilråding**

Personvernombudet **tilrår** at helseopplysninger utleveres til/brukes i mastergradsprosjektet under disse forutsetningene:

1. Databehandlingsansvarlig/ansvarlig institusjon: Høgskolen i Østfold  
Prosjektleder: Anita Skau Christophersen  
Databehandler: Sykehuset .....  
Prosjektperiode: 2017 – 19.06.2018
2. Behandling av personopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i sakens dokumenter. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
3. Prosjektleders ansvar for lydopptak:
  - Intervjuene tas opp på opptaksutstyr som eies av Sykehuset .....
  - Lydfiler kopieres fra opptaker til datamaskin ved hjelp av USB og et overføringsprogram «Sound Organizer 2». Opptakene slettes umiddelbart etter transkribering. Transkribering av intervjuene gjøres senest innen 24 timer etter gjennomført intervju. Opptakene slettes ved hjelp av egen opsjon på IC-opptakeren «Delete file». Skjermvisning viser progresjon i sletteprosessen inntil den er gjennomført.
  - Dataene herunder transkriberte data, lagres på sikkert område på sykehusets server.
  - En kode som kobler den enkelte respondent til datamaterialet oppbevares adskilt fra resultatene.
  - Under arbeid med data vil notater være fysisk innelåst på kontor. PC som benyttes er tilhørende virksomheten og er beskyttet med brukernavn og passord. PC oppbevares innelåst når den ikke er i bruk. Alle data vil slettes når sensur foreligger.
4. Prosjektleder sender kopi av sluttmelding til NSD til personvernombudet i .....

Personvernombudet er ansvarlig kontaktperson i ..... og informerer berørte avdelinger i ..... om prosjektet og denne tilrådingen.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger og uttalelser til forskning, Kvalitetsprosjekter og øvrige prosjekter som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

.....

Personvernombud

Sykehuset .....

e-post: [personvernombud@.....](mailto:personvernombud@.....)

## Vedlegg 4: Meldeskjema NSD

### Prosjektinformasjon

#### Prosjekttittel

Fra sykt til sykt bra!


#### Prosjektbeskrivelse

Det vitenskapelig formålet med studien er å kartlegge konsekvenser av ulike ledelsesfunksjoner i forhold til deres betydning for hvordan pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" og oppfølgeren "Pasientsikkerhetsprogrammet" er blitt implementert og tatt opp i organisasjonen som et vellykket verktøy for endring og forbedring. Jeg ønsker å analysere hvordan kampanjen er benyttet, hva den har bidratt til i organisasjonen og i hvilken grad det samlede lederskapets kunnskap og evner til målrettet arbeid med endringsprosesser relatert til innsatsområdene har hatt betydning. Det er et mål at studien skal bidra til å kartlegge hvilke utfordringer og hindringer ledere erfarer i arbeidet med slike kampanjer/program.

#### Fagfelt


Samfunnsvitenskap

[Gå til prosjektside →](#)

Dersom opplysningene skal behandles til andre formål enn behandlingen for dette prosjektet, beskriv hvilke 

Nei, opplysningene skal ikke brukes til andre formål. Sitater vil anonymiseres og det vil ikke vises til hverken personer eller den enkelte seksjon.


## Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedommer eller lovovertridelser?

Rasemessig eller etnisk opprinnelse 

Ja  Nei

Politisk oppfatning 


Ja  Nei

Religion 


Ja  Nei

Filosofisk overbevisning 


Ja  Nei

Fagforeningsmedlemskap 

Ja  Nei

Helseopplysninger 

Ja  Nei

Seksuelle forhold eller orientering 

Ja  Nei

Straffedommer eller lovovertridelser 

Ja  Nei

# Hvilke personopplysninger skal du behandle?

Hva er personopplysninger?

Hva er behandling?

Navn (også ved signatur/samtykke) ?

Ja  Nei

Fødselsnummer eller andre nasjonale identifikasjonsnumre ?

Ja  Nei

Fødselsdato

Ja  Nei

Adresse eller telefonnummer

Ja  Nei

E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator ?

Ja  Nei

Bilder eller videoopptak av personer ?

Ja  Nei

Lydopptak av personer ?

Ja  Nei

Gps eller andre lokaliseringsdata (elektroniske spor) ?

Ja  Nei

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene ?

