

Ketil Hoven  
Jørn Frode Sand

# Brukerundersøkelser som kvalitetsforbedringsverktøy

## User surveys as a quality improvement tool

En kvalitativ studie om kvalitetsforbedring ved å benytte seg av brukerundersøkelser innen tverrfaglig spesialisert rehabilitering i Helse Midt-Norge RHF.

**MASTEROPPGAVE – MPA Master of Public Administration**

**Dato: 25.4.2019**

Veileder: Geir Hyrve

Konfidensiell til: 20.6.2019

NTNU har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven.  
Framstillingen står utelukkende for studentens regning og ansvar.

# Forord

Denne masteroppgaven er skrevet ved Handelshøyskolen NTNU i Trondheim våren 2019. Oppgaven markerer avslutning på masterstudiet Master of public administration.

Formålet med oppgaven er å undersøke om brukerundersøkelser bidrar til bedre kvalitet på helsetjenesten innenfor tverrfaglig spesialisert rehabilitering i Helse Midt Norge. Den empiriske studien har hatt fokus på om implementering av brukerundersøkelser kan føre til bedre kvalitet innen tverrfaglig spesialiserte rehabiliteringstjenester inne Helse Midt- Norge.

Vi vil rette stor takk til vår veileder førstelektor Geir Hyrve. Takk for faglige veiledning og støtte gjennom hele prosessen, gode råd og interessante diskusjoner, og ikke minst motivasjon til tro at dette skal gå bra.

En stor takk til våre respondenter som stilte velvillig opp og delte av sin kunnskap og sin virkelighetsoppfatning knyttet til temaet

Til våre respektive arbeidsgivere St. Olavs Hospital og Selli Rehabiliteringssenter, ønsker vi å gi en stor takk. Deres forståelse for omfanget av denne arbeidsprosessen har gjort arbeidet mye lettere.

Sist men ikke minst, er vi utrolig takknemlige og ønsker å gi en stor takk til våre respektive koner og barn. Uten støtte og motivasjon fra Helene, Maren, Håkon og Edvard, Stine, Jesper, Thilde og Marie, så hadde vi ikke klart dette arbeidet. Dette har vært et familieprosjekt hvor dere har vært tålmodige og støttet oss gjennom hele arbeidsprosessen.

Hommelvik/ Trondheim

24. april 2019

Ketil Hoven og Jørn Frode Sand

# Sammendrag

Reformen New Public Management har preget offentlig sektor siden 1980- tallet. Mye av tankegodset var hentet fra det private markedet. Intensjonen var at markedet skulle bedre kvaliteten og øke effektiviteten i den offentlige tjenesteproduksjonen. I markedet står kundeperspektivet sentralt. Dette kan sees i sammenheng til den offentlige helsetjenesten. Ved å benytte brukerundersøkelser kan man innhente informasjon om pasientens opplevelse av kvaliteten i helsetjenesten. Gjennom teori, styrende dokumenter og empiri har det blitt søkt å svare på oppgavens problemstilling: *På hvilken måte opplever virksomhetslederne i tverrfaglig spesialisert rehabilitering i Helse Midt-Norge RHF at brukerundersøkelser kan benyttes for å forbedre kvaliteten av helsetjenesten?*

Teori om kvalitet, prinsipal- agent- teori, benchmarking og implementeringsteori utgjør sammen med styrende offentlige dokumenter i helsesektoren, den teoretiske rammen for studien. Det empiriske datagrunnlaget er innhentet fra ledere fra i private/ideelle virksomheter tverrfaglig spesialiserte rehabiliteringstjenester

Vi har benyttet kvalitativ metode for å besvare studiens problemstilling og intervjuet fire virksomhetsledere innen tverrfaglige spesialiserte rehabiliteringstjenester i Helse Midt-Norge.

Funnene viser diskrepans for forståelsen av begrepet kvalitet mellom virksomhetslederne og sentrale styringsdokumenter. Videre opplever respondentene i denne studien at brukerundersøkelser ikke kan benyttes for å kartlegge kvaliteten av helsetjenesten. Funn viser varierende praksis for gjennomføring, evaluering og oppfølging av resultatene fra brukerundersøkelsene. Dette fører til at det er varierende praksis blant virksomhetene i hvilken grad brukerundersøkelsen inngår som en del av kontinuerlig kvalitetsforbedring. Gjennomføring av brukerundersøkelsen korrigerer i liten grad innholdet av helsetjenesten, men kan oppleves som et virkemiddel for å legitimere praksis.

# Summary

The reform New Public Management has characterized the public sector since the 1980s. Much of the mindset was taken from the private market. The intention was that the market should improve the quality and increase the efficiency of public service production. In the market, the customer perspective is central. This can be seen in the context of the public health service. By using user surveys one can obtain information about the patient's experience of the quality in the health service. Through theory, governing documents and empirical evidence, it has been attempted to answer the issue: In what way do the leaders experience in interdisciplinary specialized rehabilitation in the Central Norway Regional Health Authority that user surveys can be used to improve the quality of the health service?

Theory of quality, principal agent theory, benchmarking and implementation theory, together with governing public documents in the health sector, constitute the theoretical framework for the study. The empirical data base is obtained from leaders from in private / non-profit organizations interdisciplinary specialized rehabilitation services.

The findings show discrepancy for the understanding of the concept of quality between the business leaders and key management documents. Furthermore, the respondents in this study experience that user surveys cannot be used to map the quality of the health service. Findings show varying practices for the implementation, evaluation and follow-up of the results from the user surveys. This means that there is varying practice among the interdisciplinary specialized rehabilitation to what extent the user survey is included as part of continuous quality improvement. Implementation of the user survey to a small extent corrects the content of the health service, but can be perceived as an instrument for legitimizing practice.

# Forkortelser

HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
HDIR	Helsedirektoratet
HF	Helseforetak
HMN	Helse Midt Norge
HMN RHF	Helse Midt-Norge regionalt helseforetak
Meld. St.	Melding til Stortinget (betegnelse etter 1.oktober 2009)
NOU	Norsk offentlig utredning
NPM	New public management
NSD	Norsk senter for forskningsdata
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ISO	International Organization for Standardization
TSR	Tverrfaglig spesialisert rehabilitering
St.meld.	Stortingsmelding (betegnelse før 1. oktober 2009)
RHF	Regionalt helseforetak

# Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Sammendrag.....	2
Summary.....	3
Forkortelser.....	4
Innholdsfortegnelse.....	5
1.0 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn.....	9
1.2 Problemstilling.....	11
1.3 Disposisjon.....	12
2.0 Teori.....	13
2.1 Kvalitetsbegrepet og ulike definisjoner av kvalitet.....	13
2.1.1 Måling av kvalitet.....	15
2.1.2 Kvalitetsindikatorer.....	16
2.2 Prinsipal- agent teori.....	18
2.2.1 Målforskyving.....	19
2.2.2 Hvordan takle motspill mellom prinsipal og agent?.....	20
2.3 Benchmarking.....	21
2.4 Implementering.....	22
2.4.1 Winters implementeringsmodell.....	22
2.5 Helsesektoren.....	24
2.5.1 Helse- og omsorgsdepartementet.....	25
2.5.2 Helsedirektoratet.....	26
2.5.3 Regionale helseforetak.....	27
2.5.4 Spesialisert rehabilitering.....	28
2.5.5 Helsetilsynet.....	28
2.5.6 Fylkesmannen.....	28
2.5.7 Styringslinjen oppsummert.....	29
2.6 Styringsdokumenter.....	30
2.6.1 Hvordan omtaler dokumentet kvalitet i helsetjenesten?.....	31
2.6.2 Hvordan beskriver dokumentet forbedringsarbeid?.....	33
2.6.3 Hvor ofte nevnes brukermedvirkning i dokumentet?.....	34
3.0 Metode.....	36

3.1 Metodisk tilnærming .....	36
3.2 Metodevalg .....	38
3.2.1 Induktiv eller deduktiv tilnærming .....	39
3.2.2 Kvalitativ eller kvantitativ metode .....	39
3.3 Metode for innsamling av empiri .....	40
3.3.1 Intervjuform .....	40
3.3.2 Tematisering og intervjuguide .....	42
3.4 Intervjuobjekter .....	43
3.4.1 Organisering og gjennomføring av intervjuene .....	43
3.4.2 Validitet og reliabilitet .....	44
3.4.3 Overførbarhet .....	45
3.5 Etske betraktninger .....	45
3.5.1 Forske innen eget fagfelt .....	46
4.0 Analyse av empiri og drøfting .....	48
4.1 Kvalitet .....	48
4.1.1 Våre funn .....	48
4.1.2 Hva opplever virksomhetslederne som god kvalitet innen tverrfaglige spesialiserte rehabiliteringstjenester? .....	51
4.2 Gjennomføring .....	56
4.2.1 Våre funn .....	56
4.2.2 Hvordan gjennomføres brukerundersøkelser i deres virksomheter? .....	57
4.3 Evaluere .....	59
4.3.1 Våre funn .....	59
4.3.2 Hvordan kan pasientene gjennom brukerundersøkelser bidra til å evaluere tjenesten? .....	61
4.4 Følge opp .....	63
4.4.1 Empiri .....	63
4.4.2 På hvilken måte opplever virksomhetene at resultatene av en brukerundersøkelse kan utvikle fagområdet? .....	65
5.0 Oppsummering, konklusjon og anbefalinger .....	70
5.1 Studiens formål .....	70
5.2 Forskningsspørsmål og svar på problemstilling .....	71
5.2 Implikasjon for videre forskning .....	74
5.3 Anbefalinger .....	75
Litteraturliste .....	76
Figurliste .....	82

Vedlegg .....	83
Vedlegg 1: Modell for kvalitetsforbedring .....	83
Vedlegg 2: Oversikt over styringsdokumentenes eier, mottaker og formål .....	84
Vedlegg 3: Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester .....	85
Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD .....	93
Vedlegg 5: Intervjuguide .....	95
Vedlegg 6: Samtykkeerklæring .....	98



# 1.0 Innledning

Den 17. mars 1989 ble den Norske Offentlig utredning (NOU) ledet av Tormod Hermansen "*En bedre organisert stat*" utgitt. Utredningen la grunnlaget for nye måter å tenke organisering av statlige virksomheter på, og betydning for utviklingen av forholdet mellom statlig styring og markedet. Intensjonen var at markedsprinsipper i større grad skulle bidra til bedre kvalitet og øke effektiviteten i den offentlige tjenesteproduksjonen. Dette var tankegodt og et uttrykt behov for endring av måter offentlig tjenesteproduksjon og forvaltning i Norge ble utført på, og kan sees i sammenheng med reformene New Public management (NPM) som har preget den offentlige forvaltningen i OECD land siden midten av 1980-tallet.

Tankegodset fra Hermansen utvalget kan sees i kontekst av hva som ble presentert av Solberg- regjeringen i Perspektivmeldingen i 2017 (St.meld. nr 29, 2016-2017). Her omtales tre hovedutfordringer: "*Et trygt arbeidsliv for lav ledighet og høy sysselsetting*", "*Mer igjen for innsatsen – både i private og offentlige virksomheter*" og "*Velstandsveksten må nå fram til alle*" (Finansdepartementet, 2017). I denne studien knytter vi opp Perspektiv- meldingens andre hovedutfordring, "*Mer igjen for innsatsen – både i private og offentlige virksomheter*". Kapittel 9 i meldingen omtaler behovet for å arbeide systematisk med å utnytte fellesskapets ressurser best mulig. Her omtales behovet for konkurranseutsetting av offentlige tjenester der det kan påvises klare effektiviseringsgevinster, ved å anbudsutsette deler av den offentlige virksomheten. Gjennom konkurranseutsetting kan både offentlige og private virksomheter konkurrere om å levere helsetjenester til befolkningen på vegne av det offentlige (Finansdepartementet, 2017). Det påpekes videre i meldingen at forskningslitteraturen i liten grad klarer å skille mellom effekter av deregulering og markedsliberalisering og av selve privatiseringen.

Dette kan sees i relasjon til anskaffelsesprosessene som Helse Midt-Norge RHF har gjort i forhold til å anbudsutsette deler av den tverrfaglige spesialiserte rehabiliteringstjenesten som tilbys i regionen. Intensjonen er å skape en formålstjenlig helsetjeneste som er effektiv i henhold til ressursutnyttelse og innehar egenskaper av god kvalitet for pasientene.

## 1.1 Bakgrunn

Sett ut ifra et historisk perspektiv har man i de private markedene vært helt avhengig av å innhente og kartlegge kundenes perspektiver for de varene og tjenestene man skal tilby. Tilbyderne i et marked er avhengig å ha kunnskap om og forståelse for hvilke produkter og tjenester kundene etterspør og har behov for. Markedsøkonomiens far Adam Smith (1723-1790) omtalte at markedet er i likevekt når selgerne vil tilby den samme mengden som kjøperne vil anskaffe seg (Nilsen og Smedshaug, 2011; Opstad, 2016).

I de offentlige helsetjenestene innen tverrfaglig spesialisert rehabilitering er det innbyggernes behov som skal dekkes via offentlige tjenester og produkter. I de private markedene har etterspørselen vært styrende for hvilke tjenester de private aktørene har tilbudt. I de private markedene er det begrepet “kunden(e)” som er driverne for å påvirke denne etterspørselen, og igjen hva som skal tilbys. Kundenes opplevelser av tjeneste og/ eller produktet kan være av vesentlig betydning for hvordan kundene opplever kvaliteten. Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2015) definerer kvalitet som *“i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller behov eller forventning som er angitt, vanligvis underforstått eller obligatorisk”*.

Som tidligere beskrevet var intensjonen med NPM å effektivisere offentlig sektor med styringsprinsipper inspirert fra privat sektor og økonomiske teorier fra de private markedene. Fokuset var blant annet tydeligere mål- og resultatstyring, hvor man hadde til hensikt å operasjonalisere målene for offentlig virksomhet, slik at man i offentlig sektor blant annet kunne skape et tydeligere skille mellom politikk og forvaltning (Busch, Johnsen og Vanebo, 2002; Christensen & Lægreid, 2010).

I den offentlige helsetjenesten brukes ikke begrepet kunde som en betegnelse på en mottaker av tjenester, slik som det i et markedsøkonomisk perspektiv. Her brukes begrepene bruker og pasient, og dette er definert i lovverket. De har dermed rettigheter (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001, § 1-3).

I rapporten *"Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorssystem for helsetjenesten"* (2010) står følgende definisjon av kvalitet, som er mer spesifikt vinklet mot helsetjenesten: *"Med kvalitet forstås i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker*

*sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap." (s.4).*

Sett de overnevnte begrepsforståelsene i relasjon til hvordan man utøver og definerer habilitering og rehabilitering, har de endret seg flere ganger, og den siste endringen av definisjon av habilitering og rehabilitering gjelder fra 1.mai 2018, jfr. forskrift om habilitering og rehabilitering, 2018, § 3:

*Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.*

I denne definisjonen går det tydelig fram intensjonen om at brukerens stemme og bidrag skal være sentral i utformingen av tjenesten. Det at brukerens "stemme" har en innflytelse skal ikke være noe nytt i denne sammenhengen, og begrepet har vært beskrevet iblant annet St. meld. nr. 34 fra 1996 hvor brukermedvirkning ble definert som: *De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet».*

Det er brukerne som opplever hvordan tjenestene fungerer i praksis og har dermed gode forutsetninger for å komme med relevante forslag til forbedringer av helsetjenestene. På denne måten kan brukernes erfaringer bidra til at kvaliteten på tjenesten blir best mulig og ønsket måloppnåelse av helsetilbudet. Dette betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

## 1.2 Problemstilling

I denne studien vil vi undersøke om virksomhetsledere opplever at brukerundersøkelser kan benyttes for å forbedre kvaliteten av helsetjenesten. Vårt utgangspunkt er knyttet opp mot brukervedvirkning gjennom brukerundersøkelser, kvalitetsbegrepet og kontinuerlig forbedringsarbeid.

I denne studien er brukerundersøkelse et begrep som vi ønsker å redegjøre for vår forståelse av, for å besvare problemstillingen. Vi har tatt utgangspunkt i definisjonen knyttet til brukervedvirkning omtalt i innledningen. Vi forstår brukerundersøkelser som en strukturert kartlegging av pasientenes subjektive opplevelse av kvaliteten, og herunder pasientens opplevde virkning og effekt. Kvaliteten i helsetjenesten skal blant annet kartlegges gjennom pasient- og brukererfaringer ifølge *Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten* (2018b). Vi ser dette i sammenheng med hvordan man kartlegger pasient- og brukererfaringer som et ledd i kontinuerlig forbedringsarbeid, beskrevet i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten* (2016).

Oppgaven tar utgangspunkt i helsetjenesten i tverrfaglig spesialiserte rehabiliteringssentre som ytes av private/ideelle leverandører etter avtale med Helse Midt Norge RHF.

Problemstillingen er:

***På hvilken måte opplever virksomhetslederne i tverrfaglig spesialisert rehabilitering i Helse Midt-Norge RHF at brukerundersøkelser kan benyttes for å forbedre kvaliteten av helsetjenesten?***

Vi har utarbeidet fire forskningsspørsmål som vi vil drøfte opp mot styringsdokumenter, teori og empiri og avslutningsvis knyttes dette opp mot problemstillingen:

1. Hva opplever virksomhetslederne som god kvalitet innen tverrfaglige spesialiserte rehabiliteringstjenester?
2. Hvordan gjennomføres brukerundersøkelser i deres virksomhet?
3. Hvordan kan pasientene gjennom brukerundersøkelser bidra til å evaluere tjenesten?
4. På hvilken måte opplever virksomhetene at resultatene av en brukerundersøkelse kan utvikle fagområdet?

## 1.3 Disposisjon

Oppgavens struktur er gjort etter en inndeling av fem hovedkapitler. I dette kapitlet har vi redegjort for vårt valg av problemstilling og presentert forskningsspørsmål.

I kapittel to har vi valgt en tredeling. I den første delen vil vi gjøre rede for det teoretiske rammeverket studie bygger på. Disse er teori om kvalitet, prinspal-agent teori, benchmarking og teorier om implementering. Del to presenteres en gjennomgang av organiseringen av den norske helsesektoren innenfor spesialisthelsetjenesten. Vi har valgt å beskrive styringslinjen, for å se det i konteksten av problemstillingen. Avslutningsvis gjennomføres det en dokumentgjennomgang av valgte styringsdokumenter. Her ser vi på hvordan begrepene kvalitet, forbedringsarbeid, brukerundersøkelser benyttes og kan forstås i dokumentene.

Det tredje kapitlet består av redegjørelse for våre metodisk valg. Her blir valg av metode begrunnet og redegjort for dens relevans for denne studien.

Studiens fjerde kapittel utgjør hovedanalysen. Her belyses funnene fra empirien i relasjon til valgte styringsdokumenter og relevant teori. Hovedanalysen blir strukturert ved at vi drøfter forskningsspørsmål opp mot oppgavens empiri, for så avslutningsvis drøfte det analyserte datamateriale opp mot problemstillingen.

I det femte og siste kapitlet besvares forskningsspørsmålene og problemstillingen. Avslutningsvis vil vi belyse studiens relevans for videre forskning, og anbefalinger for videre bruk av kunnskapen vi har innhentet.

## 2.0 Teori

I kapittel to redegjøres det for ulike teoretiske perspektivene som er relevante for å behandle det empiriske materialet. I del en av kapittelet presenteres teori om kvalitet, prinsipal-agent teori, benchmarking og teorier om implementering. I andre del vil styringslinjen i helsesektoren bli presentert etterfulgt av en dokumentanalyse av sentrale styrende dokumenter i kontekst av styringslinjen for tverrfaglig spesialisert rehabilitering. Med studiens valgte tema gjør vi betraktninger om hvilke måter styringslinjen og tilhørende styrende dokumenter legger føringer for utøvelsen av de tverrfaglige spesialiserte rehabiliteringstjenester som ytes av de private/ideelle institusjonene i Helse Midt-Norge RHF.

### 2.1 Kvalitetsbegrepet og ulike definisjoner av kvalitet

Begrepet kvalitet er et sentralt begrep i denne studien. Kvalitet som egenskap innen helsetjenesten er et åpenbart mål, og dette belyses og gjengis tydelig i de styrende dokumentene. Ut fra et helsesektorperspektiv definerer Sverre Grepperud (2009) kvalitet i helsesektoren positivt sett som en oppfyllelse av krav, standarder eller forventninger, og negativt sett som mangler i forhold til forventninger. Han omtaler kvalitet til noe med visse iboende egenskaper som gjør at det er mer attraktivt enn relevante alternativer. Begrepet helsetjenestekvalitet har to hovedtilnærminger. Det første er som nevnt en kort verbal presisering av begrepet, mens den andre tilnærmingen er en mer indirekte tilnærming som inneholder flere dimensjoner som til sammen forteller hva tjenester av god kvalitet skal inneholde (Grepperud, 2009). Sosial- og helsedirektoratet (2005) beskriver dette i veilederen “... og bedre skal det bli!” Her defineres helsetjenester av høy kvalitet som virkningsfulle, trygge og sikre, de involverer brukere og gir dem innflytelse, de er samordnet og preget av kontinuitet og de utnytter ressursene på en god måte. De skal være tilgjengelige og rettferdig fordelt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Veilederen ble publisert i 2005, men brukes fortsatt av helse- og omsorgsdepartementet som definisjon for kvaliteten på behandlingen i helsetjenesten.

Berg og Laudal (2001) tar utgangspunkt i Pirsigs definisjon (1975) når de definerer kvalitet. De beskriver ikke spesifikt kvalitet i helsesektoren. De skiller mellom en romantisk og en rasjonell forståelse av kvalitet. Den romantiske forståelsen beskriver kvalitet som noe udefinert som verken kan bekreftes eller avkreftes ved hjelp av målbare indikatorer. Det

betyr at det ikke er noen bestemte validerende egenskaper til kvalitet. Den romantiske forståelsen er en følelse. God kvalitet er noe man “vet”. Man “vet” om det er av god eller dårlig kvalitet. Den relasjonelle forståelsen av kvalitet beskrives som et sett med målbare egenskaper ved en gjenstand eller en tjeneste (Berg og Laudal, 2001).

Det har helt siden etterkrigstiden vært en utvikling og endring av definisjoner av kvalitetsbegrepet. Den har dreid fra de rent produktbaserte definisjonene til mer brukerdefinerte definisjoner. Denne kvalitetsbølgen ble startet av amerikaneren W. Edwards Deming som utviklet den «japanske kvalitetsmodellen». Han definerte kvalitet som «Å redusere varians, null feil», og han mente at kontinuerlig forbedring av prosessen var viktig for å unngå feil. Når kvalitet går opp, går produktiviteten opp og kostnadene ned. Modellen ble kalt japansk ettersom han var den første utlendingen som fikk tildelt en japansk orden av den japanske keiseren. Japanske Joseph Juran utviklet i samme tid en definisjon som hadde sterkere fokus på kunden og hans behov, og opplevelser kalt «Fitness for us» ut fra brukerens perspektiv (Berg og Laudal, 2001). I Norge startet Einar Thorsrud mye av dette arbeidet, som en av pioneren i utviklingen av sosiotekniske systemstudier og arbeidet med fremveksten av industrielt demokrati på 1960- tallet. Thorsrud ledet arbeidet med problemstillinger knyttet til arbeidsorganisasjon og effektivitet. Gruppen han ledet var kritiske til deler av industriens rasjonaliseringstiltak. De hevdet at industribedriftene ville bli mer produktive dersom detaljstyring og stadig sterkere spesialisering ble erstattet av nye arbeidsformer, som delegering av ansvar, variasjon i arbeidet, opplæring for å mestre flere oppgaver samtidig, mer innflytelse over eget arbeid og organisering av arbeidet i grupper som var selvstyrte. Dette var praktiske elementer i den sosiotekniske tenkningen. Arbeidet fikk internasjonal oppmerksomhet og tenkningen inspirerte andre forskere nasjonalt og internasjonalt (Johansen, T.A, 2015).

