



**UIT**

**NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET**

Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging

## **KVAM – en suksesshistorie?**

*En casestudie om kvalitet og arbeidsmiljø i samme organ*

---

**Sissel Bergvoll**

*Masteroppgave i Strategisk ledelse og økonomi (MBA) 30.11.2018*







## Sammendrag

Temaet for oppgaven er å vurdere bakgrunnen for at det jobbes med kvalitet og arbeidsmiljø i samme struktur. Undersøkelsen er gjort på Universitetssykehuset i Nord-Norge og er foretatt som en casestudie, der avdelinger fra både klinikk og senter er undersøkt. Hensikten med oppgaven er å undersøke hvorfor denne strategien ble bestemt implementert og se om det fungerer som tenkt. Jeg bruker instrumentell og institusjonell teori for å se om KVAM-strukturen ble innført som et verktøy, for å løse et problem, eller om den ble innført som et symbol, for at organisasjonen skulle fremstå som moderne og tidsriktig. Hovedfunnene i denne studien er at det kan se ut som at det er begge deler, både verktøy og symbol. Det kan se ut som om det er en suksesshistorie, selv om det fortsatt er forbedringspotensial. Det sies at arbeidsmiljø og kvalitet er to sider av samme sak og det viser seg at sakene ikke handler om enten kvalitet eller arbeidsmiljø, men ofte begge deler. Både klinikk og senter har flest saker som handler om både kvalitet og arbeidsmiljø. Klinikk har flere møter, flere saker og er mer opptatt av kvalitet. Dette er ikke overraskende siden de har pasientkontakt og et noen annet hovedfokus enn sentrene har. Det aller viktigste for vellykket kvalitetsforbedring er lederfokus.

## Forord

Denne oppgaven representerer avslutningen av studiet Erfaringsbasert master (MBA) i Strategisk ledelse og økonomi ved Universitetet i Tromsø og teller 30 studiepoeng.

Det har vært givende og for det meste artig å studere ved siden av full jobb, men det ble noen tøffe tak mot slutten av oppgaveskrivingen. Stor takk til min veileder, Hege Andersen, for at du holdt meg på rett kurs med konstruktive tilbakemeldinger, og ikke minst for din tilgjengelighet!

Jeg har også møtt stor velvillighet i UNN, så takk til alle som har hjulpet meg med referater, observasjoner, intervjuer og all slags spørsmål jeg har hatt. Takk til mine sjefer som har latt meg få gjennomføre studiet. Spesielt stor takk til HMS-rådgiver Walter Andersen som har bidratt til å heve kvaliteten på oppgaven min.

Det er flere som fortjener en stor takk, men ingen har bidratt mer enn min kjære familie og da i særdeleshet Øyvind, men også de hjemmeboende ungdommene Stina og Ingrid. Det spørres vel om jeg noen gang klarer å gjengjelde hensynet som er blitt tatt til meg i studietiden generelt og under skriving av masteroppgaven spesielt.



## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	III
Forord.....	III
Innholdsfortegnelse.....	V
Figurliste .....	VI
Tabelliste.....	VI
1 Innledning .....	1
1.1 Introduksjon .....	1
1.2 Hensikt .....	1
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Avgrensing.....	3
1.5 Forkortelser og sentrale begreper.....	4
1.6 Studiens disposisjon.....	4
2 Kvalitet og arbeidsmiljø i Norge.....	5
2.1 Innledning .....	5
2.2 Empirisk kontekst .....	5
2.3 HMS-utvikling i Norge.....	5
2.4 Kvalitet i helsevesenet .....	6
2.5 To sider av samme sak.....	6
2.6 Tidligere forskning.....	8
3 Teoridel.....	9
3.1 Innledning .....	9
3.2 Instrumentell teori.....	9
3.3 Institusjonell teori .....	10
3.4 Translasjonsteori.....	12
3.5 Total Quality Management (TQM).....	13
3.6 Fra plan til implementering.....	14
3.7 Fordeler og ulemper ved teoriene .....	15
3.8 Begreper/perspektiver .....	16
4 Metodedel .....	17
4.1 Innledning .....	17
4.2 Casestudie .....	18
4.3 Utvelgelse av enheter.....	18
4.4 Dokumentanalyse.....	19
4.5 Observasjon.....	21
4.6 Intervju.....	22
4.7 Datainnsamling .....	22
4.8 Vurdering av metoden og svakheter og styrker med mine data.....	22

4.9	Datakvalitet –generalisering .....	24
5	Analyse .....	25
5.1	Mitt datamateriale .....	25
5.2	Bakgrunn for etablering av KVAM .....	27
5.3	Fungerer strukturen? .....	33
5.4	Instrumentell eller institusjonell forklaring?.....	35
6	Konklusjon.....	37
6.1	Oppsummering.....	37
6.2	Konklusjon.....	38
6.3	Videre forskning .....	40
7	Litteraturliste.....	41
8	Vedlegg.....	42
8.1	Godkjenning av behandling av personopplysninger fra PVO .....	42
8.2	Likertskala over saker som behandles i KVAM .....	42
8.3	Intervjuguide om KVAM.....	42

## Figurliste

Figur 1	Organisering av KVAM-strukturen (Docmap) .....	8
Figur 2	Illustrasjon hentet fra foredrag (Røvik, 2017).....	14
Figur 3	Philip Crosbys modell over «Medarbeidernes tre roller» (The triple role of the Customer».....)	30

## Tabelliste

Tabell 1	Forkortelser og sentrale begreper .....	4
Tabell 2	Egenskaper knyttet til de tre institusjonelle søylene ((Jacobsen & Thorsvik, 2013). ..	11
Tabell 3	Antall møtereferater 2017.....	25
Tabell 4	Oversikt over møter, saker og likertverdi og vektet gjennomsnitt .....	25
Tabell 5	Saker fra møtereferater ordnet i likertskalaer og prosentandel.....	25
Tabell 6	Antall saker og prosentfordeling i de ulike avdelingene i senter og klinikk. ....	26

# 1 Innledning

## 1.1 Introduksjon

Økt fokus på kostnader og knapphet på ressurser har ført til at også vi i helsevesenet stadig er på utkikk etter bedre måter å utføre arbeidet på. Vi blir ukentlig minnet på at en eldrebølge er på vei, og vi har ikke nok hender til å ta vare på alle på tradisjonelt vis. Etter som teknologien utvikles, får vi tilgang til stadig bedre og dyrere medisiner, samt kostbare skreddersydde behandlinger. Mer treffsikker behandling og økt levealder på grunn av bedre livsbetingelser for øvrig gjør at befolkningen lever lengre, og til sammen gjør dette at kostnadene øker i rekordfart. Det handler om å få mer ut av hver krone, og det er ikke enighet om hvordan vi skal få til dette.

Siden jeg har interesse for ledelse og endringsprosesser, så ønsket jeg å se nærmere på noe av det vi har lært i løpet av studiet, nemlig hvordan organisasjonsideer kan vandre fra land til land og mellom virksomheter. Institusjonaliserte oppskrifter forteller hvordan en del av en organisasjon kan utformes og gir vanligvis ikke totalløsninger, samt at de varierer i både popularitet og livslengde. Noen av de mest populære oppskriftene for tiden er total kvalitet, målstyring og verdistyring. (Røvik, 1998)

Jeg fant det derfor interessant å se nærmere på konseptet om total kvalitet og helt konkret undersøke om det er mulig å jobbe med både kvalitet og arbeidsmiljø i samme organ. De fleste virksomheter jobber med disse to viktige temaene i ulike forum, mens Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har hatt som mål siden 2009 at både kvalitet og arbeidsmiljø skal behandles i det som kalles KVAM-systemet (Kvalitet og arbeidsmiljø), og det ble derfor mulig å undersøke om dette ble slik det var tenkt.

For å belyse dette vil jeg bruke både kvalitative metoder og kvantitativ metode, samt både instrumentell og institusjonell teori, for å se om strategien med å innføre et felles organ for KVAM var som svar på et problem eller om det var som et symbol. Jeg vil se disse perspektivene i sammenheng med total kvalitetsledelse.

## 1.2 Hensikt

Det blir hevdet at kvalitet og arbeidsmiljø er to sider av samme sak, og at det ikke kan være god kvalitet om ikke arbeidsmiljøet er godt. Ved dårlig arbeidsmiljø kan også pasientsikkerheten være truet. UNN har valgt å legge arbeidet med HMS sammen med arbeidet med kvalitet. I de fleste bedrifter er kvalitet et viktig begrep, og for et sykehus gjelder

dette i særdeleshet. Vi forventer at kvaliteten på behandlingen vi får er høy, og kvalitet er blitt stadig mer viktig de siste årene.

Selv om pasientsikkerhet og kvalitet og HMS følger ulike sett med lovverk, har de som fag mange likhetstrekk med hverandre. Og begge fag har en felles overordnet hensikt: å beskytte liv og helse. (Oslo Universitetssykehus HF, 2017)

Ettersom jeg er ansatt i et senter og utfører en støttefunksjon ved UNN, har jeg, basert på egne erfaringer og observasjoner, en antakelse om at KVAM handler mer om HMS enn om kvalitet. Selv om det er bestemt av styret i UNN at det skal jobbes på denne måten med kvalitet og arbeidsmiljø, så kan det tenkes at det i virkeligheten ikke fungerer etter hensikten. Dette ønsker jeg å undersøke nærmere.

I denne sammenhengen vil en suksesshistorie være at det fungerte som tenkt da KVAM ble besluttet innført. Ettersom det på mange måter kan argumenteres for at kvalitet og arbeidsmiljø er to sider av samme sak, så ville det være unødig ressurskrevende både relatert til saksforberedelse og tidsbruk å behandle sakene hver for seg i to ulike fora. Det ville ikke være gunstig om det var for mange saker som handler om arbeidsmiljø slik at det blir for lite fokus på kvalitet heller. Så min forståelse av hva som ville være en suksesshistorie er at flere av forutsetningene for KVAM er oppfylt, nemlig at det er begge typer saker, uten at noen dominerer og overtar helt, og det må også fungere i tråd med det som var hensikten da KVAM ble innført som strategisk grep, nemlig å få et økt fokus på systematisk arbeid med både kvalitet og arbeidsmiljø og bedre ressursbruk.

### 1.3 Problemstilling

Jeg ønsket å undersøke hva som var grunnen til at styret i UNN besluttet at KVAM skulle organiseres på denne måten, med kvalitet og arbeidsmiljø i samme struktur.

**Problemstilling: Hva var bakgrunnen for innføringen av KVAM og i hvor stor grad har strukturen fungert etter hensikten?**

Jeg ønsker innledningsvis å undersøke om KVAM ble besluttet innført for å løse et problem i organisasjonen med arbeidsmiljø eller kvalitet, eller om UNN etablerte en KVAM-struktur for å fremstå som en moderne organisasjon. I det siste tilfellet vil det kunne hevdes at KVAM ble innført som et symbol for å heve omdømmet til UNN, siden de da ville være både



fremtidsrettet og moderne i sin organisering av det viktige arbeidet med kvalitet og arbeidsmiljø.

*Problemstillingens første ledd kan dermed utdypes på følgende måte: Ble KVAM-strukturen innført i UNN for å løse et problem i organisasjonen eller for å representere en moderne og tidsriktig organisasjon?*

Jeg ønsket dernest å belyse om organiseringen av KVAM har fungert etter intensjonen ved å undersøke hva sakene handlet om. Jeg ønsker altså å undersøke om det er overvekt av saker som handler om arbeidsmiljø i KVAM og jeg vil se på hvorfor det eventuelt er blitt slik.

*Problemstillingens andre ledd kan dermed utdypes som følger: I hvor stor grad finner man saker som handler om kvalitet i KVAM, eller er det overvekt av HMS, og hva kan eventuelt årsaken til funnet være?*

Siden sentrene utfører støttefunksjoner, kan det tenkes at det er mindre fokus på kvalitet ettersom det ikke er direkte pasientkontakt i sentrene. Det er da nærliggende å tro at det er arbeidsmiljø saker som dominerer møtene i KVAM i senteravdelingene, og jeg ønsker å se på om, og eventuelt hvorfor det er blitt slik.

*Som en del av problemstillingens andre ledd kan vi dermed gi følgende utdypning: Er det flere saker som handler om kvalitet i klinikkene enn i sentrene, og hva kan grunnen i så fall være?*

Jeg ønsker altså å undersøke bakgrunnen for at KVAM ble dannet som struktur for å jobbe med kvalitet og arbeidsmiljø og også se på hvordan det fungerer i praksis, ved å undersøke hvilke saker som dominerer i KVAM og se på om det er forskjell mellom klinikk og senter. Problemstillingen er dels eksplorativ og dels deskriptiv. Det faglige teoretiske grunnlaget i oppgaven er instrumentell og institusjonell teori, men jeg vil også bruke noe translasjonsteori, samt noe teori om implementering, og drøftingen vil skje i konteksten total kvalitetsledelse.

#### 1.4 Avgrensning

For å finne svar på problemstillingen har jeg lest styredokumenter og andre dokumenter som handler om hvordan KVAM er ment å fungere, samt skaffet møtereferater fra KVAM-gruppemøter i 2017 fra tre avdelinger i en klinikk og fra tre avdelinger i et stabssenter i UNN. Jeg har også deltatt i noen møter i KVAM-grupper for å observere. Til sist har jeg utført to intervjuer for å få enda bedre forståelse av prosessen bak etableringen av KVAM.

På grunn av oppgavens begrensning i omfang har jeg valgt å ikke undersøke om kultur er en integrert del av KVAM slik det forutsettes i etableringen. Det forutsettes jo at organisasjonskulturen er bra for å få til kontinuerlig forbedring, men det blir som sagt ikke undersøkt nærmere i denne oppgaven. Av samme årsak vil jeg bare drøfte kontekstualisering i translasjonsteori og ikke dekontekstualisering.

## 1.5 Forkortelser og sentrale begreper

AMU	Arbeidsmiljøutvalg
Docmap	Elektronisk ledelses- og kvalitetssikringssystem som brukes i UNN
DRG	Diagnoserelaterte grupper
HMS	Helse, Miljø og Sikkerhet
HVO	Hovedverneombud
KU	Kvalitetsutvalg
KVAM-utvalg	KValitet og ArbeidsMiljø-utvalg
KVAM-gruppe	KValitet og ArbeidsMiljø-gruppe
KVO	Klinikkverneombud
Lean	Metode for kvalitetsforbedring
PVO	Personvernombud
TKL	Total kvalitetsledelse
TQM	Total Quality Management
TV	Tillitsvalgt
UNN	Universitetssykehuset i Nord-Norge
VO	Verneombud

Tabell 1 Forkortelser og sentrale begreper

Struktur/fora/organ brukes litt om hverandre for å beskrive møtene i KVAM.