Det vil ikke samles inn personopplysninger i forhold til navn, personnummer eller andre personentydige kjennetegn.  
Det vil heller ikke dokumenteres bakgrunnsopplysninger som seksjon, alder eller kjønn.  
Det skal derimot brukes PC tilhørende arbeidssted og lydopptak via smarttelefon.

Prosjektbeskrivelse ?

[Prosjektbeskrivelse.docx](#)

Ekstern finansiering ?

- Norges forskningsråd (NFR)  
 Offentlige myndigheter ?  
 Andre ?

Type prosjekt

- Forskerprosjekt ?  
 Studentprosjekt, masterstudium  
 Studentprosjekt, bachelorstudium  
 Studentprosjekt, årsstudium

Kontaktinformasjon, student

Navn

Anita Skau Christophersen

E-post

anita.christophersen@

Telefon

98029924

## Vedlegg 5: NSD Personvern vedtak

**NSD**

16.10.2018 08:40

**Personvern**

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 959609 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den dagens dato, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2019.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD finner at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles

inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

De registrerte vil ha følgende rettigheter så lenge de kan identifiseres i datamaterialet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp behandlingen underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med det som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



## Vedlegg 6: Forespørsel om intervju av seksjonsledere i forskningsprosjektet

---

### *Forespørsel om seksjonslederens deltakelse i forskningsprosjektet* *«Fra syk til sykt bra!»*

---

Mitt navn er Anita Skau Christophersen og jeg arbeider til daglig som seksjonsleder ved Intensivseksjon 4H ved Sykehuset ..... Jeg gjennomfører i disse dager avsluttende masteroppgave i forbindelse med studiet «Organisasjon og ledelse» ved Høgskolen i Østfold.

#### **Bakgrunn og formål**

Hensikten med denne masteravhandlingen er å forstå hvordan organisasjonen ved hjelp av ledere bruker en mulighet som

Pasientsikkerhetskampanjen/Pasientsikkerhetsprogrammet som virkemiddel for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet. Jeg skal også forsøke å kartlegge konsekvenser av ulike organisasjonsformer med dens tilhørende ledelsesfunksjoner i forhold til om de har betydning for hvordan kampanjen” I trygge hender”/Pasientsikkerhetsprogrammet er blitt implementert og tatt opp i organisasjonen som et vellykket verktøy for endring og forbedring. Jeg håper at informasjon gjennom denne studien gjør meg i stand til å analysere hvordan kampanjer kan brukes, hva de gjør med organisasjonen og betydningen av det samlede lederskapets kunnskap og evner til målrettet arbeid med endringsprosesser.

Det er også et mål at arbeidet skal bidra til økt kunnskap om hvilke muligheter og hindringer ledere erfarer i arbeidet med slike program og hva som skal til for at implementering og opptak av ulike innsatsområder skal tas opp av ansatte og bli en del av kulturen. Jeg ønsker å bidra til å gjøre forbedringsarbeid mer tydelig for ledere slik at denne kunnskapen i neste rekke kan være med å påvirke holdninger til tiltak som iverksettes i organisasjonen.

*Problemstillingen er «Hvordan bruker ledere kampanjer for å styre organisasjoner?»*

#### **Utvelgelse**

Et krav til inkludering er at informantene har hatt formelle lederroller der de har hatt ansvar direkte knyttet til pasientsikkerhetskampanjen og pasientsikkerhetsprogrammet.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

For å sikre valide data til studien ønsker jeg å bruke kvalitativ tilnærming i form av semi-strukturerte intervjuer på omtrent 1 times varighet. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd med støtte av notater.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Navneliste og koblingsnøkkel vil lagres adskilt fra øvrige data og opplysningene vil kun være tilgjengelige for student og veileder. Prosjektet er planlagt avsluttet 01.06.19. Lydbåndopptak og data blir slettet etter at sensur er falt.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg vil alle opplysninger bli slettet.

Ansvarlig veileder er Førsteamanuensis Jan Moren, Høgskolen i Østfold, telefon 69608319, e-post: jan.moren@hiof.no

Med vennlig hilsen,

Anita Skau Christophersen

Telefon: +47 980 29 924

E-post: [anita.christophersen@.....](mailto:anita.christophersen@hiof.no)

---

*Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet «Fra syk til sykt bra!»*

Jeg har mottatt informasjon om studien og er villig til å delta.