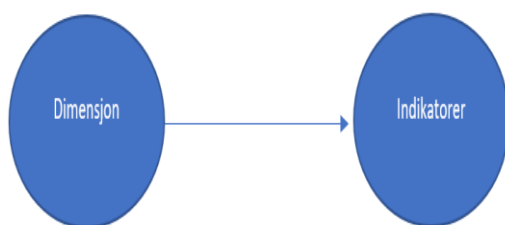
Med NPM kom fokuset på kvalitetsutvikling. På slutten av 1970- tallet ble det i Europa utviklet mer standardisert kvalitetsarbeid. I England utviklet de en standard som et kvalitetssikringsarbeid og i samme tid ble det opprettet en internasjonal standardiseringsorganisasjon (Norsk Standard, 2015) som samordnet de ulike nasjonale kvalitetssikringsstandardene. I Norge kom den første ISO- 9000 serien i 1987. I løpet av 2000- tallet ble den revidert og den har forbedret sin funksjonalitet overfor tjenesteytende sektorer i offentlig sektor. ISO- standarden har i dag standardisert definisjon av rasjonell

kvalitet. Norsk Standard definerer kvalitet som: «Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav» (Norsk Standard, 2015).

Opstad (2016) skisserer ulike egenskaper som må være på plass for å sikre god kvalitet (Opstad, 2016). I vår oppgave hvor vi ser på kvaliteten i tverrfaglig spesialisert rehabilitering kan egenskapene være; kvalitet på informasjonen gitt til pasientene, teknisk kvalitet på utstyr som er brukt i behandlingen, administrativ kvalitet, kvalitet på prosedyren som er gjennomført, relevans i forhold til behovet til pasienten, og ikke minst virkning for den enkelte bruker av behandlingen som er gitt.

### 2.1.1 Måling av kvalitet

Det er vanskelig å måle eller evaluere hva som er god kvalitet. Det er utviklet ulike indikatorer som kan være med på å indirekte måle det området som skal måles. En indikator defineres av Opstad (2016) som en representativ variabel for dimensjonen. Indikatoren gir uttrykk for hva vi egentlig ønsker å oppnå. Ved å bruke en indikator operasjonaliseres måten å nå dimensjonen på, den konkretiserer innholdet og finner et barometer som fanger opp det vi vil måle. Når man bruker en eller flere indikatorer kan vi måle noe som virker diffust og uklart. Ved utvikling av en god indikator er det en entydig sammenheng mellom indikatoren og dimensjonen.



Figur 2.1.1. Bruk av indikatorer (Opstad 2016, s.228)

En tettere kobling mellom disse to gir et bedre resultat. Som mål på samvariasjon mellom to variabler brukes ofte korrelasjonskoeffisient. Desto nærmere en indikator er 1,0 (eller -1,0), desto bedre er korrelasjonskoeffisienten mellom dimensjonen og indikatoren. En endring av nivået i dimensjonen vil fanges opp av indikatoren (Opstad, 2016).



## 2.1.2 Kvalitetsindikatorer

Mens de økonomiske teoriene måler produktiviteten, brukes kvalitet som en faktor for å måle effekt. Med NPM- bølgen ble det økt fokus på kvalitetsmåling, kvalitetsvurdering og kvalitetssikring. Etter en gjennomgang av ulike prosjekter i helsevesenet på midten av 1990-tallet ble det avdekket behov for en nasjonal strategi for å støtte og sikre sammenhenger i kvalitetsarbeidet (Berg og Laudal, 2001). Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn presenterte i 2002 Nasjonal strategi for kvalitetsutviklings i helsetjenesten (Helsetilsynet, 2002). Arbeidet startet i 1995. Videre arbeid avdekket et behov for å utvikle en egen veileder for ledere og utøvere i helsetjenesten som skulle brukes i forbedringsarbeid. I 2005 ble veilederen “... å bedre skal det bli!” publisert (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Strategien ble utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet på oppdrag fra daværende sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Statens helsetilsyn. Denne typen oppskrifter på kvalitetsstyring og kvalitetsledelse skal gi et rammeverk for hvordan virksomhetene skal opptre for å sikre suksess. HDIR fikk i 2012 i oppgave å «utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer» i tråd med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet med kvalitetsindikatorerne var at det skulle være hjelpemiddel for ledelse og styring i helsetjenesten. Det skulle være et verktøy for faglig kvalitetsforbedring i tjenesten, og gi et grunnlag for at pasienter kunne ivareta sine rettigheter, samtidig som pasientene og brukerutvalgene kunne bruke det som støtte for vurderinger av kvalitetsforskjeller mellom virksomheter og valg av tjenestested. Kvalitetsindikatorerne bidrar til en samfunnsmessig legitimering og kontroll da de gir innsikt i helsetjenestens ytelser i en samfunnsmessig og helsepolitisk sammenheng (accountability). De kan brukes til å følge klinisk praksis og kvalitetsforbedringsarbeid, og publisering av kvalitetsindikatorerne kan brukes til å sammenligne institusjoner som levere samme helsetilbud. De brukes som støtte i arbeidet for brukerutvalg. Helsedirektoratet sin definisjon av kvalitetsindikatorer er “*en kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet og sier noe om kvaliteten på det området som måles*” (Rygh, 2008).

Opstad (2016) beskriver en indikator som:

*“en representativ variabel for dimensjonen, og skal gi uttrykk for det vi egentlig ønsker å måle. Man kan konkretisere innholdet og finne et barometer som fanger opp det vi ønsker å måle og det skal være mulig å kunne måle det som i utgangspunktet er diffust, uklart og som ikke kan registreres direkte” (s.227).*

Meld. St. 13 (2016-2017) beskriver kvalitetsindikatorerne med dette som formål:

*“De gir pasienter og pårørende et grunnlag for å ta mer kvalifiserte og informerte valg, de gir offentligheten informasjon om kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og skal brukes til kvalitetssikring og kvalitetsforbedring i tjenestene. Kvalitetsindikatorerne skal også bidra til større åpenhet om kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene, og resultatene gjøres derfor regelmessig offentlig tilgjengelig” (s. 28).*

Kvalitetsindikatorer bør ses i sammenheng og kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten. Når det opprettes en kvalitetsindikator ønsker virksomheten å innhente kvantitative data som er, eller optimalt sett skal være, koblet opp mot kvalitet i tjenesten. Rygh og Saunes (2008) definerer kvalitetsindikatorer som «*målbare variabler som anvendes for å registrere viktige aspekter av tjenestens kvalitet*». Helsedirektoratet bruker tre kvalitetsindikatorer etter hvilke aspekt i tjenesten de peker imot. Det er disse tre vi vil bruke i drøftingen opp mot vår problemstilling (Rygh og Saunes, 2008):

- *Strukturindikatorer (rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre)*
- *Prosessindikatorer (aktiviteter i pasientforløpet f. eks. diagnostikk, behandling)*
- *Resultatindikatorer (overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m.)*

Ifølge Wiig og Lindahl (Aase, 2015) brukes kvalitetsindikatorerne for å overvåke kvaliteten på nasjonalt og regionalt nivå, eller i den enkelte virksomhet. Formålet er å avdekke suboptimal helsetjeneste som kan være knyttet til struktur, prosess eller resultat.

Informasjonen fra indikatorerne kan brukes som guide i forbedringsarbeidet. Dette gjør tjenestene mer transparente for både pasienter, helsepersonell, ledere og myndigheter.

Informasjonen som indikatorerne måles på grunnlag av bør være fullstendig og tilgjengelig, og de bør være samlet inn over en lengre periode. De bør være påvirket av bedre kvalitet i

tjenestene, slik at de kan brukes til forbedring i egen virksomhet, og til benchmarking mellom ulike virksomheter (Aase, 2015).

## 2.2 Prinsipal- agent teori

Prinsipal- agent teori er i utgangspunktet en teori som har sitt opphav fra Jensens og Mecklings økonomiske teori (Jensen og Meckling, 1976). Den kan beskrives ut fra en kontekst hvor en aktør (prinsipalen) er avhengig av annen aktør (agenten) for å nå sine mål. I dette samspillet ligger det et avhengighetsforhold mellom begge parter, både prinsipal og agent. Selv om det er prinsipalen som besitter makten som oppdragsgiver, er det et forhold som agenten til en viss grad må ha aksept og ha forståelse for. Målsettingen for prinsipalen er å skape incentiver for at de satte målsettingene blir utført og oppnådd av agenten. Jamfør styringslinjen, som beskrives i kapittel 2.5.7, er det Stortinget som kan beskrives som prinsipal, for å vedta styrende politiske beslutninger for tverrfaglig spesialisert rehabilitering. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) defineres som agenten. Dette samspillet følges videre nedover styringslinjen, hvor det i neste ledd er HOD som er prinsipalen og Helsedirektoratet (HDIR) er agenten. HDIR har ansvaret for å formulere de vedtatte politiske målsettingene, som skal videreføres av de regionale helseforetakene (RHF). I studiens kontekst er det samspillet mellom de ulike prinsipal- leddene og de private/ideelle leverandørene av tverrfaglige spesialiserte rehabiliteringstjenestene (TSR) i Helse Midt Norge RHF (HMN RHF) som blir belyst, opp mot styrende dokumenter, teori og empiri.

Når prinsipalene sine målsetninger ikke sammenfaller med det leverandørene utfører, oppstår det et prinsipal-agent problem, som også kalles agentproblem. Teorien belyser tre hovedårsaker til agent relasjonen som være komplekse og utfordrende; målstruktur, asymmetrisk informasjon og ulik risiko (Busch et al.,2002; Opstad, 2016).

Utfordringer i forhold til ulike mål mellom prinsipalen og agenten vil alltid forekomme hevder Busch et al. (2002). Utfordringen oppstår når agenten utnytter det frie handlingsrommet, og dermed opptrer opportunistisk (Busch et al.,2002). I drøftingsdelene vil vi se nærmere på hvordan virksomhetene gjennom brukerundersøkelser opplever at de kan forbedre kvaliteten av tjenestene, som et ledd i kontinuerlig forbedringsarbeid.

Teorien belyser at et svakt samspill mellom prinsipalen og agenten, er en av de viktigste årsakene til at utfordringen oppstår. Dette omhandler ikke nødvendigvis samhandlingen, men kan også sees i relasjon til om de private/ideelle leverandørene har tilstrekkelig kunnskap i hva som ligger i styrende dokumenter for utøvelsen av fagfeltet. Videre kan dette medføre utfordringer slik at det kan oppstå en situasjon med asymmetrisk informasjon mellom partene (Jensen og Meckling, 1976; Busch et al., 2002; Opstad, 2016). HMN kan ikke observere handlingene og tjenestene som utføres, og kan heller ikke monitorer data fra brukerundersøkelsene, og hvordan pasientene opplever sluttproduktet.

Svakt samspill mellom oppdragsgiver og agent kan medføre at prinsipalen ikke vet om agentens maksimale ytelse har ført til ønskede resultater, eller om agenten eventuelt omfordeler innsats i tråd med sine egne mål og ønsker. Dette er også kalt «hidden action» og «hidden information». En tredje årsak kan være at prinsipal og agent har ulik tilnærming til risikoaversjon. Prinsipalen har altså ingen garanti for at agenten vil handle i tråd med prinsipalens målsetninger, noe som kan føre til at usikkerheten forsterkes. Prinsipalen har ingen mulighet til å følge opp og eventuell gi sanksjoner på uønsket adferd dersom agenten handler på en måte som maksimerer sin egen nytte (Jensen og Meckling, 1976; Busch et al., 2002).

### 2.2.1 Målforskyving

Å yte helsetjenester er et maskineri som stadig er i endring. Tilbud, etterspørsel og omfang av helsetjenester som skal leveres, varierer. At pasienter blir utskrevet fra sykehuset tidligere enn før er et eksempel på dette. Det vil stille andre krav til rehabiliteringstjenesten med tanke på at pasienten kanskje trenger mer tid på å komme ordentlig i gang med rehabilitering etter en eventuell operasjon. Resultatet av dette er at det hele tiden er nødvendig å justere oppgaver og målsettinger. En annen årsak kan være at alle oppgaver ikke kan operasjonaliseres. Det er ikke alle aspekter som kan fanges opp like lett av måleinstrumenter. Dersom dette hadde vært

tilfelle er det fare for at det skjer en forskyvning fra det kvalitative til det kvantitative. I dette tilfelle kan resultatet bli at HMN legger mer vekt på antall pasienter som behandles enn kvaliteten i de helsetjenestene som leverandøren utfører, slik at det målbare blir viktigst (Opstad, 2016).

Opstad (2016) beskriver at det er mange prinsipaler og agenter samtidig. Ledere av virksomhetene vil ha både en agentrolle ovenfor HMN samtidig som de er prinsipaler overfor øvrige ansatte i virksomheten. Det er også mange styringsnivåer fra det politiske system og fram til at tjenesten tilbys pasienten. Dersom agenten utfører en dårligere jobb enn det prinsipalen ville ha gjort, vil det utgjøre en kostnad for prinsipalen som defineres som resttap. Prinsipalen har delegert utførelsen av oppgavene til agenten og vil ha et behov for å styre og kontrollere det agenten gjør. Det kan skje i form av en strukturell ramme som vektlegger kvalitetsindikatorer. Utfordringen er at prinsipalen har manglende informasjon, og dermed kan styringen gi utilsiktede virkninger og handlefriheten til agenten vil reduseres. Agenten kan også oppleve at disse føringene gjør det vanskeligere å utføre oppgavene i samsvar med intensjonen. Dette kan føre til at kostnader øker (styringskostnader). Summen av prinsipalens styringskostnader og resttap, kalles for agentkostnader. Målet er å holde agentkostnader så lave som mulig. Utfordringer er, som tidligere nevnt, omfanget av asymmetrisk informasjon, og/eller opportunistisk adferd. Det er ulike årsaker til dette, som Opstad (2016) beskriver som skjulte handlinger, skjult informasjon, eller moralsk hasard (Opstad, 2016).

### 2.2.2 Hvordan takle motspill mellom prinsipal og agent?

Opstad (2016) beskriver hvordan man ved ulike måter kan styre motspillet mellom prinsipal og agent. Forfatteren beskriver ti punkter som prinsipalen kan anvende for å utøve styring av agenten. Av disse ti punktene er det ifølge Opstad (2016) flere som går inn i hverandre og er to sider av samme sak, men likevel sees en nyanseforskjell. Vi har valgt å se nærmere på punktet som omhandler spesifisering av målene;

Prinsipalen har ikke nok oversikt over virksomheten og tar derfor beslutninger på feil grunnlag. Prinsipalen kan benytte ulike måter å utøve styring på og en måte er å spesifisere målene: Agenten kan få store handlingsrom til selv å tolke innholdet i målsettingen for sin egen virksomhet, eller prinsipalen kan gi en svært detaljert beskrivelse av hvordan han tolker innholdet og krever at agenten følger opp til punkt og prikke med mange arbeidsmål (Opstad, 2016). Som et eksempel på dette har HDIR utviklet *Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten* (Helsedirektoratet, 2018b), for å beskrive metodikk og rammer som kan brukes for å utvikle og revidere nasjonale kvalitetsindikatorer.

## 2.3 Benchmarking

Et overordnet mål for kvalitetsmåling av helsetjenesten er at resultatene kan brukes til å måle kvalitet, virkning og output av tjenesten. For å oppnå god virkning og output av kvalitetsforbedringsarbeidet trengs et system der resultatene blir evaluert og sammenlignet. Innen TSR i HMN benytter ikke alle virksomhetene like brukerundersøkelser. Mangel på sammenlignende data fra brukerundersøkelsene, gjør det derfor utfordrende kartlegge hvordan pasientene opplever kvaliteten av tjenestene i HMN.

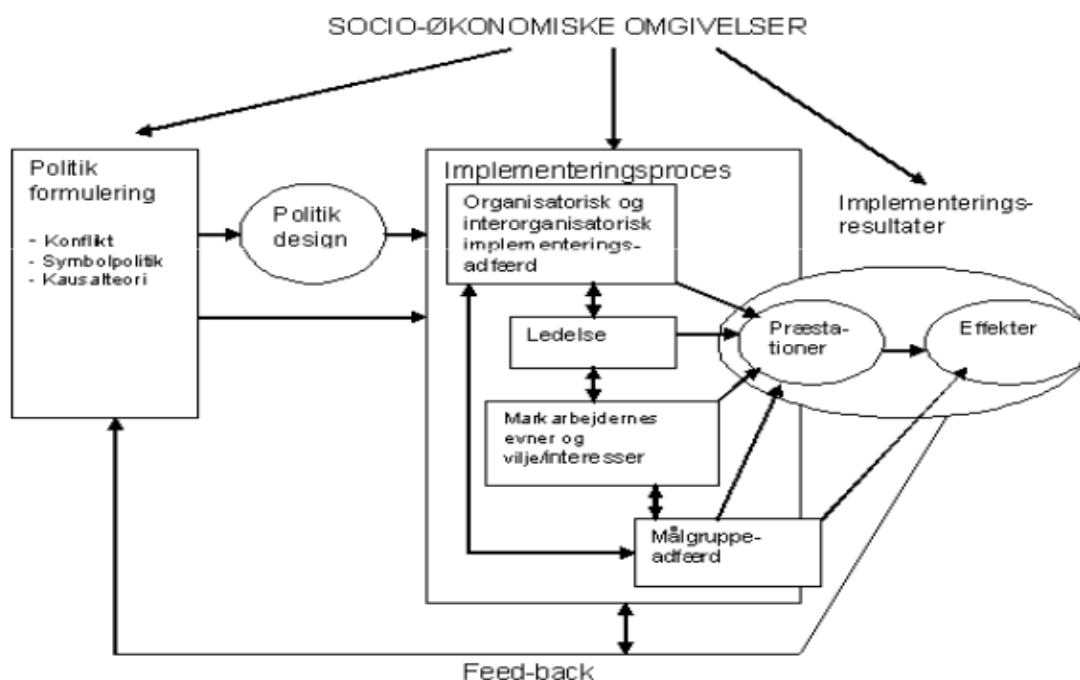
Benchmarking er et begrep og verktøy som brukes for sammenligning og læring av de som er bedre. Dette er noe som er gjort til alle tider, men med benchmarking er det satt i system og utviklet som et eget begrep. Ifølge Andersen (Levin og Klev, 2002) definerer benchmarking som *“kunsten å være ydmyk nok til å innrømme at noe er bedre enn deg selv, og samtidig være vis nok til å lære å like god eller bedre.”* (s.235). Kjernen i dette er at man skal lære fra andre. Opstad (2016) sin definisjon av benchmarking er at man måler egne prestasjoner mot andre, kommer frem til hva som særpreger de som presterer best, og deretter forsøker å lære av de beste (Opstad, 2016).

## 2.4 Implementering

Det er hensiktsmessig å gi en generell forståelse av ulike former for policy- analyser og deres innvirkning på policy- prosessen. Begrepet policy avgrenses til Heywood (2013) sin beskrivelse "relates to the mechanism through which public policy is made" (s.353). Policy- prosessen omhandler mekanismen som offentlig politikk skapes gjennom. En policy kan beskrives som en handlingsplan for innføring av ny politikk som knytter «inputs» til visse «outputs». I denne studien ser vi output begrepet opp mot pasientenes opplevelse av kvaliteten etter endt behandlingsforløp innen TSR. Til slutt ender de opp som «outcomes» som er resultatene man ønsker å oppnå på mellomlang sikt. Dette er ofte krevende å evaluere, og er avhengig av å ha tydelige kvalitetsmål for å se resultatene. Målet er å forbedre kvaliteten på politikken. Prosessen er delt opp i ulike etapper: initiering av policy, formulering av policy, implementering av policy og evaluering av policy (Heywood, 2013).

### 2.4.1 Winters implementeringsmodell

Winter integrerte implementeringsmodell er et forsøk av Søren Winter på å integrere de mest vesentlige teoretiske bidragene fra implementeringsforskningen i en samlet modell (Winter og Nielsen, 2008).



Figur 2.4.1 Winters implementeringsmodell

Modellen integrerer seks sett av faktorer som ut fra forskning og teoridannelse er relevante for å implementere politiske beslutninger; Politikformulering og politisk design, sosioøkonomiske betingelser, organisatorisk og interorganisatorisk implementerings-atferd, ledelse, medarbeidernes evner og vilje/ interesse, og målgruppeatferd (Winter og Nielsen 2008).

Politikkformulering handler om å anerkjenne de rammene som politiske beslutningstakere legger for implementering av en innsats. Bakgrunnen for innsatsen kan være alt fra et opplevd behov, til nye resultater av forskning eller ideologisk tilnærming (Winter og Nielsen, 2008).

Politisk design kan beskrives som hvordan politikken er satt sammen. Den består av ett eller flere måleverktøy for å nå disse målene, en beskrivelse av hvilke myndigheter eller organisasjoner som har ansvaret for å iverksette og føre den politiske beslutningen ut i livet, og eventuelt en bevilgning av ressurser til oppgavene (Winter og Nielsen, 2008). Det kan være formulert mer eller mindre tydelige og målbare målsettinger, og det kan være utarbeidet ulike insentiver og sanksjoner for å bistå iverksettelsen.

I ytterkantene av modellen ser vi at sosioøkonomiske omgivelser har en påvirkning både på politikformuleringen, implementeringsprosessen og implementeringsresultatene (Winter & Nielsen, 2008).

Organisatorisk og interorganisatorisk implementeringsatferd og ledelse handler om samarbeid mellom de ulike aktørene. I denne studien ser vi på i hvor stor grad virksomhetslederne opplever at brukerundersøkelser kan representere en egenskap for kvaliteten innen TSR HMN, og hvordan lederne implementerer brukerundersøkelser som et ledd i kontinuerlig forbedringsarbeid (Winter & Nielsen, 2008).

Markarbeiderenes evne og vilje/interesser for å påvirke implementering resultatene, er av tidligere studier anerkjent som svært sentralt. De innehar en sentral rolle for hvordan et tiltak blir implementert. Lipsky (1980) omtalte "markarbeiderne" som bakkebyråkrater, eller også kalt frontlinjearbeidere, i denne studien betegner vi det som virksomhetslederne.



Bakkebyråkratene er de som har direkte ansvar for pasientene som mottar behandling innen TSR. Lipsky (1980) beskriver at de er i et konstant krysspress mellom organisasjonens mål og krav, og pasientenes ønsker. Man kan se dem som utøvere av politikernes politikk, der de har relativt høy grad av skjønnsutøvelse og autonomi fra organisasjonens autoritet (Lipsky, 1980).

Også målgruppens atferd er et spørsmål om evne, vilje og institusjonelle rammer, og om målgruppens respons på tiltaket påvirker direkte implementeringsresultatet (Winter & Nielsen, 2008). I denne studien kan dette handle om hvorvidt pasienter ønsker å benytte seg av sin brukermedvirkning gjennom brukerundersøkelser. Målgruppens tilbakemelding gjennom en velutviklet og standardisert brukerundersøkelse kan gi resultater om hvordan pasientene opplever kvaliteten av behandlingen. Dette kan beskrives som pasientenes output av TSR. Output vil si hva effekten er av det som faktisk leveres til pasientene gjennom en implementeringsprosess. I denne studien er output pasientenes subjektive opplevelse av tjenestene i TSR. Effekt dreier seg om hvordan det går med de pasientene som har mottatt helsehjelp innen TSR sammenlignet med hvordan situasjonen hadde vært dersom man ikke har mottatt denne helsehjelp (Winter & Nielsen, 2008; Heywood, 2013).

## 2.5 Helsesektoren

I dette kapittelet beskrives organiseringen av den norske helsesektoren innenfor spesialisthelsetjenesten. Vi har valgt å redegjøre for denne organiseringen for å skape en forståelse av hvordan politikk iverksettes på nasjonalt og regionalt nivå.

Spesialisthelsetjenesten omfatter ulike institusjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern og spesialisert behandling av rusmiddelbruk. Tjenesten innbefatter også ambulansetjeneste, privatpraktiserende spesialister med driftsavtaler, laboratorie- og røntgenvirksomhet og rehabiliteringsinstitusjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Sistnevnte helsetjeneste er tema for denne studien.