HMS og arbeidsmiljø brukes også som synonymer for å variere språket i oppgaven.

## 1.6 Studiens disposisjon

I kapittel 1 er det innledning hvor både hensikt, problemstilling og avgrensning blir beskrevet. Kapittel 2 handler om hvordan kvalitet og arbeidsmiljø har utviklet seg i Norge og på sett og vis henger sammen, og den empiriske konteksten blir presentert. I kapittel 3 blir teoriene som blir brukt presentert. I kapittel 4, som handler om metode, forklarer jeg hvordan jeg har planlagt og utført innsamling av data. I kapittel 5 blir mine funn drøftet mot teoriene jeg har valgt i konteksten total kvalitetsledelse (TKL). Kapittel 6 handler om oppsummering og konklusjonen og videre forskning. Kapittel 7 er litteratur og kapittel 8 viser vedleggene.

## 2 Kvalitet og arbeidsmiljø i Norge

### 2.1 Innledning

Den empiriske konteksten for undersøkelsen presenteres, og deretter diskuteres bakgrunnen for at det er aktuelt og ønskelig å jobbe med kvalitet og arbeidsmiljø i samme struktur, samt tidligere forskning.

### 2.2 Empirisk kontekst

Universitetssykehuset Nord-Norge er en del av Helse Nord RHF. Sykehuset har rundt 6300 medarbeidere fordelt på mange klinikker og avdelinger fra Longyearbyen i nord til Narvik i sør; omlag 4500 av disse jobber i Tromsø. Dette gjør helseforetaket til landsdelens største arbeidsplass. (unn.no)

I perioden 2007-2009 skjedde det en større omorganisering av sykehuset. I korte trekk ble resultatet at 64 selvstendige avdelinger ble omdannet til det som i dag er blitt ni klinikker og tre stabsentre. Klinikkene har pasientkontakt, mens stabsentrene er støtteenheter. (unn.no)

Bakgrunn for direktørskiftet og den etterfølgende omorganiseringen var de enorme underskuddene som sykehuset slet med gjennom flere år. Ny direktør ble ansatt i 2007, og arbeidet med den store omorganiseringen ble satt i gang høsten 2007.

### 2.3 HMS-utvikling i Norge

Arbeidsmiljø er definert som de fysiske, vernetekniske, yrkeshygieniske og velferdsmessige forholdene som arbeidstakere har på en arbeidsplass. Arbeidsgiveren skal sørge for at helse, velferd og sikkerhet blir ivaretatt på alle plan i virksomheten. (Store norske leksikon, 2018)

I 1977 kom lov om arbeidervern og arbeidsmiljø. Den ble revidert og gjennomgått i 1992 og revidert og tilpasset EØS-krav i 1994. I 2004 kom det en revisjon som skulle gi redusert sykefravær og begrense veksten i antall uføretrygdete. Den skulle også gi bedre mulighet for kombinasjon av arbeid og trygd og bidra til et inkluderende arbeidsliv. I 2005/2006 ble lov om arbeidsmiljø, arbeidstid, stillingsvern gjeldende, og det ble et økt krav til dokumentasjon og økt krav til forebygging av sykdom og skader. Ellers handlet den i hovedsak om arbeidsmiljø, HMS og fleksibilitet (midlertidige stillinger). Det ble også foretatt mindre endringer i årene 2010-2017 som regulerer blant annet medvirkning og medbestemmelse, samt skjerping av krav til ergonomi og fysiske arbeidsforhold. (Karlsen, 2018)

## 2.4 Kvalitet i helsevesenet

Kvalitet kan sies å ha tre ulike dimensjoner:

- Faglig (profesjonell) kvalitet -sett i forhold til om resultat og prosesser er i henhold til de profesjonelle kravene for hva som er det beste for brukerne
- Ledelseskvalitet -blir ressursene brukt optimalt i forhold til brukernes krav og behov. Om ledelsen er proaktiv og om kvalitetsledelse omfatter policy, planlegging, kontroll, sikring og system og om det er effektive rutiner for kvalitet i organiseringen. Trenger en systematisk tilnærming for å kunne planlegge, styre/kontrollere og forbedre?
- Brukeropplevd kvalitet- blir brukernes krav og forventede kvalitet på tjenesten tilfredsstillt med hensyn til omsorg, høflighet og forventninger?

(Schreiner, 2004)

Kvalitet kan også ha mange definisjoner avhengig av bransje og kontekst for øvrig. Siden undersøkelsen skal skje i et sykehus, er det nærliggende å bruke en definisjon som handler om kvalitet i helsetjenester. I Sosial- og helsedepartementets rapport «Og bedre skal det bli» nevnes det seks dimensjoner som beskriver helsetjenester av høy kvalitet som:

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Det at det er såpass mange dimensjoner, gjør at begrepet kvalitet på helsetjenester blir veldig omfattende og dekker mange forhold. (Sosial-og helsedirektoratet, 2005)

## 2.5 To sider av samme sak

Omstillinger og endrede rammer gjør det utfordrende, men også lærerikt å arbeide i helsevesenet. Både de ansatte og lederne må tåle uforutsigbare arbeidsforhold, og de må derfor være fleksible samtidig som det skal ytes tjenester i henhold til lover, forskrifter og retningslinjer, samtidig som det grunnleggende menneskesynet må tas vare på slik at pasienter føler seg trygge.(Arntzen, 2014)

For å kunne holde orden i eget hus er internkontroll et viktig styringsverktøy for ledelsen. Det finnes mellom 36 og 47 ulike lover med tilhørende forskrifter som gjelder for et vanlig norsk sykehus/helseforetak. Det er derfor viktig å kunne dokumentere, kontrollere og evaluere

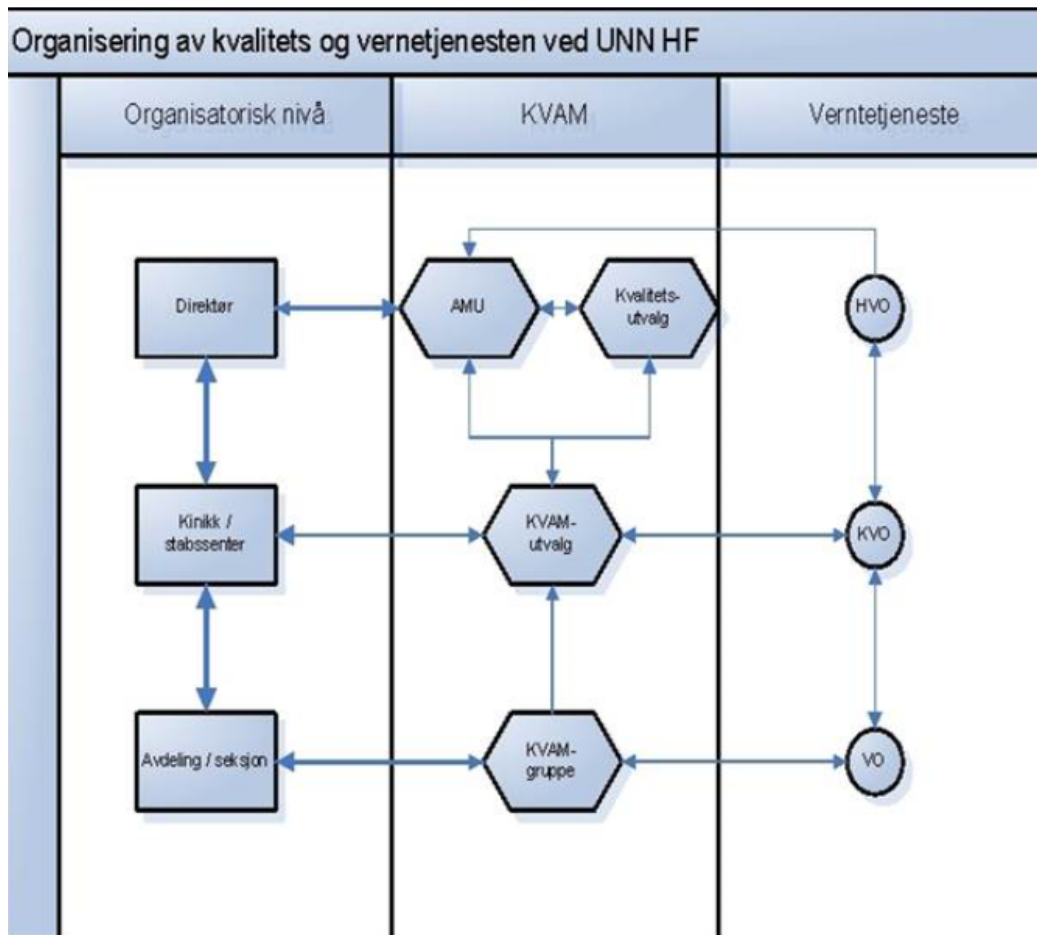
at krav fra myndighetene blir oppfylt. Systematisk arbeid med internkontroll er virkemidlet som skal sørge for at pasienter får innfridd sine rettigheter samtidig som de ansatte følger opp sine forpliktelser. (Arntzen, 2014)

UNN har valgt å samkjøre HMS-, kvalitets- og kulturarbeidet fordi det er tro på at godt arbeidsmiljø gir god kvalitet i pasientbehandlingen, og fordi en tydelig og god bedriftskultur er en forutsetning for godt arbeidsmiljø. (Styresak 6-2009 HMS-strategi UNN)

Universitetssykehuset Nord-Norge har bestemt at Lean og kontinuerlig forbedring skal være metodikken som skal brukes for å få bedre utnyttelse av ressursene, samtidig som pasientene skal få et bedre tilbud. UNN har brukt Lean som metode siden 2008, og arbeidet med kvalitet og arbeidsmiljø har siden 2009 blitt organisert i KVAM, som er felles utvalg for kvalitet og helse, miljø og sikkerhets arbeid (HMS). KVAM er organisert i ulike nivåer og med bestemt sammensetning av gruppene fra hver klinikk og seksjon. KVAM-gruppens arbeidsområder inkluderer både helse, arbeidsmiljø og sikkerhet for medarbeidere i avdelingen og kvalitetssikring og utvikling til beste for pasientene, med mål å bidra til kontinuerlig forbedring av klinikkens tjenester og arbeidsmiljø. Færre feil, økt kvalitet og prioritering av aktiviteter som gir økt helsegevinst, skal få større fokus. (Docmap)

Arbeidet med KVAM er basert på en rekke prinsipper for å sikre bred deltakelse fra ulike yrkesgrupper for å gi legitimitet til arbeidet. Det skal tas hensyn til geografisk tilhørighet, og det er viktig at kulturen på UNN skal styrkes for å øke åpenhet og medvirkning. På klinikknivå skal det være KVAM-utvalg som er felles utvalg for kvalitet og HMS- arbeid der KVAM-utvalget er underutvalg av henholdsvis kvalitetsutvalget (KU) og arbeidsmiljøutvalget (AMU). Videre skal det være en samordning av saksbehandlingen i AMU og KU i UNN. På avdelings- eller seksjonsnivå skal det være etablert KVAM-grupper. Det er klinikksefene/senterlederne som har ansvaret for at KVAM fungerer på klinikk- og avdelingsnivå og for samarbeid mellom de ulike nivå. (Docmap)





Figur 1 Organisering av KVAM-strukturen (Docmap)

## 2.6 Tidligere forskning

I boka «Det gode arbeidsliv: krav og utfordringer» diskuteres det hvordan man kan skape et godt og produktivt arbeidsmiljø. Viktige faktorer som kreativitet, omstilling, mangfold i arbeidslivet og kommunikasjon er noen av temaene som blir drøftet. (Skogstad & Einarsen, 2011)

Bjørn Willadssen har skrevet om at arbeidsmiljø og HMS favner et stort område og at det er regulert gjennom et omfattende regelverk. Integrasjon betyr at HMS er vevd inn i organisasjonen, og i en ideell verden hadde integrasjonen vært fullkommen. I virkeligheten vil mennesker helst unngå problemer og avvik, så det er nødvendig å ha en forståelse for dette for å kunne videreutvikle arbeidet med HMS og arbeidsmiljø. (Willadssen, 2014)

I de vestlige landene har det de siste tiårene blitt innført reformer for å effektivisere i offentlig sektor, da det hevdes at velferdsstaten er for kostbar. Studier viser at når bedriftsorienterte modeller for organisasjon innføres i offentlige virksomheter, så endres forutsetningene for styring, administrative oppgaver og de ansattes arbeidsvilkår. (Ramsdal & Skorstad, 2004)

## 3 Teoridel

### 3.1 Innledning

Teori er en organisert måte å se helhetlig og systematisk på et fenomen, der det beskrives hva som observeres og hvorfor akkurat det som skjer, skjer. (Shojania, McDonald & Wachter RM, 2004) Teoriutvikling er nødvendig for å kunne forutse hva som vil skje og hvorfor dette skjer. (Kleinman & Dougherty, 2013)

Hensikten med teori er altså å forklare fenomener fra virkeligheten slik at vi kan få en økt og mer inngående forståelse av det saken gjelder. (Martinsen, 2015)

### 3.2 Instrumentell teori

Den rasjonelle-instrumentelle tradisjonen i organisasjonsteorien er bakgrunn for verktøyvinklingen som jeg ønsker å bruke i denne oppgaven. Denne tradisjonen forbindes med flere forskere fra det siste hundreåret. Røvik nevner i sin bok «Moderne organisasjoner» fra 1998 både Weber, Taylor, Fayol og mange flere som undersøkte ulike sider ved denne retningen. Denne teorien knytter sammen ideer om at organisasjoner er å betrakte som redskap og bare det. Redskapets oppgave er å bringe frem vedtak, varer, tjenester og tiltak på en effektiv måte. Organisasjonens evne til å overleve er knyttet til den legitimiteten de har og deres evne til å være effektive. Det aller viktigste redskapet for å bedre effektiviteten er planmessige organisasjonsendringer. Det er viktig at virksomheten tilpasser sitt design etter hva man ønsker å oppnå. Dersom det oppstår nye behov, må organisasjonen redesignes. Det er i stor grad opp til ledelsen hvordan man tilpasser organisasjonen til nye mål, men det er essensielt at det gjøres så rasjonelt som mulig. Det er derfor viktig at man i størst mulig grad klarer å forutse konsekvensene av løsningene man har å velge blant. Endringene som skal gjøre organisasjonen i stand til å møte utfordringene er de tilgjengelige organisasjonsoppskriftene, som er mer eller mindre utprøvde. Eksempler på dette er oppskrifter for formell struktur, prosedyrer og prosesser. I dette perspektivet er en institusjonalisert organisasjonsoppskrift kun et redskap som kan brukes til å gjøre organisasjonen mer effektiv. (Røvik, 1998)