---

Signatur og dato, prosjektdeltaker

## Vedlegg 7: Intervjuguide

<b>INTERVJUGUIDE</b> Problemstilling: «Hvordan bruker ledere kampanjer for å styre organisasjoner?»
<b>Forsknings spørsmål 1: Hvilke konsekvenser (muligheter og begrensninger) har «I trygge hender» på sykehuslederens rolle som produsenter?</b>
<b>Lederen som pådriver og dirigent</b> «Greier vi å levere løsningene?»
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hvilke konkrete handlinger har du gjort når du har planlagt og styrt innføring av kampanjen «I trygge hender» og pasientsikkerhetsprogrammet?</li><li>2. Kjenner du deg igjen i rollen som pådriver av endringsprosesser i kampanjen?</li><li>3. Tenker du at det viktig at det er en sammenheng mellom kampanjen/programmet og den interne handlingsplanen ved seksjonen?</li><li>4. Har du opplevd at det å lede kampanjen og programmet har vært en integrert del av det øvrige forbedringsarbeidet?<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hvis ja - på hvilken måte?</li><li>○ Hvis nei – hva tror du årsaken kan være?</li></ul></li><li>5. Har du i lederrollen opplevd kampanjen som relevant for systematisk og strategisk forbedringsarbeid?</li></ol>
<b>Forsknings spørsmål 2: Hvilke konsekvenser (muligheter og begrensninger) har «I trygge hender» på sykehuslederens rolle som administratorer?</b>
<b>Lederen som overvåker og koordinator</b> «Arbeider vi systematisk og riktig?»
<ol style="list-style-type: none"><li>1. På hvilken måte har tiltakspakkene gitt føringer for hvordan du organiserer og følger opp kampanjen/programmet?</li><li>2. Hvordan har du kommunisert innholdet i kampanjen til dine ansatte?<ul style="list-style-type: none"><li>○ Gjennomføres det systematiske målinger og bruk av forbedringstavle/forbedringssirkel til å nå definerte mål i din seksjon? Hvis ja – hvordan påvirker dette måten du leder kampanjer på?</li></ul></li><li>3. Kampanjen/programmet har mange parallelle innsatsområder – hvordan påvirker dette måten kampanjer ledes på?</li></ol>
<b>Forsknings spørsmål 3: Hvilke konsekvenser har «I trygge hender» på sykehuslederens rolle som integratorer?</b>
<b>Lederen som hjelper og rådgiver</b> «Hvem er vi, hvordan, hvorfor?»
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hva gjør du for å sikre at dine ansatte involveres, tar del i og opplever kampanjen som relevant for forbedring?<ol style="list-style-type: none"><li>a. Opplever du å ha nok kunnskap om tiltakspakkene med tilhørende verktøy i forhold til arbeid med planlegging, mål, fremdrift og resultater (undervisning, kurs i forbedringsarbeid, målinger)? Hvis ja – hvordan har du tilegnet deg denne kunnskapen?</li><li>b. Hvis nei – hvordan sikrer du deg da at arbeidet ivaretas i henhold til overordnede føringer?</li></ol></li><li>2. Kan du beskrive hvordan du jobber for å skape opplutning om innsatsområdene i kampanjen (forankring, endring og læring, tydeliggjøre mål og ambisjoner)?</li><li>3. Kan du beskrive hvordan du jobber for å sørge for at programmet oppleves som meningsfullt for de ansatte? (involvering, deltakelse, tilpasning).</li></ol>
<b>Forsknings spørsmål 4: Hvilke konsekvenser (muligheter og begrensninger) har «I trygge hender» på sykehuslederens rolle som entreprenører?</b>
<b>Lederen som mekler og innovator</b> «Hvordan overlever vi, hva oppnår vi?»
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Opplever du forskjeller mellom ulike fagprofesjoner/yrkesgrupper i måten de forholder seg til kampanjer på?</li><li>2. Har du fått hjelp fra andre deler av organisasjonen eller fra andre helseforetak i å bruke kampanjen for å endre?</li><li>3. Hvilke effekter har etter din mening kampanjen hatt for:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Din rolle som leder?</li><li>○ De ansatte?</li><li>○ Arbeidsmetoder/arbeidsvilkår?</li></ul></li></ol>
<b>Avslutning og oppsummering</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Har du noen tanker om andre effekter kampanjen har hatt?</li><li>2. Hva tenker du er suksessfaktorer for å lykkes med implementering av kampanjer/programmet?</li></ol>





# Vedlegg: 9 Transkribering

Pa/s.4

!!