I dag har Helse Midt-Norge RHF avtale med 12 private leverandører av TSR tjenester i regionen. De har et "sørge for ansvar" for at innbyggere bosatt i regionen får dekket sine behov for helsetjenester innen TSR. Tjenestene skal sikre befolkningen tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester, og ble hjemlet i lov om spesialisthelsetjenesten m.m i 1999 (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, §1-1). Lovens formål er å fremme folkehelsen og å

motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning og bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet, til likeverdige tjenestetilbud, til at ressursene utnyttes best mulig, til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasienten behov og til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene. I 2002 ble spesialisthelsetjenesten delt inn i fire helseregioner som er tilknyttet et regionalt helseforetak (RHF). Helse og omsorgsdepartementet (HOD) eier disse fire foretakene.

I forbindelse med sykehusreformen i 2002, som omfattet hele spesialisthelsetjenesten, ble eierskapet av tjenestene overført fra de ulike fylkeskommunene til staten.

Finansieringsansvaret og eierskapet ble samlet hos én instans. Dette førte til at staten fikk det formelle og reelle ansvaret for helseforetakene

Reformen handlet i hovedsak om organisatoriske endringer og ikke om endringer i de helsepolitiske målene. Målet var å legge grunnlaget for en helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og lovfeste et tydelig statlig ansvar. Samtidig skulle det legges til rette for bedre utnyttelse av ressursene, og sikre bedre helsetjenester til hele befolkningen. De helsepolitiske målene skulle realiseres på lengre sikt gjennom den samlede bruken av virkemidler og ressurser, og, ikke minst, gjennom den enkelte helsearbeiders innsats i møte med pasienten (Helseforetaksloven, 2001).

Gjennom reformen ble det et er klarere skille mellom virksomhetene og det overordnede politiske organ. Målet var å gi virksomhetsledelsen en tydeligere ansvars- og fullmaktposisjon, som ville gi et mer helhetlig ansvar for den løpende driften. Intensjonen var bedre ressursutnyttelse av samfunnets ressurser, og skape et samsvar mellom effektivitet og kvalitet på helsetjenestene. Reformen er i tråd med NPM sine tanker om organisasjons-, styrings-, og ledelsesfilosofi som ble hentet fra markedsøkonomisk tenkning, og hadde som målsetting å skape et tydeligere skille mellom de politiske styrende organ og administrasjon (Fallan og Pettersen, 2010).

### 2.5.1 Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ansvarsområdet favner stort. De har ansvaret for folkehelsearbeidet, primærhelsetjenesten i kommunene, tannhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, hjelp til personer med psykiske lidelser gjennom primær- og gjennom spesialisthelsetjenesten og helsetjenester til rusmiddelavhengige (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2013). HOD har ansvaret for helselovgivningen og deler av sosiallovgivningen. Dette foregår ved at HOD fremmer lovforslag som behandles og vedtas av Stortinget. Helse- og omsorgsministeren er den øverste lederen for departementet. Sammen med ministeren er statssekretærene og de politiske rådgiverne den politiske delen av departementene. De skiftes ut ved hvert regjeringsskifte. Departementsråden er den øverste administrative lederen av departementet. Departementsrådets stab består i tillegg av Kommunikasjonsenheten og forværelse for departementsråd og politisk ledelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019 a).

Spesialisthelsetjenesteavdelingen er en av fagavdelingene i HOD og har ansvaret for videreutvikling av spesialisthelsetjenesten og legemiddelpolitikken, med særlig oppmerksomhet på kvalitet og tilgjengelighet. De skal også følge opp den demografiske og den medisinske utviklingen i samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Spesialisthelsetjenesteavdelingen har ansvar for finansiering av spesialisthelsetjenesten og for bestilling av aktiviteter til de regionale helseforetakene (RHF) knyttet til den årlige bevilgningen til disse. De skal sørge for god informasjon om spesialisthelsetjenesten og følge opp lovverket. Ansvaret for generell habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten ligger innenfor ansvarsområdet til denne avdelingen. De har ansvar for godkjenning av offentlige og private sykehus, og de skal i tillegg fordele oppgaver mellom de regionale helseforetakene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Ansvaret for innkjøp fra private/ideelle leverandører blir utført av de ulike foretakene med bistand fra Sykehusinnkjøp HF, som er en innkjøpstjeneste som er eid med en lik eierandel av de fire helseforetakene (Sykehusinnkjøp, 2019).

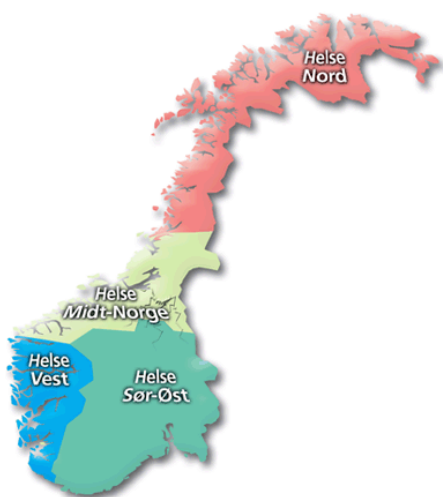
## 2.5.2 Helsedirektoratet

HOD har flere underliggende etater, blant annet Helsedirektoratet (HDIR). HDIR er et fag- og myndighetsorgan. Helsedirektoratet hovedoppgave er å bidra til å iverksette vedtatt politikk, forvalte lov og regelverk innenfor helsesektoren og være en faglig rådgiver. Dette skjer gjennom arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå.

Gjennom arbeidet som rådgiver opererer HDIR som en uavhengig og selvstendig faglig rådgiver. Når de iverksetter vedtatt politikk er det på vegne av Regjeringen og Stortinget. Eksempler på dette er utvikling av kvalitetsindikatorer for kreft-pakkeforløp.

### 2.5.3 Regionale helseforetak

Videre går styringslinjen fra HOD til de regionale helseforetakene (RHF). I Norge er det fire regionale helseforetak. Staten har full styringsrett i helseforetakene som følge av eierskapet. Det er HOD som utøver styring på vegne av staten. HOD utøver styring på tre måter. Gjennom myndighetsvedtak, dvs. lover, forskrifter og andre overordnede politiske vedtak, herunder budsjettvedtak. Videre styrer staten gjennom HOD helseforetakene ved at det årlig utarbeides et spesifisert oppdrag til de regionale helseforetakene som oversendes i oppdragsdokumentet. Her gis det styringskrav knyttet til innholdet i spesialisthelsetjenesten, gjennom mål og rammer for bruk av tildelte midler. De regionale helseforetakene deler opp bestillingen og fordeler den mellom de lokale helseforetakene, som igjen deler opp bestillingene og sender nedover i klinikkene. Til sist kan HOD styre helseforetakene gjennom foretaksmøtet, som kan sammenlignes med generalforsamlingen i aksjeselskaper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).



Figur 2.5.3 Helseregioner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)

HOD utøver myndighetsstyring gjennom lover, forskrifter, rundskriv og vedtak. Det sentrale styringsinstrumentet fra et departement til en underliggende virksomhet er tildelingsbrevet. Det skisserer økonomiske rammer og beskriver prioriteringer, resultatmål og rapporteringskrav for virksomhetene. Brevene sendes virksomhetene årlig etter behandlingen av statsbudsjettet i Stortinget (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Helseforetakene er i hovedsak finansiert ved en basisbevilgning og en aktivitetsbasert finansiering. Størrelsen på basisbevilgningen er uavhengig av produksjon av tjenester, og bestemmes blant annet av antall innbyggere og alderssammensetningen i en region (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

#### 2.5.4 Spesialisert rehabilitering

Gjennom åpne anbudsprosesser utlyser helseforetakene tjenester som de ønsker at private/ideelle aktører skal utføre. De spesialiserte rehabilitering institusjonene får gjennom fastsatte rammeavtaler oppdrag fra det regionale helseforetaket via anbudskonkurranser. Virksomhetene er innad ansvarlig for intern tjenesteyting innenfor sitt avgrensede område. De er ment å ha stor operativ frihet og tilnærmet totalansvar for egen drift og egne resultater innenfor fastsatte rammer for prosess (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

#### 2.5.5 Helsetilsynet

Helsetilsyn er den sentrale tilsynsmyndigheten i landet for sosiale tjenester, barnevern-, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid. De er underlagt HOD. Tilsynet skal overvåke at tjenesten oppfyller befolkningens behov for tjenester og samfunnet sine krav til tjenestene. Oppgavene innbefatter også det overordnede faglige tilsynet, blant annet behandling av enkelte saker som handler om alvorlig svikt i tjenestene, og der det kan være aktuelt med pålegg mot virksomhetene eller reaksjoner mot helsepersonell. Tilsynet skal ha styring av klagesaksbehandlingen når det gjelder rett til tjenester blant annet pasient- og brukerrettighetsloven og omsorgstjenesteloven. Helsetilsynet skal formidle erfaringene fra tilsynene til forvaltningen og tjenestene, og de skal involvere pasienter, brukere og pårørende i alle tilsyn. Tilsynene utføres av Fylkesmannen (Helsetilsynet, 2018).

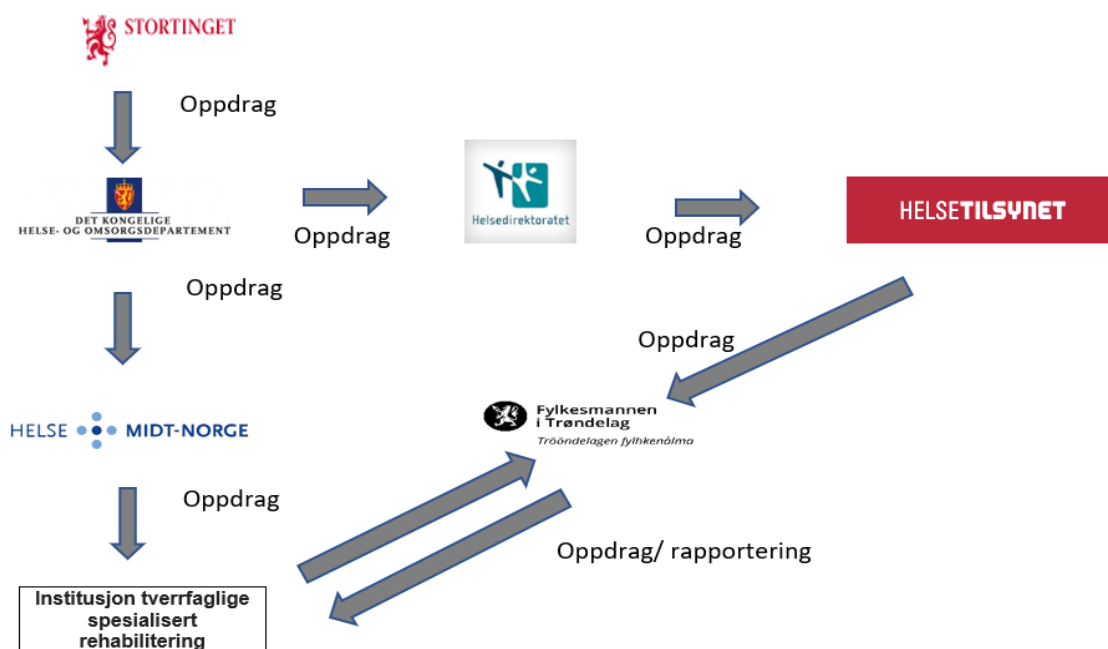
#### 2.5.6 Fylkesmannen

Fylkesmannen er statens representant i fylket. Han er administrativt underlagt Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Han har ansvar for å følge opp vedtak, mål og retningslinjer fra Stortinget og regjeringen, og er bindeleddet mellom kommunene og sentrale myndigheter (Fylkesmannen, 2018). Han har det helhetlige ansvaret for oppgaveporteføljen embetene har på Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområder. Ut fra en skjønnsmessig og

risikobasert vurdering og prioritering, skal han påse å bruke ressursene best mulig ut fra disse prioriteringene med sikte på endring og forbedring i tjenestene. Oppgaver som er lovpålagte skal prioriteres, og spesielt saker som omhandler enkeltpersoners rettigheter og saker der konsekvensene av svikt er alvorlige. Fylkesmannen skal sørge for å involvere brukerne ettersom dette er et satsingsområde. Intensjonen er at brukerne av tjenestene skal oppleve at tilsynsmyndigheten er tilgjengelig og åpen, og kunnskap og erfaringer fra brukerne skal bidra til å styrke faktagrunnlaget i tilsynet. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige ansvaret for tilsynet som utføres av fylkesmannen (Regjeringen, 2019).

## 2.5.7 Styringslinjen oppsummert

Oppsummert har vi laget en modell som viser styringslinjen i helsesektoren. Vedtatte politiske føringer sendes fra Stortinget til HOD. De sender oppdraget til HDIR som utformer politikken. Oppdraget fra HOD sendes til de regionale helseforetakene via tildelingsbrevet. Det regionale helseforetaket utarbeider anbudsrunder, og tildeler deretter oppdrag til de ulike virksomhetene innenfor TSR. Fylkesmannen fører tilsyn på de ulike TSR på oppdrag fra Helsetilsynet, med Helse- og omsorgsdepartementet som bestiller. Modellen viser et bilde av organiseringen og styringslinjen.



Figur 2.5.7: Styringslinje i helsesektoren

## 2.6 Styringsdokumenter

Vi har hatt en gjennomgang av seks ulike styringsdokumenter i denne studien. Dokumentene viser målsettinger og styringsparameter for offentlige helsetjenester. Dette er offentlige dokumenter som er tilgjengelige for alle og de er hentet fra offentlige nettsider og på forespørsel til helseforetaket i forkant av intervjuene (oversikt over styringsdokumentenes eier, mottaker og formål, se vedlegg 2).

Vi har valgt å ta dokumenter som er utformet i hele styringslinjen i helsesektoren.

*Perspektivmeldingen 2017* er en stortingsmelding som legges frem hvert fjerde år og som presenterer fremtidige utfordringer for landet, og hvordan regjeringen legger strategier for å møte disse utfordringene. Vi har valgt å ta med kapittel 9 på grunn relevant for studiens tematikk (Finansdepartementet, 2017). Stortingsmeldingen *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017* oppsummerer status for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i helsesektoren og peker på utfordringer som skal ligge til grunn for politikk og tiltak i hele helse- og omsorgssektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (2011) beskriver generelle regler om borgernes rettigheter innenfor nevnte felt (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). *Strategi 2030* er Helse Midt Norge sin overordnede strategi som samlet tar for seg utfordrings- og mulighetsbildet samfunnet står overfor for å møte samfunnets samlede behov for helsetjenester (Helse Midt Norge RHF, 2016). Oppdragsdokumentet fra HOD til HMN RHF er det førende styringsdokumentet som definerer hvilke målsetninger helseforetaket skal jobbe med det kommende året (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018b). Det siste dokumentet vi har tatt med er avtale mellom HMN RHF og rehabiliteringsinstitusjonen, *Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester* (2017) (se vedlegg 3). Vi har vurdert ulike dokumenter fra hele styringskjeden, men mener disse seks er de mest relevante å gå ut fra vår problemstilling og valgt teori til studien.

Vi gjennomfører en dokumentstudie som deles i tre deler. Først vil vi se hvordan begrepet kvalitet i helsetjenesten omtales i de ulike dokumentene. Deretter ser vi hvordan dokumentene beskriver forbedringsarbeid. I den siste delen ser vi på hvor mye brukerinnflytelse, brukermedvirkning og eventuelt brukerundersøkelser nevnes i

dokumentene. Formålet er å drøfte styringsdokumenter opp mot det teoretiske rammeverket og det empiriske datagrunnlaget.

### 2.6.1 Hvordan omtaler dokumentet kvalitet i helsetjenesten?

I Perspektivmeldingen (2017) kap. 9.2.1, Privat eller offentlig produksjon, påpekes det at *“asymmetrisk informasjon mellom private produsenter og det offentlige vil også kunne innebære risiko for blant annet lavere kvalitet, dårligere leveringssikkerhet og “fløteskumming”* (Finansdepartementet, 2017). Med “fløteskumming” menes her at private leverandører kan utøve lønnsomme oppgaver og etterlate de mest kostnadskrevenne til det offentlige. Med gode løsninger forutsettes gode kontrakter. Meldingen påpeker at det er vanskelig å kontraktsfeste kvalitet.

I Meld. St. 11 (2018–2019), Kvalitet og pasientsikkerhet 2017, omtales kvalitet i store deler av dokumentet. Den beskriver helsetjeneste av god kvalitet som er tjenester som tilbys er *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 kommer ingen andre beskrivelser av hva kvalitet omhandler. Dokumentet oppsummerer tiltak som er gjennomført i helsetjenesten og retter oppmerksomhet mot områder tjenesten har utfordringer i og behov for endring. Det gir derfor ikke et totalt bilde av kvalitet i tjenesten. Meldingen får tilbakemeldinger og gir et sammendrag av kilder som gir innblikk i kvalitet og pasientsikkerhet. Hovedtrekkene er at kvaliteten i den norske helsetjenesten stort sett er gode og, innenfor enkelte områder, best i verden. Tilbakemeldingene gir ikke et godt bilde på kvaliteten av tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a).

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) er det ingen omtale om begrepet kvalitet.



I Strategi 2030 HMN (2016) omtales kvalitet i bakgrunnen og innledningen; *“Helse Midt-Norge RHF har ansvar for at befolkningen får tjenester av god kvalitet i henhold til helseforetakslovens- og spesialisthelsetjenestelovens bestemmelser, pasient- og brukerrettighetsloven, Nasjonal helse- og sykehusplan og årlige oppdrag og krav fra Helse og omsorgsdepartementet”*. Under kap.2.2, Pasientperspektivet, står det at det i overganger mellom helsetjenestene er *“risiko for at kvaliteten svikter og at pasienten blir skadelidende”*. Det står også at *“pasienter er mer bevisst på rettigheter, kvalitet og behandlingsalternativer”*. Videre blir begrepet *“bevare livskvalitet”* brukt når de omtaler de som har en sykdom. Kvalitetsbegrepet blir videre brukt som et underpunkt i satsingsområdet *“Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse”*, som blant annet handler om at *“vi har ingen ubegrunna variasjon og kvalitet”*. Ambisjonen til HMN er å skape en *Fremragende helsetjeneste*. Dette ønskes gjennom at de leverer tjenester av god kvalitet og baserer seg på kunnskapsbasert praksis. Dette ønsker de å ta i bruk raskere gjennom forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens kunnskap og behov (Helse Midt Norge RHF, 2016).

I oppdragsdokument 2018 Helse Midt-Norge RHF (2018) er et av tre overordnede føringer i dokumentet *“bedre kvalitet og pasientsikkerhet”*. Kvalitet omtales ofte og den viser til Meld. St. 11 (2018–2019) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*. Kvalitet og kontinuerlig forbedring omtales mye sammen. Kvalitet defineres ikke utover det som vises til det som står i Meld. St. 11. (2018–2019) (Helse og omsorgsdepartementet, 2018b).

I *Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester- avtaler gjeldende for 2018- Bilag A Generelle krav til kvalitet (2017)*, omtales kvalitet under kapittel IV, kvalitet og ledelse. Her tydeliggjøres kravene fra oppdragsgiver til leverandørene av den tverrfaglige spesialiserte rehabiliteringstjenesten. Her vektlegges blant annet at tjenestene skal være i samsvar mellom lov og forskrift, veiledere, faglige retningslinjer, og at tjenesten skal inneholde et kunnskapsbasert fundament.

## 2.6.2 Hvordan beskriver dokumentet forbedringsarbeid?

I kap. 9.4.1 i Perspektivmeldingen (2017), *Organisering*, påpekes det at ledere i offentlig tjenester må skape kultur for endring og evne til å prioritere mellom oppgaver. Det anbefales å gjennomføre systematiske gjennomganger for å forbedre kvalitet og effektivisere offentlig sektor. Avslutningsvis påpekes det at Regjeringen ønsker å poengtere viktigheten av læring av andre gjennom konkurranse med privat sektor, konkurranse mellom offentlige virksomheter, resultatmålinger og nettverkssamarbeid som bidrar til å lære beste praksis nasjonalt og internasjonalt (Finansdepartementet, 2017). Vi oppfatter dette som forbedringsarbeid.

Meld. St. 11 (2018–2019), *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017* skal brukes som en del av *kunnskapsgrunnlaget for planlegging, utøvelse, evaluering og korrigerende av helse- og omsorgshjelp* i kommuner, helseforetak og private tjenesteytere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Det er ikke omtalt hvordan dette skal gjøres.

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) er det ingen omtale om forbedringsarbeid.

Strategi 2030 HMN (2016) er i utgangspunktet et “arbeidsverktøy” for ledere. Vi finner ingen direkte beskrivelse hvor det står om forbedringsarbeid i dokumentet. I kap. 2.3, arbeidskraftperspektivet, står det at ettersom det blir flere pasienter og færre ansatte så må arbeidsprosesser og pasientforløp kontinuerlig forbedres. Vi oppfatter dette som forbedringsarbeid. I kap.2.4, Kunnskaps- og teknologi perspektivet, påpekes det at forskningsresultater og innovative løsninger blir brukt i tjenesten som grunnlag for kunnskapsbasert og framtidsetta helsetjeneste.

Oppdragsdokument 2018 Helse Midt-Norge RHF (2018) sine overordnede føringer er at forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet skal skje lokalt. Ledere skal bruke forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring som verktøy for å jobbe med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Departementet gir videre styret og ledelsen i HMN RHF ansvar for å følge opp hvis det kommer ny informasjon, som f.eks. nye kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet i løpet av 2019 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018b).

I *Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester- avtaler gjeldende for 2018- Bilag A Generelle krav til kvalitet* ansvarliggjøres virksomheten til å ha et styringssystem i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016, §5). Ut over dette er det ingen annen omtale av forbedringsarbeid.

### 2.6.3 Hvor ofte nevnes brukermedvirkning i dokumentet?

I Perspektivmeldingen (2017) kap. 9.3.1, *Privat eller offentlig produksjon*, påpekes det at bruk av private tilbydere kan bidra til effektivisering gjennom desentralisering av makt og føre til økt valgfrihet. Meldingen mener at private tilbydere kan gjøre det lettere å tilpasse tjenestene til forskjeller i innbyggernes ønsker og behov, og at det kan gi velferdsmessige gevinster. Vi finner ikke mer omtale omkring temaet (Finansdepartementet, 2017).

Meld. St. 11 (2018–2019), *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*, har 2 kapitler som omhandler *pasient- og brukerombudene* og *norsk pasientskadeerstatning*. Pasient- og brukerombudene oppsummerer med av totalt 15 200 henvendelser hvor over halvparten gjaldt misnøye med utførelsen av helsetjenesten. Pasientene eller brukerne gir tilbakemelding om at de opplever at tjenestene var uforsvarlige eller med manglende omsorg, eller de er spørrende til om tjenestene var i tråd med god praksis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a).

I forskrift om habilitering og rehabilitering (2011), kap. 1, *Formål og virkeområder*, står det at forskriften skal sikre at tjenestene tilbys og ytes ut fra et pasient- og brukerperspektiv. Det beskrives ikke noe om hvordan dette skal gjøres.

Hele kap. 2.2 i *Strategi 2030 HMN* (2016), *Pasientperspektivet*, omhandler hvordan helsetjenesten skal se pasienten ut fra pasientperspektivet. I kapittelet refereres det til St. meld. 12 (2015-2016), *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*, som omhandler at helsetjenesten har store utfordringer innen områdene kommunikasjon og involvering av pasienter og pårørende og kompetanse, læring og ledelse. Det står videre at prinsippet om "*ingen beslutning skal tas om meg- uten meg*" skal bli sterkere forankret. Det er ønskelig at pasienter og pårørende skal bli sterkere involvert og bidra mer i beslutninger som omhandler egen helse og behandling.

I kap. 3, Bedre kvalitet og pasientsikkerhet, i oppdragsdokument 2018 Helse Midt-Norge RHF gis HMN RHF i oppgave å påse at alle helseforetakene deltar i nasjonale brukerundersøkelser i regi av Folkehelseinstituttet. Det presiseres derimot ikke i hvilke tjenesteområder dette skal være gjeldende praksis. Der det blir benyttet skal resultatene aktivt brukes i forbedringsarbeid. *“Kvalitetsmålinger og pasientsikkerhetsmålinger, forskningsbasert kunnskap og pasienterfaringer må brukes aktivt i utforming av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid”* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

I Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester (2018) omtales brukermedvirkning under et eget kapittel (VIII), Brukermedvirkning. Kapitlet omtaler vesentligheten av at pasientene skal være deltakende part i måloppnåelse i rehabiliteringsforløpet, og bidra til å evaluere effekten. Her omtales det som et spesifikt krav at institusjonen skal benytte standardiserte brukererfaringsundersøkelser med en systematisk gjennomføring.