I det instrumentelle perspektivet forutsettes det at medlemmene i organisasjonen er rasjonelle aktører heller enn passive mottakere. Problemer søkes løst etter at de har blitt oppdaget. Dette er på mange måter et modernistisk inspirert perspektiv med en generell utviklingsoptimisme og en kraftig rasjonalistisk dreining. Det er en grunnleggende tro på at det er kunnskapsrike, fornuftige, lærevillige aktører og organisasjoner som skal stå bak forandring og forbedring. Organisasjonsoppskrifter kan sies å ha en livssyklus. De oppstår i en bedrift, bransje eller organisasjon der de har hatt god virkning og får dermed et godt rykte. Eksempler kan være oppskrifter på bedre tjenester, mer fornøyde ansatte eller raskere saksbehandling. Oppskriften

har vært medvirkende til å gi organisasjonen et konkurransefortrinn. Noen få av disse oppskriftene får status som superstandarder. De kan etterprøves, og mange andre oppnår også bedre resultater når de brukes. Det som er avgjørende er at de gir effektivitetsforbedring. Total kvalitetsledelse, prosjektorganisering og målstyring er slike superstandarder som regnes som særlig effektive verktøy. I dette perspektivet forventes det at det er et problem som ønskes løst, og organisasjonen søker aktivt etter nye løsninger. De tilgjengelige oppskriftene gjennomgås for å se om de kan løse problemet man har, og de som ikke passer, blir avvist. De som passer til problemet, blir tilpasset den lokale utfordringen. Ettersom det er mange oppskrifter som skal implementeres, må man anta at ledelsen sørger for at de kan ses i sammenheng og danne en logisk helhet. Det er også viktig at rekkefølgen er i orden. Først oppstår et problem, deretter leter man etter løsninger. Det kan tenkes tre ulike typer problemtilstander: Erfaringer i virksomheten som viser at *for tiden* fungerer ikke de løsningene som er valgt som opprinnelig ønsket eller forutsatt da de ble implementert. Det kan ha kommet kunnskap om *nye* oppskrifter som kan tenkes å fungere bedre enn de nåværende. Sist men i ikke minst kan det ha oppstått grunnleggende endringer som gjør at man trenger helt nye løsninger. Eksempel kan være politiske endringer i rammevilkår, markedssvikt, finanskriser eller teknologiske innovasjoner. (Røvik, 1998)

### 3.3 Institusjonell teori

Ny-institusjonelle forskere som Meyer og Rowan, DiMaggio og Powell, Brunsson og Scott og Meyer er de som står bak de sterkeste bidragene til resonnementene bak denne teorien. (Røvik, 1998)

Verdier, normer og forventninger i omgivelsene er det som utgjør de institusjonelle omgivelsene og som har betydning for hvordan omgivelsene oppfatter organisasjonen. Det er med andre ord de kulturelle forholdene i organisasjonen som har påvirkning på legitimiteten eller hvordan omgivelsene oppfatter og aksepterer organisasjonen. Alle organisasjoner vil møte forventninger til hvilke normer og verdier som er relevante for deres virksomhet. Dersom man ikke forholder seg til disse og velger systemer for styring og kontroll som ikke har legitimitet, vil det lett oppstå kritikk for manglende rasjonalitet, uaktsomhet eller likegyldighet. Organisasjoner vil derfor organisere seg slik at de unngår å avvike fra forventningene i omgivelsene. For å sikre støtte kan det brukes struktur og mål som fungerer som symbol. Det vil da lages mål og formuleres hvordan styring, kontroll og koordinering skal skje, uten at dette har noen betydning for det arbeidet som skal utføres. Det viktigste er å gi signaler til omgivelsene om at man er en organisasjon som utfører arbeidet på riktig måte. (Jacobsen & Thorsvik, 2013)

Organisasjonen befinner seg i institusjonelle omgivelser og blir påvirket av sosialt skapte forventninger og normer for hvordan en organisasjon bør fremstå. De populære organisasjonsideene er ikke redskaper, men symboler som organisasjonen etterspør for å vise sin tilslutning til verdier som effektivitet, rasjonalitet og fornyelse. Disse symbolene blir presentert som innpakkede reformideer som gir ledere legitimitet, men som ikke trenger særlig dypt inn på mottakersiden ettersom de ikke løser et problem i seg selv. (Røvik, 2007)

Dannelsen og utbredelsen til oppskriftene antas å handle om langt mer enn at de er effektive. En oppskrift kan bli gjort til standardoppskrift og bli spredt med stor kraft til andre på grunn av at den blir assosiert med fremgangsrike bedrifter, forskere, land eller enkeltpersoner. Slik blir oppskriftene sosialt autorisert og det kan se ut til at det er en forutsetning for å bli en institusjonalisert standard. Dersom man lykkes i å definere oppskriften som et symbol på noe som er nytt eller fremtidsrettet og som endrer måten man organiserer og leder på, vil det tenkes at den raskt vil bli populær og brukt av mange. Ettersom det kreves stadig fornyelse i organisasjoner som er under stadig utvikling, vil symboleffekten kunne bli negativ dersom oppskriften oppleves som gammeldags, selv om det ikke kan vises til at den påvirker effektiviteten negativt. En annen effekt av krav om kontinuerlig utvikling og fornyelse, er at oppskrifter kan få en syklus og «gjenvinnes» da det er et misforhold mellom krav om stadig fornyelse og tilgangen på genuint nye ideer og måter å organisere virksomheter på. (Røvik, 1998)

Forventningene til omgivelsene preger hvordan man mener at ulike typer av virksomheter bør organiseres, ledes og koordineres. For at organisasjonen skal bli oppfattet som legitim, må den tilpasse seg tre ulike institusjonelle elementer eller søyler.

	<b>Regulativ</b>	<b>Normativ</b>	<b>Kognitiv</b>
<b>Grunnlag for press</b>	Lovgivning	Verdier og forventninger	«Tatt for gitt»-oppfatninger om hva som bør gjøres.
<b>Grunnlag for tilpasning</b>	Tvang	Sosial forpliktelse	Ønske om å etterligne
<b>Grunnlag for legitimitet</b>	Formell godkjenning	Moralsk aksept	Man gjør det som oppfattes som riktig
<b>Eksempler</b>	Regulering og kontroll av forurensing	Standarder for personellbehandling	Organisasjonsoppskrifter, f.eks. balansert målstyring.

Tabell 2 Egenskaper knyttet til de tre institusjonelle søylene ((Jacobsen & Thorsvik, 2013)

Innenfor den regulative søylen er det lover og bestemmelser som avgjør hva man kan gjøre og hvordan man må organisere. Lovgivning betraktes som et kulturelt fenomen som ved tvang

bringer fram en bestemt måte å gjøre eller ikke gjøre ting på. Dersom man ikke tar hensyn til bestemmelsene vil det føre til svekket omdømme og muligens straffeforfølgelse. Den normative søylen viser hvordan en sosial forpliktelse i organisasjonen fører til at man tilpasser seg verdier og forventninger i omgivelsene. Det bygger legitimitet hvis organisasjonen får moralsk aksept for hva den gjør. Den kognitive søylen er fundert på en forståelse av at organisasjonens legitimitet bestemmes av at andre oppfatter at den samsvarer med de allment aksepterte forventningene og oppfatningene for hvordan den «bør» se ut. Dersom organisasjonen avviker fra forventningene i omgivelsene vil det kunne oppstå et legitimitetsproblem på grunn av at det skapes usikkerhet om hva som egentlig skjer. Forskning hevder at det er sannsynlig at organisasjoner som har sterk legitimitet har stor sjanse for å overleve selv om effektivitetskravene ikke er tilfredsstillende. Aller best er jo om både legitimitet og effektivitet er på plass. Isomorfi betyr at organisasjoner i samme type omgivelser blir likere og likere hverandre og det beskrives som en rasjonalitetsstandard. Organisasjoner i samme felt, f.eks. sykehus, møter press fra omgivelsene om å bli stadig mer lik hverandre da det finnes dominerende oppfatninger om hva som er rasjonell og fornuftig organisering. (Jacobsen & Thorsvik, 2013)

### 3.4 Translasjonsteori

For å forsøke å forklare hva som skjer når man skal innføre en oppskrift fra den ene organisasjonen til den andre, så er det blitt tatt i bruk tanker fra oversettelsesteori. Kontekstualisering er når ideer skal oversettes til praksis, og det er kunnskapsoverføring det er snakk om. Beste praksis fra en annen virksomhet skal tilpasses den egne organisasjonen og dens struktur, ansatte, rutiner og prosedyrer. Det vil da skje en translasjon eller oversettelse, da oppskriften må tilpasses til den konteksten som den skal fungere i. (Røvik, 2007)

Det er definert noen regler for oversetting som forklarer hvordan translasjonen skjer. Kopiering vil si at oppskriften innføres uten at innholdet endres i vesentlig grad. Dette gjelder for oversettelser som ikke kan omformes. Oversetterne tvinges til å kopiere, da det ikke er så mange frihetsgrader. Eksempler på slike oppskrifter er kvalitetskontroll og akkreditering av sykehuslaboratorier. Det gis ikke rom for å endre oppskriften eller praksisen. Kopiering vil også være en mye brukt oversettelse når det er like organisasjoner det skal oversettes mellom. Det finnes også modifierende oversettelsesregler. Da er det noe som legges til eller trekkes fra for å tilpasse til sin egen organisatoriske kontekst. Grunnlaget for denne regelen er ofte rasjonelt og instrumentelt betinget og kan forklares med at man ønsker at endringene som innføres ikke blir for omfattende og ressurskrevende. Mild modifiering kan skje bevisst eller ubevisst. Den radikale oversettelsen betyr en omvandling fra den originale oppskriften slik at



den blir helt tilpasset lokal organisasjon både i form og innhold. Oversettelsen kan bære preg av å være inspirert av organisasjonsoppskriften og fremstå som en nyskaping. Dette gjelder i stor grad for mer abstrakte oppskrifter og ikke i så stor grad for mer fastlagte prosedyrer. (Røvik, 2007)

Ny-institusjonalister har vært opptatt av at ideer kan reise inn i organisasjoner, men ikke nødvendigvis bli tatt i bruk. Nye organisasjonsoppskrifter kan bli tatt inn i virksomheten for å leve opp til normer i omgivelsene, for å oppfylle forventningen om at man skal være en moderne og endringsvillig organisasjon. Oppskriftene kan likevel holdes skjermet fra kjernevirksomheten for å unngå at en strøm av mer eller mindre uprøvde oppskrifter skal forstyrre driften. (Røvik, 2007)

### 3.5 Total Quality Management (TQM)

TQM eller Total kvalitetsledelse (TKL) er en av de populære organisasjonsoppskriftene som ble økende i popularitet i kjølvannet av New Public Management (NPM), og som medførte økt satsing på kvalitet og kunden i fokus. NPM startet på 80-tallet og er inspirert av en bred nyliberal ideologi og økonomiske teorier og normer som har økt effektivitet som hovedfokus. Offentlige virksomheter skulle ta i bruk reglene og målesystemene fra privat næringsliv i stedet for at de som tidligere var styrt av egne regler for offentlig byråkrati.

Hovedkjennetegnene ved NPM har blant annet vært økt markedsorientering samt økt mål- og resultatstyring. Denne reformen var litt vanskeligere å innføre i Skandinavia enn i USA og England på grunn av ulik kultur og sterkere tradisjon for likhet i de skandinaviske landene. Velferdsstatene i Skandinavia er mer lukket for press fra eksterne krefter på grunn av statlig styring. (Lægreid & Christensen, 2017)

NPM har blitt tilpasset og videreutviklet for å passe organisasjonen det gjelder, men hovedpunktene er at myndighetene ikke skal detaljstyre, men ha en mer overordnet og strategisk rolle. I spesialisthelsetjenesten har det ført til at økonomiske tilskudd som tidligere ble gitt som rammetilskudd til stor del nå er erstattet med innsatsstyrt finansiering ved hjelp av stykkprisfinansiering (DRG-systemet). Det vil si at sykehusene får tilført penger avhengig av hvilke diagnoser de behandler pasientene for. (Hansen., 2018,)

Tankene bak total kvalitetsledelse bygger til stor del på arbeidet som William E. Deming gjorde, blant annet da han hjalp Japan til å gjenreise sin bilindustri etter andre verdenskrig. Grunntanken var å gjøre arbeidsoppgave riktig og med høy kvalitet første gang, siden det er kostbart og ressurskrevende både det å måtte kontrollere og ikke minst det å rette feil. TKL har blitt en stor suksess for den japanske bilindustrien og mange organisasjoner har forsøkt å

implementere suksessoppskriften. Selv om ideen ble utviklet på 50-tallet, ble den ikke aktivt brukt i den vestlige verden før på 80-tallet.

I UNN finnes det allerede organisasjonsoppskrifter basert på TKL, som medarbeidersamtaler, målstyring og HMS. Det er derfor ikke helt ukjent for organisasjonen hva slike oppskrifter inneholder, men det som er nytt er hvordan de kombinerer dem.

Jeg ønsker altså å undersøke om en del av ei populær organisasjonsoppskrift er blitt implementert i organisasjonen slik det var tenkt. Jeg vil forsøke å se om den er blitt implementert som et verktøy for å ordne et problem eller om det er som et symbol, eller begge deler. Videre vil jeg forklare hvilken kontekst oppskriften er ment å passe inn i, nemlig total kvalitetsledelse.

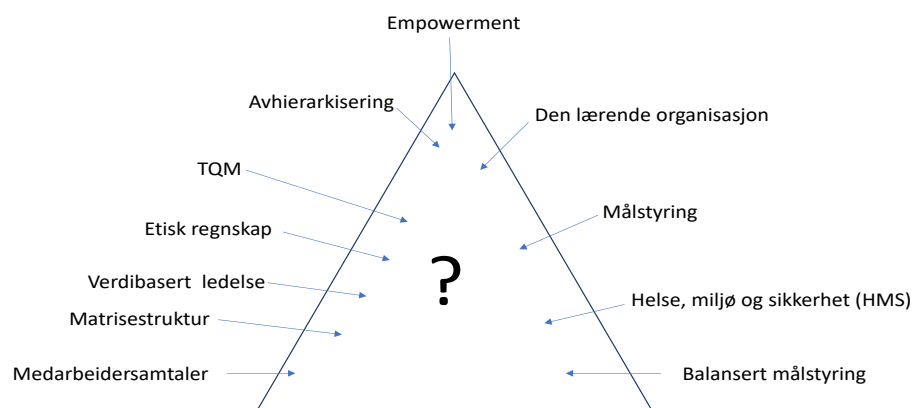
Jeg velger de fem mest relevante grunnprinsippene for TKL:

- prosessorientering
- brukerfokusering
- kontinuerlig forbedring
- tverrfaglighet (involvering av alle medarbeiderne)
- ledelsesengasjement

(Røvik, 1998)

For å lykkes med TKL-prinsippene må vi først etablere et kvalitetssystem som fungerer som grunnlag for styringssystemene. Kvalitetssystemet må støtte opp under alle arbeidsprosessene og se til at det finnes et sted å plassere de forbedringstiltakene som blir utarbeidet. (Schreiner, 2004)

### 3.6 Fra plan til implementering



Figur 2 Illustrasjon hentet fra foredrag (Røvik, 2017)

Fra plan til implementering eller som professor Kjell Arne Røvik sier det: «Fra prat til praksis». Det finnes mange populære organisasjonsideer som kan implementeres for å skape bedre kvalitet og styring i en virksomhet. Når det gjelder implementering kan man se for seg tre scenarioer.