Tid/tidspres

• Sår igjen i  
 Her sammenheng  
 og angio vete  
 årsak til at man  
 ikke følger opp

Refleksjon:  
 Men der interessen  
 er historisk...  
 da kommer tiden  
 også ....

TRYGGETHET

• Verktøy  
 • Samler de ulike  
 arbeidsområdene

• Huskeliste  
 • pasient si kjerter  
 fokus

PASIENTGJØRER HET

• Viktige oppgaver/  
 satsingsområder

• Ankepunkt fra  
 legene:

• Det er så synkronisert  
 Tid og tidspres igjen ... sår i veien for pas.sikkerhet

Refleksjon:  
 Blir ikke dette tatt ut av en sammenheng?  
 Fall → kan ha noe med medikamenter å gjøre  
 Trykksår → " → ↓ ernæring å gjøre, ↓ mobilisering (fordi pas er høyt på for mye medisiner?)

**Lederen som melder og innviter**  
 FS4 - Hvordan kan ledere bygge strukturer for å opprettholde og videreutvikle resultatet i organisasjoner (etter lekeplasser / rekompromis)?

1. Opplever du forskjeller mellom fagprofesjoner/yrkesgrupper i måten de forholder seg til kampanjer på?  
 NB! (Sitat)  
 Legene var jo... helt i begynnelsen var de jo veldig i mot... og så ble dem dratt med og så skjønte... eller hadde forståelse... eller forståelse fortsatt... men da var de litt med... og syntes det var greit. Men så har interessen falt og nå vil de ikke prioritere tid til det... men det har også sammenheng med at de er utrolig... spesielt urologene... er spesielt pressa på tid. Det er to som går visitt på kanskje 15 pasienter, og så skal de være ferdig klokka 9 for da skal de på neste sted... så de nesten ikke tid til å... men på kar har det ikke vært så vanskelig å få med seg legene... men der er det 2 stykker som går legevisitt og har mye bedre tid... og det er halvparten av pasientene... så det har noe med det å gjøre... Mange urologiske pasienter er jo... hva skal jeg si... selvstelte og... greier å ta hånd om seg selv da... (ler) ... så det er jo annerledes på kar der som mange av de pasientene har store pleiebehov og mye større risiko for mange... ja... områder. Skjevfordeling - kan noe endres?

2. Har du fått hjelp fra andre deler av organisasjonen eller fra andre helseforetak i å bruke kampanjen for å endre?  
 Det kan jeg ikke huske... vi hadde jo... jeg mener at vi hadde litt undervisning... for de begynte jo først på medisn. Det tror jeg kanskje vi hadde... men jeg tror ikke vi var på noen andre steder... det var vi ikke... nei. Jeg var ikke med sånn i starten, for jeg husker at det var Sommerfelt... nei... hva het... nei samme det, det var en på medisn i hvert fall... som hadde litt undervisning... Mangler tydelig opplanning, oppfølging

3. Hvilke effekter har etter din mening har kampanjen hatt for din rolle som leder?  
 Ja, ehm... det er jo en trygghet å ha et verktøy som... ehm... som favner om så mange viktige elementer i pasientoppfølginga da... det er det jo. Og det er jo en trygghet å vite at det blir vurdert hver eneste dag, det er det jo. Og med de tiltaks korta og sånn så er det jo gode verktøy... og også verktøy som er oppdatert i forhold til ny kunnskap da. For det er jo lett å følge gammelt spor... NEWS var jo en forandring i året som var... og så var det jo nytt på ernæring... ja.

Arbeidsmetodikk:  
 Ja, det var et godt spørsmål... he he... ehm... det har jo endra på den måten at det har jo kommet tydeligere fram i de veiledende behandlingsplanene og i selve dokumentasjonen. Den blir jo revidert annet hver år i alle fall... så den er nok... alt er nok knytta opp til det vi er pålagt og det innsatsprogrammet. Så det har det.