## 3.0 Metode

I dette kapitlet redegjøres for metodiske valg som ligger til grunn for å kunne besvare studiens forskningsspørsmål og problemstilling. Kapitlet er inndelt i fem underkapitler; beskrivelse av vår metodiske tilnærming, metodevalg, metode for innsamling av teori, intervjuobjekter og etiske betraktninger.

### 3.1 Metodisk tilnærming

Vi vil først gjøre rede for vår forskningsmessige tilnærming for å kunne besvare studiens forskningsspørsmål og problemstilling. En metode er en måte og gå frem for å samle inn empiri, data om virkeligheten. Metoden blir hjelpemidlet som hjelper oss med å beskrive virkeligheten. Det kan være stor uenighet om hva som er virkelig sannheten. Ifølge Jacobsen (2016) illustreres dette på to ulike måter:

a) Ettersom forskere har ulik oppfatning av hvordan virkeligheten faktisk er vil det ha betydning for hvilket forskningsspørsmål som stilles og hvilken metode som vurderes som best:



Figur 3.1 Hvordan oppfatning av virkeligheten bestemmer metode (s.21).

b) Hvordan forskeren formulerer forskningsspørsmålet og bestemmer seg for valg av metode vil forme hva slags informasjon som samles inn som igjen bestemmer hvordan virkeligheten vises, og dette fører til hvordan forskeren oppfatter virkeligheten:



Figur 3.2 Hvordan valg av metode bestemmer oppfatning av virkelighet (s.22).

Den tette sammenhengen mellom oppfatningen av virkeligheten og metode kan belyses gjennom en grundigere gjennomgang av begrepene virkelighet og kunnskap. Begrepene som omhandler dette er ontologi og epistemologi.

Ontologi kan ifølge Jacobsen (2015) defineres som læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut. Begrepet har gresk opprinnelse og filosofene har gjennom flere hundre år diskutert begrepet da de har ulike oppfatninger om hva som er virkeligheten. Det vil antakelig være umulig å komme frem til hva som er det riktige (Jacobsen, 2015). For å besvare forskningsspørsmålene og problemstillingen i denne studien, har vi valgt å innhente informasjon om hvordan virkeligheten blir oppfattet av fire respondenter, som danner det empiriske grunnlaget i denne studien. I denne studien ser vi dette i relasjon til styringslinjen innen helsesektoren. Vi anser virksomhetslederne, til å være det som Lipsky (1980) omtaler som bakkebyråkrater (Lipsky, 1980). Gjennom sin rolle som ledere, har de ansvaret for gjennomføring av vedtatt politikk gjennom de styrende dokumentene innen TSR.

Epistemologi defineres ifølge Jacobsen (2015) som læren om kunnskap. Det handler om i hvilken grad det er mulig å tilegne seg kunnskap om verden (Jacobsen, 2015). Busch (2016) definerer det som hvordan og i hvor stor grad man kan tilegne seg kunnskap om verden

Busch (2016). Begrepene positivisme og hermeneutikk beskrives som motpolene til ontologi og epistemologi.

Med positivisme menes en vitenskapelig tilnæringsmåte som sier noe om hvordan man kan tilegne seg kunnskap fra observert data. Det tar utgangspunkt i naturvitenskapen som studerer fysiske ting og fenomener, og idealet fra studiet av dette blir overført til samfunnsvitenskapen. Begrepet positivisme viser til at "*det som faktisk finnes*" (Jacobsen, 2015, s.25).

Hermeneutikken betyr at forskeren forsøker å tolke meningsinnholdet i dataene som er samlet inn gjennom den vitenskapelige undersøkelsen. Utgangspunktet her er at det ikke finnes en objektiv sosial virkelighet som oppfattes likt av alle, men at det er subjektive meninger om virkeligheten fra respondentene som står i fokus. Det blir derfor av stor vesentlighet hva respondentene, i denne studien ledere ved rehabiliteringsinstitusjoner, opplever som sin virkelighet. Respondentenes meninger og opplevelser kan gi oss et mer helhetlig bilde av virkeligheten, og blir dermed en annen fremgangsmåte enn de naturvitenskapelige tilnærminger (Jacobsen, 2013; Busch, 2016).

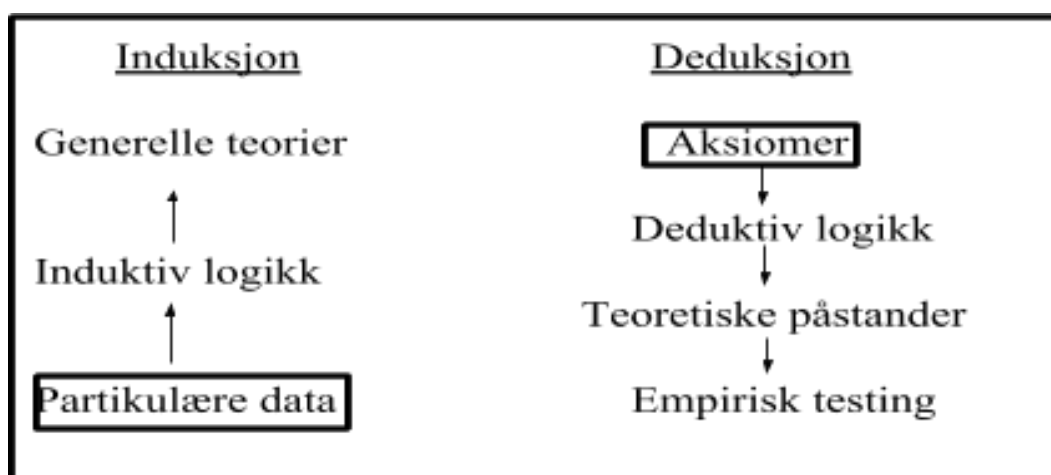
I denne studien tar vi utgangspunkt i et hermeneutisk syn med en ontologisk tilnærming, hvor vi får institusjonsledere sin subjektive opplevelse av virkeligheten. Dette er fenomener som er menneskeskapt, og dermed fremstår som samfunnsskapt fenomener.

## 3.2 Metodevalg

I dette kapitlet drøftes valgene som er foretatt når det gjelder forskningsmetode, for å kunne besvare forskningsspørsmålene og problemstillingen. Ved gjennomføring av en forskningsoppgave er det ulike overveielser og valg som må gjøres. Dette innebærer at man tar stilling til hva, hvem og også hvorfor og hvordan undersøkelsen gjennomføres. Dette kalles et forskningsdesign, rammeverket for datainnsamling og analysen. Valg av forskningsdesign kan sees på som en overordnet strategi for innhenting av ønsket datagrunnlag. Valg av induktiv eller deduktiv tilnærming, og kvalitativ eller kvantitativ metode vil bli belyst i underkapittelet nedenfor.

### 3.2.1 Induktiv eller deduktiv tilnærming

Nyeng (2014) beskriver induksjon som det å trekke slutninger ut fra en begrenset mengde observerte enkelthendelser, og lage seg forventninger, hypoteser og teorier ut fra et utvalg erfaringer. Deduksjon følger det motsatte mønsteret. Her starter man med aksiomer (påstander uten bevis) som man tester mot teori og empiri. Oppsummert kan man si at den induktive forskningsmetoden skaper praksis for teoribygging, mens i det deduktive grunnlaget undersøkes teori mot praksis (Nyeng, 2014). For å kunne besvare vår problemstilling og våre forskningsspørsmål har vi valgt en induktiv tilnærming. Vi intervjuet virksomhetsledere som kunne gi oss relevant data angående deres erfaringer og forståelse av hvordan brukerundersøkelser kan benyttes for å forbedre kvaliteten av helsetjenesten.



Figur 3.2.1: Induksjon og deduksjon (Nyeng 2014 s. 38)

### 3.2.2 Kvalitativ eller kvantitativ metode

Nyeng (2014) beskriver metode som en planmessig fremgangsmåte, og det er ikke en måte som passer for alle forskningsspørsmål. Måten man går frem på må tilpasses det som skal gjøres, og det avhenger av hvilken problemstilling man har (Nyeng, 2014). Det er to ulike måter å gjøre dette på, og ifølge Jacobsen (2015) bør forskeren unngå å tenke på disse metodene som rake motsetninger. Både kvalitativ og kvantitativ metode gir viktig og riktig informasjon, men den vil være av ulik type og innhold. Kvalitativ metode gir empiri i form av ord (setninger, utsagn og tekster). Gjennom denne metoden søker forskeren detaljkunnskap om temaet, og han har mulighet til å gå tilbake og endre problemstillingen og



datainnsamlingsmetoden underveis i arbeidet. Ulempen med metoden er at den er ressurskrevende, og det kan være data som er vanskelig å tolke, og den er ifølge Jacobsen (2015) egnet å bruke hvis man vet lite om teamet som man ønsker å undersøke. Målet med studien var å finne ut hvordan respondentene sin virkelighetsforståelse om brukerundersøkelser kan forbedre kvalitet i TSR, og vi vurderte den kvalitative metoden som best egnet for studie. Vi ønsket også å gå mer i dybden og innhente detaljkunnskap om temaet.

Kvantitativ metode gir empiri i form av tall eller symboler for ord. Forskeren har her i større grad bestemt seg for hva som skal undersøkes og det etterspørres mer eksakte ting. I denne metoden brukes flere respondenter, og kan være mindre ressurskrevende da innhentede data ofte behandles av ulike databehandlingsprogrammer. Det blir en mer presis forskning, men ulempene kan være at man går mindre i dybden av problemet og undersøkelsen kan bli mer overfladisk (Jacobsen, 2015).

### 3.3 Metode for innsamling av empiri

I følge Thagaard (2013) er ikke en kvalitativ metode en enkelt metode, men en fellesbetegnelse for en rekke ulike metoder, som observasjoner, intervjuer og analyser av verbale og visuelle uttrykksformer. Hver av disse undergruppene kan igjen deles opp i mindre grupper, som f.eks. deltakende eller passive observasjoner, individuelle intervjuer eller gruppeintervjuer. Intervjuer gir informasjon, eller data, i form av ord, setninger og fortellinger. Dette gir et godt grunnlag for å få innsikt i personers erfaringer, tanker og følelser (Thagaard, 2013). I denne studien har vi valgt å foreta individuelle intervjuer av våre respondenter.

#### 3.3.1 Intervjuform

Intervju defineres av Kvale og Brinkmann (2015) som en samtale med en viss struktur og hensikt. Forskningsintervju går i større grad dypere enn den hverdagslige meningsutvekslingen. Det som kjennetegner forskningsintervjuet er tilnærmingen varsomt spørre- lytte- orientert. Gjennom intervjuet får man frem kunnskap som er grundig utprøvd (Kvale og Brinkmann, 2015). Individuelle intervjuer kan deles inn i ulike former for intervjuer, og forskningsintervjuer er en av formene (Thagaard, 2013). Vi valgte å

gjennomføre forskningsintervjuer for å få et størst mulig innblikk hos respondentenes tanker og erfaringer, sett opp imot våre forskningsspørsmål og problemstillingen.

I intervjukonteksten ønsket vi å skape en en-til-en relasjon, som ifølge Jacobsen (2015) er godt egnet til å skape tillit mellom den som intervjuer og respondent. Det at vi ønsker å tilstrebe et sterkt fokus på respondenten, kan sikre at dennes mening kommer til uttrykk, og dermed legge til rette for oss som intervjuere å stille oppfølgingsspørsmål (Jacobsen, 2015). Dette opplever vi som et argument for å velge et semistrukturert intervju av lederne ved TSR. Det som derimot er et motargument er at intervjuene blir individuelle, og det kan dermed bli mer krevende å sette respondentenes synspunkter i en større sammenheng, noe som er ønskelig for å besvare problemstillingen. Individuelle intervjuer kan oppleves som lite anonyme, noe som forsterker behovet for tillit mellom oss som intervjuere og ledere som respondenter. Manglende tillit mellom partene kan føre til at respondentene gir de svarene de tror intervjueren vil høre, fremfor å uttrykke meningen de egentlig har. En annen svakhet ved individuelle intervjuer er at de bare kan si noe om den enkelte respondents erfaringer, tanker eller følelser. Informasjonen som gis er begrenset til det respondenten ønsker å dele, og hvordan man ønsker å fremstille seg selv og sine erfaringer. Det er ikke gitt at vi som intervjuere får en objektiv beskrivelse av virksomhetslederens praksis, men heller får en beskrivelse av praksisen slik den oppleves av virksomhetslederen, eller slik som virksomhetslederen ønsker at praksisen skal være (Jacobsen, 2015).

Forskningsintervju har som målsetting å innhente informasjon hos noe eller noen. Formen og graden av struktur på intervjuet kan variere. Det ene ytterpunktet er samtaler helt uten struktur, hvor respondenten styrer hvilke tema det skal snakkes om, og det andre ytterpunktet er intervjuer som i hovedsak består av faste spørsmål og svaralternativer, hvor respondenten bare kan uttrykke sine synspunkter innenfor rammen av de faste svaralternativene (Thagaard, 2013; Jacobsen 2015).

Som nevnt ovenfor er det flere vurderinger å ta hensyn til ved valg av egnet struktur form på intervjuene. En av fordelene ved et strukturert intervju med faste svaralternativer er at det vil gjøre det lettere å sammenligne svarene. Denne intervjuformen ligger nærmest de kvantitative metodene, og det er lett å sette opp svarene i ulike tabeller. En ulempe ved denne intervjuformen er at respondentens mulighet til å formidle sine erfaringer og oppfattelse

virkelighet er begrenset til de svaralternativene som er forhåndsbestemte, og rekkefølgen i intervjuet er styrt av rekkefølgen på spørsmålene. Helt åpne intervjuer kan derimot gjøre det vanskelig å sammenligne informasjonen som er gitt i de ulike intervjuene, samtidig som det er denne måten som sikrer at respondentens synspunkter, opplevelser og tanker kommer best frem (Thagaard, 2013). Vi valgte en mellomting mellom disse to ytterpunktene, et semistrukturert intervju. Johannessen (2011) beskriver semistrukturert intervju som at *«det har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, mens spørsmål, temaer og rekkefølgen kan varieres»* (s.145). Vi opplevde at dette ga oss mulighet til å være fleksibel med tanke på spørsmål og oppfølgingsspørsmål, slik det kom naturlig ut fra respondentenes svar og informasjon (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2011).

### 3.3.2 Tematisering og intervjuguide

I følge Jacobsen (2015) vil det i kvalitative metoder, der intervju som metode anvendes, være et behov for å utarbeide en intervjuguide. Utarbeidelsen av intervjuguide handler om å lage en oversikt over hvilke temaer intervjuet skal omhandle. Forskeren sikrer seg at han tar opp viktige temaer som han ønsker å få besvart. Intervjuguiden kan ha en lav til sterk strukturering (Jacobsen, 2015).

I denne studien har vi valgt et induktivt utgangspunkt. Som forskere har vi tilstrebet å legge få føringer på den innsamlede dataen. Vi foretok en dokumentgjennomgang av sentrale styringsdokumenter, og dette ga oss et godt grunnlag for utarbeide spørsmålene i intervjuguiden. Vi valgte å ta utgangspunkt og kategorisere spørsmålene i henhold til Kunnskapssenteret sin modell for kvalitetsforbedring (Folkehelseinstituttet, 2015), som et rammeverk for intervjuguiden. Modellen er oppdelt i fem faser hvor hver fase består av flere trinn. De fem fasene er forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp. Ved å følge disse fasene beskrives det hvordan man skal gå frem for å oppnå kvalitetsforbedring i tjenestene. På grunn av oppgavens omfang har vi valgt å ta for oss de tre siste fasene.

Vi valgte i etterkant av intervjuene å strukturere og kategoriserte det empiriske datamaterialet i henhold til Modell for kvalitetsforbedring (Vedlegg 1). Vi brukte også her de tre siste fasene (utføre, evaluere og følge opp). I tillegg valgte vi å ha et eget delkapittel som omhandlet respondentens oppfatning av begrepet kvalitet. Vi spurte også respondentene om

ledererfaring og formell lederkompetanse. Dette ga oss en god oversikt over innhentet empiri og gjorde analysearbeidet strukturert. Vi fikk god mulighet til å sammenligne innhentet data i de ulike emnene. Ved å analysere det empiriske materialet ga det oss et grunnlag for utarbeidelse av fire valgte forskningsspørsmål for å kunne besvare problemstillingen.

### 3.4 Intervjuobjekter

I denne studien ønsket vi å forske på en populasjon bestående av de 12 TSR virksomhetene i HMN. Innenfor kvalitativ intervjuforskning er valg av respondenter særlig viktig. For denne oppgaven er spørsmål som hvem som skal intervjues, hvilke institusjoner man skal velge og hvilke kriterier skal man velge ut fra, viktig.

Valget av respondenter ble gjort ut fra det Jacobsen (2015) beskriver som bredde og variasjon (Jacobsen, 2015). Kriteriet vi satte var ønske om at utvalget skulle bestå av virksomhetsledere fra én nyetablert døgninstitusjon, én fra en etablert døgninstitusjon, én fra en nyetablert daginstitusjon og én fra en etablert daginstitusjon. Dette for å kunne tilnærme oss et representativt utvalg av populasjonen i HMN innen TSR. Utvalget ble da bestående av fire respondenter.

Respondentene har ledet de ulike institusjonene innen TSR fra 1 til 7 år. Gjennomsnitt ledererfaring innen en TSR institusjon er 5,5 år. Av de fire respondentene var det én som ikke hadde formell lederutdanning, resterende hadde lederutdanning fra høyskole og universitet, enten årsstudium på 60 studiepoeng eller mastergrad innenfor ledelse på 120 studiepoeng.

Da formuleringen var utarbeidet sendte vi ut samtykkeerklæring om studien til de fire potensielle respondentene. Her var det av stor viktighet at vi var i stand til å skape et engasjement for deltakelse i undersøkelsen. Samtykkeerklæringen (vedlegg 6) som vi sendte ut i forkant var formulert slik at de så nytten av å gjennomføre dette studiet. Alle institusjonslederen som fikk forespørsel samtykket til deltakelse.

#### 3.4.1 Organisering og gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble avtalt med respondentene via telefon og e-post. Vi ønsket å gjennomføre intervjuene på de enkelte virksomhetene. Vi valgte ansikt- til -ansiktintervju for å skape et tett, dynamisk og informasjonsrikt intervju som skaper tillit og åpenhet mellom forskeren og

respondenten. Ettersom vi skulle gjennomføre et ansikt- til ansikt intervju, oppsøkte vi respondentens arbeidsplass slik at de kunne «føle seg hjemme». Ifølge Jacobsen (2015) vil konteksten intervjuet foregår i være med på å påvirke innholdet i intervjuet, konteksteffekten. Kunstige omgivelser for respondenten kan bidra til å gi kunstige svar (Jacobsen, 2015).

Tidsbruken for intervjuene varierte fra 40 minutter til 55 minutter. Alle de fire intervjuene ble gjennomført med bruk av lydopptak. Intervjuene ble i etterkant transkribert og analysert. Transkriberingen ble gjort av oss, dette for å være bevisst omdannelse fra tale til tekst i alle intervjuene. Dette førte til at vi ble godt kjent med innholdet i intervjuene.

### 3.4.2 Validitet og reliabilitet

Validitet betyr gyldighet, det vil si om man faktisk måler det man vil måle. Validitet sier noe om forholdet mellom teoretisk begrep og den operasjonelle definisjonen av en variabel. Intensjonen er at det man måler skal avspeile virkeligheten, og at det kan gi oss svar på problemstillingen. Det at vi har foretatt et utvalg av 4 av 12 institusjonsledere, kan utfordre vår eksterne validitet. Når vi har foretatt et utsnitt av populasjonen av TSR virksomheter innen HMN, må vi være kjent med at dette ikke kan være sikre funn som representerer hele fagfeltets synspunkter i HMN (Jacobsen 2015).

Gyldighet innebærer også en refleksjon knyttet til å vurdere respondentens vilje til å utlevere sine meninger om deres virkelighetsforståelse. Her må man være åpen for at kildene vi har benyttet kan ha et behov for å ikke komme med utdypende informasjon, og derav kan gi et skjevt bilde av deres egentlige oppfatninger av de ulike spørsmålene. Det at en av intervjuerne er virksomhetsleder av en konkurrerende institusjon, kan være en potensiell utfordring når det gjelder gyldigheten av innhentet empiri.

Som forsker må man vurdere om funnene i undersøkelser er reliable. Kvale og Brinkmann (2015) definerer at reliabilitet har med forskningsresultatene konsistens og troverdighet å gjøre (Kvale og Brinkmann, 2015). Med reliabilitet mener man at et resultat kan overføres til en annen tid av andre som forsker på det samme. Noen av valgene i studiet kan påvirke resultatene (Jacobsen, 2015). Jacobsen mener at den beste måten å øke validitet og reliabilitet er å triangulere, som er en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode (Jacobsen, 2015). Vår studie blir en ren kvalitativ metode benyttet. Ved å benytte seg av denne metoden vil det være umulig å gjenta samme funn fordi kvalitativ metode er kontekstavhengig. Med kontekstavhengig menes at resultatene vil være avhengige av den

enkelte sammenhengen, den enkelte relasjonen mellom intervjuer og intervjuobjekt, og sted og tid intervjuet finner sted. Slike fenomener kan endre seg og kan ikke kopieres (Jacobsen, 2015).

### 3.4.3 Overførbarhet

Overførbarhet knyttes opp til om resultatet kan overføres til andre populasjoner eller til andre situasjoner (Jacobsen, 2015). Respondentene, ledere som intervjues i studien, vil nok være relativt representative for de som har samme stilling i tilsvarende virksomheter ved HMN.

Muligheten for å generalisere funnene avhenger av i hvor stor grad utvalget er representativt for hele den norske populasjonen. Ifølge Jacobsen (2015) kan man i prinsippet aldri generalisere sikkert til noen andre enn til den populasjonen utvalget er trukket fra, og til den tidsperioden undersøkelsen er foretatt. Ettersom vi velger å analysere virksomheter innen TSR i HMN må vi være varsomme med å anta at de er representative for andre helseinstitusjoner i landet. Samtidig kan overførbarhet knyttes til at studiet kan vekke en forståelse for leseren med kjennskap til fenomenet som studeres (Thagaard, 2002). Gjennom den kvalitative metoden får vi muligheten til å gå i dybden på fenomenet og det gir oss innsikt i hvordan respondenten opplever sin virkelighet. Resultatene fra denne studien kan sannsynligvis overføres til alle virksomhetslederne i TSR i HMN, men gir et innblikk i hvordan virksomhetsledere opplever situasjonen og på denne måten bidrar til kunnskap om emnet.

## 3.5 Etiske betraktninger

I all forskning er etikk viktig og det må ivaretas gjennom hele forskningsprosessen. Man må være bevisst i forhold til valg man tar og hvilke konsekvenser dette kan ha (Jacobsen, 2015). I vår studie har vi vært opptatt av at alle innhentede data skal presenteres riktig og resultatene og data ikke skal være falske. I forkant av intervjuene ble respondentene orientert om at alle opplysningene vi innhentet ville bli forsvarlig oppbevart og slettet etter at studiet var ferdig. I samtykkeskjemaet ble respondentene orientert om formålet med studiet og problemstillingene, slik den var utarbeidet på dette tidspunktet. Denne har endret seg noe i etterkant. Respondentene fikk ikke mye informasjon utover det som ble beskrevet i samtykkeskjemaet. Innenfor kvalitativ forskning er det begrenset hvor mye detaljert informasjon det bør orienteres om på forhånd, da det kan påvirke respondenters atferd. Dette

på grunn av mulighetene for at respondentene kan fabrikere svarene i forkant av intervjuet, og forskerne kan da stå i fare for å gå glipp av respondentenes umiddelbare tanker og perspektiver knyttet til spørsmålene. Det andre aspektet er at forskerne må begrense informasjonen om studien, da den kan endre karakter i løpet av forløpet.