- DET OPTIMISTISKE: Rask og uproblematisk implementering
  - Ledelsen tar initiativ, planlegger, og skaffer ressurser
  - Fører aktivt tilsyn; kontrollerer at ting skjer slik som planlagt
  - Bruk av tidsfrister
  - De ansatte er lojale iverksettere
  - Systemfokus: ledelsen må “lage systemer”
  
- DET PESSIMISTISKE: Frastøting
  - Forestilling: Fornuften er lokalisert NEDE i organisasjonen (i praksisfeltene)
  - Nødvendigheten av eierskap til reformideen og forankring på “bakkeplan” (bottom-up)
  - Mulig utfall der dette mangler: Frastøting
  
- DET ARTISTISKE: Frikopling (mellom prat og praksis)
  - Bakgrunn: Når ledere må leve opp til motsetningsfylte krav
  - Utfall: Reformideer frikoplet fra virksomhetens praksisfelt

(Røvik, foredrag 2017)

### 3.7 Fordeler og ulemper ved teoriene

I oppgaven skal jeg ikke teste om teoriene stemmer, men bruke den til å forklare den empirien jeg har fått tak i. De to perspektivene, instrumentelt og institusjonelt, er valgt som et pedagogisk grep for å få frem to svært ulike syn på det fenomenet jeg ønsker å beskrive. De to teoriene har også ulik grad av anerkjennelse både blant ledere og organisasjonsforskere, og den rasjonelt funderte instrumentelle teorien er langt mer populær og har større forklaringskraft enn institusjonell teori. Instrumentell teori får kritikk for at den forutsetter at aktørene er totalt rasjonale hele tiden, noe som vanskelig lar seg gjøre i komplekse organisasjoner og skiftende omgivelser. Motsetningene mellom teoriene er interessante i en

diskusjon, og det kan også hevdes at det ikke alltid er enten verktøy eller symbol, men en mer pragmatisk tilnærming som er nærmere sannheten. Noe som er innført for å løse et problem kan også få et symbolsk perspektiv etter hvert, eller omvendt. (Røvik, 1998)

Translasjonsteori er utarbeidet som et forsøk på å få bedre forståelse av hva som skjer når oppskriftene skal vandre fra den ene organisasjonen til den andre, og bruker begreper fra språklig oversettelse for å tydeliggjøre dette. Det er ikke en virkelig oversettelse som skjer, men begrepet translasjon brukes som metafor og pedagogisk begrep for å forstå prosessen bedre. I denne oppgaven er det bare brukt kontekstualiseringsdelen av teorien, mens flere andre sider som kunne vært belyst i en større oppgave som uthenting, oversetterne og translasjonskompetanse, ikke er diskutert. (Røvik, 2007)

Det er mange ulike oppskrifter som forsøkes implementeres i samme organisasjon, og selv om de hver for seg kan føre mye godt med seg, så kan det oppstå utfordringer ved implementering av mange slike oppskrifter på samme tid. Som vist i Figur 2 er det flere av disse oppskriftene der implementeringen skal skje samtidig. Det at noe ikke blir implementert som forutsatt, behøver ikke bety at det ikke passer for organisasjonen, men det kan være at tidspunktet ikke er riktig eller at de riktige forberedelsene ikke har vært gjort.

### 3.8 Begreper/perspektiver

Det som nå er KHAM-strukturen, har tradisjonelt vært møter som har omhandlet HMS, og så har kvalitetsaspektet kommet inn gradvis over tid. (Styresak 6-2009 HMS-strategi UNN) Jeg vil bruke perspektivene fra instrumentell og institusjonell teori for å diskutere om KHAM ble innført som verktøy eller symbol. Ved å undersøke hvor mange saker som handler om kvalitet kontra hvor mange saker som handler om arbeidsmiljø i KHAM-gruppemøter vil jeg kunne si noe om intensjonen om at det skal jobbes med kvalitet også i dette forumet, er blitt implementert. Er HMS og kvalitet to sider av samme sak, også i praksis? Jeg ønsker også å si noe om hvor stor andel av sakene som handler om kvalitet og om det er forskjell i forholdet mellom HMS og kvalitet mellom klinikk og senter og hva årsaken til eventuelle ulikheter kan være.

## 4 Metodedel

### 4.1 Innledning

Jeg ønsket å bruke både kvalitativ og kvantitativ metode for å finne svar på min problemstilling. Jeg søkte først på intranettet til UNN for å finne relevante dokumenter, og deretter fikk jeg via min veileder tilgang til saksfremlegget til styret i UNN da strategien om felles struktur for arbeidsmiljø og kvalitet skulle bestemmes. Jeg fikk også råd om hvordan jeg kunne få tak i mer informasjon til min undersøkelse ved å henvende meg til klinikkrådgivere og deretter få tilgang til de som hadde informasjon om det fenomenet jeg ønsket å studere nærmere.

Møtereferater fra KVAM-utvalg, KU og AMU er tilgjengelige for alle som jobber i UNN, mens møtereferatene fra KVAM-grupper bare er tilgjengelig for de som tilhører avdelingen de gjelder for. Jeg søkte først en klinikkjef og en senterleder om tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen og om å få tilgang til møtereferater. Deretter ba jeg om tips til hvilke avdelinger jeg kunne henvende meg til. I neste runde søkte jeg avdelingsledere om tillatelse til å bruke deres KVAM-gruppereferater i min undersøkelse. Jeg forklarte hva jeg ønsker å skrive masteroppgave om og la ved prosjektbeskrivelsen og opplyste at jeg ville behandle opplysningene anonymt. Klinikksjef ga meg tillatelse under forutsetning av at jeg tok hensyn til data som eventuelt kunne være sensitive for ansatte eller pasienter.

Jeg søkte Personvernombudet (PVO) ved UNN om tillatelse til å utføre denne undersøkelsen og fikk positivt svar dersom jeg oppfylte noen vilkår. Det er ikke forventet å finne veldig sensitiv informasjon om personer i disse referatene, men om det er f.eks konflikter eller veldig høyt sykefravær i en avdeling, så kan dette være informasjon som ikke skal være åpent tilgjengelig for alle. Referatene måtte ikke sendes til meg på e-post, men hentes av meg personlig ved at jeg hadde en ny og virusfri og krypterbar minnepinne med meg som jeg overførte referatene til. Videre måtte referatene lagres på et eget område på en server der bare jeg og PVO har tilgang. Det er da sikret at eventuell sensitiv informasjon ikke er allment tilgjengelig. Jeg må også slette all informasjon jeg har hentet inn fra avdelingene i henhold til avtale med PVO når jeg er ferdig med oppgaven min.

Videre har jeg deltatt som observatør ved noen KVAM-gruppemøter for å observere arbeidsmetoden og diskusjonen som foregikk. For å få enda bedre forståelse av mine funn fra dokumentundersøkelsen utførte jeg to utdypende intervju med noen av de som deltok i



prosessen med å innføre KVAM. Selv om det er ti år siden det skjedde, så hadde de viktig informasjon rundt hvordan de tenkte og hva de diskuterte da de planla saksfremlegget om innføring av KVAM i UNN. Dette var en undersøkelse som kom i tillegg til min opprinnelige plan, så jeg måtte melde/søke om utvidet tillatelse fra PVO, noe jeg fikk. Observasjon og intervju er kvalitative metoder som ble brukt for å tydeliggjøre det jeg har funnet ut i dokumentgjennomgangen jeg startet med og i dokumentanalysen av møtereferatene. Jeg har da utført en triangulering av kvalitative metoder. Det vil si at jeg har brukt ulike metoder i ulike deler av informasjonsinnhenting. I tillegg har jeg brukt en kvantitativ metode i dokumentanalysen, ved at jeg har brukt en likertskala for å systematisere og kunne analysere fordelingen av saker i møtereferatene.

## 4.2 Casestudie

I samfunnsvitenskapelige studier vil en case ofte være en enhet på et mellomnivå. Det vil si at det ikke er enkeltindivider og heller ikke et helt samfunn som undersøkes. I denne casen er det sykehuset som er studieobjektet. Når man undersøker en enkeltcase i dybden, samt avgrenset i tid og rom, så vil man kunne få en nokså virkelighetsnær beskrivelse av samspillet mellom de ulike aktørene og konteksten de inngår i. (Jacobsen, 2016)

Det vil ofte være vanskelig å generalisere på bakgrunn av enkeltcasestudier. Det vil mange ganger være behov for å sammenligne ulike case for å kunne si noe om generalisering. Ved å betrakte klinikken som en case og senteret som en annen case, vil jeg kunne undersøke to sammenlignbare caser i samme organisasjon. Det vil da være komparative case, situasjonen i to avgrensede områder som vil gi mulighet for generalisering til andre caser. I tillegg vil det også være mulig å avdekke årsakssammenhenger. (Jacobsen, 2016)

## 4.3 Utvelgelse av enheter

Jeg ønsket å undersøke KVAM på laveste mulige nivå for å kunne se nærmere på om de sakene som blir tatt opp i disse foraene gjenspeiler det som er tenkt satt på sakslisten da KVAM-systemet ble utformet. I KVAM-utvalg er det blant annet klinikksjefer som deltar og det er derfor rimelig å anta at de har større innvirkning på hva som havner på sakslistene enn hva som gjelder for KVAM-grupper som er på et lavere nivå.

Jeg fikk navn på tre avdelinger i en og samme klinikk som muligens kunne være aktuelle for min undersøkelse og vil i denne undersøkelsen kalle dem for K1, K2 og K3. Videre jeg fikk

tips fra senterleder for tre mulige avdelinger i et og samme senter for innhenting av referater som i denne undersøkelsen benevnes som S1, S2 og S3.

#### 4.4 Dokumentanalyse

Dokumentanalyse er en velbrukt metode innenfor samfunnsvitenskap, og metoden kan blant annet brukes til å undersøke prosesser. Ofte kan en utvikling undersøkes over en tidsperiode for å identifisere forandring eller stabilitet innenfor et område. Det at metoden er så utbredt kan medføre at den betraktes som triviell og ikke blir så systematisk begrunnet som den burde være i empiriske undersøkelser. Det er viktig å vurdere hvordan man samler inn materiale og hvordan man får tilgang til dokumentene. Hvordan undersøkes materialet? (Brinkmann & Tanggaard, 2012)

Et dokument kan defineres som språk som er fiksert i tekst og tid. Brinkmann & Tanggaard definerer et primært dokument som noe som blir sirkulert blant et avgrenset publikum og som ofte ikke er tilgjengelig for offentligheten. Et slikt dokument er også ofte underlagt en eller annen form for regulering, da det kan forekomme sensitiv informasjon i det. Til forskjell vil et sekundært dokument være noe som er tilgjengelig for alle. Selv om offentligheten ikke er målgruppen for slike dokument, så er de offentlig tilgjengelige. (Brinkmann & Tanggaard, 2012)

Jeg har brukt saksfremlegg til styret om implementering av KVAM og andre dokumenter som er hentet fra Docmap, og som handler om hvordan KVAM er organisert og tenkt brukt strategisk i organisasjonen. Det er viktig å være klar over at de dokumentene som ligger i Docmap ofte er oppdaterte, slik at de ikke ser lik ut som da KVAM ble vedtatt innført. Møtereferat fra de ulike KVAM-gruppene ligger ikke offentlig tilgjengelig. Selv om de ikke er definert som hemmelige dokumenter, så må de undersøkes og behandles med blick på den konteksten de tilhører. Referatene er nedtegnet til et annet formål enn det jeg skal bruke de til, noe det er viktig å være oppmerksom på. Jeg har gått gjennom referatene systematisk og foretatt en dokumentanalyse for å se hvilke saker som ble behandlet.

I undersøkelsen av møtereferat ble det tidlig klart at det ikke var mulig å kategorisere sakene i enten kvalitet eller arbeidsmiljø, da mange saker inneholder noe fra begge fagfelt. Likertskala er en mye brukt måte for å samle inn svar i spørreskjemaer og det utformes da det som kalles spørsmålsbatterier som enten er gradert eller delt inn i flere svarkategorier, f. eks 1=helt uenig, 2=litt uenig, 3=verken enig eller uenig, 4=litt enig og 5=helt enig. (Jacobsen, 2016)

I denne undersøkelsen er det ikke brukt spørreskjema, men jeg velger likevel å bruke Likertskalaen for å gradere svarene i undersøkelsen siden det er en glidende overgang mellom mengde kvalitet og arbeidsmiljø i de sakene som blir behandlet.