Oppsummering:  
 Ja, jeg tenker det at de ansatte ser på det som de oppgavene som det er viktig at de gjør på jobben relatert til pasientene... til oppfølging... det er jo akkurat det som er legenes ankepunkt også... at de synes at det er så sykepleierrelatert. Og det er jo også det når man tenker på... ja ikke sant... risiko for fall og ernæring og de tinga... selv om det er jo grunnlag for å diskutere hva gjør vi med en pasient som er dårlig ernært? Eller en pasient som har fare for fall... eh... er jo også noe legen burde gå inn i med tanke på medikamenter og sånn... men det har jo legene... sånn som jeg ser det... for liten tid til, spesielt urologene. Og det har jeg jo meldt videre da... at jeg hadde ønska en klinisk farmasøyt som kunne gått og sett på medisinen, for der tror jeg vi har ganske mye å hente. Det burde virkelig vært et innsatsområde videre. ↳ FARMASØYT i alle sjelsjoner?

BYGGE STRUKTUR

• Avhengig av  
 verktøglighet  
 • Løst fra  
 alle profesjoner  
 • Forandring i  
 fagfagdelat /  
 selvsjeldelse

Refleksjon

bet for inga  
 konsekvenser at  
 man ikke følger  
 opp...

DELVIS  
 IMPLEMENTERING

NY KUNNSKAP

• oppdatert  
 • scoring verktøy  
 NEWS 2

TYDELIGERE  
 FOKUS

• veil. beh. planer  
 • dokumentasjon  
 • revidering  
 jevnlig  
 • evn metodikk

# Vedlegg 10: Foreløpige koder og tema

**FS 1**

**PS: Hvordan bruker ledere kampanjer for å styre organisasjoner?**

Hvordan kan ledere bruke kampanjer for å styre organisasjoner? Kampanjer er en effektiv måte å styre organisasjoner på. De kan brukes til å oppnå mål, skape forandring, og engasjere ansatte. Kampanjer kan også brukes til å styrke lederskapet og forbedre kommunikasjonen i organisasjonen.

**FS 2**

**PS: Hvordan bruker ledere kampanjer for å styre organisasjoner?**

Hvordan kan ledere bruke kampanjer for å styre organisasjoner? Kampanjer er en effektiv måte å styre organisasjoner på. De kan brukes til å oppnå mål, skape forandring, og engasjere ansatte. Kampanjer kan også brukes til å styrke lederskapet og forbedre kommunikasjonen i organisasjonen.

**FS 3**

**FS 3: Hvordan kan ledere involvere og skape oppslutning om kampanjer/endringsprogram?**

Hvordan kan ledere involvere og skape oppslutning om kampanjer/endringsprogram? Ledere kan involvere ansatte ved å gi dem informasjon om kampanjen, lytte til deres synspunkter, og gi dem ansvar for å gjennomføre oppgaver. Ledere kan også skape oppslutning ved å vise entusiasme og engasjement for kampanjen.

**FS 4**

**FS 4: Hvordan kan ledere bygge strukturer for å opprettholde og videreføre resultater i organisasjoner (etter reformprogram/kampanjer)?**

Hvordan kan ledere bygge strukturer for å opprettholde og videreføre resultater i organisasjoner (etter reformprogram/kampanjer)? Ledere kan bygge strukturer ved å etablere klare roller og ansvar, opprette prosedyrer og rutiner, og gi ansatte tilbakemeldinger og støtte. Ledere kan også bygge strukturer ved å opprette et positivt arbeidsmiljø og engasjere ansatte i arbeidet.



## Vedlegg 11: Danne kategorier

FS4

Underkategorier:

- „Alle skal med“
- „Kampanjers kraft“
- „Verktøykasse“

---

Verktøykasse  
FS 4 (kode 1)  
Kondensat

«Kampanjen har inspirert kunnskap om drift og de Den har bidratt til et ste har gitt oss noen gode v pasientbehandlingen. Vi sjekkliste med risiko og ikke nye, men vi har fått handlingsmønstre – en vi ass har jo hatt den kunn er noe med å få bredde ut i hele organisasjonen

«Trygghet og kvalitet»  
FS 4 (kode 1)  
Kondensat:

«Verktøyene i kampanjen har gitt en trygghet. Den favner om mange ulike elementer i pasientbehandlingen og sikrer jevnlige vurderinger. Ikke minst er verktøyene er hjulpet til med å holde fokus over tid på alle områder. De ansatte opplever at kjerneverdiene i sykepleien har fått status».

Gullstat:

«Hele kampanjen har de systematiske måten å jo kvalitetsriksen Ansatte opplever så det motiv

Gullstat:

«Metodikken i pasientsikkerhetskampanjen har gitt systematisk og de ansatte er mer opptatt av kvalitetsbegrepet».

---

Kampanjers kraft  
FS 4 (kode 1)  
Kondensat:

«Kampanjen har gitt meg hjelp til å forbedrings- og pasientsikkerhetsar har gitt en bedre struktur på arbeid og opplever at vi har større bevissthet i planlegger, prioriterer og utfører rundt pasienten. Og det at kampan over til et program og i tillegg har e konferanse – ja da er det blitt en ro

«Nytenskap»  
FS 4 (kode 3)  
Kondensat:

«Jeg opplever at kampanjen bidrar til nytenskap og ideer. Jeg opplevde det veldig spennende i starten, men det gikk fort fra å være et jordnært engasjement til å bli noe som noen andre i systemet bestemte hvordan skulle gjøres. Jeg får hele tiden påfyll av ideer til hvordan jeg kan planlegge og jobbe annerledes og mer hensiktsmessig».

Gullstat:

«Kampanjens og programets kor inspirerende – det at den hele tiden det gir motivasjon til å fortsette».

Gullstat:

«Jeg får stadig noen aha-opplevelser og det gjør de ansatte også».

---

Org. "Alle skal med"

«Organisatorisk forankring»  
FS 4 (kode 2)  
Kondensat:

«Forankring på alle plan i organisas avjærende for suksess. Vi må få på tverrfaglige arenaer for diskusjon. A hensikten med det vi gjør, vi må finne som fungerer lokalt og det må være Og så må vi kunne se resultater. Jeg viktigste suksesskriteriene er å få b kampanjebudskapet helt ut til alle eie det!

Gullstat:

«Se på oft som er iverksatt og som noe av. Kanskje fordi vi som ledere tydelige nok, at planene ikke har v ikke godt nok implementert, ikke b folkene eller strandet på gjennom

«Felles plattform»  
FS 3 (kode 3)  
Kondensat:

«Arbeidet med kampanjen har bidratt til mange aha-opplevelser. Vi har brukt mye tid til å reflektere over hvordan vi gjør ting, stille spørsmål og være kritiske til egen praksis. Kampanjen har bidratt til en ny måte å tenke på og verktøyene har i flere sammenhenger hjulpet oss å visualisere og systematisere».

Gullstat:

«Ja, det er en gavepakke! Det er grunnleggende sykepleie satt i system. Det tror jeg helsepersonell opplever som både fornøyt og motiverende».

## Vedlegg 12: Kondensat

Brake subgr. i analyseskap som en "disposisjon" under hvert underkøt.

Forskningsspørsmål 1 «Hvordan kan ledere være pådrivere i arbeid med kampanjer?»		
Kodegruppe 1: «Strategisk ledelse»	Kodegruppe 2: «Pådriverrollen»	Kodegruppe 3: «Implementering og oppfølging av aktiviteter»
<p><b>Subgrupper:</b></p> <p>«Risikomøter som arena for ledelse»</p> <p>Kondensat: «Jeg husker vi fikk inspirasjon fra et dansk sykehus og deres metodikk til systematisk kvalitetsarbeid. Vi lærte om risikomøter- og tavler, og at den tverrfaglige tilnærmingen er av betydning for å avdekke og sette inn tiltak mot områder som kan true pasientsikkerheten. Vi fikk drahjelp fra kvalitetslegene og det var et større engasjement både fra sykepleiere og leger den gangen».</p> <p>Gullsitat: «Vi fikk noen enkle verktøy og det var blest rundt oppstarten. Vi fikk lov til å jobbe med tiltak vi kjente oss igjen i – men så falt engasjementet. Legene i dag har ikke eierskap til risikomøtet».</p>	<p><b>Subgrupper:</b></p> <p>«Tilstedeværende ledelse»</p> <p>Kondensat: «Jeg var tidlig pådriver her for å få det til, for å snokke om det og hva det ville innebære. Jeg var veldig i front og fulgte det opp daglig, dro i folk for å få denne kampanjen i gang. Det som er utfordringen som leder er at du ser behovet for å øke kunnskap og skape et engasjement rundt pasientsikkerhetsarbeid – men det er så mange ting man skal ha et engasjement rundt».</p> <p>Gullsitat: «Igen er det jo dette med tilstedeværelse. At jeg selv er der og er en pådriver og viser at dette er viktig – så vil i neste rekke de ansatte over tid se at dette er riktig».</p>	<p><b>Subgrupper:</b></p> <p>«Kampanje som verktøy»</p> <p>Kondensat: «Jeg tror ikke det er så mange som er i tvil om hva kampanjen innebærer og at vi jobber mer eller mindre strukturert med de verktøyene vi er blitt tildeelt. Jeg har regelmessige møter med ressurspersoner i sykepleiergruppa der vi ser på innsatsområdene og hvordan vi ligger an. Det er litt vanskeligere å få med legene. Det er veldig variabelt i hvilken grad de engasjerer seg».</p> <p>Gullsitat: «Ja, jeg mener at det å lede kampanjen har vært en integrert del av det øvrige forbedringsarbeidet».</p>
<p><b>«Struktur»</b></p> <p>Kondensat: «Vi har prøvd flere ulike modeller for å skape struktur og systematikk, og hatt flere initiativ for å få med legene. Det har vi dessverre ikke lykkes med. Vi har etablert funksjoner der ressurspersoner</p>	<p><b>«Faglig legitimitet»</b></p> <p>Kondensat: «I starten hadde vi veldig god drahjelp fra kvalitetslegene. Dette skulle jo være tverrfaglig og de solgte det inn til legegruppa, og jeg til sykepleiergruppa. Vi hadde ressurspersoner i form av teamledere og fagsykepleiere som fikk et ekstra</p>	<p><b>«Strategi for implementering og oppfølging»</b></p> <p>Kondensat: «Jeg må si implementeringen var så som så. Men vi måtte jo bare jobbe med det. Det første var å få legetjenesten med, men det var ikke enkelt. I starten var jeg mye mer i front. Nå har jeg overlatt mye til teamledere og</p>

<p>tar ansvar for risikomøtet og eventuelt involverer legene der de synes det er nødvendig».</p> <p>Gullsitat: «I utgangspunktet skulle det være et kort møte der vi kjapt gikk i gjennom noen få punkt, alle var tilstede, men så ble interessen borte. Hver enkelt seksjon burde jo bestemme hva de synes er viktig, men vi har bare skapt en oppskrift for alle».</p>	<p>ansvar for implementering av innsatsområdene i kampanjen. Jeg opplevde at det var mange sterke aktører som påvirket implementeringsprosessen – på godt og vondt».</p> <p>Gullsitat: «Det ble bestemt fra toppledelsen at legene skulle ha ansvar for gjennomføring av risikomøtet for å få et større eierforhold til det, men dette har dessverre ikke fungert».</p>	<p>støttepersoner. Vi satte tidlig ned en tverrfaglig gruppe der vi har hatt jevnlig møter og fått etablert kampanjen som et verktøy for å drive kvalitetsarbeid i seksjonen. Jeg har tro på å involvere flere av de ansatte, ikke bare teamledere og fagressurser. Vi har planlagt tid i turnus til å jobbe med dette i ulike grupper. Det tror jeg er med på å øke eierfølelsen. Jeg synes det har vært mange beskjeder om hva vi skal gjøre, men veldig lite konkret hjelp å få».</p> <p>Gullsitat: «Jeg har valgt å være tilstede – være en pådriver selv. Jeg har tro på å involvere flere av de ansatte – ikke bare teamledere og fagressurser».</p>
<p><b>«Tilpasning til egen seksjon»</b></p> <p>Kondensat: «Vi opplevde det problematisk å kopiere modellen som ledelsen presenterte for oss, så vi valgte ut indikatorer som vi mente var viktige i vår seksjon. Det var vanskelig å få med legene så vi lot risikomøtet bli en del av visitten».</p> <p>Gullsitat:</p>		<p><b>«Prioritering og satsning»</b></p> <p>Kondensat: «Jeg tenker at kampanjen har bidratt til å sette fokus på de elementene som kan utfordre pasientsikkerheten. I neste rekke har det vært med på å gjøre riktige prioriteringer når det gjelder fagutvikling og systematisk kvalitetsarbeid. Jeg tenker jo egentlig at vi uansett hadde vært opptatt av de samme områdene, selv om det ikke hadde vært en kampanje».</p> <p>Gullsitat:</p>