Som forsker krever det ytterst forsiktighet med å behandle informasjon fra studien, slik at respondentenes identitet forblir anonyme. Dette har vi tatt hensyn til i hele prosessen, slik at enkeltpersoner ikke skal kunne identifiseres. Dette er spesielt vesentlig med et begrenset antall individer i studiens populasjon. Det er også etiske hensyn å ta når vi transkriberer intervjuene. Det er ofte følsomme spørsmål som stilles, og lojaliteten respondentene har overfor arbeidsgiver skal ivaretas. For å beskytte konfidensialiteten til respondentene og personene som nevnes i intervjuene, er det viktig at vi lagrer opptakene fra intervjuene og andre data på en forsvarlig måte, og etter ferdigstilling av studien slettes dataene. Vi påpekte dette i informasjonsskrivet og under intervjuet ble dette på nytt understreket til respondentene. I analysen unngår vi direkte sitater fra respondentene. Vi vil gjengi uttalelsene på en mer sammenhengende måte. Dette for at de ikke skal føle at svarene og informasjonen er gjenkjennbare (Kvale og Brinkmann, 2015).

I forbindelse med innføring av ny personopplysningslov ble vi pålagt å få godkjenning fra NSD (Norsk senter for forskningsdata) for å få gjennomført studien med metoden vi benyttet. Søknaden ble godkjent (vedlegg 4).

### 3.5.1 Forske innen eget fagfelt

Vår forskning er knyttet opp mot virksomhetsledere i rehabiliteringsinstitusjon. Etersom den ene av oss selv er virksomhetsleder i en konkurrerende rehabiliteringsinstitusjon, er det flere respondenter som kjenner vedkommende fra tidligere. Ifølge Repstad (2007) kan det være problematisk å forske på egen eller konkurrerende organisasjon. Når man forsker på bekjente, kjenninger eller kollegaer er man mer tilbøyelig til å velge side. Man kan miste den akademiske distansen og få personlige eller egen virksomhets interesse i det som det forskes på. Repstad (2007) referer til det sosialantropologene kaller “to go native”, “å bli en av de innfødte”. Det kan være vanskelig å drive med selvsensur ettersom man vil komme til å treffe respondentene senere (Repstad, 2007).

Fordelen med å forske på egen organisasjon er ifølge Repstad (2007) at det kan være en kilde til motivasjon og utholdenhet, da man føler seg personlig engasjert og berørt i forhold til det miljøet man forsker på. Det er også en fordel med forkunnskaper, ettersom man allerede kjenner til fagterminologien, miljøet og rutiner (Repstad, 2007). Det skal presiseres at virksomheten til den av forskerne ikke var med i studien.

Repstad (2007) skriver at det kan være en fare for at respondentene ikke gir fra seg riktig informasjon når de kjenner intervjuer på forhånd (Repstad, 2007). I samtykkeskjemaet vi sendte ut i forkant formidlet vi noe om bakgrunnen for forskningen. Respondenten hadde ingen kjennskap til noen av våre antakelser på forhånd. Etter å ha gjennomført intervjuene er vårt inntrykk at de ikke ga oss svar som de trodde vi var ute etter. De framsto troverdig og ærlige i sine svar.



## 4.0 Analyse av empiri og drøfting

Gjennom vår problemstilling ønsket vi å analysere hvordan brukerundersøkelser kan benyttes som en kvalitetsindikator for å måle kvaliteten av opphold i TSR i HMN RHF.

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for våre empiriske funn slik de fremkom i intervjuene av våre utvalgte respondenter. Funnene sees i sammenheng til vår problemstilling, forskningsspørsmål og teoretisk rammeverk. Dette er valg som ble redegjort for i metodekapittelet.

Intervjuene har blitt transkribert og funnene har blitt det empiriske grunnlaget for vår analyse. I dette kapittelet vil noen av respondentene bli referert til indirekte, i tillegg til at vi bruker direkte sitat for å kunne gjenspeile viktige momenter, og sitater som oppleves av stor vesentlighet.

Vi har valgt å strukturere analysen og drøftingen i fire underkapitler, med temaene *kvalitet, gjennomfør, evaluere og følge opp*. Denne strukturen og kategorisering opplever vi at gir et godt grunnlag for å analysere respondentens svar knyttet til de ulike temaene. Etter analysen av hver kategori, vil vi drøfte funnene mot teori som er presentert i kapittel to, og annen relevant teori og styrende dokumenter. Dette har gitt oss grunnlag for å utforme og besvare fire valgte forskningsspørsmål, sett i kontekst av problemstillingen. Under hvert forskningsspørsmål vil vi sammenfatte våre funn.

### 4.1 Kvalitet

Om dette temaet spurte vi våre respondenter om kvalitet og kvalitetsforbedring opp mot TSR, og respondentenes virkelighetsforståelse og tolkning av spørsmålene.

#### 4.1.1 Våre funn

Vi ønsket å få innsikt i respondentenes virkelighetsoppfatning av begrepet god kvalitet innen tverrfaglig spesialisert rehabilitering, og ikke hvordan dette er definert i veilederen *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* (Helsedirektorat, 2018a). Det er en definisjon som rommer flere elementer og nyanser, som blir beskrevet i veilederens definisjon. Respondentens beskrivelse av god kvalitet innen TSR er flersidig. Man er enige

om at det skal foregå i en tverrfaglig kontekst, og samhandling skal skje mellom relevante faggrupper. Målsettingen er å skape et opphold med en helhetlig tilnærming med klare mål og tiltak for at den enkelte pasient skal ha god effekt. En respondent beskriver dette slik:

*“Det handler jo at man møter menneskene der de er, og bygger på de ressursene vedkommende har for å komme tilbake til det livet som er riktig for dem. “*

En annen respondent uttrykker det med at resultater er viktig for å beskrive god kvalitet:

*“Hvis du har gode resultater så vil jeg si at rehabiliteringen er av god kvalitet.”*

Vi søkte videre respondentenes forståelse av hvordan man kan måle kvaliteten som ytes innen TSR hos deres respektive institusjoner. Her var det en tydelig forståelse hos alle respondentene av at man opplever objektive målinger som sentrale for å kunne kartlegge og måle kvalitet som ytes i deres institusjoner. Dette for å kunne se endringer av den fysiske tilstanden til pasientene, og ut fra effekten et pasientforløp har i deres institusjon. Dette kan vi se i sammenheng med et av sitatene til en av respondentene:

*“Vi mennesker er ikke så gode til å observere slike ting gjennom et forløp, og er derav avhengig av å kunne ha gode objektive målinger.”*

En av de fire respondentene opplevde det som sentralt å benytte subjektive parameter som man innhenter gjennom standardisert brukerundersøkelse utarbeidet av Kunnskapssenteret (Kunnskapssenteret, 2009). Det bidrar til at de kan få pasientens opplevelse av virkning av helsehjelpen som ytes hos deres institusjon. Denne informasjon hadde som intensjon å være et vesentlig kartleggingsverktøy opp mot det systematiske forbedringsarbeidet. En annen respondent beskriver viktigheten av informasjonen fra brukerundersøkelsene som tilbakemelding til egen organisasjon og brukerutvalgsmøtene.

Vi ønsket å få respondentenes meninger vedrørende kvalitetsindikatorer (strukturelle-, prosess- og resultatindikatorer). Vi spurte hvilken indikator man skulle prioritert til å få laget nasjonale eller regionale standarder på. Alle de fire respondentene opplevde dette som et stort og komplekst spørsmål. De opplevde at alle sto i forhold til hverandre, og at det derfor var krevende å trekke fram en indikator. Det fremgikk fra samtlige respondenter betydningen av

å etablere kvalitetsindikatorer innen strukturelle-, prosess- og resultatindikatorer, og at disse måte sees i en felles kontekst. En respondent sammenfatter det slik:

*“Jeg tror jo at noen må gjøre det for å få fram koblingen mellom alle de tre elementene i rehabiliteringen, fordi det er først når alle elementene er på plass at du kan si at man har et godt rehabiliteringsforløp.”*

De fire respondentene er samstemte i sine besvarelser, i forhold til at resultatindikatorer er av stor vesentlighet for å kunne se på effekten og virkningen av rehabiliteringen. Vedrørende resultatindikatorer svarer respondentene ulikt. En ønsker kun å benytte objektive kartleggingsverktøy, mens de resterende respondentene opplever det som avgjørende å se sammenhengen mellom objektive- og subjektive kartleggingsverktøy ut ifra virkningen av tjenesten.

Videre ønsket vi respondentenes synspunkter på om kvaliteten innen TSR kunne blitt påvirket dersom brukerundersøkelse var en nasjonal- eller regional kvalitetsindikator. Alle respondentene opplever det som vesentlig å kartlegge pasientens subjektive virkning av TSR. Dette forutsetter en kvalitetssikring av innholdet i brukerundersøkelsene. Her synliggjøres det at per dags dato benyttes ulike kartleggingsverktøy for brukerundersøkelser. Det hadde vært formålstjenlig med en lik forståelse av innhold i kartleggingsverktøyet. En respondent uttrykker det slik:

*“Brukerundersøkelser er viktig, noen informasjon kan man ikke få på en annen måte enn å spørre pasientene, men samtidig så må du tolke med forsiktighet fordi det er subjektivt.”*

Det blir også poengtert at dette kunne vært positivt for utviklingen av kvalitet, hvor man har større fokus på brukerens opplevelse av hva effekten av helsetjenesten er. Her er et sitat fra respondentene knyttet til dette temaet:

*“Som oppdragsgiver vil jeg ha vært opptatt av brukerundersøkelser, hvor man kunne sett på resultatene og fått et sammenligningsgrunnlag av virksomhetene.”*

Videre stilte vi spørsmål knyttet til hvordan respondentene kunne ha brukt informasjonen fra brukerundersøkelsene for å øke kvaliteten innen TSR. Alle respondentene opplever at denne informasjonen kan benyttes ut fra ulike perspektiver. Det som trekkes fram fra samtlige respondenter er at de tenker at dette kunne gitt nyttig informasjon til oppdragsgiver.

#### 4.1.2 Hva opplever virksomhetslederne som god kvalitet innen tverrfaglige spesialiserte rehabiliteringstjenester?

I dette drøftingskapittelet har vi fokus på forståelsen av begrepet kvalitet i relasjon til fagområdet TSR. Med bakgrunn i det empiriske datamaterialet blir det første forskningsspørsmålet formulert slik: *Hva opplever virksomhetslederne som god kvalitet innen tverrfaglige spesialiserte rehabiliteringstjenester?*

TSR av god kvalitet omfavner et fagområde og begrep som er flerfasettert, og inneholder flere egenskaper, ifølge våre respondenter. Dette fremkommer også av definisjonen av begrepet, jfr § 3 i forskrift om habilitering og rehabilitering (2011), hvor man skal ta utgangspunkt i pasientens og brukerens livssituasjon og målsetting for oppholdet.

Definisjonen er sitert i kapittel 1.1:

*"Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål ..."*(§3 Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011)

Respondentene er entydige på at et pasientforløp av god kvalitet innen TSR skal foregå i en tverrfaglig arbeidsmetodikk, med andre ord samhandling mellom relevante faggrupper for å nå pasientens målsettinger gjennom oppholdet. Dette påpekes også i Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, 2018a):

*"Gjennom tverrfaglig metodikk sikres felles forståelse av det helhetlige behovet og konsensus om mål, tiltak og arbeidsprosess." (s.36).*

Respondentene er enige om at den tverrfaglige arbeidsmetodikken er betydningsfull for å skape en tjeneste av god kvalitet. I Perspektivmeldingen (2017) påpekes det at det kan være vanskelig å kontraktsfeste kvalitet (Finansdepartementet, 2017). Selve forståelsen av kvalitetsbegrepet har respondentene ulik tilnærming til. En av respondentene er tydelig på at

brugerundersøkelser er objektive kartleggingsverktøy som kun kan benyttes for å få innsikt i om tjenestene er virkningsfulle. Bakgrunnen for dette er ifølge respondentene at fagpersonene skal ha kunnskap om hva som bør kartlegges, og også velge relevante kartleggingsverktøy. Respondenten mener at pasienten har begrenset kunnskapsgrunnlag for å kunne gi tilbakemeldinger om tjenesten er virkningsfull, det som i Winters implementeringsteori defineres som output (Winter & Nielsen, 2008). De andre respondentene er mer nyanserte i sin forståelse av god kvalitet. De ønsker å se de subjektive og objektive måleparametrene i en helhetlig kontekst. Dette ser vi også beskrevet av Pirsig (1975) sin definisjon av kvalitet (Berg og Laudal, 2001). Han beskriver et skille mellom romantisk- og rasjonell forståelse av kvalitet. Hvis pasientene gir tilbakemelding om hvordan de har opplevd oppholdet/ behandlingen, beskrives dette som en romantisk forståelse. Det er ingen bestemte validerende egenskaper som pasienten gir tilbakemelding om, men pasientens følelse på opplevd god eller dårlig kvalitet av behandlingen. Hvis de derimot beskriver den subjektive virkningen gjennom standardiserte brugerundersøkelse, kan dette beskrives som en rasjonell forståelse.

Selve kvalitetsbegrepet er et komplekst begrep bestående av flere egenskaper, noe som også blir beskrevet av respondentene. I styringsdokumentet Meld. St. 11 (2018-2019) beskrives kvalitetsbegrep gjennom seks ulike egenskaper; virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukere og gi dem innflytelse, samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte, tilgjengelige og rettferdig fordelt. Som tidligere nevnt har vi i denne studien valgt å avgrense vår forståelse av kvalitetsbegrepet til å gjelde brugerundersøkelser og pasientens subjektive opplevelse av kvaliteten på behandlingen. Respondentene ble spurt om hvordan man kunne måle denne kvaliteten i TSR. Den ene respondenten er tydelig på behovet for objektive målinger for å se virkningen av tjenestene:

*“Vi mennesker er ikke så gode til å observere slike ting gjennom et forløp, og er derav avhengig av å kunne ha gode objektive målinger.”*

Dette er helt i tråd med lovkrav og retningslinjer. Her blir det argumenter for at det er avgjørende at vi bruker objektive målinger som gir oss grunnlag for å si om tjenestene innen TSR er av god kvalitet, og for å kunne måle om de er virkningsfulle for pasientene. Bruk av objektive måleverktøy for å måle effekter ved implementeringer og endringer i helse- og omsorgstjenesten, er noe som blir beskrevet i rapporten *Rammeverk for nasjonalt*

*kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten* (Helsedirektoratet, 2018b). Denne omhandler at en av målsettingene til kvalitetsindikatorer er å måle virkning og pasientrapporterte resultater. Kvalitetsindikatorer kan brukes til å overvåke kvaliteten i virksomheten på nasjonalt og regionalt nivå, og ved å konkretiserer innholdet finner man et barometer som fanger opp det man vil måle (Aase, 2015; Opstad, 2016). Som observasjon i vår studie kan man derimot se at den ene respondenten ikke vektlegger pasientens subjektive opplevelser av sin virkning av helsehjelpen som like betydningsfull. Som observasjon oppleves det som om respondenten har en positivistisk tilnæringsmåte.

De andre respondentene har en annen virkelighetsoppfatning av hvordan man måler kvaliteten i TSR. De poengterer i ulik grad betydningen av objektive kartlegginger sett i relasjon til pasientrapporterte resultater gjennom brukerundersøkelser. En av respondentene beskrev det slik:

*“Summen av hvor vellykket et rehabiliteringsopphold er å se sammenhengen mellom objektive og subjektive måleparameter.”*

Egenskapen som omhandler virkning for pasienten er noe som respondentene trekker fram som noe av stor vesentlighet. Gjennom disse fire respondentene kommer det fram at det er ulike tilnæringer og virkelighetsforståelse. Virkningsfulle tjenester er noe som er en sentral målsetting innen helse- og omsorgstjenesten. Dette poengteres i kap. 3 i oppdragsdokument til HMN RHF (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018b). Tjenestene skal være virkningsfulle, uten at det defineres på hvilken måte man skal kartlegge og måle dette. Innen Winters implementeringsteori beskrives virkningen av tjenestene som output; den aktiviteten, utbytte for sluttbruker, som vår studie er pasienten. God kvalitet omhandler å involvere brukerne i utarbeidelsen av helsehjelpen og dette har en av respondenten beskrevet slik:

*“Det handler jo at man møter menneskene der dem er, og bygger på de ressursene vedkommende har for å komme tilbake til det livet som er riktig for dem. “*

Vi kan lese i Strategi 2030 HMN (Helse Midt Norge, 2016) at virksomhetene oppfordres til å benytte seg av kunnskapsbasert praksis, ved å ta i bruk forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og fra pasientenes kunnskap og behov. Når det kommer til HMN sitt krav til

kvalitet i utførelsen av TSR blir det beskrevet i Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester (2017). Tjenestene skal være i henhold til lov og forskrift, veiledere, faglige retningslinjer, og de skal inneholde et kunnskapsbasert fundament. Ut fra disse dokumentene sees det et tydelig fokus på kvalitet og de egenskaper det innebærer. Brukerperspektivet er en stor del av innholdet i fundamentet for kunnskapsbasert praksis.

I fire av intervjuene trekker respondentene frem at bruk av objektive måleverktøy er nødvendig for å kunne kartlegge om tjenestene innen TSR er virkningsfulle, og dermed av god kvalitet. Respondent beskrev det slik:

*“Hvis du har gode resultater så vil jeg si at rehabiliteringen er av god kvalitet.”*

Vi skal se nærmere på hvordan respondentene opplever at brukerundersøkelser, eller det som rapporten *Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten* (Helsedirektoratet, 2018b) beskriver som pasientrapporterte undersøkelser, kan være en måleparameter for kvalitet. Respondentene har en ulik virkelighetsforståelse av hva som er en brukerundersøkelse, og dermed også hvordan man skal kunne bruke dem til å vurdere den subjektive virkningen av helsetjenesten for pasienten. To av respondentene beskriver brukerundersøkelser opp mot brukertilfredshet, og mente at dette ikke nødvendigvis kan gi noen beskrivelse av kvalitet innen TSR. Pasientene har subjektive opplevelser som pasientene har av helsetjenesten, og man skal derfor være varsom med å tolke disse dataene. Respondentene mener at brukerundersøkelser kan være et supplement til objektive måleparameter. En av respondentene beskriver det slik:

*“Pasientene kan være fornøyd med ting som ikke nødvendigvis er et kvalitetsbegrep parameter ut fra det vi definerer.”*

De andre respondentene opplever det som vesentlig å innhente pasientrapporterte data gjennom brukerundersøkelser for å kunne få et innblikk i hvordan pasientene opplever virkningen av helsehjelpen. Dette mente de kunne gi et godt grunnlag for å kvalitetssikre og utvikle helsehjelpen som ytes ved deres respektive institusjoner, og på regionalt- og nasjonalt

nivå. Samtidig opplevdes dette som data som måtte være sentralt for en oppdragsgiver å kunne ha kunnskap om. Én av de to respondentene beskriver det slik:

*“Det kunne ha betydning at vi fikk større fokus på det som faktisk fører til pasientenes måloppnåelse.”*

Dette kan vi se i kontekst av meningsinnholdet av *Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten* (Helsedirektoratet, 2018b), der kvaliteten i helsetjenesten skal måles blant annet gjennom pasient- og brukererfaringer. Ved å innhente data gjennom pasienterfaringer oppnår man en kunnskapsbasert tilnærming, noe som også blir påpekt i Anskaffelsesdokumentet fra HMN (Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester (2017)). Dette lovkravet beskrives i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016). Her poengteres det at aktivitetene i virksomhetene skal *planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen* (§4). Pasientrapporterte data skal inngå som et av elementene for å kvalitetssikre tjenesten og det skal gjøres gjennom kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Det påpekes i Perspektivmeldingen kap. 9.2.1 (2017) at det kan være krevende å måle kvaliteten fra private aktører, med den begrunnelsen at det er vanskelig å kontraktsfeste hva god kvalitet er (Finansdepartementet, 2017). Dette kan danne et grunnlag for det som Jensen og Meckling (1976) beskriver innen prinsippal- agent teori som opportunistisk atferd mellom prinsippal, i dette tilfellet HMN, og agenten som her er virksomhetene. I oppdragsdokumentet (vedlegg 4) er det beskrevet hva som oppleves som god kvalitet, men ikke hvordan det skal måles. Dette kan føre at agenten utnytter det frie handlingsrommet, og dermed opptrer opportunistisk. Ut fra ulike insentiver måler man det man selv opplever som god kvalitet. En av respondentene har sterkt fokus på få standardiserte objektive målinger ved virksomheten, og beskriver dette som grunnleggende for å måle god kvalitet innen TSR. En annen respondent beskriver at en helhetlig kartlegging av pasientenes endringer under oppholdet er vesentlig for å måle god kvalitet. Som observasjon vil det være utfordrende å sammenligne dataene som teorien omtaler som benchmarking. Dette vil vi komme tilbake til senere i drøftingen.



## 4.2 Gjennomføring

Det andre temaet i intervjuene omhandlet begrepet gjennomføring av brukerundersøkelser innen TSR, og respondentenes forståelse og tolkning av våre spørsmål.

### 4.2.1 Våre funn

I denne delen av intervjuene spurte vi respondentene om gjennomføring av brukerundersøkelser ved deres institusjon. Alle respondentene sier de gjennomfører systematiske brukerundersøkelser i dag. Vi ønsket også å spørre om hvem som har utarbeidet brukerundersøkelsene, for å få innsikt i om det er egenutviklede eller standardiserte undersøkelser. Her oppgir to av fire respondenter at de benytter egenutviklede brukerundersøkelser, og to benytter undersøkelser utviklet av Kunnskapssenteret (Kunnskapssenteret, 2017).

For å kunne få et helhetlig bilde av bruken av gjennomføring av brukerundersøkelser, ble respondentene spurt om hvilke pasienter som deltok i brukerundersøkelser. På dette spørsmålet svarte samtlige institusjonsleder at alle pasientene ble forespurt om deltakelse. De hadde ulik praksis vedrørende den systematiske gjennomføringen av brukerundersøkelser ved deres institusjon. Tre av respondentene svarte at de gjennomførte undersøkelsene ved avslutningen av behandlingsforløpet. Den siste svarte at de hadde systematisk undersøkelse ved avslutning av behandlingsforløpet og etter seks og tolv måneder.

Respondentene ble avslutningsvis spurt hvor betydningsfull en gjennomføring av brukerundersøkelser er ved deres institusjon med en likert skala<sup>1</sup> mellom 1- 10. Her var det en variasjon på skalaen fra fem til åtte.

---

<sup>1</sup> Likert-skala, graderingsskala hvor svaret på hvert enkelt spørsmål graderes (<https://snl.no/Likert-skala>, 2015)

## 4.2.2 Hvordan gjennomføres brukerundersøkelser i deres virksomheter?

Dette drøftingskapittelet har fokus på hvordan respondentene opplever at brukerne kan medvirke i gjennomføringen av brukerundersøkelser. Vårt andre forskningsspørsmål er:

*Hvordan gjennomføres brukerundersøkelser i deres virksomhet?*

Ut fra det empiriske datamaterialet fremkommer det at alle institusjonene benytter seg av brukerundersøkelser. Dette kan vi se i sammenheng med kravet fra oppdragsgiver, som blir beskrevet i *Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester- avtaler gjeldende for 2018- Bilag A Generelle krav til kvalitet* (vedlegg 4). Under avsnitt VIII beskrives det slik:

*“Virksomheten skal gjennomføre jevnlig standardiserte brukererfaringsundersøkelser”.*

Samtlige respondenter bekrefter kravet at det er implementert i deres respektive virksomheter.

Når det gjelder forståelsen av standardiserte brukererfaringsundersøkelse er det tolket ulikt hos institusjonene. To av respondentene har utviklet en standard for brukerundersøkelsen hos sin institusjon. De to andre benytter seg av brukerundersøkelser utviklet av

Kunnskapssenteret PasOpp- undersøkelse (Helsebiblioteket, 2018). Hva som ligger i en standardisert brukererfaringsundersøkelse er ikke spesifisert av oppdragsgiver. Ifølge prinsippal-agent teori kan det oppstå et motspill mellom prinsippal og agent (Opstad, 2016).