1. Bare kvalitet,
2. Mye kvalitet, men samtidig noe arbeidsmiljø,
3. Like deler kvalitet og arbeidsmiljø
4. Mye arbeidsmiljø men også noe kvalitet
5. Bare arbeidsmiljø

Jeg har fått bistand fra HMS-rådgiver i UNN, Walter Andersen, med å kvalitetssikre hvor på likertskalaen de ulike saksområdene kan sies å ligge. Jeg hadde først markert hvor på likertskalaen de ulike sakene befant seg, og så kvalitetssikret han det jeg hadde gjort og foretok noen rettinger. Det ble noen endringer, og i tre av fem rettinger hadde jeg antatt at det skulle ha verdien 5, bare arbeidsmiljø, mens han mente det skulle være 3, like deler kvalitet og arbeidsmiljø. Det er fortsatt estimat, men ikke utført av meg alene. Jeg velger å bruke fem svaralternativer både for å få med gradene av innhold av kvalitet og arbeidsmiljø, men også for å få bedre mulighet til å si noe om de svarene jeg kommer frem til. Ved å ha såpass mange som fem graderinger vil det bli mulig å gjøre flere statistiske analyser av datamaterialet. (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2011)

Det er ønskelig at variabelen som blir målt, har høyest mulig målenivå, slik at man kan bruke statistiske teknikker for å analysere svarene man får. I denne undersøkelsen kan man si at variabelen er på ordinalnivå fordi kategoriene kan rangeres, men de har ikke skalaverdi fordi de ikke representerer en eksakt måleskala. Det at jeg bruker en Likertskala gir variabelen fem verdier, noe gjør det mulig å betrakte den som et intervallnivå, dersom man legger en antakelse om at det finnes en underliggende kontinuerlig skala av variabelen til grunn. Hvis jeg antar at det finnes en glidende overgang mellom arbeidsmiljø i den ene enden og kvalitet i den andre, kan jeg bruke blant annet gjennomsnittsanalyse for å vurdere mine innsamlede data fra møterefaterne. (Johannessen et al., 2011)

Jeg ønsket så ferske data som mulig og valgte derfor å undersøke møterefater fra 2017, siden det ville gi meg referater for et helt år. Det gir en avgrensing i tid og like stor sjanse for at alle de undersøkte avdelingene hadde hatt de anbefalte seks møtene per år. For å få data på

lavest mulig nivå valgte jeg å undersøke referatene fra KVAM-grupper i stedet for referater fra KVAM-utvalg, da jeg hadde en antakelse om at de på laveste nivå ville bruke KVAM på en annen måte enn de høyere nivåene. Utvalgene er sammensatt av klinikkledere, avdelings-/seksjonsleder, klinikkverneombud (KVO) og en av de tillitsvalgte (TV), mens det i gruppene er både avdelings-/seksjonsleder, verneombud og en av de tillitsvalgte. I tillegg vil disse tre faste medlemmene velge øvrige medlemmer i gruppa. (Docmap, RL 1334)

#### 4.5 Observasjon

Observasjon som metode er både tids-og ressurskrevende, men egner seg godt når forskeren ønsker direkte tilgang til det man undersøker, som for eksempel samhandling i et møte. Ved at forskeren plasserer seg i situasjonen, kan hun gjøre sine refleksjoner under hele observasjonen og bruker dermed seg selv som filter i forskningsprosessen. Det kan være nyttig å bruke observasjon som en supplerende metode for å belyse problemstillingen fra en annen synsvinkel. (Johannessen et al., 2011)

Observasjon ble utført 11.10 i et KVAM-gruppemøte i en klinikk, og 29.10 i et senter. Jeg hadde bedt om å få delta på et møte da jeg ba om møtereferater for 2017. Jeg fikk da positivt svar fra en avdeling i en klinikk og en avdeling i et senter. Observasjon er primærdata, siden det er forskeren selv som innhenter data til undersøkelsen. Ved at man i metoden kan forstå hvordan og hvorfor noe skjer, er det et kvalitativt element i den, men metoden kan også brukes som en kvantitativ tilnærming når man kategoriserer forekomst av ulik atferd og på forhånd har definert kriteriene. (Jacobsen, 2016)

I denne undersøkelsen var de som deltok i møtene klar over at jeg skrev en oppgave om KVAM. Lederen hadde fått tilsendt prosjektbeskrivelsen på forhånd for at de skulle skjønne hvorfor jeg ba om å få være observatør i et KVAM-gruppemøte. I starten av møtet presenterte jeg meg for alle som var tilstede og sa i korte trekk hva oppgaven min gikk ut på. Jeg var nøye med å presisere at ingen kunne gjenkjennes i oppgaveteksten, slik at de skulle kunne snakke fritt. Jeg deltok som ren observatør og brukte ikke noen form for opptaker under møtet. Jeg hadde ikke informert dem om at jeg på forhånd hadde bestemt å måle tidsbruken på de ulike sakene som ble behandlet. Jeg skrev også notater om hva sakene de behandlet handlet om, slik at jeg bedre skulle bli i stand til å analysere mitt datamateriale i oppgaven.

#### 4.6 Intervju

Etter at jeg hadde startet arbeidet med oppgaven, ble det klart at jeg hadde bruk for mer utdypende informasjon om prosessen rundt planlegging av hvordan KVAM skulle organiseres i starten. Jeg ble da anbefalt å intervju noen nøkkelpersoner på UNN. Den ene anbefalte den andre og jeg fikk dermed to ulike syn på hva som skjedde for snart 10 år siden. Det at en informant anbefaler en annen person til videre intervju, kalles for snøballmetoden. Jeg ville utføre semistrukturerte intervju ved at jeg på forhånd hadde utarbeidet noen spørsmål som jeg ønsket svar på (intervjuguide i vedlegg), og så lot jeg informantene selv fortelle om det var noe mer de ville uttale seg om. Intervjuene ble foretatt på arbeidsplassen på ledige kontorer for å unngå forstyrrelser etter informantenes eget ønske. For at jeg skulle konsentrere meg om svarene og samtalen, så fikk jeg tillatelse til å ta lydopptak av begge samtalen. Disse ble transkribert så raskt som mulig etter intervjuene og så slettet, slik avtalen var. Intervjuene varte i henholdsvis en halvtime og tjue minutter. Begge informantene har fått tilsendt sitater for sitatsjekk. (Johannessen et al., 2011)

#### 4.7 Datainnsamling

Innsamling av data har foregått i perioden juni til oktober 2018.

#### 4.8 Vurdering av metoden og svakheter og styrker med mine data

Det kan være en ulempe at jeg selv jobber i UNN i Kvalitets- og utviklingssenteret, da det kan være for nært mitt daglige virke til at jeg klarer å se nøytralt på problemstillingen. Det kan også være en fordel at jeg jobber i dette senteret, siden jeg lettere kan få tilgang til informasjon og intervjuobjekter til undersøkelsen. Jeg har vært klar over at min dobbeltrolle kan påvirke både mine forhåndsantagelser og mine tolkninger av datamaterialet.

Det kan være en svakhet ved utvalget at jeg fikk anbefalt hvem jeg skulle ta kontakt med, og at jeg dermed fikk anbefalt klinikk, senter og avdelinger som var de beste på dette området. Samtidig kan det være en fordel, da de var positivt innstilt til undersøkelsen.

De dokumentene jeg har lest i Docmap om hvordan KVAM er tenkt brukt, kan være endret og oppdatert siden KVAM ble vedtatt innført for ni år siden. Det kan tenkes at dokumentene som jeg leste i 2018 på intranettet er forbedret, slik at analysen jeg gjør av hvordan KVAM fungerte i 2017 ikke blir med helt korrekt bakgrunn. Det er ikke sannsynlig at det er gjort veldig store endringer, men det er en teoretisk mulighet for det.



Observasjon som metode sikrer en annen synsvinkel på dataene man samler inn, men det kan tenkes at min tilstedeværelse medvirket til at møtedeltakerne tok hensyn til at jeg var tilstede og opptrådte annerledes enn vanlig. Dette er ikke veldig sannsynlig da det ikke var en spesielt sensitiv kontekst, men er likevel verdt å nevne som mulig svakhet ved undersøkelsen.

Intervjuene ble som tidligere nevnt aktuelle nokså sent i undersøkelsen, og det ble derfor kort tid til både å avtale intervju og utarbeide en intervjuguide. Informantene stilte sporty opp på kort varsel, men det kan være en mulighet for at jeg hadde fått enda mer og bedre data om det hadde vært planlagt tidligere. I utførelsen av intervjuene har jeg gjort mitt beste for å innhente relevant informasjon som er relatert til problemstilling og teori i oppgaven. Også ved intervju er det mulig at forskeren påvirker informanten og jeg var bevisst min rolle og strebet etter å være så nøytral som mulig. Selv om det er mange år siden KVAM ble innført, bidro intervjuene til at jeg fikk mer forståelse av hvorfor strukturen ble innført.

Jeg har forsøkt å beskrive i detalj hvordan jeg har utført undersøkelsene, og der det har vært ønskelig har jeg søkt bistand for å sikre at det ikke bare er mitt subjektive syn som legges til grunn. Det siste gjelder spesielt for utformingen av Likertskalaen, der jeg fikk hevet kvaliteten og sikret bedre objektivitet ved å la en erfaren rådgiver revurdere mine klassifiseringer av de ulike sakstypene. Det er også viktig å være klar over at den glidende overgangen mellom kvalitet og arbeidsmiljø i sakene er estimert til verdier mellom en og fem. Selv om jeg har fått bistand til kvalitetsheving, så kan det ha oppstått feilvurderinger her da det ikke finnes noen andre graderinger av hvor mye kvalitet eller arbeidsmiljø de ulike sakstypene består av. En mulig feilkilde er at jeg selv først hadde vurdert innholdet av kvalitet og arbeidsmiljø i de ulike sakene, også så viste jeg resultatet til rådgiveren. Det kan tenkes at det hadde blitt noe annerledes om bare rådgiveren hadde angitt verdiene på likertskalaen. Dette er noe som igjen vil kunne påvirke tallene i tabellene jeg har utformet. Det er også en del saker i referatene som ikke tilhører til forhåndsdefinerte sakene som likertskalaen er utarbeidet fra. Disse saksoverskriftene sendte jeg til HMS-rådgiveren slik at han kunne vurdere hvor på likertskalaen de ulike saksoverskriftene passet best.

Det kan tenkes at jeg kunne ha brukt spørreundersøkelse i stedet for møtereferater i min undersøkelse, men det er erfaringsvis veldig vanskelig å få mange svar fra de som jobber i avdelinger i klinikk, da de har begrenset tilgang til PC i sin arbeidshverdag. Denne undersøkelsen er derfor et forsøk på å undersøke så mye som mulig av bruken av KVAM ved å studere resultatet av møtene i stedet for å spørre deltakerne direkte.

#### 4.9 Datakvalitet –generalisering

Reliabilitet eller pålitelighet handler om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet, og om det resultatet jeg kommer frem til i undersøkelsen, kan gjenskapes av andre forskere på annet tidspunkt. Ved at jeg beskriver så nøyaktig som mulig hvordan jeg går frem og hvilke valg som tas, så økes reliabiliteten i undersøkelsen. (Jacobsen, 2016)

Denne undersøkelsen har intern gyldighet ettersom jeg har fått tilgang til det jeg ønsket å undersøke. Jeg har brukt autentiske dokumenter og har fått tilgang til møter og intervjuet kunnskapsrike medarbeidere om temaet i oppgaven. Så resultatene er gyldig innad i caseavdelingene i UNN.

Mine resultater kan ikke generaliseres og direkte overføres til andre sammenhenger da jeg ikke har representativt utvalg, som kreves i kvantitative undersøkelser. Siden jeg for det meste har brukt kvalitative metoder og har brukt de enhetene som har blitt anbefalt av de jeg har snakket med innledningsvis, så kan det hevdes at mitt utvalg er strategisk valgt. Noe som er et naturlig valg når det er få informanter. (Jacobsen, 2016) Imidlertid finnes det en mulighet for at jeg kan ha blitt tipset om å bruke de som er aller best på KVAM-deltakelse, og da vil min undersøkelse gi et skjevt bilde av hvordan det fungerer å jobbe med arbeidsmiljø og kvalitet i samme struktur.

Jeg vil likevel tro at oppgaven har nytteverdi og at funnene kan overføres til andre virksomheter enn UNN ettersom jeg har brukt anerkjente metoder og forsøkt å være så objektiv som mulig. Studiet kan si noe om KVAM er en suksesshistorie og om det er forskjell på hvordan strukturen blir brukt når det er ulikheter i arbeidsoppgavene og organiseringen, slik det er mellom klinikk og senter.

## 5 Analyse

### 5.1 Mitt datamateriale

Antall referater var tilsammen 26, hvor 18 var fra klinikk og 8 referat var fra KVAM-gruppemøter i senter.

Avdeling	Antall referat
Klinikkavdeling 1 (K1)	6
Klinikkavdeling 2 (K2)	4
Klinikkavdeling 3 (K3)	8
Senteravdeling 1 (S1)	1
Senteravdeling 2 (S2)	5
Senteravdeling 3 (S3)	2

Tabell 3 Antall møtereferater 2017

Referatene ble organisert i likertskalaer som beskrevet tidligere. Sakene som ble behandlet i KVAM-gruppemøter, er systematisert etter antatt innhold av kvalitet og arbeidsmiljø i hver sak. Gjennomsnittsverdien på ca 3 vil da si at de fleste sakene inneholdt like deler kvalitet og arbeidsmiljø. En sak som bare handler om arbeidsmiljø multipliseres med 5, slik at det er vektede prosentandeler er utgangspunktet for denne beregningen. Se tabellen under.

	Antall saker	Gjennomsnittsverdi likertskala
Senter	39	3,05
Klinikk	134	3,10

Tabell 4 Oversikt over møter, saker og likertverdi og vektet gjennomsnitt

Herunder ser vi hvordan sakene fordeler seg prosentvis etter innhold av kvalitet og arbeidsmiljø i referatene fra møter i henholdsvis senter og klinikk. I denne tabellen er det antall saker som er grunnlaget for beregningene.

	Kvalitet=1	Mest kvalitet og litt arbeidsmiljø=2	Like deler kvalitet og arbeidsmiljø=3	Mest arbeidsmiljø og litt kvalitet=4	Arbeidsmiljø=5
Senter	0 %	28 %	44 %	23 %	5 %
Klinikk	7 %	11 %	49 %	28 %	4 %

Tabell 5 Saker fra møtereferater ordnet i likertskalaer og prosentandel.

For å kunne utføre ytterligere undersøkelser ble det utarbeidet en oversikt som viser antall saker pr avdeling og hvordan innholdet av kvalitet og arbeidsmiljø fordelte seg prosentvis i likertskalaen. Grunnlaget for prosentfordelingen er antall saker av hver type. Se tabell under.

<b>Avdelinger</b>	<b>Antall saker</b>	<b>Kvalitet=1</b>	<b>Mest kvalitet og litt arbeidsmiljø=2</b>	<b>Like deler kvalitet og arbeidsmiljø=3</b>	<b>Mest arbeidsmiljø og litt kvalitet=4</b>	<b>Arbeidsmiljø=5</b>
Senter 1	8	0 %	13 %	63 %	25 %	0 %
Senter 2	26	0 %	27 %	42 %	23 %	8 %
Senter 3	5	0 %	60 %	20 %	20 %	0 %
Klinikk 1	61	10 %	11 %	52 %	21 %	5 %
Klinikk 2	53	2 %	8 %	51 %	38 %	2 %
Klinikk 3	20	15 %	20 %	35 %	25 %	5 %

*Tabell 6 Antall saker og prosentfordeling i de ulike avdelingene i senter og klinikk.*

I tillegg deltok jeg som observatør i to KVAM-gruppemøter, ett i en klinikk og ett i et senter. Jeg hadde på forhånd bestemt at jeg skulle observere tidsbruk og hvilke saker som ble behandlet. I klinikk observerte jeg i et møte som varte 3 timer, og i senter varte møtet 1 time. Både klinikk og senter hadde en strukturert agenda, men det var betydelig flere saker som ble tatt opp i avdelingen i klinikk. Det var også flere deltakere på møtet i klinikk ettersom det var en større avdeling med flere ansatte enn avdelingen i senter. Det var veldig interessant å være observatør, og jeg fikk mer forståelse av diskusjonen rundt de ulike sakene. I et referat blir ofte bare essensen eller det man beslutter notert, da det blir for omfattende å skrive ned hvert ord som blir sagt. Jeg vil utdype dette mer i neste kapittel.

Jeg foretok to intervjuer i etterkant av innhenting av dokumenter og observasjoner for å få mer kunnskap om hvorfor det ble bestemt at KVAM skulle dannes. Jeg fikk først avtale med en medarbeider som hadde deltatt i arbeidet med å foreslå KVAM, og denne informanten anbefalte så at jeg også snakket med en av de andre i arbeidsgruppen som deltok i diskusjonen rundt organiseringen av KVAM. Selv om det er nesten 10 år siden dette skjedde, så husket de mye av prosessen og hvilke argumenter som ble brukt, men jeg måtte gi et raskt resyme av styresaken som anbefalte KVAM-strukturen og når det skjedde. Disse informantene ga meg dybdekunnskap og økt forståelse av hvordan det var tenkt at KVAM skulle fungere og hva det skulle bidra til. I kapittel 5.2 vil jeg skrive mer om hva de sa.

## 5.2 Bakgrunn for etablering av KVAM

For å finne forklaringen til hva som var bakgrunnen for at KVAM ble dannet, vil jeg først diskutere hva den innledende dokumentundersøkelsen viste og utdype med det informantene fortalte i intervjuene og se dette i konteksten total kvalitetsledelse.

Kvalitet er å tilfredsstille brukernes krav og forventinger knyttet til et produkt eller til den enkelte tjeneste. Totalkvalitet omfatter en større helhet og kan deles opp i oppfyllelse av krav og forventinger rettet mot den faglige utførelsen av tjenesten eller produktet, samarbeidet og adferden. (Schreiner, 2004)

Jeg vil bruke de fem mest relevante prinsippene fra total kvalitetsledelse i drøftingen av empirien som nevnt i kap. 3.5

- prosessorientering
- brukerfokusering
- kontinuerlig forbedring
- tverrfaglighet (involvering av alle medarbeiderne)
- ledelsesengasjement

Jeg startet med dokumentundersøkelse der jeg tok for meg styredokumenter som jeg fikk tilgang til og annen dokumentasjon som ligger i Docmap for å finne ut mer om bakgrunn, struktur og hensikt med å organisere arbeidet med HMS, kvalitet og kultur i samme KVAM-organ.

Jeg fant da at Helse Nord RHF vedtok en HMS-strategi (97-2007) som skulle gjelde for hele foretaket, og de ba deretter om styrebehandling og implementering av denne. I tillegg til å innfri de krav Helse Nord stilte, ønsket direktøren i UNN å utvikle en felles holdning til og en høyere standard på HMS-arbeidet i UNN, og KVAM ble foreslått opprettet. (styresak UNN 6-2009).

Den nye strategien skulle bidra til at:

- UNN fikk en mer synlig og tydelig ledelse av HMS-arbeidet
- HMS-arbeidet skulle bli integrert som en del av lederoppgavene og systemene
- UNN fikk bedre rapportering og oppfølging av planer
- En bedre kultur for avviksmelding og avvikshåndtering
- Reduksjon av det opplevde misforholdet mellom oppgaver og ressurser
- Det ble færre pålegg fra tilsynsmyndighetene

Informant 2 fortalte at de hadde ei arbeidsgruppe der fremtidig organisering av arbeidet rundt kvalitet og HMS ble diskutert, og der fikk de høre at Nordlandssykehuset hadde det de kalte for KVAM på avdelingsnivå. Det var ikke en gjennomgående organisering, men ideen om at det kunne fungere og jobbe med kvalitet og arbeidsmiljø i samme organ slo rot. Arbeidsgruppen var på jakt etter noe nytt som kunne fungere, da det som da het miljøgrupper ikke fungerte som tenkt. Ved å foreslå ny struktur ville kvalitet komme inn som en ekstra dimensjon. Kvalitet og arbeidsmiljø henger sammen veldig tett, begge fagfeltene krever en systematisk tilnærming, og begge er forankret i internkontrollen. Det opprinnelige forslaget fra arbeidsgruppen var at strukturen skulle være gjennomgående i hele organisasjonen og ikke todelt i toppnivå slik det ble vedtatt innført.

Kvalitetsspørsmål blir behandlet i flere fora enn KVAM, der ledermøter er de viktigste i pasientsikkerhetsarbeidet. Det er etter hvert blitt mer ønskelig at avvik og hendelser i økende grad tas opp i KVAM-gruppene, trolig fordi ledelsen ønsker å bruke det som kontaktmøter for å informere ut i organisasjonen. (Informant 2)

Dette er i tråd med det som er skrevet om at kvalitet og arbeidsmiljø er to sider av samme sak, og det oppleves som en rasjonell beslutning om hvordan arbeidet med KVAM skulle organiseres.

### **Proessorientering**

Proessorientering innebærer at vi skal vektlegge alle prosessene i utførelsen av arbeidsoppgavene. Prosessene må være målbare for at de skal kunne måles og kontrolleres i henhold til de mål, krav og rutiner som er fastsatt. (Schreiner, 2004)

Informantene fremhevet betydningen av at det skulle bli mer systematisk jobbing med HMS. Tidligere har det vært en tendens til at arbeidsmiljøsaker skulle håndteres av vernetjenesten. Samtidig ville det være fornuftig å ha færre møter, samt at saksforberedelsene vil bli enklere i et møte, fremfor separate møter for HMS og kvalitet. Informant 1 mener at KVAM ble innført både som svar på et problem og som symbol på en moderne organisasjon. HMS-strategien skulle forbedres på grunn av endret innhold i HMS-begrepet og nye krav fra myndighetene. HMS fikk en utvidet betydning når både brannvern, ytre miljø og strålevern skulle inkluderes, da disse områdene er like mye pasientsikkerhet som arbeidsmiljø. Med årene kom også stadig økende krav til dokumentasjon av at kravene ble etterlevd. Selve arbeidet med HMS ble ikke

endret selv om det kom nye forskrifter og det ble lett til at vernetjenesten fikk ansvaret, selv om det offisielt er ledelsen som har ansvaret for arbeidsmiljøet.

*Innføring av KVAM var også en taktisk sak. Historisk har mye av jobben med arbeidsmiljø vært tuftet på vernetjenesten, og selv om arbeidsgiver fikk ansvaret for dette i 1977 og forsterket ansvar med styring og kontroll i 1991, så fortsatte man å lene seg mot vernetjenesten. I forskning kalles det for sidevognssyndromet. HMS er for lite på dagsorden i ledermøtene og fortsatt basert på en aktiv vernetjeneste. (Informant 1)*

Etter informant 2 sin mening ble KVAM innført for å løse et problem. Det fantes ingen gjennomgående struktur for seksjon, avdeling og klinikk, så den økende oppmerksomheten på systemforståelse hadde ingen fora som var egnet for slikt arbeid. Tankene bak KVAM ble utarbeidet i en slags dugnad der flere deltok.

Videre sa informant 2:

*Innføringen av KVAM var som svar på et behov fordi vi så at miljøgruppene slet med innholdet og det ble nesten bare et forum for å planlegge sosiale tilstelninger. Det var kanskje ikke modenhet for å jobbe systematisk med oppgavene. Dette var før alle lov-, forskrifts- og sertifiseringskravene, f.eks. grønt sykehus.*

Det at man fokuserer på prosesser i arbeidet sitt betyr at ansvarsområder blir definert, prosesser blir styrt og avvik blir behandlet. Eksisterende prosesser søkes forbedret samt at man prøver å skape nye prosesser. (Schreiner, 2004)

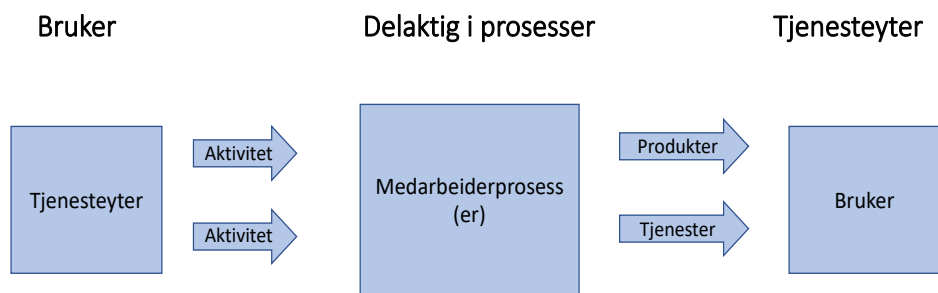
## **Brukerfokusering**

Med brukerfokusering menes at vi skal lytte til hva brukerne av våre tjenester ønsker og krever. Ta brukerne med på råd når nye produkter eller tjenester skal utvikles! Det har utviklet seg en praksis for at brukerne er representert i utvalg, råd og styrer nettopp med tanke på at brukerne vet hvilke tjenester de vil ha og hva som bør forbedres. (Schreiner, 2004)

I denne sammenheng er det pasienter som i stor grad er brukere, og de kan betraktes som eksterne brukere. De ansatte i andre deler av virksomheten kan kategoriseres som interne brukere. I arbeidet med total kvalitetsledelse er det viktig at alle som mottar tjenester blir oppfattet som brukere. Innad i virksomheten vil brukeren både motta, bearbeide og levere fra seg tjenester. En medarbeider har derfor tre roller i sitt daglige arbeid, tjenestebruker, delaktig



i arbeidsprosesser og tjenesteyter (leverandør). Philip Crosby kaller dette for «Medarbeidernes tre roller» (Schreiner, 2004)



Figur 3 Philip Crosbys modell over «Medarbeidernes tre roller» (The triple role of the Customer»)

Informant 2 sa:

*Jeg har vært og besøkt mange KVAM- utvalg og sett stor variasjon. Fra en klinikk der de var fulltallig og i tillegg hadde to brukerrepresentanter tilstede, til ei avdeling der kun to personer møtte.*

Brukerrepresentanter er nåværende eller tidligere pasienter som bidrar med sin erfaring inn i sykehusets prosesser på ulike måter. Man må holde seg informert om brukerens subjektive oppfatning av kvalitet. (Røvik, 1998)

### **Kontinuerlig forbedring**

Prinsippet om kontinuerlig forbedring betyr at vi stadig ønsker å bli bedre i vårt daglige arbeid. Det må skapes en kultur for endring og kvalitetsarbeid for at man skal kunne lykkes med TKL. Det må finnes motivasjon for endring av atferd og man må våge å bevege seg bort fra det forutsigbare og kjente og mot det ukjente. Organisasjonsendringer skaper ofte både frykt, frustrasjon, angst og dårlig arbeidsmiljø, men for å jobbe mot total kvalitetsledelse kreves det hyppige endringer.(Schreiner, 2004)

Informantene husker at det var et sterkt ønske om en annen struktur med bedre forankring og mulighet for å se pasientsikkerhet og arbeidsmiljø i en sammenheng.

*Organiseringen var moden for en modernisering og vi lot oss inspirere både av det de hadde gjort i Nordlandssykehuset med KVAM på avdelingsnivå og det som store industribedrifter hadde gjennomført med bedre organisering av arbeidet med kvalitet og arbeidsmiljø. (Informant 1)*

På spørsmål om KVAM er blitt slik det var tenkt å bli, sier informant 1:

*Det er ikke et enkelt svar på det. Det er blitt bedre og det foregår en kontinuerlig forbedring. KVAM har hatt lang implementering på grunn av omstillingen. Godt arbeidsmiljø er en forutsetning for god kvalitet. Også omvendt. Hvis det leveres dårlig kvalitet så går det ut over de ansattes arbeidsmiljø.*

I UNN brukes Lean som metode til kontinuerlig forbedring. Selve ordet «Lean» er engelsk og betyr slank eller å gjøre noe slankere. Lean er både en lederfilosofi og en måte å tenke system på med fokus på prosesser. Som kvalitetsforbedringsmetode har Lean ulike verktøy som kan hjelpe til med å effektivisere prosessene ved å fjerne sløsing. De riktige tingene må gjennomføres på de riktige stedene til rett tid og i riktig mengde. Fleksibilitet og åpenhet for forandringer er viktig for å kunne gjøre ting raskere og bedre. I sykehus fokuseres det på det som skaper verdi for pasientene og det som kan ta bort sløsing i administrative rutiner. (Torgersen, 2011)

Feil med kjemikalier, medikamenter og pasientsikkerhet er eksempler hvor feil rammer både pasienter og ansatte. Det samme kan sies om smittevern. Hendelser må ses fra begge sider, både fra pasienter og pårørendes side og fra de ansattes side. Videre sier informant 1 at høyt fravær har følger for kvaliteten i pasientbehandlingen. Hvis de rette folkene ikke er på jobb vil dette kunne ramme pasientene da vikarbruk gir manglende kontinuitet og dermed dårligere kvalitet.

*«Årsak-konsekvens, vi behandler konsekvensene men går for sjelden til årsakene, som kan være arbeidsmiljø. I de store sakene er det lett å se sammenhengen, men kanskje ikke så enkelt å se det i enkeltsaker». (Informant 1)*

### **Tverrfaglighet**

Det fjerde prinsippet er tverrfaglighet og da menes at alle ansatte på alle nivåer og i alle profesjoner involverer seg i prosessen med total kvalitetsledelse. Dette er avgjørende både for å få et godt arbeidsmiljø og for å kunne jobbe rasjonelt og så effektivt som mulig. (Schreiner, 2004)

Det er beskrevet i dokumentene om KVAM at det skal være lik andel ledere og ansatte som deltar i møtene. Informant 1 påpeker at det må jobbes mer systematisk med HMS og at det var særdeles viktig å få med ansatte som hadde interesse for slikt arbeid. Kvalitetsforbedring er ikke bare en lederoppgave, men fordrer forpliktende deltakelse av alle medarbeiderne. (Røvik, 1998)

I de seks avdelingene som jeg undersøkte referatene til, var det i stor grad flere yrkesgrupper som deltok i møtene. Det ble nevnt i noen referat at de måtte henstille til flere leger å møte og at KVAM måtte prioriteres selv om arbeidsdagen er travel.

### **Ledelsesengasjement**

Det er avgjørende med en synlig ledelse basert på fakta for å lykkes med forbedring og utvikling av kvalitet. Ledelsen må aktivt vise at de tror på kvalitetskonseptet og leve etter dette i sin ledelsesform. Lederne må derfor handle som de snakker. (Schreiner, 2004)

Ifølge informant 1 var en annen viktig årsak til innføring av KVAM at man ønsket å endre myndighetsstrukturen i sykehuset, ved at mye av direktørmyndigheten skulle delegeres til klinikkjefene. De måtte derfor få en tydelig ansvarsrolle i KVAM. Et annet moment var at klinikkene hadde lite administrative ressurser. Ved å samkjøre saksforberedelser og møter ble det mulighet for å jobbe mer effektivt, siden de unngikk å måtte etablere både arbeidsmiljøutvalg og kvalitetsutvalg i hver klinikk.

Informant 2 svarer på spørsmålet om det har vært endringer i bruken av KVAM at det nå forventes at saker blir tatt opp i KVAM. Det er blitt en viktigere møteplass, men det er fortsatt store ulikheter i hvordan det fungerer i UNN. Noen steder fungerer det som planlagt, mens andre steder er det ikke fullt så bra.

*«Lederfokus er det som er utslagsgivende» (Informant 2)*

Ansaret kan ikke delegeres til f.eks. en kvalitetssjef. (Andersen, Røvik & Ingebrigtsen, 2014)

### 5.3 Fungerer strukturen?

For å kunne undersøke om strukturen fungerer som tenkt har jeg valgt å undersøke flere sider av KVAM-gruppemøtene. Jeg brukte møtereferater for å se møtehyppighet, hvor lenge møtene skulle vare og både hvilke saker og antall som ble behandlet i 2017. Da det er mange saker som er både kvalitet og arbeidsmiljø måtte jeg lage et system som tok hensyn til det. Jeg vil også bruke det jeg observerte i møter i denne delen av diskusjonen da jeg i møtene fikk økt min forståelse for hva som ligger bak ordene i referatene. I tillegg vil informantene brukes i den grad de sa noe som passet inn i denne delen av oppgaven.

*Problemstillingens andre ledd: I hvor stor grad finner man saker som handler om kvalitet i KVAM, eller er det overvekt av HMS, og hva kan eventuelt årsaken til funnet være?*

Når det gjelder vekting av saker som handler om arbeidsmiljø eller kvalitet, så viser min undersøkelse at det er nesten identisk verdi på likertskalaen (se Tabell 4) for klinikk og senter, 3,1 og 3,05. Den gjennomsnittlige verdien forteller hva totalverdien av alle sakene dividert på antall saker blir. Det betyr at når jeg har vektet saker etter innhold så blir middelveien i denne undersøkelsen at sakene i klinikk og senter har likt innhold av kvalitet og arbeidsmiljø. Det er det store bildet som kan presenteres slik. I forhold til min opprinnelige antakelse om at det er flere saker som handler om HMS i KVAM er dette noe overraskende. Dette kan forklares på flere måter. Tallene er vektet etter innhold av kvalitet og arbeidsmiljø slik at hver sak med bare arbeidsmiljø får verdien 5 og hver sak med bare kvalitet får verdien 1. Det er derfor nødvendig å se hvordan sakene fordeler seg i avdelingene i senter og klinikk.

I Tabell 5 som viser fordelingen av saker i likertskalaer, ser vi at senter har 0 % saker som handler om bare kvalitet og i den andre enden av skalaen har de 5 % saker som bare handler om arbeidsmiljø. Klinikk har 7 % saker som har bare kvalitet i seg og 4 % som bare handler om arbeidsmiljø. Det er en forskjell på 17 % mellom prosentandelene i kategorien mest kvalitet og litt arbeidsmiljø, der sakene i senter får «dratt ned» gjennomsnittet sitt da de har høyere andel saker i denne kategorien enn klinikk har. Det kan derfor se ut som om det er mer kvalitet i sakene i senter enn i klinikk. Når jeg går tilbake til selve referatene for å se årsaken til dette, så er det at en sak som handler om areal/flytting/ombygging behandles i flere møter i senter, og ombygging er estimert til å tilhøre den kategorien. Sakene fra klinikk i samme kategori utgjør 11 % og det viser seg at disse sakene handler om pasientsikkerhet og avvik.

Hovedtyngden av saker plasseres på midten av likertskalaen med like deler kvalitet og arbeidsmiljø for både senter med 44 %, og klinikk med 49 %.

*Som utdyping av problemstillingens andre ledd skal jeg her besvare: Er det flere saker som handler om kvalitet i klinikkene enn i sentrene og i så fall, hva kan grunnen være?*

Tabell 6 viser antall saker og hvordan de fordeler seg i de ulike avdelingene i senter og klinikk. Når dataene blir fordelt slik ser vi lettere at det faktisk er flere saker i avdelingene i klinikk som handler om kvalitet. Neste kategori som er mest kvalitet og litt arbeidsmiljø har større tall for senter enn for klinikk i hovedsak, noe som kan skyldes at det faktisk er flere slike saker i senter, eller det kan være et resultat av estimering som ble gjort for å bruke likertskala i undersøkelsen. Selv om senteravdeling 3 har 60 % saker som inneholder mest kvalitet og litt arbeidsmiljø, så er det tross alt bare 3 saker som utgjør resultatet i den kategorien. I denne tabellen ser vi også at de fleste sakene ligger i de midterste kategoriene, noe som ikke er overraskende, da veldig mange saker inneholder både kvalitet og arbeidsmiljø.

Tabell 3 viser at det har vært avholdt flere møter i klinikk enn i senter. Det er sagt i dokumentene om KVAM-grupper at hver avdeling *bør* ha minst 6 møter hvert år. To avdelinger i klinikk har dette antallet eller mer som Tabell 3 viser, mens en avdeling i klinikk hadde 4 møter. Klinikkene hadde også flere saker på agendaen enn senteravdelingene. Senter hadde som mest 5 møter for en avdeling og henholdsvis 1 og 2 møter i de andre avdelingene. Årsakene til dette kan være at de ikke har direkte pasientkontakt og dermed ikke er tvunget til å være så opptatt av kvalitet og avvik som de må være i klinikk. En annen mulig forklaring kan være at de i senter lettere kan finne rom for å snakke om problemer i arbeidsmiljøet for eksempel. Informant 2 påpeker at det i avdelingsmøter eller tavlemøter tas opp saker som ellers kunne vært aktuelle for KVAM, men som blir behandlet fortløpende i andre møter. KVAM-gruppemøtene blir da mest brukt til oppfølging av medarbeiderundersøkelser og lignende.

Det er også et høyere antall saker i klinikk enn i senter. Tabell 3 viser at klinikk har hatt 134 saker, mens senter har hatt 39. Ettersom klinikk har hatt flere møter, er ikke dette så overraskende. Ved observasjon fikk jeg se at avdelingen i klinikk hadde mange faste saker på agendaen som var bestemt av KVAM-utvalget. Det var saker om arbeidsmiljø, sykefravær,

avvik og økonomi. Dette er stikk i strid med min antakelse om at det er opp til deltakerne i KVAM-gruppemøtene å bestemme agendaen. I senter var det ikke faste saker om de samme temaene som i klinikk. Informant 2 påpeker at det er ulike utfordringer i senter og klinikk, da det er litt mer styrbar hverdag i sentrene da oppgavene er mer forutsigbare, og de kan ofte vente en dag eller to ved sykefravær. Slik er det ikke en i klinikk med pasienter, noe som gjør at det blir en annen dagsorden der.

Et av de siste spørsmålene i intervjuene var om målet ved innføring av KVAM var nådd. Informantene mente at det bare hadde skjedd delvis og at det fortsatt var en del å jobbe videre med. Innføring av årshjul for HMS vil kanskje gjøre arbeidet mer systematisk, og det at Ledelsens Gjennomgang (LGG) kommer i forskriftene, vil automatisk involvere KVAM, men det er viktig at de riktige medarbeiderne er involvert i arbeidet. I dag kan det se ut som at KVAM fungerer bedre i klinikk enn i senter, men det er ikke så opplagt hva som er kvalitet i sentrene. Hvordan kan vi måle den servicen som ytes? Sentrene burde også evalueres og se om de bidrar til at målene nås. Informantene hadde tro på at KVAM ville fungere også i fremtiden og at det er en viktig arena gitt at sammensetningen av medarbeidere er bred.

#### 5.4 Instrumentell eller institusjonell forklaring?

Ut fra dokumentene kan det se ut som om KVAM er tenkt innført for å løse et problem da det skulle løse både utydelig ledelse av HMS-arbeid og redusere pålegg fra myndighetene. Samtidig skulle KVAM også sørge for bedre rapportering og bedre kulturen for å melde og håndtere avvik. Arbeidet med HMS skulle også bli integrert som en del av lederoppgavene og systemene. Dette inntrykket bekreftes av det informant 2 sier om at det var dannet en arbeidsgruppe for å undersøke om det fantes et alternativ til rene miljøgrupper, da disse ikke fungerte som tenkt. Informant 1 sa også at det var et sterkt ønske om å få en annen struktur. Forslaget om å danne en felles struktur kan da se ut som det er instrumentelt betinget. Organisasjonen betraktes som et verktøy. Det forutsettes at det er rasjonelle aktører som tar beslutninger for å løse et problem på en effektiv måte. (Røvik, 1998)

Det at det er blitt mer ønskelig at avvik og hendelser skal tas som saker i KVAM-gruppene kan også virke som en rasjonell beslutning for å kommunisere bedre med resten av organisasjonen. Organisasjonen har altså et problem som ønskes løst. De som utvikler oppskriftene, er ulike kunnskapsaktører, som ledere, konsulenter og forskere. (Røvik, 2007)

Informant 1 mener at KVAM ble innført både som svar på et problem og som symbol på en moderne organisasjon. HMS-strategien skulle forbedres på grunn av endret innhold i HMS-begrepet og nye krav fra myndighetene om blant annet økt dokumentasjon på at kravene ble etterfulgt. Det var også viktig å få lederne mer involvert siden de tross hadde ansvaret og hadde hatt det i mange år allerede. Samtidig var det også viktig å benytte anledningen når det foregikk en stor omorganisering til å få på plass en mer moderne organisering. Dette er i tråd med hvordan institusjonell teori forklarer hvorfor man skal innføre organisasjonsoppskrifter. UNN viste da at de var en moderne organisasjon som var oppdatert på hvordan man skal forbedre sitt omdømme.

Selv om vedtaket om å innføre KVAM kan se instrumentelt betinget ut, så er det grunn til å reise spørsmål ved det faktum at strukturen ikke ble gjennomgående slik arbeidsgruppen opprinnelig foreslo. Det å ha todelt toppnivå kan gi signaler om at det ikke er fullstendig tro på at systemet vil virke om det gjelder for hele organisasjonen. Det kan derfor se ut som om det delvis var en symbolbetinget beslutning.

Det samme kan sies om at informant 1 forteller om det såkalte sidevognssyndromet. Arbeidet med HMS er fortsatt avhengig av at vernetjenesten er aktiv for at det skal fungere til tross for at det har vært et lederansvar helt siden den første arbeidsmiljøloven ble vedtatt i 1977. Dette kan være et tegn på at det eksisterer en frikopling, der en oppskrift tas inn men ikke tas i bruk.

Det kan også diskuteres om det er en motsetning mellom internkontroll med faste prosedyrer og grundig dokumentasjon og kontinuerlig forbedring som fordrer Lean og kontinuerlig endring og forenkling?

Selve ideen med å jobbe med kvalitet og arbeidsmiljø i samme organ kan betraktes som en abstrakt oppskrift. KVAM kan tenkes å være en nyskaping som er inspirert av de organisasjonsoppskriftene som implementeringen inneholder, internkontroll og kvalitetssystem. Det har da skjedd en radikal oversettelse som er blitt tilpasset organisasjonen og som ikke er en kopi, men heller en radikal modifisering. (Røvik, 2007) I en artikkel om HMS-arbeid i sykehus, vises det til at noen av de som opprinnelig inspirerte UNN til å koble sammen arbeidsmiljø og kvalitet i samme møter i Nordlandssykehuset, nå har gått bort fra denne løsningen. Begrunnelsen er at ordningen bidro til at arbeidet med HMS druknet i forholdet til arbeidet med kvalitetsforbedring. Et annet sykehus i samme foretak har fortsatt med KVAM, så det er litt ulike erfaringer med hvordan dette fungerer. (Borgen, 2014)



## 6 Konklusjon

### 6.1 Oppsummering

Universitetssykehuset i Nord-Norge har slått sammen arbeidet med kvalitetsforbedring med HMS-arbeid i den såkalte KVAM-strukturen. Dette er ikke den vanligste måten å organisere slikt arbeid på, men ble bestemt innført i 2009. De fleste andre virksomheter har egne strukturer for å jobbe med arbeidsmiljø og HMS og helt andre organisasjonsdeler som skal jobbe med kvalitetsarbeid. Det hevdes at kvalitet og arbeidsmiljø er to sider av samme sak og det er derfor veldig hensiktsmessig å jobbe med dem i samme organ. Kan man da å betrakte denne strategien som en suksesshistorie?

Problemstilling: Hva var bakgrunnen for innføringen av KVAM og i hvor stor grad har strukturen fungert etter hensikten?

Jeg har brukt både kvalitativ og kvantitativ metode for å besvare problemstillingen i oppgaven. Jeg har brukt instrumentelt og institusjonelt perspektiv for å se om beslutningen bak innføringen var som svar på et problem, eller om KVAM ble innført for at UNN skulle fremstå som en moderne og tidsriktig organisasjon.

For å kunne si noe om graden av implementering har jeg også tatt i bruk translasjonsteori og ulike scenarioer for implementering og sett det i konteksten total kvalitetsledelse og de viktigste prinsippene derfra. Videre har jeg forsøkt å undersøke om strukturen fungerer som planlagt ved å undersøke møtereferater fra 6 avdelinger, for å se om det er mer kvalitet enn arbeidsmiljø i sakene som behandles i KVAM og jeg har på samme måte sett om det er forskjeller mellom klinikk og senter. Jeg har oppsummert mine funn fra dokumentanalysen i tabeller, og sagt noe om hva de ulike tallene betyr for hvordan KVAM er brukt.

Jeg har også deltatt som observatør i KVAM-gruppemøter både i senter og klinikk, samt at jeg har intervjuet to personer som er ansatt i UNN og som har deltatt i arbeidsgruppene som anbefalte at det skulle innføres en slik strategi, men arbeid med kvalitet og HMS i samme møter.