Virksomhetene, agentene, får et stort handlingsrom til å tolke innholdet og målsettingen hos oppdragsgiver, prinsippalen. Dette kan føre til at virksomhetene utnytter det frie

handlingsrommet, som kan medføre opportunistisk atferd som tidligere beskrevet i kapittel

4.1.2. Virksomhetene kan tilegne seg meningsinnholdet av standardiserte brukerundersøkelser ut fra sin forståelse. Det kan det kan være flere grunner til at det gjøres slik. Det ble ikke etterspurt grunnlag for deres respektive valg, og vi vil ikke gå nærmere inn på dette i denne studien.

Hvis oppdragsgiver ønsker å begrense handlingsrommet og mulighetene for opportunistisk atferd, har man mulighet til å sette krav til virksomhetene. I kravet kunne man gitt en spesifisert beskrivelse av hva man definerer som standardiserte brukerundersøkelser, og hvordan dette skal utføres på en systematisk måte. Ser vi dette opp mot styrende dokumenter i Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorssystem for helse- og omsorgstjenesten, (Helsedirektoratet, 2018b), står det at helsetjenesten skal måles blant annet gjennom pasient- og brukererfaringer. Hvor betydningsfull respondentene opplever gjennomføring av brukerundersøkelser, er varierende.

I oppdragsdokument HMN RHF fra HOD (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a) gis helseforetaket oppgave i å delta i nasjonale brukerundersøkelser i regi av Folkehelseinstituttet. Det presiseres derimot ikke for hvilke tjenesteområder dette skal være gjeldende praksis. Der det gjennomføres skal resultatene aktivt brukes i forbedringsarbeid. I dag er det en egen undersøkelse (Kunnskapssenteret, 2009) som er utarbeidet for rehabiliteringsinstitusjoner, og denne benyttes av to institusjoner i denne studien.

Ut fra svarene som vi har innhentet fra respondentene framgår det tydelig at pasientene gis mulighet til å gi tilbakemelding fra oppholdet hos de ulike institusjonene. Tre av institusjonene gir pasientene mulighet til å besvare en brukerundersøkelse etter endt opphold, mens den siste respondenten svarer at de har systematisk kartlegging av brukers opplevelser av virkningen etter endt opphold, 6 måneder og 12 måneder. I område VIII i Anskaffelsesdokumentet (vedlegg 4) presiseres det i punkt 6 at det skal gjennomføres jevnlig bruker- og erfaringsundersøkelser. Virksomhetene opptrer dermed i tråd med kravene fra oppdragsgiver.

To av fire respondenter svarer at de bruker egne utviklede kartleggingsverktøy, og to respondenter bruker kartleggingsverktøy utviklet av Kunnskapssenteret.

Det fremkommer tydelig at respondentene har ulik oppfatning av om deres institusjon synes det er betydningsfullt å gjennomføre brukerundersøkelser. To ulike sitater som bekrefter dette. En av respondenten oppsummerte det slik:

*“For oss er den ikke særlig viktig ... behandlerne har tett kontakt med pasientene.”*

Her oppleves det slik at man respondenten opplever at brukerundersøkelsene ikke er av stor betydning, siden fagpersonene har tett kontakt med pasientene og får de nødvendige tilbakemeldingen gjennom pasientkontakten mellom behandler/terapeut og pasient.

En annen respondent uttrykte det slik:

*“For virksomhetens del synes jeg det er kjempeviktig.”*

Respondenten uttrykker at det er av stor vesentlighet å gjennomføre brukerundersøkelser for sin egen virksomhet. Dette for å ha et grunnlag å evaluere effekten av helsetjenestene for

pasientene, i tillegg til ha en systematisk tilnærming til forbedringsarbeidet. Respondentens besvarelse kan sees opp mot krav som ligger i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016) som krever at virksomheten skal *sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende* (§7).

## 4.3 Evaluere

Det tredje temaet vi tok opp med respondentene omhandlet begrepet evaluering av brukerundersøkelser innen TSR, og respondentenes forståelse og tolkning av spørsmålene i intervjuene.

Alle styringsdokumentene i denne oppgaven påpeker at det fremover skal være økt brukermedvirkning. Prinsippet "*Ingen beslutning skal tas om meg - uten meg*" (Helse Midt Norge, 2016) står først nevnt i Strategi 2030- dokumentet, men vi kan "lese" det i alle styringsdokumentene. Hvorvidt dette blir gjort og på hvilken måte vil vi se nærmere på i dette kapitlet, hvor vi spør om evaluering av brukerundersøkelser og hvordan respondenten mener at brukerne skal involveres og medvirker til evaluering av behandling, og hvorvidt denne informasjonen legges til grunn for utvikling og forbedring av tjenestene. Vi ønsker også å undersøke om de har en strukturert praksis for evaluering av brukerundersøkelsene.

### 4.3.1 Våre funn

Alle respondentene er enige om at brukerundersøkelser er et godt verktøy for å endre eller forbedre dagens praksis. På likertskala scorer to av dem 7/10 og de andre to 8/10, men en av respondentene understreker at han:

*"... opplever at det er et godt verktøy, men at det ikke kan stå alene."*

Som nevnt i kapittel 4.2.1 gjennomfører alle institusjonene brukerundersøkelser. Det fremkommer av alle respondentene at pasientene skal involveres og medvirke ved evaluering av behandlingen og tjenestene ved. En av respondentene uttrykker seg slik:

*“Jeg mener at pasientene skal være særdeles involvert. “*

En av respondentene påpeker at det må skilles mellom evaluering av det faglige innholdet, og hvordan pasientene opplever virkning av tjenesten. En annen respondentene uttrykker det slik:

*“Brukerstemmen skal være tydelig inn i det vi driver med, når vi driver utviklingsarbeid. Det betyr ikke at den skal være bestemmende, men skal bli tydelig hørt.”*

Respondentene mener at brukerundersøkelser kan være et godt verktøy for å evaluere dagens praksis, og alle institusjonene har ulik tilnærming til systematisks evaluering av brukerundersøkelsene. Denne praksisen er ulik fra institusjon til institusjon. En respondent gjennomfører brukerundersøkelse etter at hver gruppe har avsluttet en behandling. Respondenten oppsummerer evalueringen slik:

*“Det er læring for oss angående problemer som har oppstått, eller spesielle sider av rehabiliteringa som vi må lære oss å ta hensyn til.”*

Respondenten fikk spørsmål vedrørende deres bruk av strukturert praksis for evaluering av brukerundersøkelser. Her framkommer det at virksomhetene har ulik tilnærming til dette arbeidet. To av respondentene beskriver at det utføres systematisk gjennomgang av brukerundersøkelsene kvartalsvis.

En annen respondent synliggjør deres tilnærming slik:

*“Vi foretar en månedlig evaluering av brukerundersøkelsene.”*

Det utdypes at det tas opp hver 14 dag på fagmøtene og månedlig ved ledelsens gjennomgang, hvor man har en mer strukturert prosess knyttet til evaluering. På bakgrunn av funnene som fremkommer, blir det tatt beslutninger til eventuelle endringer av praksis.

To institusjoner gjennomfører kvartalsvis evalueringer, i ledergruppen, eller med brukerutvalget. En gruppe utfører tilsvarende arbeid fast én gang hver måned.

#### 4.3.2 Hvordan kan pasientene gjennom brukerundersøkelser bidra til å evaluere tjenesten?

Dette drøftingskapittelet har fokus på hvordan brukerne involverer og medvirker i evalueringen av tjenesten. Tredje forskningsspørsmål er: *Hvordan kan pasientene gjennom brukerundersøkelser bidra til å evaluere tjenesten?*

I innledningen av denne studien har vi avgrenset brukermedvirkning til å gjelde brukerundersøkelser. I HMN RHF Strategi 2030 (2016) er et av fire hovedperspektiv Pasientperspektivet. Det påpekes at helsetjenesten har hatt store utfordringer med å involvere pasienter og pårørende, og at det i årene fremover skal være økt fokus på involvering, og pasientene skal bidra mer i beslutninger som omhandler egen helse og behandling. I strategien påpekes det at pasienter som berøres av en beslutning i helsetjenesten skal få innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av helsetilbudet. Ettersom det er pasientene som opplever virkningen av tjenesten, er det de som kan komme med de beste forslagene til forbedring av tjenestene. Der står videre at brukermedvirkning ikke fratrukker behandleren det faglige ansvaret av behandlingen. Det å skille mellom det faglige ansvar som behandler framkommer som et vesentlig poeng av en av respondentene. Man mener her at det skal være et tydelig skille mellom det faglige innholdet i rehabiliteringen og at det er fagpersonene som skal legge føringer for dette innholdet. Brukerundersøkelser som evalueringsverktøy skal ikke påvirke det faglige innholdet av tjenesten. Ut fra HMN RHF Strategi 2030 (2016) belyses det at det faglige ansvaret ligger hos fagpersonene, men at pasienten skal ha en innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av helsetjenestene.

Alle respondentene uttrykker det som vesentlig at pasientene involveres og medvirker til evaluering av tjenesten, dette er et helt vesentlig ledd i arbeidet med kontinuerlig forbedringsarbeid. Alle virksomhetene involverer pasienten til å medvirke gjennom brukerundersøkelse. En av respondentene uttrykker det slik:

*“Vi trenger det og det er verdifullt i rehabiliteringen.”*

Dette er i tråd med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016) som krever at virksomheten plikter seg til å evaluere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer (§8). Forskriften påpeker i § 6a (2016) at det er øverste leder sitt ansvar å sette mål for virksomhet gjennom kontinuerlig kvalitetsforbedringens tiltak. Disse målene er blant annet mål innenfor pasient-, bruker- og pårørendetilfredshet, kvalitet og pasientsikkerhet, herunder pasientopplevd kvalitet og forbedring. Det fremgår også i intervjuene at brukerstemmen skal være tydelig inn i evalueringsarbeidet. Det påpekes av en av respondentene at brukerstemmen skal være tydelig i utviklingsarbeidet som blir gjort i virksomheten, uten å være avgjørende.

Når det kommer til den systematiske praksisen for evalueringen av brukerundersøkelsene, utføres dette ulikt. En av respondentene opplever å ha god struktur på å benytte informasjon fra brukerundersøkelsene for å evaluere praksis av tjenesten. Virksomheten utfører dette på faste møtearenaer både når det kommer til fagmøter, brukerutvalg og på ledelsesnivå. Respondenten uttrykker at evalueringene av brukerundersøkelsene legger grunnlaget for strategiplaner framover. Dette oppleves som en strukturert tilnærming til arbeidet for kontinuerlig forbedring av helsetjenesten. To av respondentene gir uttrykk for å ha en systematisk gjennomgang av innhentet informasjon, men gir ikke uttrykk for å benytte denne informasjonen strukturert i forbedringsarbeidet. Den siste respondenten opplever å ha en mer sporadisk tilnærming til dette arbeidet, og uttrykker seg slik:

*“Vi gjør det litt sporadisk, men det er ikke satt i system.”*

Sett opp mot prinsipal- agent teori observerer vi at den sporadiske måten å evaluere brukerundersøkelsene på kan medføre en målforskjvning mellom det som står i styringsdokumentene og virksomhetens evaluering av brukerundersøkelsene. Prinsipalen

klarer ikke å styre og kontrollere det agenten gjør. Utfordringene er at prinsipalen, her HMN, mangler informasjon om virksomhetens styring, og dette kan gi utilsiktede virkninger. Virksomhetens praksis for å evaluere brukerundersøkelser er i tråd med styringsdokumentenes og oppdragsgiver intensjoner. Dette medfører en målforskyvning mellom HMN sine krav og virksomhetens praksis for å ha en systematisk evaluering av brukerundersøkelser. Informasjonen HMN har om gjeldende praksis er begrenset. Dette kan beskrives som asymmetrisk informasjon mellom prinsipalen og agenten, der det bare er virksomheten som har kjennskap til informasjonen. Som et motspill til dette, kan prinsipalen blant annet øke monitoreringen og kontrollen over virksomhetenes praksis, slik beskrevet av Jensen og Meckling (1976). Denne økte agentkostnaden kan føre til økte styringskostnader, og dermed et potensielt rettstap for prinsipalen. Økt monitorering vil da kunne øke sannsynligheten for at den etablerte praksisen av evaluering av brukerundersøkelser kunne være i samsvar med HMN sine intensjoner opp mot lovkrav, faglige veileder, kunnskapsbasert praksis og styrende dokumenter.

## 4.4 Følge opp

I det fjerde temaet spurte vi våre respondenter om det er formålstjenlig at oppdragsgiver har oppfølging av resultatene etter brukerundersøkelser. Dette som et ledd i kontinuerlig forbedringsarbeid hos de ulike virksomhetene.

### 4.4.1 Empiri

Alle respondentene er positive til bruk av brukerundersøkelser, men de er ikke enige om hvordan disse skal utarbeides. Tre av respondentene mener at de bør standardiseres, og dersom nasjonale standardiserte brukerundersøkelser utarbeides vil de ha bedre kvalitet og være bedre grunnlag for å følge opp evalueringen fra pasientene. En respondent mener derimot at hvis man innfører standardisering vil kvalitetsutviklingen stoppe opp:

*“Standardisering hemmer fremgang, du må utfordre det bestående.”*

Vi stilte spørsmål ved om det hadde vært formålstjenlig at informasjonen som kommer fra brukerundersøkelsene hadde blitt sendt inn til oppdragsgiver, og videre offentliggjort av dem.



Alle fire mener at de har mulighet til å sende tilbakemeldinger fra undersøkelsene i etterkant av gjennomførte undersøkelser. Alle fire har ulik oppfatning hvordan dette kan gjøres. En respondent mener det er utfordringer knyttet til hvem som skal motta og følge opp datagrunnlaget. Dette vil føre til økt byråkratisering. Det må isåfall da benyttes objektive måleparametre, mener vedkommende som er skeptisk til subjektive tilbakemeldinger fra brukerundersøkelser som grunnlag for ny praksis. Respondenten mener at virksomhetene ansvarliggjøres ved å gjennomføre brukerundersøkelser. De kan rapportere resultater og funn fra brukerundersøkelsene som en ordinær rapportering av virksomheten hvis de ser avvik eller andre ting som kan være nyttig å rapportere.

*“det er et vanlig problem i offentlig administrasjon der det er det spørsmål om hvem som har ansvaret for hva og hvor langt går det ansvaret.”*

En annen respondent er skeptisk til rapportering til og oppfølging av HMN hvis virksomhetene sender inn brukerundersøkelsen med tanke på offentliggjøring av resultatene. Respondenten opplever at det kunne vært hensiktsmessig med tettere oppfølging av oppdragsgiver for å kunne dele erfaringer av brukerundersøkelsene, men ikke slik praksisen er i dag. Vedkommende uttrykker seg slik:

*“Nei, ikke sånn som det er i dag, sammenligne grunnlaget er for unyansert, feilkilden blir for stor ettersom det er forskjellig metodikk og standarder som brukes.”*

Den siste respondenten er positiv til at oppdragsgiver får resultatene, men ønsker tydelige krav til hvilke data som skal samles inn, hvordan dette skal følges opp og hensikten med dataene. Vedkommende mener at dataene kan offentliggjøres av oppdragsgiver. En respondent sier at de gjennom oppdragsdokumentet har blitt pålagt å benytte brukerundersøkelser. Han savner at HMN tar initiativ til å utarbeide felles undersøkelser som kan benyttes av alle, for å kunne dele erfaringer knyttet til forbedringsarbeidet.

Vi ønsket å undersøke hvilke tanker og meninger respondentene hadde omkring sammenligning av resultatene fra brukerundersøkelsen med de andre leverandørene innen TSR. Alle er positive til å gjøre slike sammenligninger, men de har ulike meninger om hvordan dette burde gjøres. En respondent er positiv så lenge det er objektive data som

sammenlignes. To respondenter er negative hvis dette ville bestemme faginnholdet i rehabiliteringen. En annen respondent er positiv så lenge denne sammenligningen gjøres internt, men er mer skeptisk hvis det blir benchmarking mellom konkurrerende leverandører av tilsvarende tjeneste.

*“Ja, hvis det er flere leverandører som leverer de samme tjenestene innenfor samme pasientkategori- men ikke utover det.”*

Respondentene påpeker også at det bør være TSR som sammen lager brukerundersøkelsene og påvirker det HDIR utarbeider. De påpeker at utfordringen med samarbeid på tvers i TSR er å dele de beste ideene med “konkurrentene”.

#### 4.4.2 På hvilken måte opplever virksomhetene at resultatene av en brukerundersøkelse kan utvikle fagområdet?

Oppdragsdokumentet fra HOD til HMN RHF gir helseforetaket i oppgave å påse at alle helseforetakene deltar i nasjonale brukerundersøkelser i regi av Folkehelseinstituttet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018b). Resultatet av undersøkelsene skal aktivt brukes i forbedringsarbeid. Dette presiseres i oppdragsdokumentet virksomhetene får fra HMN (Helse Midt Norge, 2017).

*“... ut fra hvordan pasientene opplever de tiltakene vi har gjort, slik at vi kan bruke de til å justere behandlingen.”*

Ved å benytte nasjonale standardiserte brukerundersøkelser ville kvaliteten på undersøkelsene blitt bedre, mener tre av respondentene. De kunne da gitt bedre grunnlag for å korrigere innholdet i helsetjenesten. Ved å benytte kvalitetsmål i brukerundersøkelsene, ville de kunne gitt en tydeligere tilbakemelding fra pasientene om hvordan de opplever virkning av helsetjenesten. Dette kan vi se i sammenheng med forskrift om kvalitetsforbedring i helsetjenesten §9 (2016). Her påpekes kravet til faglig forsvarlighet blant annet gjennom systematisk kvalitetsforbedring av pasient- og brukersikkerhet.

For å lykkes i implementering av eventuelle korrigerings tiltak etter funn i brukerundersøkelsene, har institusjonsledernes kompetanse stor betydning om implementering skal tilpasse nye idéer i sin kontekst. Røvik (2014) kaller dette for translatørkompetanse. Det er særlig tre oversettelsesregler som translatørene bør ha kunnskap om. Det første er *presise begrepsverktøy*, som betyr at translatørene, her virksomhetslederne, må kjenne til reglene og mønstrene som må være på plass for å lykkes i implementeringen på institusjonsnivå (Røvik, 2014). Dette kan vi se i sammenheng med det som tidligere er drøftet i kapittelet om respondentens ulike virkelighetsoppfattelse om formålet med brukerundersøkelser. Som tidligere omtalt var det diskrepans mellom noen av respondentens svar og lovverket, forskrifter, faglige veileder, kunnskapsbasert praksis og styrende dokumenter som legger rammeverket for utøvelsen av helsetjenester innen TSR.

En annen oversettelsesregel er at translatørene må ha kunnskap om virksomheten, kalt kunnskapskontekst. Dette gjelder i alle nivåer, fra de som utvikler, autoriserer og iverksetter ideene. Som eksempel for dette fagområdet; hvis en virksomhetsleder skal korrigere, for så implementere ny praksis, forutsetter det at de kjenner faget godt. Dette kaller Røvik (2014) for flerkontekstuell, og med det menes en som har grundige kunnskaper om kontekstene som det oversettes fra og til. Respondentens i vår studie har ulik erfaring innenfor TSR. Det varierer fra ett til sju års erfaring som leder innenfor sin virksomhet. Flertallet har lederutdanning fra universitet og flere av respondentene har bred fagkompetanse innenfor helsetjenesten. Respondentene kjenner til kulturene i de ulike virksomhetene godt, og har forutsetning for å klare å oversette nye ideer inn i en ny kontekst.

Det siste elementet Røvik (2014) mener må være på plass for en translatør, er kunnskap om bruk av oversettelsesregler. Her er det viktig at translatøren besitter kunnskap om det som er nevnt i de første elementene, men også har kunnskap om hvilke betingelser det er hensiktsmessig å benytte eller ikke benytte (Røvik, 2014).

En av respondentene mener at en standardisering av brukerundersøkelser ikke fremmer utvikling av tjenesten ettersom man må utfordre det bestående.

*“Skal man har fremgang på noen ting, må man utfordre det bestående.”*

De andre tre respondentene mener at kvaliteten på brukerundersøkelsen bedres hvis de standardiseres. En uttrykker det slik:

*“Brukerundersøkelser bør være gode dokumenterte skjema som er standardisert som kan gi et godt sammenligningsgrunnlag mellom flere virksomheter.”*

Ifølge Røvik (2007) vil utvikling av standarder være en krevende prosess ettersom det vil være utfordringer med valg og dokumentering av beste praksis, og avgjørelsen om hvilken grad av fleksibilitet det skal være innenfor en standard. Standardisering kan være utfordrende ettersom ulike organisasjoner benytter ulike språk, og i tillegg skal det implementeres i nye organisatoriske kontekster (Røvik, 2007).

Røvik (2007) påpeker at det er viktig at de ulike organisasjonene blir enige om hvilke begreper som skal brukes før det kan oversettes til felles språk. Dette vil kreve mye av de som skal oversette, i dette tilfellet helsemyndighetene, som eventuelt skal utforme en felles kvalitetsindikator for pasientens virkning av helsetjenesten. Det vil også kreve mye av de som skal gjennomfører brukerundersøkelsene, evaluere og følge dem opp i etterkant. Når det gjelder å dele erfaringer med brukerundersøkelser uttrykker en av respondentene seg slik:

*“... med tanke på at virksomhetene er konkurranseutsatt kan det gi noen utfordringer med hva man ønsker å dele.”*

En standardisering kan gjøres på ulike måter. Ifølge Røvik (2007) kan kopiering være hensiktsmessig under visse betingelser. Hvis organisasjonene er like, og den ene organisasjonen har god dokumentasjon på beste praksis, er det lite risikofylt å kopiere denne praksisen. TSR, som leverer nesten samme tjeneste i tilsvarende kontekst hvor pasientgrupper og behandling er ganske like, kan sammen utarbeide brukerundersøkelser. Dette påpekes i punkt V punkt 9 i oppdragsdokumentet fra HMN til TSR (vedlegg 4) (Helse Midt Norge, 2018) at virksomheten blant annet skal bidra til forskning, evaluering og erfaringsutveksling i samarbeid med andre aktører innen fagområdet.

Andre tilfeller det kan være fornuftig å kopiere er når organisasjoner er ganske like, og det foreligger detaljerte forskrifter for hvordan prosedyrer eller praksis skal gjennomføres og

implementeres. Et siste tilfelle kan være når organisasjoner med stor usikkerhet innad forholder seg til andre organisasjoner med vellykkede praksiser. Dette kan være organisasjoner som ikke har erfaring med tilsvarende praksis fra tidligere. Innenfor TSR kan dette gjelde for nyetablerte virksomheter som mangler erfaring og kan adaptere dette fra de med lengre praksis. Vi har ikke inntrykk av dette gjaldt våre respondenter selv om de kom fra både nyetablerte og etablerte institusjoner. Ingen respondenter uttrykte hvordan de brukte erfaringene fra gjennomføringen og evalueringen, eller hvordan de korrigerer eller fulgte opp funnene ved brukerundersøkelse. Ved manglende erfaring og kunnskap kan det være hensiktsmessig å kopiere vellykkede praksiser (Røvik, 2007).

Addering benyttes hvis en organisasjon ønsker å materialisere en god som har fungert i tillegg i en annen organisasjon og ønsker å bevare noen elementer som har fungert godt i egen organisasjon. Man kombinerer en global populær idè og en lokal velfungerende praksis. Denne prosessen blir av antropologene kalle globalisering. Det kan være hensiktsmessig hvis man ser at elementer fra en annen praksis har fungert bedre andre steder. Med fratrekking menes derimot at man utelater elementer, eller en idè når man implementerer og korrigerer til ny praksis. (Røvik, 2007). Dette fokuset finner vi igjen i Forskrift om kvalitetsforbedring og ledelse som plikter virksomheten til å korrigere virksomhetens aktiviteter gjennom systematisk arbeid for kvalitetsforbedring (§9).