## 6.2 Konklusjon

Min undersøkelse viser verken kvalitet eller arbeidsmiljø dominerer saksinnholdet i møtene. De fleste handler både om kvalitet og om arbeidsmiljø. Det er ganske stor forskjell på både møtehyppighet, møtevarighet og antall saker i KVAM-gruppene mellom klinikk og senter. Det fungerer bedre i klinikk enn i senter, ved at de i stor grad har 6 møter eller mer i året og at det er mange flere saker som behandles. Mulige forklaringer til dette kan være at klinikker har pasienter og er pålagt å være nøye med pasientsikkerhet. Fravær rammer både arbeidsmiljø og økonomi ved at det som oftest må jobbes overtid eller skaffes vikarer. Utstrakt bruk av overtid fører fort til arbeidsmiljølovbrudd. Det kan søkes dispensasjon for overtid, men ikke dersom hviletiden blir for kort eller den ansatte må jobbe for mange søndager på rad. Sykefravær er også et fast punkt på agendaen i sentrene, men det får ikke samme konsekvenser som sykefravær i klinikk. Dette er ikke veldig overraskende funn, men forventet siden klinikkene har en annen arbeidshverdag og et noe annet fokus enn sentrene har.

KVAM brukes også til informasjon til de ansatte i klinikken ved at avvik og hendelser som allerede er tatt hånd om i kvalitetssystemet, blir diskutert og videreformidlet slik at flere ansatte enn de som er direkte involvert, kan lære av det som har skjedd. Dette var tatt fra referater i klinikk, så det fungerer ikke på samme vis i senter, som ikke har samme bruk av avvik og hendelser på grunn at de ikke har pasientkontakt.

Det er heller ikke så klart hva som menes med kvalitet i senter. Hvordan skal service måles? Sentrene burde nok også evalueres, slik at det ble mer tydelig om de bidrar til at målene nås. Det som er viktig, er at KVAM er sammensatt av både ledere og medarbeidere og representanter for alle profesjoner slik at det sikres tverrfaglighet. Entusiasme og interesse for slikt arbeid er også en forutsetning for at det skal kunne fungere enda bedre enn det gjør i dag.

Det kan se ut som om KVAM ble innført både som løsning på et problem, et verktøy, og som et symbol, for at UNN skulle fremstå som en moderne organisasjon. Det å være blant de første som innfører en slik måte å jobbe på, gir status og kan beskrives som en suksesshistorie, om det fungerer som tenkt. Mine undersøkelser viser at det i mange henseender fungerer som planlagt, men det er fortsatt rom for forbedring.

Undersøkelsen bekrefter det som står i teori om at ledelsesfokus er avgjørende for at organisasjonsoppskrifter skal implementeres på en vellykket måte. I sykehus er ofte lederne leger, og de har tradisjonelt hatt en sterk og ofte autonom stilling. I kraft av sin profesjon

danner yrkesgruppen et nettverk på tvers av organisasjonen. Leger er ofte opptatt av og ansvarlig for at den medisinskfaglige kvaliteten er høy. Kan man da forvente at kvalitet i ledelse blir tillagt samme vekt som kvalitet i medisin? En undersøkelse viser at det har skjedd en økning i administrativt orienterte kvalitetsindikator og at det da kan tenkes at fokuset er blitt vridd noe vekk fra profesjonenes egne kvalitetsindikatorer. Det betegnes som et «målehysteri» er blitt innført i etterkant av sykehusreformen som ble innført i 2002. (Byrkjeflot & Guldbrandsøy, 2013)

Det er en del tvetydighet i organiseringen som kunne vært endret til mer tydelig og konsistent gjennomføring. Det at KVAM-strukturen ikke er gjennomgående, det vil si at det jobbes i to ulike forum, AMU og KU, på toppnivå, kan oppfattes som motstridende når det forventes at resten av organisasjonen skal jobbe med arbeidsmiljø og kvalitet i samme møter, fordi det er to sider av samme sak. Det kan tolkes som en modifisering av innholdet i oppskriften, eller som en frikobling av implementeringen. Ledelsen har vedtatt at KVAM skulle innføres, men ikke helt i tråd med det som arbeidsgruppen anbefalte. For å virkelig vise at man har tro på dette konseptet, så burde KVAM være gjennomgående i sin organisering. Ledelsens engasjement for kvalitet er en nøkkelfaktor for å oppnå kvalitetsforbedring. (Tohamy, Raoush, Doweri & Alkhatib, 2015)

Det er i alle fall ingen grunn til å tenke at KVAM er utdatert, men det kan heller sees på som at UNN er tidlig ute med å implementere en arbeidsmetode som flere blir fristet til å ta i bruk, både fordi det er hensiktsmessig å se kvalitet og arbeidsmiljø i sammenheng og fordi det kan spare ressurser.

Helseminister Bent Høie sa i sykehustalen i januar 2016 at kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres enda høyere og at det må inn i bevisstheten til alle som jobber i helsevesenet. Han sa også at det er et lederansvar.

*«I oppdragsdokumentet har jeg gjort det klart at pasient- og kvalitetssikkerhetsarbeid skal være en integrert del av helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS). En forutsetning har vært mer kunnskap og mer åpenhet.» (Høie, 2016)*

### 6.3 Videre forskning

Jeg mener det ville være interessant å undersøke videre hvordan ledelseskvaliteten blir ivaretatt og da se spesielt på om det å ha sammenfallende møter for kvalitet og arbeidsmiljø i KVAM-gruppene gir det økte kvalitetsfokus som er tenkt.

## 7 Litteraturliste

### Bøker

- Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten -Arbeidsglede og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Red.). (2012). *Kvalitative metoder -Empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2016). *Hvordan gjennomføre undersøkelser* (3. utg.). Latvia: Cappelen Damm.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg. ed. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tuft, P. A. (2011). *Forskningsmetode - for økonomisk-administrative fag*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Karlsen, J. E. (2018). *Visjoner for det gode arbeidsliv -Arbeidsmiljøloven i samfunnsvitenskapelig lys*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Lægreid, P. & Christensen, T. (2017). *Transcending New Public Management: The Transformation of Public Sector Reforms*. London: Routledge.
- Martinsen, Ø. L. (Red.). (2015). *Perspektiver på ledelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ramsdal, H. & Skorstad, E. (2004). *Privatisering fra innsiden: om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K. A. (1998). *Moderne organisasjoner - Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Schreiner, A. (Red.). (2004). *Kom i gang - Kvalitetsforbedring i praksis*. Oslo: Den norske lægeforening. Hentet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/25883/komigang.pdf>
- Skogstad, A. & Einarsen, S. (Red.). (2011). *Det gode arbeidsliv: krav og utfordringer* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Willadssen, B. (2014). *Arbeidsmiljø og HMS-arbeid: integrasjon, problemløsning og utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.

### Artikler

- Andersen, H., Røvik, K. A. & Ingebrigtsen, T. (2014). Lean thinking in hospitals: Is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. . *British Medical Journal Open*, 4(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003873>
- Borgen, P.-C. (2014). Systematisk HMS-arbeid i sykehus som modernisering av offentlig sektor. *Søkelys På Arbeidslivet*, 31(4), 354-372.

Byrkjeflot, H. & Gulbrandsøy, K. (2013). Både hierarkisk styring og nettverk ; en studie av utviklingen i styringen av norske sykehus. . *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 54(4), , 463-526.

Kleinman, L. & Dougherty, D. (2013). Assessing quality improvement in health care: theory for practice. *Pediatrics.*, 131(Supplement 1):110-9.

Shojania, K., McDonald, K. & Wachter RM, e. (2004). Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 1: Series Overview and Methodology).

Tohamy, A., Raoush, A., Doweri, H. & Alkhatib, A. (2015). Is the organizational leadership committment principle the most significant TQM principle on hospital effectiveness? *European Scientific Journal*, 11(10), 240.

### **Nettsider**

Høie, B. (2016). Sykehustalen. Hentet 16.9.18 fra

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2016/id2470065/>

Oslo Universitetssykehus HF. (2017). Er du sikker? Synergier mellom arbeidsmiljø og

pasientsikkerhet. Hentet fra <https://oushf.wordpress.com/2017/10/12/er-du-sikker-synergier-mellom-arbeidsmiljo-og-pasientsikkerhet/>

Torgersen, R. (2011). Lean. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/lean>

### **Oppslagsverk**

Hansen., T. (2018,). New Public Management. I *Store norske leksikon*. Hentet 30. september 2018 fra

[https://snl.no/New\\_Public\\_Management](https://snl.no/New_Public_Management).

Store norske leksikon. (2018). Arbeidsmiljø. I. Hentet fra

<https://snl.no/arbeidsmiljo>

### **Offentlig dokument**

Sosial-og helsedirektoratet. (2005). *Og bedre skal det bli*. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>

## **8 Vedlegg**

8.1 Godkjenning av behandling av personopplysninger fra PVO

8.2 Likertskala over saker som behandles i KVAM

8.3 Intervjuguide om KVAM



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE  
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEISSU

HELSE



PERSONVERNOBUD

Sissel Bergvoll  
E-helse og IKT

Deres ref.:

Vår ref.:  
2018/3691

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Eva Henriksen / 95731836

Dato:  
22.6.2018

## GODKJENNING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Det vises til Meldeskjema for forskningsprosjekt, kvalitetsprosjekt og annen aktivitet som medfører behandling av personopplysninger som er melde- eller konsesjonspliktig i henhold til helseregisterloven og personopplysningsloven med forskrifter, mottatt 5.6.2018. Meldingen gjelder prosjektet/registeret:

**Nr. 02088**

**Navn på prosjektet:** *Kvalitet i KVAM*

Prosjektet er et **forskningsprosjekt** hvor Universitetssykehuset Nord-Norge HF er behandlingsansvarlig.

**Formål:** «Undersøke referater fra KVAM-gruppemøter på en klinikk og et senter for å sammenligne hvor stort fokus det er på kvalitet i disse møtene. Jeg har tenkt å bruke referater fra 3 avdelinger i en klinikk og sammenligne disse med referatene fra 3 avdelinger i et senter. Det er tenkt at det er tilstrekkelig å undersøke referat fra 2017.

Personvernombudet (PVO) har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysningene **ikke faller inn under medisinsk- og helsefaglig forskning etter Helseforskningsloven**. Prosjektet trenger ikke REK godkjenning. Behandlingen vil være regulert av § 7-27 i Personopplysningsforskriften og hjemlet etter Helseregisterloven § 6, jf. Personopplysningsloven § 11. Forskningsprosjekt vil som hovedregel kreve samtykke. PVOs anbefaling forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med de opplysningene som er gitt i henhold til Personopplysningsloven og Helseregisterloven med forskrifter.

PVO har på bakgrunn av tilsendte meldeskjema med vedlegg registrert prosjektet og opprettet et eget område (mappe) på \\hn.helsenord.no\UNN-Avdelinger\felles.avd\forskning (O:\) med navn **02088** hvor all data i forbindelse med prosjektet skal lagres. I tillegg er det opprettet et område på \\hn.helsenord.no\UNN-Avdelinger\felles.avd\forskning\key med



navn **02088N** hvor nøkkelfil skal oppbevares. Tilgang til dette området er begrenset til kun å omfatte prosjektleder og dem som prosjektleder definerer. PVO vil ha tilgang til området.

*PVO forutsetter at referatene som blir utlevert fra avdelingene, ikke sendes på e-post men hentes ut på en kryptert minnepinne. Referatene legges deretter på det tildelte nøkkelområdet (02088N).*

PVO gjør oppmerksom på at dersom registeret skal brukes til annet formål enn det som er nevnt i meldingen, må dette meldes særskilt.

PVO skal ha melding når registeret er slettet. PVO skal også ha melding dersom registeret ikke er slettet eller ikke ferdig behandlet innen 3 år.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriften § 7-12 godkjenner PVO at behandlingen av personopplysningene settes i gang som beskrevet.

Med vennlig hilsen

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

For Personvernombudet,  
Eva Henriksen

Kopi: Konst. senterleder Elin Gullhav

## Likertskala over saker

Hovedoppgaven til KVAM er å bidra til kontinuerlig forbedring og se til at kvalitetsarbeidet fungerer etter intensjonene.

Fra <<http://boo-hndcm-01.hn.helsenord.no/DocMapProd/view/DOCID=742977?DOCVIEW=FALSE?MENUHEIGHT=40?FINALPAGE=%2e%2e%2Fdoc%2FdmDocIndex%2html&DOCID=742977>>

Følgende saker er aktuelle for behandling i KVAM gjennom året	Kvalitet	Mest kvalitet og litt arbeidsmiljø	Like deler kvalitet og arbeidsmiljø	Mest arbeidsmiljø og litt kvalitet	Arbeidsmiljø
oppfølging av pasientsikkerhetsprogrammet	x				
oppfølging av helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet				x	
smittevernsarbeidet			x		
oppfølging av sentrale og lokale klima- og miljømål (ISO 14001)			x		
oppfølging av medarbeider-, bruker- og kulturundersøkelser			x		
opplæring og kompetanseheving, obligatoriske ekurs			x		
åpenhet og dialog i UNN			x		
gjennomgå avviksrapporter, inkl. avvik fra vernerunder, pasientskader og skader på personell, AML-brudd i GAT		x			
ventelister	x				
saker som fremmes for behandling fra respektive KVAM-gruppe/utvalg			x		
tilpasning av verneområder og KVAM-struktur					x
omstilling og bygningsmessige endringer		x			
vedlikehold av enhetens stoffkartotek i Ecoonline				x	
dialogavtale og oppfølging av denne			x		

rapport etter «Ledelsens gjennomgang av kvalitetssystemet» i klinikken		X			
rapporter etter eksterne tilsyn			X		
rapporter etter interne revisjoner			X		

Denne klassifisering av de faste områdene som KVAM behandler er utført av meg, men gjennomgått av Walter Andersen som er rådgiver innenfor HMS i UNN. Det må presiseres at det er en glidende overgang mellom kvalitet og arbeidsmiljø og at denne klassifiseringen i Likertskala er et estimat gjort etter beste evne.

## **Intervjuguide om KVAM**

*Hva er gode spørsmål?*

*Fire generelle kjennetegn:*

- 1. Enkle*
- 2. Nøytrale*
- 3. Åpne*
- 4. Fokusererte*

Primærdata.

Semistrukturert intervju. 1 times varighet? Presentere meg og si noe om mine undersøkelser og hvor mange som vil bli intervjuet.

Fortelle hensikten med intervjuet siden det ikke handler om sensitive spørsmål, men vil likevel bli behandlet anonymt i oppgaven om ønskelig.

Spørsmål:

1. Hva var din rolle i da KVAM ble dannet?
2. Hvorfor ble KVAM dannet?
3. Var det noen motargumenter mot å danne KVAM-strukturen?
4. Hvem tok initiativet til at det skulle dannes en slik struktur som KVAM?
5. Ble ideen hentet fra andre virksomheter eller fra litteratur?
6. Hva skulle dannelse av KVAM bidra til?
7. Tenker du at målet med KVAM er nådd?

Er det noen andre som kan tenkes å belyse dette?

Tips om flere informanter?