Røvik (2007) spesifiserer ulike situasjoner hvor det kan være hensiktsmessig å kopiere gode praksiser. Den første er når en institusjon står overfor en "institusjonalisert superstandard". Dette kan være nasjonale kvalitetsindikatorer som er utviklet av HDIR for bruk i flere virksomheter, og som er utformet slik at de kan brukes av alle innenfor et fagområde. Dette gjør indikatorene generelt utformet og de kan virke diffuse slik at organisasjonen må tilpasse dem i større grad til sine virksomheter. En annen situasjon oppstår når man ønsker å overføre praksis fra en virksomhet som har en helt annen kulturell kontekst enn ens egen. Når denne avstanden blir stor vil praksisen være vanskelig å kopiere, men man kan bli inspirert av den andre institusjonen og hente ideer fra praksisen som delvis kan brukes i egen virksomhet. En av respondentene mente det kunne være hensiktsmessig å samarbeide med virksomhetene om utarbeidelsen av brukerundersøkelser. Det å hente inspirasjon fra andre virksomheter kan her være nyttig.

Ved bruk av felles brukerundersøkelse kan det gi grunnlag for å sammenligne data, eller det som Andersen (Levin og Klev, 2002) beskriver som benchmarking. Dette kan resultere i at virksomhetene er mer åpne for nye inntrykk og impulser utenfra. En av respondentene opplever ikke det på denne måten, og uttrykker seg slik:

*“Ved å sammenligne virksomhetene opp mot hverandre tror jeg at det kan føre til fiendskap og ikke nødvendigvis sunn konkurranse.”*

De andre respondentene opplever at det kan være hensiktsmessig å benchmarking av resultatene fra en standardisert brukerundersøkelse, dette gitt at det måles på likt pasientgrunnlag. Dette vil kunne fange opp spesifikke løsninger som kan bidra til forbedringstiltak. Når dette implementeres vil det kunne føre til bedre prestasjonsnivå og konkurranseevne i virksomheten, og dermed bidra til organisasjonsutvikling som igjen bidrar til bedre helsetjeneste. En av respondentene uttrykker det slik:

*“Vesentlig er at man har en felles forståelse av hvorfor man samler inn av data og hva hensikten med de er.”*

Benchmarking kan sees i sammenheng med innholdet i Perspektivmeldingen (2017). Meldingen påpeker viktigheten av læring fra andre gjennom konkurranse i privat sektor, konkurranse mellom offentlige virksomheter, resultatmålinger og nettverkssamarbeid som bidrar til å lære beste praksis nasjonalt og internasjonalt (Finansdepartementet, 2017). Gjennom benchmarking måles egne prestasjoner mot andre tilsvarende virksomheter, og det kommer frem hvem som er “best”, og deretter andre å lære av de beste (Opstad, 2016).

## 5.0 Oppsummering, konklusjon og anbefalinger

I kapittel fire ble det empiriske datamaterialet belyst gjennom styrende dokumenter og det valgte teoretiske rammeverket. I dette kapittelet vil forskningsspørsmålene bli belyst opp mot problemstillingen. Avslutningsvis kommer en oppsummering av studien.

Videre vil våre tanker bli sett opp mot implikasjoner til videre forskning. Til slutt vil vi ut fra funn i studien gi våre anbefalinger til fagfeltet TSR, både til virksomhetene og oppdragsgiver.

### 5.1 Studiens formål

Gjennom NPM- bølgen de siste tiårene har det vært et økende fokus på blant annet økt resultat- og målstyring i offentlig virksomhet. Dette kan vi se i sammenheng med markedsøkonomisk tankegods, hvor kunden og kundeperspektivet står sentralt.

Brukermedvirkning vektlegges i føringer fra departementene til underliggende etater og har spesielt vært et sentralt mål i regjeringenes utforming av politikk i helsetjenesten de siste tiårene. Gjennom flere stortingsmeldinger har det vært understreket betydningen av pasienter og brukere sin medvirkning i utformingen av tjenestene. Dette synliggjøres i lover, forskrifter, faglige veiledere og kunnskapsbasert praksis.

Brukermedvirkning kan sees i sammenheng med hvordan kvalitetsbegrepet defineres i helsetjenesten. Ifølge Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2018 c) tillegges kvalitet seks ulike egenskaper. To av disse er forventningene om at tjenestene skal være virkningsfulle og at brukerne skal involveres og gis innflytelse. I rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2018 b) beskrives det at kvalitet skal måles gjennom pasient- og brukererfaringer. Dette har vært sentralt for vår forståelse av problemstillingen gjennom denne studien.

I teorikapittelet har vi tatt utgangspunkt i teori om kvalitet, prinsipp- agent teori, benchmarking og implementeringsteori. Vi har valgt å benytte oss av fire forskningsspørsmål som grunnlag for å kunne belyse problemstillingen. Det teoretiske rammeverket vi har benyttet for denne oppgaven er styrende dokumenter innenfor offentlig sektor.

Vi har i denne studien valgt å intervju fire virksomhetsledere innenfor tverrfaglig spesialiserte rehabiliteringstjenester i Helse Midt-Norge for å belyse vår problemstilling:

*På hvilken måte opplever virksomhetslederne i tverrfaglig spesialisert rehabilitering i Helse Midt-Norge RHF at brukerundersøkelser kan benyttes for å forbedre kvaliteten av helsetjenesten?*

## 5.2 Forskningsspørsmål og svar på problemstilling

I studiet utformet vi forskningsspørsmål ut fra forståelsen av kvalitetsbegrepet innen TSR og Kunnskapscenterets modell for kvalitetsforbedring. Vi utelot de to første elementene på grunn av oppgavens omfang og tok bare med de tre siste som er å gjennomføre, evaluere og følge opp. Vi besvarer forskningsspørsmålene i kronologisk rekkefølge og avslutningsvis drøftet vi dette mot problemstillingen.

Første forskningsspørsmål er hva virksomhetslederne opplever som god kvalitet innen tverrfaglige spesialiserte tjenester. Det framgår at respondentene har tilnærmet lik forståelse av hva som ligger i begrepet TSR. Når det gjelder virkelighetsforståelse av kvalitetsbegrepet, og hvordan man kan måle dette, er det ulike oppfatninger. Her er variasjonen fra å benytte objektive kartleggingsverktøy, til en kombinasjon av subjektive- og objektive kartleggingsverktøy. Et subjektivt kartleggingsverktøy kan blant annet være brukerundersøkelser. Disse variasjonene innebærer at respondentene benytter ulike kartleggingsverktøy for å måle kvalitet, og man har derfor begrenset sammenligningsgrunnlag av output av tjenestene. Vårt inntrykk er at det er diskrepans mellom respondentenes forståelse av kvalitet og hvordan dette blir beskrevet i styrende dokumenter og det teoretiske rammeverket. Ut fra dette kan vi se at virksomhetene ikke nødvendigvis opplever at brukerundersøkelser er et godt verktøy for å kartlegge kvaliteten av helsetjenesten.

Andre forskningsspørsmål er hvordan brukerundersøkelser gjennomføres i deres virksomhet. Alle respondentene beskriver at de gjennomfører systematiske kartlegginger med brukerundersøkelser. Dette samsvarer med kravene i lovverket, forskrifter og oppdragsdokumenter. Opp mot det teoretiske rammeverket, prinsipal-agent teori opptrer



virksomhetene som oppdragsgiver forventer. Når det gjelder den systematiske gjennomføringen, er den varierende fra virksomhet til virksomhet. Samtlige pasienter får mulighet til å delta på brukerundersøkelsen før avslutning av behandlingsforløpet. Det oppleves at respondentene erfarer varierende nytteverdi å gjennomføre brukerundersøkelser.

Tredje forskningsspørsmål er hvordan pasientene gjennom brukerundersøkelser kan bidra til å evaluere kvaliteten av helsetjenesten i virksomheten. Samtlige respondenter uttrykte at det var av stor vesentlighet å involvere pasientene. Det ble derimot poengtert at det var ulike måter man kunne evaluere helsetjenesten på, som for eksempel gjennom brukerutvalg, direkte dialog med behandlerne og brukerundersøkelser. Når det kommer til den systematiske praksisen for evaluering av brukerundersøkelser, uttrykker respondentene å ha en ulik tilnærming. En av virksomhetene hadde en strukturert evaluering av brukerundersøkelsene på fagmøter, brukerutvalg og ledelsesnivå, og evalueringen fra disse foraene ga grunnlaget for å forbedre helsetjenesten i fremtidige strategiske planer. En annen respondent hadde en mer sporadisk praksis for evaluering av brukerundersøkelser. Sett ut fra styringsdokumentet kan det sees i sammenheng med prinsipal-agent teori som beskriver målforskyvning mellom det som står i styringsdokumentene og virksomhetens praksis. Vi så at respondenten hadde ulik tilnærming til det å involvere pasienter og la dem medvirke i evalueringen av tjenesten, som av flere respondenter ble poengtert som viktig, og hvordan virksomheten faktisk gjennomførte systematiske evalueringer av helsetjenesten. Som et motspill til målforskyvning kan økt monitorering av HMN øke sannsynligheten for en mer lik praksis av evaluering av brukerundersøkelser som et ledd i kontinuerlig forbedringsarbeid.

Siste forskningsspørsmål er på hvilken måte virksomhetene opplever at resultatene av en brukerundersøkelse kan utvikle fagområdet i HMN. Her fremkommer det at respondentene er av ulik oppfatning av hvordan man skal følge opp brukerundersøkelser som et ledd i kontinuerlig forbedringsarbeid. Tre respondenter gir uttrykk for at de ønsker en standardisering til å gjelde for alle virksomheten på regionalt eller nasjonalt nivå. En respondent mener at brukerundersøkelsene som benyttes bør være av god kvalitet, men ikke at de skal være standardisert.

For å lykkes i implementering av eventuelle korrigerings tiltak fra funn i brukerundersøkelsene, har det stor betydning hvilken kompetanse institusjonslederne har. Røvik (2014) definerer dette som translatørkompetanse. Respondentene har gode

forutsetninger for å klare dette med bakgrunn i deres erfaring og kompetanse innenfor rehabiliteringsfeltet.

Det framkommer av flertallet av respondentene at de opplever det som positivt at informasjon kan bli brukt til å sammenligne virksomhetene og blitt benchmarked opp mot hverandre. Dette kan gi et grunnlag for læring av beste praksis. Brukerundersøkelser som er av god kvalitet legger grunnlaget for sammenlignbar data. Dette er i samsvar med innholdet i Perspektivmeldingen (2017) som påpeker at konkurranse mellom virksomhetene og resultatmålinger kan bidra til å lære av hverandre gjennom beste praksis (Finansdepartementet 2017).

Avslutningsvis svarer vi ut studiens problemstilling som tidligere nevnt er:

***På hvilken måte opplever virksomhetslederne i tverrfaglig spesialisert rehabilitering i Helse Midt-Norge RHF at brukerundersøkelser kan benyttes for å forbedre kvaliteten av helsetjenesten?***

Som svar på studiens problemstilling kan vi si at brukerundersøkelser er et kartleggingsverktøy som styringsdokumentene påpeker viktigheten av, og det påpekes at pasient- og brukerundersøkelser skal benyttes for å måle kvaliteten av helsetjenesten. Respondentene opplever at det er vesentlig å innhente data fra pasientene ved å benytte brukerundersøkelser, dette er de samstemte om. Hvordan denne kartleggingen kan være et måleparameter for kvaliteten innen helsetjenesten, er det derimot ulik forståelse av og ulike oppfatninger om. Dette kan vi se i sammenheng med respondentens virkelighetsopplevelse av hvilke elementer som ligger i kvalitetsbegrepet. Vi observerer at det er diskrepans mellom respondentens og styrende dokumenters forståelse av begrepet kvalitet.

Funn viser varierende praksis for gjennomføring, evaluering og oppfølging av resultatene fra brukerundersøkelsene. Dette fører til at det er varierende praksis blant virksomhetene i hvilken grad brukerundersøkelsen inngår som en del av kontinuerlig kvalitetsforbedring. Flertallet av respondentene ønsker informasjonen sendes inn til HMN for benchmarking av virksomhetene som gir grunnlag for beste praksis (Perspektivmeldingen, 2017). Dette kan sees i sammenheng med å benytte data fra brukerundersøkelse som en læring. Man tilpasser

virksomhetens oppfatning av dagens praksis opp mot forventningene av det man ønsker å endre eller oppnå (Irgens, 2011).

Som refleksjon gjør vi oss noen tanker om respondentenes tilnærming ved å benytte brukerundersøkelser. Flertallet av respondentene gir tilbakemelding på at de i varierende grad korrigerer tjenestetilbudet etter evalueringene av brukerundersøkelsene. Dette kan sees i sammenheng med behovet for å legitimere sin praksis. Ved å legitimere sin praksis rettfærdiggjør, forsvarer og bekrefter virksomheten sin nåværende praksis (Krogstrup, 2011).

Respondentene i denne studien har mye translatørkompetanse, og har dermed gode forutsetninger for å lykkes med implementeringen av brukerundersøkelser som et ledd i kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid.

## 5.2 Implikasjon for videre forskning

I denne studien har respondentene gitt oss sine opplevelser, tanker og erfaringer om hvorvidt brukerundersøkelser bidrar til å forbedre helsetjenester. Vår kontekst har vært fra fire ulike virksomheter innen TSR i HMN. Dette har vært en studie med kvalitativ tilnærming.

Tilsvarende tema med en kvantitativ tilnærming kunne ha bidratt til å få tilbakemeldinger fra flere respondenter. En kvantitativ studie ville kunne gi oss en større andel data fra flere i populasjonen innen fagfeltet på regionalt- og nasjonalt nivå. En slik studie ville gi et annet datagrunnlag og vi hadde ikke fått like utfyllende tanker, opplevelser og refleksjoner fra respondenten.

Kvalitet er et viktig begrep innen offentlig sektor, og gjennom NPM reformene har brukerperspektivet blitt sentralt. Brukerundersøkelser gjennomføres også i andre offentlige organisasjoner og/eller virksomheter. Tilsvarende studie av virksomhetsledere i andre offentlige tjenester kunne vært interessant for å sammenligne med vår studie av TSR virksomheter. I denne studien har vi intervjuet respondenter fra TSR eid av private/ideelle virksomheter. En tilsvarende studie av virksomhetsledere i kommunale rehabiliteringsinstitusjoner ville kanskje gitt andre funn. Det kunne også vært interessant å foreta en tilsvarende studie i andre helseforetak eller i andre fagfelt i helsevesenet. Konteksten ville vært ganske lik vår studie, noe som kunne gitt oss støtte i våre funn.

## 5.3 Anbefalinger

Ut fra funnene gjort i denne studien oppleves det som at virksomhetslederne har ulik virkelighetsforståelse av begrepet kvalitet i henhold til lover, forskrifter, faglige veiledere, kunnskapsbasert praksis og styrende dokumenter. Dette medfører diskrepans mellom virksomhetsledernes og styrende dokumenters retningslinjer oppfatning av begrepet kvalitet. Observasjonene ovenfor kan sees i relasjon til hvordan virksomhetene benytter brukerundersøkelser som ledd i det kontinuerlige forbedringsarbeidet ved å måle pasientenes opplevde kvalitet av helsetjenesten.

Som virksomhetsleder har man et stort ansvar innen drift-, økonomi- og personalarbeid. Virksomhetslederne skal sikre tjenester av god kvalitet. Det kan være krevende å holde seg oppdatert på styrende dokumenter innenfor fagfeltet. Vi anser det som formålstjenlig å ha en systematisk gjennomgang av lover, forskrifter, faglige veiledere og styrende dokumenter. Dette for at oppdragsgiver og virksomhetene skal ha best mulig forutsetning for lik forståelse av oppdraget. Dette kunne man gjennomført i samhandlingsfora mellom oppdragsgiver og virksomhetene.

# Litteraturliste

Aase, K. (red.). (2015). *Pasientsikkerhet, teori og praksis*, 2. utgave, (2015).

Oslo: Universitetsforlaget.

Berg, A. M. og Lauvdal, T. (2001). *Kvalitetsarbeid i staten*, Rapport 1/2001, Arbeidsforskningsinstituttet.

Busch T., Johnsen E. og Vanebo J.O. (2002). *Økonomistyring i det offentlige*. 3 utgave, 3 opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

Fallan, L. og Pettersen I.J. (2010). *Mål og mening? – Om styringsdilemmaer i offentlig sektor*. Praktisk økonomi & finans, 2010(01), pp.99-111. Oslo: Universitetsforlaget.

Finansdepartementet (2017). *Perspektivmeldingen 2017* (Meld. St. 29 (2016-2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-29-20162017/id2546674/>

Folkehelseinstituttet. (2015, 20.august) *Modell for forbedringsarbeid*. Hentet 20.03.2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL\\_2#§3](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_2#§3)

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). **Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten**. (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Fylkesmannen. (2018, 27.november). *Om oss*. Hentet 15. februar 2019 fra <https://www.fylkesmannen.no/Om-oss/>

Grepperud, S. (2009). *Kvalitet i helsetjenesten, hva menes egentlig?* Tidsskr Nor Legeforen 2009.129: 1112-4 [https://doi: 10.4045/tidsskr.08.0377](https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0377)

Helsebiblioteket. (2018, 16.februar). *PasOpp- Undersøkelser- nasjonale brukererfaringer*. Hentet fra 17. februar 2019

<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukererfaringer/nasjonale-brukererfaringsundersokelser-pasopp>

Helsedirektoratet (2018 a), *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. (IS-2651) Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>

Helsedirektoratet. (2018 b). *Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten*. (IS-2690) Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1421/Rammeverk%20for%20nasjonalt%20kvalitetsindikatorsystem%20for%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf>

Helsedirektoratet. (2018 c). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (IS-2620) Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Ledelse%20og%20kvalitetsforbedring.pdf>

Helsedirektoratet. (2019 a, 4.februar) *Om kvalitet og kvalitetsindikatorer*. Hentet 15.februar 2019 fra <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

Helsedirektoratet. (2019 b) *Om nasjonale kvalitetsindikatorer*. Hentet 15.februar 2019 fra <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/kvalitetsindikatorer/om-nasjonale-kvalitetsindikatorer#hva-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-er>

Helse Midt Norge RHF. (2016, 10.november). *Strategi 2030 Bakgrunnsnotat*. Hentet fra <https://helse-midt.no/Documents/2016/Bakgrunnsnotat%20Strategi%202030.pdf>

Helse Midt Norge. (2017). *Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester, avtaler gjeldende for 2018 Behovsvurdering*. Stjørdal 30.01.17

Helse- og omsorgsdepartementet (2009, 26.mai) *Brukermedvirkning* hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, 24.november). *Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-opp/id528748/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2018a) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017* (Meld. St. 11(2018-2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d7c5775978234d4f932e341b4e1850e1/no/pdfs/stm201820190011000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018b, 16. januar). *Oppdragsdokument 2018 Helse Midt Norge RHF*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2018-helse-midt-norge-rhf.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013, 12. februar) *Ansvarsområder for Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/dep/ansvarsomraader/id446/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2017, 18.mai). *Habilitering og rehabilitering*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/habilitering-og-rehabilitering/id732467/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2019a), *Organisering og ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet 10.februar 2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/id445/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2019b), *Spesialisthelsetjenesteavdelingen*. Hentet 10.februar 2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/avdelinger/sha/id1409/>

Helsetilsynet. (2002) *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten - rapport til Helsedepartementet*. Rapport fra Helsetilsynet 5/2002. Hentet 15.februar fra [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2002/nasjonal\\_strategi\\_kvalitetsutvikling\\_helsetjenesten\\_rapport\\_052002.pdf/](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2002/nasjonal_strategi_kvalitetsutvikling_helsetjenesten_rapport_052002.pdf)

Helsetilsynet. (2018, 8.oktober) *Oppgaver og organisering – Statens helsetilsyn*. Hentet 15.februar 2019 fra <https://www.helsetilsynet.no/om-oss/oppgaver-organisering-statens-helsetilsyn/#Oversiktoveroppgvene>

Irgens, E.J. (2011). *Dynamisk og lærende organisasjoner, Ledelse og utvikling i et arbeidsliv i endring*. 2. Opplag 2016. Bergen: Fagbokforlaget.

Jacobsen, D.I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Jensen, M.C. og Meckling, W.H. *The of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs, and Ownership Structure*. Journal of Financial Economics. Publisert 1976; 3. s. 305 - 360. Hentet 03.01.19 fra [http://ac.els-cdn.com/0304405X7690026X/1-s2.0-0304405X7690026X-main.pdf?\\_tid=35a48d2e-4a23-11e7-a2fe-0000aacb360&acdnat=1496690254\\_0b4e42b9fb89372637dde56fac824](http://ac.els-cdn.com/0304405X7690026X/1-s2.0-0304405X7690026X-main.pdf?_tid=35a48d2e-4a23-11e7-a2fe-0000aacb360&acdnat=1496690254_0b4e42b9fb89372637dde56fac824)

[9e7](#)

Johansen, T.A. (2015). *Forsøk, forskning og fleksibilitet Strategier mot ensformig industriarbeid 1962-197*. I *Arbeidshistorie 2015*. Hentet fra [https://www.arbark.no/Arbeidshistorie/Arbeidshistorie\\_2015.htm](https://www.arbark.no/Arbeidshistorie/Arbeidshistorie_2015.htm)

Johannessen, A., Tufte, P.A., og Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Krogstrup, H.K. (2011). *Kampen om evidens. Resultatmåling, effektevaluering og evidens*. København: Hans Reitzels Forlag.

Kunnskapssenteret. (2009). *Utvikling av metode for måling av pasienters erfaringer med private rehabiliteringsinstitusjoner*, PasOpp-rapport fra Kunnskapssenteret nr 1 - 2009, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra



[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/pasopp\\_sporreskjema\\_rehab\\_lokal.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/pasopp_sporreskjema_rehab_lokal.pdf)

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York, USA. Russell Sage Foundation.

Levin, M. og Klev, R. (2002). *Forandring som praksis. Læring og utvikling av organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2010). *Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 16, 2010.

Hentet fra

[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/rapport\\_2010\\_16\\_rammeverk\\_ki.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/rapport_2010_16_rammeverk_ki.pdf)

Norsk Standard. (2015). *Ledelsessystemer for kvalitet, grunntrekk og terminologi* (NS-EN ISO 9001:2015/AC:2015). Standard online AS, [www.standard.no](http://www.standard.no)

NOU 1989:5 *En bedre organisert stat*. Avgitt til Forbruker og Administrasjonsdepartementet.

Publisert 17.03.1989. Hentet fra

[https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2007091404020](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2007091404020)

Nyeng, F. (2004). *Vitenskapsteori for økonomer* (5. opplag). Oslo: Abstrakt forlag AS

Opstad, L. (2016). *Økonomistyring i offentlig sektor*. 2 utgave, 2 opplag (2016).

Oslo: Gyldendal Akademiske

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse, Kvalitative metoder i samfunnsfag*, 4. reviderte utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Regjeringen. (2019). *Styringsportalen for fylkesmannen 2019*. Hentet 11. februar 2019 fra <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2019/styringsdokumenter/>

Rygh L.H og Saunes I.S (2008). *Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten*, Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 6- 2008, Oslo

Røvik, K.A. (2007). *Trender og translasjoner, Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. (2.opplag). Oslo: Universitetsforlaget.

Røvik, K.A. (2014). *Translasjon - en alternativ doktrine for implementering*. Cappelen Damm Akademisk 2014. ISBN 978-82-02-43015-3.s 403 - 417.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helseforetaksloven. (2001). *Om lov om helseforetak m.m.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/15a4b853c7be45fb8d432b109b782961/no/pdfa/otp200020010066000dddpdfa.pdf> .

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten.Veileder (IS-1162)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-betere-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>

Spesialisthelsetjenesteloven – sphl. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Sykehusinnkjøp. (2019). *Gode innkjøp, mer helse!*. Hentet 6.april 2019 fra <https://sykehusinnkjop.no/om-oss/>

Utvikling av kvalitetsindikator. (2018, 3. april). *Tildelings- og oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet fra

[https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/tildelingsbrev\\_hod/id748567/](https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/tildelingsbrev_hod/id748567/)

Winther, S.C og Nielsen, V.L. (2008). *Implementering av politikk*. 4. opplag. Danmark: Hans Reitzels Forlag

## Figurliste

Figur 2.1.1	Bruk av indikatorer.....	15
Figur 2.4.1	Winters implementeringsmodell.....	22
Figur 2.11.3	Helseregioner.....	27
Figur 2.5.7	Styringslinjen i helsesektoren.....	29
Figur 3.1	Hvordan oppfatning av virkeligheten oppfatter metode.....	36
Figur 3.2	Hvordan valg av metode bestemmer oppfatning virkeligheten.....	37
Figur 3.2.1	Induksjon og deduksjon.....	39



## Vedlegg 2: Oversikt over styringsdokumentenes eier, mottaker og formål

Nr	Dokument	Publisert	Dokumenteier	Dokument-mottaker	Formål
1	Perspektiv-meldingen (kapittel 9)	31.3.17	Finansdepartementet	Offentligheten	Legge føringer for de neste 10 årene
2	Meld. St. 11 (2018–2019)  Kvalitet og pasient-sikkerhet 2017	14.12.18	Helse- og omsorgsdepartementet	Stortinget	Legge føringer for de kommende årene
3	Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator	19.12.11, sist endret 1.5.18	Helse- og omsorgsdepartementet	Offentligheten	Generelle regler om borgernes rettigheter fastsatt av myndighetene.
4	Strategi 2030 HMN	10. 11.16	Regionale helseforetaket	Helseforetakene i Helse Midt Norge	Strategidokument som omhandler foretakets strategi de kommende årene
5	Oppdragsdokument 2018 Helse Midt-Norge RHF	16.1.18	Helse- og omsorgsdepartementet	Helseforetakene i Helse Midt Norge	Oppdrag for inneværende år
6	Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester-avtaler gjeldende for 2018- Bilag A Generelle krav til kvalitet	30.3.17	Regionale helseforetaket	TSR	Driftsavtale

## Vedlegg 3: Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester



### **Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester**

–

### **avtaler gjeldende fra 2018**

#### **Bilag A**

#### **Generelle krav til kvalitet**

Stjørdal, 30.03.17

## Innledning

I denne kravspesifikasjonen er krav som tjenestene skal dekke beskrevet. Kravene er utarbeidet i henhold til lover, forskrifter, faglige veiledere, kunnskapsbasert praksis og styrende dokumenter.

Kravene delt i 8 områder. Disse kravene gjelder uavhengig av hvilke pasientgrupper det gis tilbud på.

Først er det stilt minimumskrav for disse områdene. Tilbyder skal bekrefte at disse kravene vil oppfylles ved levering av tjenestene. Deretter bes det for hvert område om en beskrivelse av hvordan enkelte forhold vil bli oppfylt i avtalen. Dette vil bli vurdert ved valg av tilbud, jf. tildelingskriteriene i konkurransegrunnlaget.

### 1. Tilrettelegging av tjenestene

1. For pasienter som har behov for særskilt hjelp eller oppfølging av foreldre eller andre pårørende, ansatte i kommunen eller personlig assistent, og hvor hjelpen ikke kan utføres av personalet ved virksomheten, kan det være aktuelt at pasienten har med ledsager under oppholdet. Virksomheten må dekke oppholdskostnaden for ledsager. Behovet for egen ledsager må opplyses og begrunnes i henvisningen.
1. Virksomheten må legge til rette for at pasienter som ønsker å ha med pårørende under deler av oppholdet, får anledning til dette. Pasient/pårørende må dekke oppholdskostnadene. Virksomheten må oppgi pris for pårørendeopphold.
2. Virksomheten må skaffe tolketjeneste der det er nødvendig for å gjennomføre tjenestene.
3. Virksomheten skal legge til rette tilbudet sitt til pasienter med minoritetsbakgrunn/fremmedkulturell bakgrunn. Eksempler på dette er individuell oppfølging ved gruppeøvelser, forhold knyttet til kost, samt hensyntagen til religiøse høytidsdager.
4. Virksomheter med dag- og døgnopphold skal kunne tilby måltider med sunn kost, og kunne ta hensyn til pasienter med spesielle behov, som for eksempel matallergier. Det vises for øvrig til «Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten».
5. Virksomheten må ha tilstrekkelig utstyr for å kunne ivareta nødvendig medisinsk oppfølging av pasienter, samt kunne gi rask og nødvendig medisinsk hjelp i akutsituasjoner. Eksempler på dette er EKG, surstoffapparat, forstøver, hjertestarter. Virksomheten må kunne gjøre vanlige og enkle målinger som vekt, blodtrykk, temperatur, puls, oksygenmetning og blodsukker, samt kunne utføre vanlige urin- og blodprøver som Hb, CRP og INR.
6. Virksomheten må ha utstyr for video-, Skype- og telefonmøter.

## **1. Mål med oppholdet og oppholdets varighet**

1. Pasientene skal før oppholdet være vurdert med hensyn til forventet nytte av oppholdet (rehabiliteringspotensiale). Et unntak kan være et kartleggings/vurderingsopphold.
2. Pasientene må være motiverte og ha et realistisk mål for oppholdet. Dersom pasienten ikke er motivert eller ikke har nytte av oppholdet, skal pasienten vurderes utskrevet. I slike tilfeller skal faglig forsvarlighet ivaretas.
3. Varighet av rehabiliteringsoppholdet skal være individuelt tilpasset, ut fra mål og plan for oppholdet og være basert på objektiv og faglig anerkjent dokumentasjon. Generelt skal oppholdene være korte, med et innhold som kan videreføres i pasientens hjemkommune.

## **1. Pasientens sykdom, behandling og assistansebehov.**

1. Pasientene skal være medisinsk utredet og medisinsk stabile. Videre medikamentell og annen medisinsk behandling skal være avklart. Pasientene skal kunne få dekket behov for assistanse i daglige gjøremål og forsvarlig medisinsk oppfølging, herunder lege og sykepleie og forsvarlig legemiddelhåndtering.
2. Pasienter som ikke er selvhjulpne skal få dekket behov for døgnskuttinuerlig assistanse og tilrettelegging ved påkledning, personlig stell, forflytning, måltider og eventuelt følge/tilrettelegging ved kognitive vansker. For noen tjenester er det definert en Barthel ADL index som angir forventninger til grad av assistansebehov som skal kunne dekkes. Siste versjon av Barthel ADL index legges til grunn.
3. Virksomheter som mottar pasienter til døgnopphold, må ha døgnskuttinuerlig og forsvarlig bemanning.

## **1. Kvalitet og ledelse**

1. Rehabiliteringstjenestene som Helse Midt-Norge kjøper fra private rehabiliteringsinstitusjoner defineres som spesialisthelsetjeneste. Innholdet og kvaliteten i tjenestene skal derfor være i samsvar med beskrivelsen i lover, forskrifter, veiledere og faglige retningslinjer som gjelder for spesialisthelsetjenesten. Tjenestene skal være kunnskapsbaserte, dvs. at de skal være basert på forskning, klinisk erfaring og brukerkunnskap.
2. De medisinske og helsefaglige tjenester som tilbys skal være forsvarlige. Tjenestene skal tilrettelegges slik at personell som utøver dem blir i stand til å overholde lovpålagte plikter, og slik at tjenestene bidrar til å gi den enkelte pasient et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.
3. Virksomheten skal ha etablert et styringssystem i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 5.



## **1. Krav til bemanning og fagkompetanse**

1. Virksomheten må ha bemanning tilpasset de pasientgruppene det gis tilbud på. Særskilt kompetanse er beskrevet i spesifikke krav (bilag B).
2. Virksomheten må ha tilstrekkelig medisinsk-faglig kompetanse til å planlegge, veilede og gjennomføre rehabiliteringsprosessen under oppholdet i virksomheten.
3. Virksomheten må ha daglig tilgang på legetjeneste, som er i stand til å følge opp pasientens behandling for grunnsykdommen og gi nødvendig legehjelp ved andre tilstander (komorbiditet). Virksomheten må ha avtale med legevakt eller egen lege for legehjelp i øyeblikkelig hjelp situasjoner som oppstår kveld, natt eller helgedager.
4. Virksomheten må ha sykepleiefaglig kompetanse for å ivareta pasienter som trenger bistand til medisiner og eventuelt andre sykepleiefaglige prosedyrer, som blodprøvetaking, observasjon, sårpleie, kateterisering, stomier, mv.
5. Fagpersonell må kunne samarbeid tverrfaglig, dvs. kunnskap og erfaring i å samarbeide i team sammen med pasienten, og også med instanser utenfor virksomheten.
6. Alt helsepersonell som er tilknyttet virksomheten må ha grunnleggende kunnskap om rehabilitering som fagområde, og kjennskap til lover, forskrifter og nasjonale faglige veiledninger som gjelder for fagområdet. Personalet må kjenne til og anvende anerkjent kunnskap og god praksis innen rehabilitering. Dette innbefatter også kompetanse på formidling av helserelatert kunnskap til enkeltpasienter og pårørende eller i/til grupper.
7. Ansatte i virksomheten må kjenne til, beherske og anvende kognitive metoder og teknikker, individuelt og i gruppeprosesser.
8. Virksomheten skal ha en plan for fagutvikling, kompetansevedlikehold og kompetanseheving. Virksomheten skal sørge for oppdatering av kunnskap om ny forskning og praksis relevant for pasienttilbudet.
9. Virksomheten skal bidra til etter- og videreutdanning av helsepersonell og delta i forskning, evaluering og erfaringsutveksling i samarbeid med andre aktører innen fagområdet.
10. Virksomheten skal delta i nettverksamarbeid med andre fag- og forskningsmiljøer innen rehabilitering.

## **1. Måleverktøy og evaluering**

1. Virksomheten skal benytte standardiserte metoder for kartlegging av funksjon og måling av effekt av rehabiliteringstilbudet.

## VII. Rehabilitering i en sammenhengende kjede

1. Tjenestene i virksomheten skal inngå i et helhetlig og koordinert opplegg for pasienten – som en del av et helhetlig pasientforløp. For pasienter med langvarige sykdommer bør det være utarbeidet en individuell plan, hvor oppholdet inngår som et element i planen.
1. Dersom pasienten har behov for samtidig bistand fra andre instanser, eks sykehus, Nav, hjelpemiddelsentral, må virksomheten ha rutiner for samarbeid med disse. Dersom pasienten er yrkesaktiv eller under utdanning, må virksomheten legge til rette for kontakt med arbeidsgiver eller undervisningsinstitusjon.
2. Forut for oppholdet må virksomheten ha skaffet seg relevant informasjon om pasientens helse og funksjon, tidligere behandling og rehabiliteringstiltak, og forventet nytte av og mål for oppholdet. Dersom dette ikke fullt ut går frem av henvisningen må slik informasjon innhentes.
3. For pasienter som flyttes direkte fra sykehus til rehabiliteringsinstitusjon skal virksomheten samarbeide med sykehuset for å sikre gode rutiner for overføring av medisinsk og annen nødvendig informasjon, videreføring av behandling og pleie, pasientreise, og gjennomføring av kontrollbesøk ved sykehuset.
4. Under oppholdet i virksomheten skal hver pasient ha en av fagpersonale som koordinator. Koordinator skal samordne tiltakene under oppholdet og samarbeide med respektive koordinatore i hjemkommune og sykehus. Ved behov skal det være kontaktlege.
5. Virksomheten skal i samråd med pasienten, før inntak eller umiddelbart etter, undersøke om pasienten har koordinator i hjemkommunen eller sykehuset og/eller har fått utarbeidet en individuell plan. For pasienter som ønsker det, må virksomheten bidra til at pasienten får oppnevnt koordinator, og informeres om retten til og eventuelt får bistand til utarbeidelse av individuell plan.
6. Virksomheten må gjøre seg kjent med det aktuelle rehabiliteringstilbudet i de kommuner som pasientene kommer fra. Virksomheten skal sørge for at fagpersonalet kjenner til lov- og forskriftskrav knyttet til koordinerende enheter (KE) i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, individuell plan og koordinator.
7. Underveis i oppholdet må det i samråd med pasienten etableres kontakt (møte eller telefon-/videomøte) mellom koordinator i virksomheten og koordinator eller annet ansvarlig fagpersonell i kommunen, for sammen med pasienten å planlegge det videre rehabiliteringsforløpet, etter at pasienten er tilbake i hjemkommunen. I dette ligger ansvar for å vurdere behov for spesielle oppfølgingstiltak i kommunen, samt eventuelt re-opphold eller senere opphold i institusjon.
8. Virksomheten skal sende epikrise/tverrfaglig rapport til henvisende instans/fastlege, og andre relevante samarbeidspartnere; for eksempel koordinator, Nav, bedriftshelsetjeneste, etter avtale med pasienten. Epikrisen skal følge pasienten ved utskrivning.

9. Virksomheten skal gi veiledning til personell i kommunene som ledd i kompetanseoverføring knyttet til oppfølging av enkeltpasienter jf. bestemmelsene i rehabiliteringsforskriften.
10. Virksomhetenes personell skal være kjent med og innrette samarbeidet med kommunene etter prinsipper som framkommer av samarbeidsavtalene og delavtalene som er inngått mellom kommunene og helseforetakene, herunder inn- og utskrivningsprosedyrer.
11. Virksomheten skal registrere samhandlingsavvik og forbedringsforslag i samarbeidet med kommuner.

### **I. Brukermedvirkning**

1. Pasienten har rett og plikt til full medvirkning i egen rehabiliteringsprosess. Virksomheten skal samarbeide aktivt med pasienten for å avklare pasientens mål for oppholdet, planlegge og gjennomføre tiltak under institusjonsoppholdet og evaluere effekten av disse. Dersom pasienten er ute av stand til slik medvirkning, skal nærmeste pårørende eller hjelpeverge informeres og rådspørres.
2. Virksomheten skal medvirke til at pasienten får kunnskap og forstår forholdene rundt egen sykdom og helse, behandling og effekt av rehabilitering, slik at pasienten oppnår best mulig mestringsevne.
3. For pasienter som ønsker det, skal virksomheten medvirke til at pårørende trekkes inn i pasientens rehabiliteringsprosess og får nødvendig informasjon om innholdet i helsehjelpen.
4. Virksomheten skal ha et brukerutvalg, eller tilsvarende fast organ for brukermedvirkning på systemnivå, med representanter oppnevnt av relevante brukerorganisasjoner.
5. Virksomheten bør ha kontakt med relevante pasientorganisasjoner og aktivt bruke likemannsarbeid i rehabiliteringsprosessen.
6. Virksomheten skal gjennomføre jevnlig standardiserte brukererfaringsundersøkelser.

Oppdragsgiver ber tilbyder om å besvare forholdene nedenfor. Beskrivelsene gjøres så korte og konsise som mulig. Besvarelsen skal **ikke overskride 10 sider**.

Besvarelsen skal inneholde følgende punkter:

- **Bekreftelse** på at kravene stilt i **område I – VIII** vil oppfylles i gjennomføring av avtalen.

- **Virksomhetens samlede tilbud**

Beskriv kort virksomhetens samlede tilbud til oppdragsgiver (delytelse(r)/pasientgruppe(r) (Tilbudets innhold for de enkelte delytelsene/pasientgruppene skal beskrives nærmere i spesifikke krav i bilag B.)

### **1. Tilrettelegging av tjenestene**

Treningsfasiliteter, medisinsk teknisk utstyr, laboratorietjenester, undervisningsrom og utstyr/hjelpemidler tilpasset pasientgruppene.

Oppvarmet basseng?

### **1. Mål med oppholdet og oppholdets varighet**

Gjør rede for hvordan den enkelte pasient gis individuell vurdering og tilpasset rehabilitering, herunder oppholdslengde, i forhold til individuelle behov og mål. Hvordan ivaretar virksomheten pasientens rett til en individuell plan?

Beskriv kort tverrfaglige vurderinger og samarbeid.

### **1. Pasientens sykdom, behandling og assistansebehov**

Beskriv kort hvordan pasientene skal kunne få dekket behov for assistanse i daglige gjøremål og forsvarlig medisinsk oppfølging, herunder legetilsyn, sykepleie og forsvarlig legemiddelhåndtering.

### **1. Kvalitet og ledelse**

Beskriv kort styringssystemet som benyttes i virksomheten, herunder for system for håndtering av avvik og forbedringsmeldinger.

### **1. Krav til bemanning og fagkompetanse**

Beskriv kort kompetanse og faglige profil.

Beskriv kort hvordan fagutvikling og kompetanseheving ivaretas.

## **1. Måleverktøy og evaluering**

Beskriv kort, eventuelt henvis til metoder for kartlegging av funksjon og måling av effekt av rehabiliteringsoppholdet.

(Selve metoden eller annen omfattende dokumentasjon trenger ikke vedlegges)

## **1. Rehabilitering i en sammenhengende kjede**

Beskriv kort:

Rutiner for samarbeid med helseforetak og kommuner for å sikre gode rutiner for en sammenhengende behandlingkjede.

Hvordan man sørger for kompetanseoverføring i enkeltsaker.

## **1. Brukermedvirkning**

Beskriv kort brukermedvirkningen på systemnivå, herunder hvordan brukerorganisasjoner/brukerutvalg får bidra til å utvikle tjenestetilbudene.

Hvordan ivaretas pasient-/pårørendeundervisning og mestringsarbeid?

## Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

### NSD Personvern

01.04.2019 14:30

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 291492 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 01.04.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD ENDRINGER

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

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2019.

#### LOVLIG GRUNNLAG

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

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 5: Intervjuguide

### Del 1: Innledning

Presentasjon av intervjuer og bakgrunn for studien

Informasjon rundt premissene for intervjuet (tid, bruk av lydopptak, anonymitet, mulighet til å trekke seg i etterkant av fra studien i etterkant av intervjuet

1. Hvor mange år har du ledet en institusjon innen TSR i HMN?
2. Har du noen lederutdanning?
3. Eventuelt hvor mange studiepoeng knyttet til lederutdanning?

Eventuelle spørsmål fra respondenten før intervjuet starter?

### Del 2: Kvalitet

1. Hvordan vil du definere tverrfaglig spesialisert rehabilitering av god kvalitet?
2. Hvordan kan man måle kvaliteten i den tverrfaglige spesialiserte rehabiliteringen som ytes hos deres institusjon?
3. Nasjonale kvalitetsindikatorer deles inn i strukturelle indikatorer, prosessindikatorer og resultatindikatorer. Strukturelle indikatorer angir strukturelle forhold rundt tjenestetilbudet, f.eks. antall av en profesjonsgruppe eller tilstedeværelse av f.eks. en fasilitet (som basseng). Prosessindikatorer angir kjennetegn ved f.eks. en rehabiliteringsprosess som man mener bør være tilstede for at behandlingen skal ha god kvalitet. Resultatindikatorer angir hvilket resultat i dette tilfellet rehabiliteringen har gitt for sluttbruker. Hvilken type indikatorer mener du man helst bør satse på å lage nasjonal og eller regional standard på?
4. Hvis man har etablert nasjonale eller regionale resultatindikatorer med bruk av brukerundersøkelser, hvordan tror du det kunnet påvirket kvaliteten innen TSR HMN?
5. Hvordan kan denne informasjonen benyttes for å øke kvaliteten innen TSR HMN?
6. Hvilke potensielle fallgruver/ulempen ser du for deg dersom man greier å måle kvalitet gjennom brukerundersøkelser ved at det implementeres nasjonale eller regionale resultatindikatorer?
7. På en skala fra 1-10, i hvor stor grad opplever deres institusjon at resultatet av brukerundersøkelser beskriver kvaliteten av tjenesten?



### **Del 3: Gjennomføre**

1. Gjennomfører dere brukerundersøkelser ved deres institusjon?
2. Hvem har utarbeidet brukerundersøkelsen som dere benytter?
3. Hvilke pasienter deltar i institusjonens brukerundersøkelse?
4. På hvilket tidspunkt i rehabiliteringsforløpet gjennomføres denne kartleggingen?
5. På en skala fra 1- 10, hvor betydningsfullt synes deres institusjon at gjennomføring av brukerundersøkelser er?

### **Del 4: Evaluere**

1. I hvor stor grad mener dere at brukerne skal involveres og medvirke ved evaluering av tverrfaglige spesialiserte rehabiliteringstjenester?
2. Mener dere at ved at brukerne medvirker til evaluering av tjenestene, at denne informasjonen kan legge et grunnlag for utvikling og forbedring av helsetjenesten?
3. Har dere en strukturert praksis for evaluering av brukerundersøkelsene? Og hvor ofte gjøres dette?
4. På en skala fra 1-10, hvor stor grad opplever dere institusjon at brukerundersøkelser er et godt verktøy for å endre eller forbedre dagens praksis?

### **Del 5: Følge opp (Implementeringen)**

1. Mener dere kvaliteten på tjenestene innen TSR i HMN RHF bli forbedret ved å ta i bruk brukerundersøkelser? Evt. hvorfor ikke eller på hvilken måte?
2. Mener dere at det hadde vært formålstjenlig at denne informasjonen har blitt innsendt og offentliggjort av oppdragsgiver? Evt. hvorfor ikke eller på hvilken måte?
3. Mener dere at det kan være et ledd i kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid hos de ulike leverandørene ved at man sammenligner resultater av brukerundersøkelsene (benchmarking) hos de ulike leverandørene? Evt. hvorfor ikke eller og på hvilken måte?

## **Del 6: Avslutningsvis**

1. Er det noe vi har snakket om gjennom intervjuet du opplever som særlig vesentlig?
2. Er det noe som du ønsker å belyse som ikke vi har spurt deg om, knyttet til tema for intervjuet?

Takk for at du tok deg tid for å snakke med oss!

## Vedlegg 6: Samtykkeerklæring

### Vil du delta i forskningsprosjektet?

” Hvordan kan brukerundersøkelser benyttes som en kvalitetsindikator for å måle kvaliteten av tverrfaglig spesialisert rehabiliteringsopphold i Helse Midt-Norge RHF?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på hvordan brukerundersøkelser påvirker kvaliteten på helsetjenesten som leveres innenfor tverrfaglig spesialisert rehabilitering. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Vi ønsker gjennom vår avsluttende masteroppgave i studiet Master of public management dine oppfatninger og refleksjoner som institusjonsleder i relasjon til brukerundersøkelser, og betydningen det har for utvikling av kvaliteten i tverrfaglig spesialisert rehabilitering. Vi håper dette vil gi kunnskap og et bidrag til å kunne kvalitetssikre fremtidens helsetjenester. Vi har utviklet to forskningsspørsmål som vi ønsker å få ønsket å belyse i oppgaven. Vi ønsker å undersøke om brukerundersøkelser er et godt verktøy for pasientene til å gi tilbakemelding om helsetjenesten er av god kvalitet og om pasienten gjennom brukerundersøkelser bidrar til å forme hvordan tjenesten skal utformes.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU Handelshøyskolen er ansvarlig for prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å intervju fire respondenter fra ulike tverrfaglige rehabiliteringssentre i Helse Midt Norge RHF. Vi har valgt å spørre én respondent fra en nyetablert døgninstitusjon, én fra en etablert døgninstitusjon, én fra en nyetablert daginstitusjon og én fra en etablert daginstitusjon. Du representerer en av disse institusjonene.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du vil bli intervjuet på din arbeidsplass. Intervjuet vil ta ca. 45. min. Intervjuet vil tas opp på lydopptaker. Etter at intervjuet er ferdig vil vi transkribere hele intervjuet. Vi har utformet en intervju som omhandler temaet kvalitet i helsetjenesten, bruk av brukerundersøkelser ved din institusjon og hvordan dette anvendes i forbedringsarbeidet ved din institusjon.

### **Det er frivillig å delta?**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

Det er vår veileder førstelektor Geir Hyrve ved Handelshøyskolen NTNU og vi som vil ha tilgang til opplysningene som innhentes. Alle opplysningen er lagret på personlige PC som bare vi har tilgang til. Etter intervjuet lagres intervjuet som respondent 1- 4. Institusjon og navn på respondenter blir ikke benyttet. Det vil være vanskelig for deg å kunne identifisere deg i resultatene av studien.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.06.2019. Når oppgaven er avsluttet vil alle datamaterialer slettes.

### **Dine rettigheter**

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

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

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- *NTNU Handelshøyskolen* ved Geir Hyrve (geir.hyrve@ntnu.no)
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Geir Hyrve  
(veileder)

Ketil Hoven og Jørn Frode Sand  
Studenter

-----

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet” Hvordan *kan brukerundersøkelser benyttes som en kvalitetsindikator for å måle kvaliteten av tverrfaglig spesialisert rehabiliteringsopphold i Helse Midt-Norge RHF?*”, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, den 20.06.2019.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato