

Kunnskapsnotat

Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre

Styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon

Kathrine Cappelen, Liv Jorunn Solstad, Nina Beate Andfossen,
Trude Anita Hartviksen og Siri Andreassen Devik

Kunnskapsnotat

Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre

Styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon

Kathrine Cappelen, Liv Jorunn Solstad, Nina Beate Andfossen,
Trude Anita Hartviksen og Siri Andreassen Devik





Leve hele livet er en kvalitetsreform for eldre. Målet med den er at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet. Reformen handler om de grunnleggende tingene som oftest svikter i tilbudet til eldre: mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene.

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning
Omslagsbilde: Gary Kramer

Tittel på Kunnskapsnotat: Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre
Styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon

Forfattere: Kathrine Cappelen, Liv Jorunn Solstad, Nina Beate Andfossen,
Trude Anita Hartviksen og Siri Andreassen Devik
Institusjon: Senter for omsorgsforskning

Oppsummering nr 19
Februar 2020

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Avenir Next)
ISBN (digital utgave): 978-82-8340-102-8
ISSN (digital utgave): 2464-4382
Oppsummeringen finnes på: www.omsorgsbiblioteket.no

INNHOOLD

SAMMENDRAG	VII
1 INNLEDNING	1
1.1 Hensikt	2
1.2 Redegjørelse for metode og avgrensning	2
1.2.1 Søkestrategi	3
1.2.2 Utvalg	4
2 ENDRINGSARBEID	11
3 ENDRINGSLEDELSE	13
3.1 Styring	13
3.2 Ledelse	14
3.2.1 Planlegge og gjennomføre	15
3.2.2 Evaluere og korrigere	16
3.3 Noen ledelsesteorier	17
3.4 Medvirkning, deltakelse og brukermedvirkning	19
3.4.1 Medvirkning og deltakelse for ansatte	19
3.4.2 Brukermedvirkning	20
3.4.3 Brukermedvirkning i helsetjenester for eldre	21
3.4.4 Pårørendes rolle	22
3.5 Ledelse og deltakelse	23
3.5.1 Et effektivt arbeidsliv	23
3.5.2 Et demokratisk arbeidsliv	24
3.5.3 Et inkluderende arbeidsliv	25
3.5.4 Utviklingsarbeid, nettressurser og prosjekterfaringer	25
3.6 Verktøy og virkemidler	26
3.6.1 Lederopplæring	26
3.6.2 Guide til god ledelse og medarbeiderundersøkelse	26
3.6.3 Strategisk kompetanseplanlegging	27
3.6.4 Pårørendeveileder	27
3.6.5 Ressursportalen	28
3.6.6 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring	28
4 KVALITET	29
4.1 Hva er god kvalitet?	29
4.2 Kvalitetskrav til helse- og omsorgstjenesten	30
4.3 Tjenester som er virkningsfulle	31
4.4 Tjenester som er trygge og sikre	31
4.5 Tjenester som involverer brukerne og gir dem innflytelse	31
4.6 Tjenester som er samordnet og preget av kontinuitet	32
4.7 Tjenester som utnytter ressursene på en god måte	32
4.8 Tjenester som er tilgjengelige og rettferdig fordelt	33
4.9 Organisering av kvalitetsarbeidet	33

5	LEDELSE OG KVALITETS-FORBEDRING I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN	35
5.1	Forbedringsarbeid	35
5.2	Planlegge	37
5.3	Gjennomføre	39
5.4	Evaluerer	39
5.5	Korrigerer	40
5.6	Kontinuerlig forbedringsevne	41
6	ERFARINGER MED FORBEDRINGSARBEID	43
6.1	Forbedringsarbeid i komplekse organisasjoner	43
6.2	Erfaringer med forbedringsarbeid i helsetjenesten	44
6.3	Erfaringer med implementering	45
7	INNOVASJON	47
7.1	Innovasjon	47
7.2	Innovasjonsprosesser	48
7.3	Samarbeidsdrevet innovasjon og samskaping	49
7.4	Verktøy og virkemidler	50
8	AVSLUTTENDE KOMMENTARER	53
	REFERANSER	55

SAMMENDRAG

Leve hele livet er en kvalitetsreform som skal bidra til et samfunn det er godt å bli eldre i. Det vil si at man gjennom hele livet skal ha muligheter til å delta, skape, bety noe, gi og få god omsorg. Reformen ønsker å mobilisere kommunene til å tenke nytt, lære av og dele med andre, samt utnytte erfaringer og eksisterende kunnskap om hva som virker. Fem områder er løftet fram som konkrete innsatsområder: et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng i tjenestene.

Reformen handler først og fremst om mennesker, mennesker som befinner seg i systemer som man må forstå og kunne påvirke om man skal oppnå endringer. Fagmiljøet i det nasjonale støtteapparatet har derfor satt fokus på et sjettede innsatsområde, som omhandler virkemidlene: *Styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon*. Hensikten med dette kunnskapsnotatet er å beskrive disse virkemidlene og det handlings- og mulighetsrommet de kan tilføre reformarbeidet.

Kunnskapsnotatet bygger på et utvalg av kunnskap som i dag foreligger spredt som politiske føringer, juridiske reguleringer, faglige anbefalinger, utviklingsarbeid og forskning. Gjennomgangen av litteraturen tilsier at tjenestene står i en brytningstid i realiseringen av gode og effektive tjenester. På den ene siden stilles det krav om målstyring ovenfra (top-down), og på den andre siden forventes det involvering fra ansatte og brukere (bottom-up).

Hvordan kommunene evner å løse denne balansegangen ses som avgjørende for å lykkes med reformen. Omstillingsprosessene krever innsats fra myndigheter og kommuner, tett partssamarbeid og medvirkning fra ansatte, brukere og pårørende. «Bottom-up» prosesser kjennetegnes ved at medarbeidere og ledere gis handlingsrom og åpner for kreativitet og lokale løsninger. Om man skal lykkes med endringsarbeidet kreves det reell medvirkning fra starten av og deltakelse fra alle relevante aktører. Tillit, anerkjennelse og respekt for hverandre er en forutsetning for et deltakende samhandlingsmiljø. Høy grad av medvirkning betyr også å inkludere ansatte fra andre sektorer, innbyggere, frivillige og næringsliv der dette er hensiktsmessig for å oppnå løsninger som varer over tid. Planer og beslutninger må forankres i kommunestyre og kommuneledelse og i de ansattes organisasjoner.

Selv om helse- og omsorgssektoren i kommunene i praksis vil ha et stort operasjonelt ansvar må også de øvrige sektorene bidra og forpliktes. Endring fra et top-down styringssett må skje prosessbasert og over tid. Deltakelse krever kompetanse og langsiktig arbeid. Rammene for et deltakende og demokratisk samfunn har lenge vært tilstede i Norge. Det viser seg likevel at reell deltakelse har vært problematisk og vanskelig å få til i praksis. Dette skyldes delvis at det er interessekonflikter mellom fellesskap basert på kollektive interesser og fellesskap basert på individuell prestasjon og belønning som er fremtredende i våre organisasjoner og samfunnsliv. Styring og ledelse er en nøkkel i dette arbeidet. Tilnærmingen som velges vil prege både forbedringsarbeid av eksisterende virksomhet og evnen til å skape noe nytt – innovasjon. Både reformen og kunnskapsnotatet presiserer viktigheten av tid til planlegging, forberedelse av endringer, rom for refleksjon og god ledelse av omstillingsarbeid. Både forskning og erfaring viser at mennesker kan og vil delta når de blir gitt anledning til det.

1 INNLEDNING

Stortingsmelding 15 (2017-2018) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre* (heretter omtalt som reformen), bygger på solide kunnskapsoppsummeringer som grunnlag for de valgte innsatsområdene og tilhørende tiltak. Hovedfokuset er å skape et mer aldersvennlig Norge og å finne nye og innovative løsninger på de komplekse utfordringene. Målet er at eldre i større grad skal mestre eget liv lenger og være trygge på å få helsehjelp når de trenger det. Pårørende skal ivaretas så de kan bidra uten å bli utslitt, og ansatte skal oppleve at de har et godt arbeidsmiljø og får brukt sin kompetanse. En rekke offentlige utredninger og politiske meldinger har i flere år pekt på områder som viser at kommunenes tilrettelegging og tjenester varierer for mye, og har et stort forbedringspotensial når det gjelder å skape et slikt samfunn. I reformen vises det gjennomgående til eksempler fra praksis der det er rom for kreativitet og lokal tilpasning. Løsningsforslagene skal inspirere til samarbeid, erfaringsdeling og læring på tvers av sektorer og kommunegrenser. Reformen handler i stor grad om å ta vare på god praksis, tenke nytt, og bidra til kvalitetsforbedring og innovasjon.

Selv om reformen fremhever at den handler om mennesker og ikke systemer, kommer man ikke utenom at mennesker befinner seg nettopp i systemer og sammenhenger, og at gode tiltak ikke kan eksistere i et vakuum. For at kommunene skal lykkes med endringene ses *styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon* som sentrale virkemidler. Disse virkemidlene kan betraktes som grunnmuren i arbeidet med reformen.

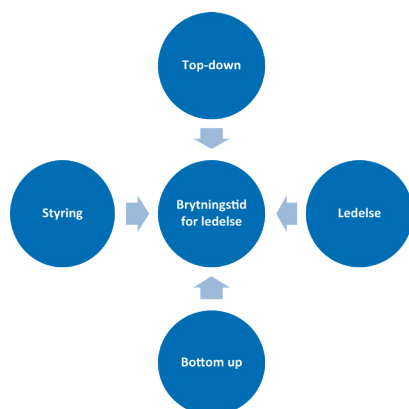
Målene i reformen innebærer at samfunnet blir i stand til å møte utfordringene knyttet til en aldrende befolkning samtidig som det skal tilbys god kvalitet på tjenestene. For å lykkes med dette arbeidet er det enighet om at flere sektorer må involveres, at medvirkning og deltakelse må være i fokus og at vi må ha en mer helhetlig og tverrsektoriell tilnærming enn det vi har i dag. Selv om alle sektorer må bidra for å skape et aldersvennlig samfunn, er reformen særlig rettet mot helse- og omsorgssektoren (St.meld.nr. nr.15 (2017-2018), 2018, s.10). Dette kunnskapsnotatet henvender seg derfor spesielt til denne sektoren.

Endringsarbeid i helse- og omsorgstjenester er et omfattende fagfelt som bygger på ulike ideologiske og faglige premisser. Vår tilnærming til endringsarbeid er retten og plikten til deltakelse for ulike aktører hjemlet i gjeldende lov- og avtaleverk.

De siste 30 års forskning internasjonalt viser at to av tre endringsprosesser ikke skaper merverdi. Det er først når medarbeidere, og de som skal nyttiggjøre seg av tjenesten, har eierskap til formålet med forandringen og er involvert i å utvikle og prøve ut løsninger, at det lykkes. Forskning har vist at samfunnet har et ubrukt potensiale når det gjelder å legge til rette for deltakelse og mobilisering av de menneskelige ressursene i samfunnet. Styrende organer og ledere i helse- og omsorgssektoren har et særlig ansvar for at disse ressursene blir tatt i bruk og kommer de eldre til gode.

Norske kommuner er i en brytningstid og spørsmålene mange ledere stiller seg er; Hvordan involvere uten å miste styringen, og hvordan styre uten å miste tillit og eierskap? Vårt kunnskapsnotat viser at ledere i helse- og omsorgstjenestene i kommunene også står i dette dilemmaet. Dette kan oppleves som et krysspress (se

figur 1) som blir handlingslammende, men som med oppdatert kunnskap og verktøy også gir handlingsfrihet. Vi håper at kunnskapsnotatet vil bidra til å gi kommunene og deres ledere innblikk i premisser for å utvide eller bruke handlingsrommet og gjennom medvirkning med ansatte og brukere kreve reelle handlingsrom, slik at de sammen kan legge til rette for et mer aldersvennlig samfunn, for innovasjon og for kvalitet i tjenestene.



Figur 1: En brytningstid for ledelse

Kunnskapsnotatet presenterer ikke ny kunnskap, men er en sammenstilling av kunnskap som i dag foreligger spredt som politiske føringer, juridiske reguleringer, faglige anbefalinger, utviklingsarbeid og forskning.

Det gis en kort beskrivelse av hvordan vi har arbeidet med kunnskapsgrunnlaget i kap. 1.2. Endringsarbeid forstås som et paraplybegrep for virkemidlene mot bedre kvalitet. Vi innleder med dette på et overordnet nivå i kap. 2.

Strukturen gjennom notatet for øvrig følger i stor grad Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (helsedirektoratet.no). Vi presenterer det teoretiske grunnlaget, forståelsesmodellene, og de verktøy som allerede er utviklet for styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon. Underkapitlene redegjør derfor for begreper og presenterer teori i tillegg til å framvise eksempler på suksessfaktorer og barrierer i endringsarbeidet.

1.1 HENSIKT

Hensikten med kunnskapsnotatet er å tilgjengeliggjøre kunnskap om kommunenes virkemidler og handlingsrom i reformarbeidet, operasjonalisert som: styring og ledelse, forbedringsarbeid, og innovasjon. Herunder inngår også vurdering av kunnskapsgrunnlaget og anbefalinger basert på forsknings- og utviklingsarbeid som er gjort i norsk kontekst.

1.2 REDEGJØRELSE FOR METODE OG AVGRENSNING

Senter for omsorgsforskning har fått i oppgave av Helsedirektoratet å etablere et felles kunnskaps- og erfaringsgrunnlag for reformen. Det er lagt til grunn at dette ikke skal være en kunnskapsoppsummering, resultatet vil derfor ikke gjenspeile systematiske søk i forskningsdatabaser. Arbeidet med kapitlet er basert på ulike kilder og søkemetoder. Prosessen har vært pragmatisk og ikke basert på en stringent eller strengt systematisk metode. I det følgende kapittel beskrives søkestrategi, avgrensinger og utvalg.

1.2.1 SØKESTRATEGI

Reformen bygger på en rekke offentlige meldinger, strategier og planer (for utfyllende informasjon se Helsedirektoratets nettside: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/leve-hele-livet-kvalitetsreformen-for-eldre/reformens-bakgrunn-og-formal>). Arbeidet med kapitlet startet derfor med en bred gjennomgang av grunnlagsdokumentene. Dette gjengis i kap.1.1.2 der oversikten viser forbindelsen mellom styring og ledelse, innovasjon og kvalitetsforbedring, og ulike stortingsmeldinger og offentlige utredninger. I tillegg til grunnlagsdokumentene er det søkt etter juridiske og faglige reguleringer. Hovedsøk ble gjort i følgende nettressurser:

1. www.lovdatabasen.no
2. www.helsedirektoratet.no
3. www.ks.no
4. www.omsorgsforskning.no
5. www.omsorgsbiblioteket.no
6. www.utviklingssenter.no
7. www.helsebiblioteket.no
8. www.pasientsikkerhetsprogrammet.no
9. www.bi.no
10. www.regjeringen.no
11. www.ressursportalen.no
12. www.fylkesmannen.no
13. www.aldringoghelse.no
14. www.helsenorge.no
15. www.folkehelseinstituttet.no

Det er også foretatt søk i ulike databaser samt manuelle søk i ulike tidsskrift. Søkestrategien vil beskrives nærmere videre i kapitlet. Søkene ble avgrenset til treff med relevans for:

- tema (styring, ledelse, innovasjon og forbedringsarbeid)
- norsk kommunekontekst
- helse- og omsorgstjenester

Vi avgrenset søkene til treff på skandinavisk eller engelsk språk og ikke eldre enn 5 år for å sikre høyest mulig relevans til dagens kommunale helsetjenester.

Forfatterens eget fagnettverk innad i Senter for omsorgsforskning, universitetsmiljøene vi er tilknyttet, samt erfaringer med samarbeid med kommuner og eget forskningsarbeid har også vært vesentlige kunnskapskilder. To av forfatterne har i perioden arbeidet med ferdigstilling av doktorgradsarbeid som angår innovasjon og forbedringsarbeid. Denne kompetansen har vært verdifull i innhenting av relevant kunnskap. Vi har også benyttet fagbøker tilknyttet henholdsvis styring og ledelse, innovasjon, og forbedringsarbeid. Dette vil vi komme tilbake til videre i kapitlet.

Prosessen har vært formet av innspill fra Helsedirektoratets ekspertgruppe og møter med representanter fra Pensjonistforbundet som har utgjort en referansegruppe.

1.2.2 UTVALG

I arbeidet med å samle kunnskap valgte forfatterne å fordele seg på tre områder: a) styring og ledelse, b) innovasjon og c) kvalitet og forbedringsarbeid. Under presenteres derfor søke- og utvalgsprosess mer detaljert for hvert av de tre temaområdene:

A) STYRING OG LEDELSE

MELDINGER OG PLANER

Tabellen angir hvor styring og ledelse (og kvalitet) er tematisert i ulike grunnlagsdokumenter

Dokumenter	Ledelse og styring
Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid Meld. St. 47 (2008-2009)	Kap. 15 Krav til ledelse og organisering
Morgendagens omsorg Meld. St. 29 (2012 -2013)	Kap. 1.2 Innledningen
Primærhelsetjenestemeldingen Meld. St. 26 (2014 – 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste	Kap. 16 Ledelse
Melding om nasjonal helse- og sykehusplan Meld. St. 11 (2015-2016)	Kap. 5.5 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet Kap. 6.3 Ledelse
Kvalitet og pasientsikkerhetsmeldingen Meld. St. 6 (2017-2018)	Del 2 Oppsummering; Kap. 8.3
Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn, Meld. St. 19 (2018-2019)	Kap. 1 Bærekraftig folkehelsearbeid og Kap. 5 Eit trygt og helsefremjande samfunn
Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 Meld. St. 7 (2019-2020)	Fokus på brukermedvirkning og pasienten som aktiv deltaker. Pårørendeopplæring.
Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 – 2023	Ledelse og kultur ett av fire områder
Omsorg 2020 Forsøk med statlig finansiering Nasjonalt velferdsteknologiprogram Avstandsoppfølging Teknologi for å motvirke ensomhet Arkitektur og infrastruktur	Kap. 3.6 Ledelse
Demensplan 2020 Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet	Kap. 5 Strategier og tiltak God ledelse er avgjørende for utvikling av gode tjenester. Regjeringen etablerte derfor en nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten i 2015
Kompetanseløft 2020	Strategi 6. Bidra til bedre lederskap gjennom målretta satsing på økt kompetanse for ledere

OFFENTLIGE UTREDNINGER

NOU 2010:1 Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet

NOU 2010:13 Arbeid for helse – sykefravær og utstøting i helse og omsorgssektoren

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

NOU 2015:11 Med åpne kort – forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene

NOU 2018:6 Varsling, verdier og vern

JURIDISKE REGULERINGER

Lover	Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø (1977) Lov om kommuner og fylkeskommuner (2018)
Særlover	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) <i>§ 4-2. Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet</i> Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. <i>Ny § 12-3 a. Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser</i> Lov om helsepersonell (1999) <i>Kapittel 3. Krav til organisering av virksomhet</i> <i>§ 16. Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester</i> Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter Lov om Pasient- og brukerrettigheter (1999) <i>Kap. 3 Rett til medvirkning og informasjon</i> Lov om spesialisthelsetjeneste (1999) <i>§ 3-4 a. Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet</i> Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Lov om folkehelsearbeid (2011)
Forskrifter	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (2017) Forskrift som bygger på PDSA - modellen.

FAGLIGE RETNINGSLINJER

Nasjonale veiledere:

- Helsedirektoratet: Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Veileder til lov og forskrift
- Helsedirektoratet: Pårørendeveileder - Nasjonal veileder

SØK I DATABASER OG TIDSSKRIFT

Når det gjelder søk knyttet til ledelse og styring i kommunale helse og omsorgstjenester har vi som et utgangspunkt valgt søkemotoren oria.no som også inkluderer databaser som Idunn og andre databaser med samfunnsfaglige perspektiver.

Inklusjonskriterier: Fagfellevurderte artikler. Norsk eller nordisk kontekst. Siste fem år.

Søkeord: ledelse og styring* og helse- og omsorg* ga 21 treff. Når vi la til kvalitet* som søkeord fikk vi 16 treff på norsk og 6 treff på engelsk. Mange av disse vurderte vi til å ha liten relevans. Vi fant flere artikler knyttet til effekten av transformerende lederskap, 1 via oria.no og 1 ved manuelt søk. Alle ble vurdert som relevante. Det finnes i tillegg noen norske studier som ser på sammenhengen mellom ledelse og kvalitet i sykehjem.

Når vi søkte manuelt i artikler fra tidsskriftene Magma og Stat og Styring fant vi flere gode artikler knyttet til ledelsesteori, herunder transformerende lederskap, utprøvd i norsk kontekst.

Medvirkning og deltakelse viser til konkrete begrep og til levende prosesser i arbeidslivet. I prosessen med å finne relevant kunnskap om medvirkning og deltakelse var første trinn å finne de søkerordene som omfattet både levende prosesser og diskusjon av hva begrepene skal bety for ansatte i helse- og omsorgssektoren. Vi har funnet frem til publikasjoner som på forskjellig måte handler om betingelsene for medvirkning og deltakelse for ansatte i helse- og omsorgssektoren ved å lete i publikasjoner om arbeidslivet generelt: for eksempel med søkeordene; bedriftsdemokrati, arbeidsmiljø, endringsarbeid, omstillingsprosesser, effektivisering, organisering, samspill og samhandling, inkluderende arbeidsliv, arbeidslivshelse, fellesskap, mobbing, trakassering, organisasjonsetikk, arbeidskonflikter, yringsfrihet og varsling, motstand i organisasjonen, innovasjon, implementering av nye prosedyrer, rutiner og teknologi. Vi har også søkt etter forskning som handler om helse- og omsorgstjenestene spesielt, som for eksempel: organisering av helse- og omsorgstjenester, evalueringer av helse- og omsorgstjenester, hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi, teknologi i helse og omsorg.

Avslutningsvis har vi gjennomgått 30 masteroppgaver. Felles for disse er at de på forskjellig måte ser på fremmende og hemmende faktorer for endring og konsekvenser for et deltakende arbeidsliv i helse- og omsorgssektoren. Alle treff ble vurdert i forhold til relevans for temaet styring, ledelse og medvirkning. Når det gjelder medvirkning og deltakelse for brukere har vi primært tatt utgangspunkt i et utvalg kunnskapsoppsummeringer og ny forskning på området.

UNDERVISNINGLITTERATUR OG KUNNSKAPSOPPSUMMERINGER

Det er lagt vekt på ledelsesteori som støtter opp under reformens intensjoner og som er anvendt i norsk kontekst. Her er benyttet ulike lærebøker rettet mot ledelse av innovasjon og brukerorientert ledelse i offentlig sektor, som vil beskrives nærmere senere i kapitlet.

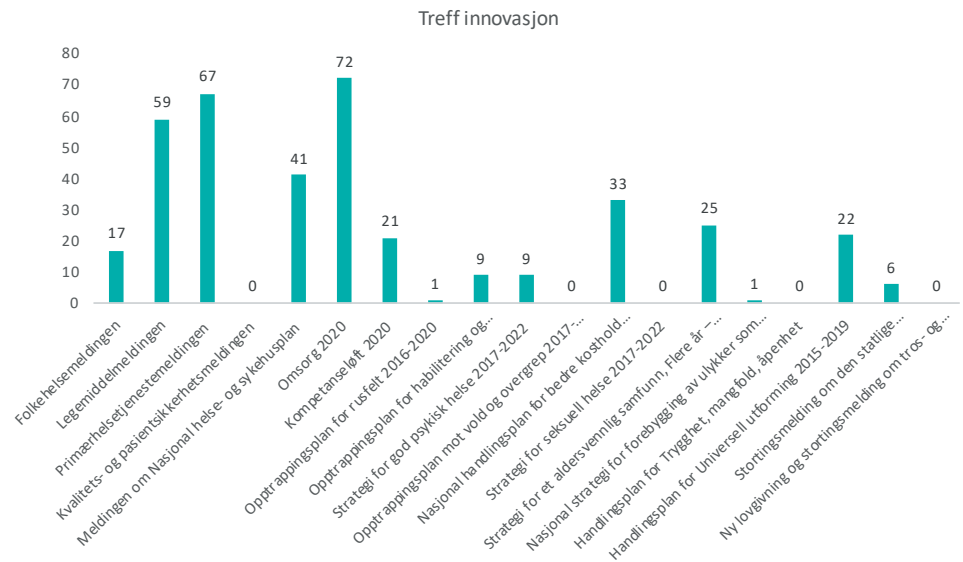
Følgende kunnskapsoppsummeringer ble også funnet relevante:

- Leve hele livet Delrapport 6. Kompetanseutvikling og forutsetninger for faglig gode arbeidsmiljø i kommunal helse- og omsorgstjeneste til eldre - oppsummering av kunnskap og forskningsresultater (2018). Aldring og helse
- Leve hele livet Delrapport 5 Pårørende til eldre - oppsummering av kunnskap og forskningsresultater (2018) Aldring og helse
- Brukermedvirkning i demensomsorgen (2017). Senter for omsorgsforskning. Omsorgsbiblioteket
- Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid (2016). Senter for omsorgsforskning. Omsorgsbiblioteket
- Medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgssektoren (2019). Senter for omsorgsforskning. Omsorgsbiblioteket. Denne oppsummeringen er nylig publisert og er derfor svært relevant for vår oppsummering.

B) INNOVASJON

MELDINGER OG PLANER

Det er foretatt søk på 'innovasjon' i dokumentene som samsvarer med grunnlagsdokumentene for reformen og bygger på eksisterende stortingsmeldinger, strategier og planer. Figuren viser antall treff i de ulike dokumentene.



Med utgangspunkt i referanser fra grunnlagsdokumentene ble det gjort ytterligere søk etter innovasjonslitteratur/-verktøy/-nettsider. Det ble ikke foretatt søk på innovasjonsstrategier utenom samarbeidsdrevet innovasjon, siden det er sistnevnte som i utgangspunktet er initiert fra Helsedirektoratet sin side. Fagstoff benyttet er basert på innovasjonsteori og kunnskap i kraft av doktorgradsutdanning i «Innovasjon i offentlig sektor», samt fra kollegaer med offentlig innovasjonskompetanse.

C) KVALITET OG FORBEDRINGSARBEID

MELDINGER OG PLANER

Tabellen angir hvor kvalitet og forbedringsarbeid er tematisert i ulike grunnlagsdokument

Dokumenter	Ledelse og styring
Mestring, muligheter og mening Meld St. 26 (2005-2006)	Kap. 3 Omsorgsplan 2015 Kap. 7 Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging Kap. 8 Kapasitet og kompetanse Kap. 9 Bedre samhandling og medisinsk oppfølging
Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid Meld. St. 47 (2008-2009)	Kap. 3 Hovedinnholdet i samhandlingsreformen Kap. 4 Dokumentasjon av samhand- lings problemenes omfang Kap. 7 Gjennomføring av samhandlingsreformen
Fremtidens primærhelsetje- neste – nærhet og helhet Meld. St. 26 (2014-2015)	Kap. 15 Kompetanse Kap. 17 Kvalitet, pasient- og brukersikkerhet
Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter Meld. St. 19 (2014-2015)	Kap. 1.2 Nasjonale mål Kap. 1.3 Nasjonale tiltak og virkemidler Kap. 8 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid
Verdier i pasientens helsetje- neste – Melding om prioritering Meld St. 34 (2015-2016)	Kap. 1 Sammendrag Kap. 7 Hovedkriterier for prioritering
Kvalitet og pasientsikkerhetsmeldingen Meld. St. 6 (2017-2018)	Kap. 8.2 Pasientens helsetjeneste Kap. 8.3 Bedre ledelse, kultur og systemer
Kvalitet og pasientsikkerhet 2017 Meld. St. 11 (2018-2019)	Kap. 3 Pasient- og brukerombudene Kap. 7 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem
Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn, Meld. St. 19 (2018-2019)	Kap. 9 Godt kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet
Omsorg 2020 – regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020	Kap. 3.4 Styrking av helsetjenesten Kap. 3.5 Kompetanseløft 2020 Kap. 3.6 Utvikling gjennom kunnskap Kap. 5.4 Bedre kvalitet
Kompetanseløft 2020 Helsedirektoratet	Strategi 5 Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning

OFFENTLIGE UTREDNINGER

NOU 2012:4. Trygg hjemme. Brannsikkerhet for utsatte grupper (Kap. 5 Status, utviklingstrekk og behov. Kap. 6 Gjennomgang og drøfting av virkemidler).

NOU 2012:4. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten (Kap. 11 Åpenhet og brukermedvirkning).

NOU 2015:11. Med åpne kort. Forebygging av alvorlige hendelser i helse og omsorgstjenesten. (Kap. 4 Nasjonale og internasjonal kunnskap om uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Kap. 7 Utvalgets vurderinger og anbefalinger).

NOU 2015:17. Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus (Kap. 7 Kvalitet og pasientsikkerhet).

NOU 2018: 16. Det viktigste først - Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester (Kap. 14 Kriterier for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjeneste. Kap. 16 Kunnskapsgrunnlaget for prioriteringsbeslutninger. Kap. 17 Åpenhet og brukermedvirkning. Kap. 18 Virkemidler for prioritering).

JURIDISKE REGULERINGER

- Lov om kommunale helse -og omsorgstjenester
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- *Forskrift om individuell plan.*
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2001-06-08-676>

FAGLIGE RETNINGSLINJER

- ... og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten. Helsedirektoratet 2005
- Nasjonale kvalitetsindikatorer – for kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet (nettressurs)
- Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023)

SØK I DATABASER OG TIDSSKRIFT

Søk knyttet til kvalitet og forbedringsarbeid er hovedsakelig gjort via søkemotoren oria.no og Google Scholar.

Inklusjonskriterier: Fagfelleverderte artikler. Norsk eller nordisk kontekst. Siste fem år

Søkeord i ulike kombinasjoner: kvalitet*, forbedringsarbeid*, kvalitetsforbedring* og kommunehelsetjenesten* (språk: Norsk, svensk, dansk/engelsk). Søk i oria.no på kvalitet og kvalitetsforbedring* gav 16 treff på artikler og 9 på bøker. I Google Scholar gav søkeordene kvalitetsforbedring* + kommunehelsetjenesten* 247 treff, og forbedringsarbeid* + kommunehelsetjenesten gav 172 treff. Det ble også gjort manuelle søk i Tidsskrift for omsorgsforskning og Sykepleien Forskning. Relevante fagfelleverderte artikler, masteroppgaver og bøker ble valgt ut.

UNDERVISNINGSLITTERATUR

Kunnskapen som ligger til grunn for kvalitetsforbedring bygger i hovedsak på Edwards Deming og hans teori om «The system of profound knowledge» (Deming (1993). *The New Economics for Industry, Government, Education*). I tillegg har det vært hensiktsmessig å anvende litteratur om organisasjonslære og komplekse systemer. To norske lærebøker som omhandler kvalitet og pasientsikkerhet er også funnet relevant (Stubberud (2018): *Kvalitet og pasientsikkerhet. Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid* og Bergland & Ådel (2013): *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre*).

2 ENDRINGSARBEID

Reformen handler for en stor del om å endre praksis og å bidra til kvalitetsutvikling av virksomheten. Det skal blant annet skje gjennom å legge til rette for en bedre anvendelse av den kunnskapen som allerede eksisterer, og som ligger til grunn for de kommunale tjenestene til eldre. Dette gjelder internt i de enkelte kommuner, men også sett i forhold til læring og samhandling på tvers av kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Det heter at reformen handler om mennesker, fellesskap og mestring. Endringsarbeid må derfor skje gjennom delaktighet, medbestemmelse og forankring hos ansatte og innbyggere. All endring innebærer «bevegelse», i betydningen av å kreve energi, og det kan derfor oppleves som «mindre slitsomt» å opprettholde «status quo». Endringer som er «dårlig forankret», eksempelvis i betydningen at visjonen er vanskelig å forstå, eller mangelfullt formidlet, kan ofte bli møtt med motstand og usikkerhet, særlig ved endring i maktforhold. De som tror de vil tape på en endringsprosess vil kunne motarbeide den, mens de som har noe å vinne vil støtte endringen. Emosjonelle dimensjoner knyttet til organisatoriske endringer kan også innvirke på medarbeideres tolkning av situasjonen (Berg, 2008).

Berg (2008), beskriver med bakgrunn i hvorfor endring ikke lykkes (fallgruver), noen tiltak som kan øke sannsynligheten for å lykkes (suksessfaktorer)

1. Utvikle felles virkelighetsforståelse og forklare hvorfor endring er nødvendig
2. Sette klare mål med en bestemt tidsramme
3. Involvere medarbeidere
4. Toppledelsens engasjement
5. Jobbe med mange små forbedringer
6. Skape tidlige og tydelige suksesser
7. Ha en eksperimenterende holdning til hele endringsprosessen
8. Utvikle en bedriftskultur og organisasjonsstruktur som støtter endringsprosessen
9. Kontinuerlig evaluere og lære av dette
10. Kommunisere, kommunisere og kommunisere (Berg, 2008).

Kotter og Cohen (2002) har i sine studier av endring i organisasjoner pekt på følgende trekk ved effektive organisasjoner: vilje og evne til å endre kulturell adferd, oppmerksomhet mot å identifisere problem før de oppstår, vilje til å finne felles løsninger, oppmerksomhet mot innovasjon, høy grad av engasjement og tillit, vilje til å ta risiko, sammenheng mellom teori og praksis og langsiktig fokus. Det er særlig tre tema som ser ut til å påvirke ressursbruk i helse- og omsorgssektoren: at leder klarer å tilrettelegge for å skape en lærende organisasjon, klare og erkjente mål, samstemmighet og konsistens, og grad av involvering og medbestemmelse. Innenfor den norske og nordiske arbeidslivsmodellen er delegering kjernen i alt lederskap. Dette innebærer at leder har tillit til at andre er til å regne med.

Innovasjonsarbeidet, som en del av endringsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene, bør skje som en del av en helhetlig innovasjonssatsing i kommunesektoren. Kommunene er sentrale aktører i innovasjoner som skal gå på tvers av både formelle og uformelle aktører. En bred medvirkning i innovasjon kan bidra til å møte både ansatte og innbyggernes behov på en best mulig måte og gjøre tjenestene bedre. Det er derfor viktig med involvering i hele prosessen, fra idé til implementering og spredning. Felles virkelighetsforståelse, og bred medvirkning og deltakelse, blir derfor kritisk viktige faktorer i alt endringsarbeid. Dette understøttes av sluttrapporten «Følgeforskning på Trygghetsstandard» (Isaksen, Ågotnes, Fagertun, Jakobsen & Obstfelder, 2018), se. kap. 2.2.2.

3 ENDRINGSLEDELSE

Denne delen av kunnskapsgrunnlaget handler om styring, ledelse og medvirkning som virkemidler for å nå målene om å omstille og forbedre kvaliteten i tjenestene. Styring og ledelse av endringsarbeidet omfatter både forbedringsarbeid av eksisterende virksomhet og at det skapes noe nytt – innovasjon. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er et viktig verktøy i arbeidet med kvalitetsforbedring. I tillegg har vi fått en ny Nasjonal Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 – 2023 (Helsedirektoratet, 2018) der «Ledelse og kultur» er et av fire hovedtiltaksområder.

Styring er primært systemorientert og handler om å påvirke adferd gjennom kontroll og regulering der virkemidlene er instruksjer, rutiner, rapportering, opplæring, incentiver og sanksjoner. Ledelse er individorientert og dialogbasert og åpner i større grad opp for deltakelse og medvirkning (Ladegård & Vabo (red.) 2010). Selv om styring og ledelse utfyller hverandre og slik sett kan ses på som en helhet, er det viktig å være klar over at det representerer to handlingssystemer og to ulike rasjonaliteter, noe som krever forskjellig oppmerksomhet og ikke minst ulike ferdigheter av en leder. Styring og ledelse adresserer dermed to ulike sider ved dagens organisasjoner; kompleksitet og forandring (Stokland & Værnor, 2015). De har til felles at de begge er virkemidler som brukes for å påvirke adferd og nå mål. Det er hevdet at det har vært «for mye styring og for lite ledelse» og oversiktsstudier har vist at god ledelse kan gi bedre ledereffektivitet (knyttet til objektive mål) enn styring (Stokland & Værnor, 2015).

Det er lagt klare føringer knyttet til styring og ledelse i nasjonale styringsdokumenter. Her fremstilles styring og ledelse som komplementære funksjoner. God ledelse handler om å planlegge, sette mål og sørge for at man oppnår ønskede resultater og sikrer kvalitet (Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Samarbeid på ulike arenaer og nivåer, mellom stat og kommune, ansatte og ledere, tjenesteyter, brukere og pårørende fremheves, og det vises til at en forutsetning for nytenking og innovasjon er at ansatte sees på som medspillere og ressurser (Meld. St. 29 (2012-2013) - Morgendagens omsorg, Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

3.1 STYRING

Begrepet styring har overtatt for det tradisjonelle begrepet administrasjon (governance) som kan henvise både til New Public Management og mer samarbeidsorienterte måter å styre på (Ladegård & Vabo (red.), 2010). New Public Management er en fellesbetegnelse på en reformbølge som siden 1980-tallet har hatt som mål å effektivisere offentlig sektor ved hjelp av styringsprinsipper fra privat sektor. Blant virkemidlene som har blitt benyttet for å sikre større samsvar mellom behov og ressursbruk i offentlig sektor er blant annet konkurranseutsetting, stykkprising og bestiller-utfører-modeller (Enehaug, Nordvik og Falkum, 2019).

Selv om New Public Management (NPM) har hatt stor betydning for utviklingen av offentlig sektor også i Norge, er det mål- og resultatstyring (MRS) som er det grunnleggende styringsprinsipp i staten. Gjennom å delegerer myndighet til de nivåene som kjenner utfordringsbildet best forutsettes en mer effektiv og målrettet virkemiddelbruk (DFØ, direktoratet for økonomistyring).

I Primærhelsetjenestemeldingen understrekes behovet for gode styringssystemer i form av rutiner, faglige prosedyrer og avvikssystemer. Meldingen kommer også med forslag om hvordan den kommunale helsetjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. De største endringene må komme innenfor organisering, arbeidsdeling, arbeidsformer, kompetanse og ledelse. Arbeid i team, nye arbeidsformer, bedre tilgjengelighet og høyere kompetanse er spesielt fremhevet (Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste, Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

3.2 LEDELSE

Ledelse er primært medarbeider- og dialogbasert og åpner i større grad opp for medvirkning og deltakelse. Organisasjonen, eller virksomheten, må ha en struktur og strategi for å nå målene. Lederens rolle blir å tilrettelegge for utvikling og endring og samtidig sikre kvaliteten i tjenestene gjennom gode støttende systemer og strukturer. Dette innebærer høy grad av medvirkning og deltakelse og en grunntanke om at medarbeidere har en avgjørende rolle i virksomheten.

I norsk arbeidsliv har verdier som likhet, rettferdighet og ivaretagelse av den enkelte medarbeider stått sentralt. Den norske arbeidslivsmodellen innebærer at arbeidstakere har relativt stor innflytelse både gjennom fagorganisasjoner og partssamarbeid, såkalt trepartssamarbeid. Arbeidsforskningsinstituttet gjennomfører årlige spørreundersøkelser blant et utvalg ledere som resulterer i Norsk Ledelsesbarometer. Hensikten er å følge med på nye organisasjons og ledelsestrender. Ledelsesbarometeret 2019 hadde særlig fokus på ledelse og styring i kommunal sektor da denne kjennetegnes ved høy grad av kompleksitet. Det spørres om hva som oppfattes som «god ledelse» og resultatene sammenlignes med det som regnes som de dominerende styrings- og ledelsesformer. Kjennetegn ved god ledelse beskrives som relasjonelle, med åpen to-veis kommunikasjon, dialog, tilgjengelighet, trygghet og tydelighet (Enehaug, Nordvik & Falkum, 2019).

Medbestemmelse er representativt og ivaretas gjennom tillitsvalgte og strukturerte møtepunkter, mens medvirkning ivaretas av ledere og ansatte og forutsetter tett dialog og kommunikasjon med nærmeste leder, omtalt som direkte demokrati (Falkum, Bonde Hansen, Holm Ingelsrud, Wathne, Nordrik & Drange, 2019). Det årlige «Medbestemmelsesbarometeret» gjør det mulig å følge og analysere ansattes oppfatninger av innflytelse av organisasjon, styring og ledelse i en norsk arbeidslivskontekst (Falkum et al., 2019).

Medbestemmelsesbarometeret sier noe om ansattes opplevelse av medbestemmelse og medvirkning. Her viser resultater en viss økning av ansattes innflytelse på egen arbeidssituasjon i statlig sektor. Pleie og omsorg skårer imidlertid lavest av alle sektorer, både når det gjelder prosentandeler som svarer de har mye innflytelse på styring og organisering av virksomheten, og videre innflytelse på arbeidssituasjonen (Falkum et al., 2019).

Det er utarbeidet en egen lederutdanning «Ledelse på norsk» ved Oslo Met som bygger på den norske modellen for ledelse i betydningen at medvirkning og deltakelse kan ses på og praktiseres som former for styring og ledelse:

<https://www.oslomet.no/om/sam/school-of-management/ledelse-pa-norsk>

og <https://lederne.no/nyheter/ledelse-pa-norsk/>

«Omsorg 2020» er Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Helse- og omsorgstjenester er viktige velferdsordninger for befolkningen. De som er ledere i disse tjenestene har fått et samfunnsoppdrag

med å forvalte og lede tjenestene slik at samfunnets mål med tjenestene i størst mulig grad nås. Tjenestene utøves i komplekse organisasjoner som driver døgnkontinuerlig virksomhet hele uka hele året gjennom. Dette stiller høye krav til lederskap, fagkompetanse, tverrfaglig samarbeid og samspill med andre aktører. De ulike tjenesteområdene forventes å samhandle helhetlig og koordinert, og ledelsen skal legge til rette for brukermedvirkning i ulike prosesser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

Primærhelsetjenestemeldingen inneholder et eget kapittel om ledelse. Her understrekes det at «god ledelse handler generelt om å sette mål og sørge for at man oppnår ønskede resultater». Videre at det «handler om å planlegge, gjennomføre, evaluere og eventuelt korrigerer tiltak som får tjenestene til å utvikle seg på en god måte» (Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste, Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 72).

3.2.1 PLANLEGGING OG GJENNOMFØRE

Selv om reformen for en stor del er rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester forutsettes det at også andre kommunale sektorer må bidra inn i arbeidet med å planlegge og implementere løsningene lokalt. I 2019 skal kommunene ta stilling til de ulike tiltakene i reformen og planlegge hvordan de skal tilpasses lokalt. I meldingen om Morgendagens omsorg heter det at for å møte morgendagens utfordringer knyttet til den demografiske utviklingen er det nødvendig å etablere et samarbeid mellom stat og kommune, ansatte og ledere, og mellom tjenesteytere, brukere og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Brukerorganisasjonene er opptatt av å komme tidlig inn i planprosessen og ikke «bare få ferdige planer på høring».

Eldrerådet er rådgivende organ for kommunen og fylkeskommunen, og har rett til å uttale seg i alle saker som gjelder eldre. Det heter i egen forskrift at slike saker skal kommunestyret, fylkestinget eller andre folkevalgte organer forelegge for rådene (Forskrift om kommunale og fylkeskommunale råd for eldre, personer med funksjonsnedsettelse og ungdom (Forskrift om medvirkningsordninger, 2019)).

Planer og beslutninger om hvordan kommunen vil utforme og gjennomføre tiltak lokalt (mål) må forankres i kommunestyre og kommuneledelse selv om helse- og omsorgstjenesten i mange tilfeller vil være det utøvende ledd. Vedtak om oppfølging av reformen må gjenspeiles i budsjett og økonomiplaner.

Ressursportalen er et styringsverktøy som er utviklet for å bidra til analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Her finnes relevant styringsinformasjon, analyseverktøy og metoder som er nyttige i planleggingen av tiltak knyttet til alle innsatsområdene i reformen og et mer aldersvennlig Norge (<https://www.ressursportal.no/>)

Et av målene i reformen er at ansatte skal oppleve å ha et godt arbeidsmiljø og få brukt sin kompetanse. Arbeidet med gjennomføringen av reformen vil i tillegg til fagkompetanse knyttet til den enkelte profesjon, kreve kompetanse i endringsarbeid, forbedringsarbeid og innovasjon. «Kompetanseløft 2020» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015-2016) er Regjeringen sin plan for rekruttering, kompetanse- og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fram mot år 2020. Hensikten er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å sikre at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Strategisk kompetanseledelse vil derfor være et viktig virkemiddel i arbeidet med å

nå reformens mål. En forutsetning for å lykkes er forankring hos kommunens ledelse og arbeidsgiverstrategi. En strategisk kompetanseplan bør derfor inngå som en del av kommunens planverk og si noe om hvilken kompetanse som behøves for å nå målene. Her må den enkelte kommune ta utgangspunkt i sine prioriterte løsninger (www.ks.no).

En oppsummering gjennomført av Aldring og helse (Rokstad & Øvereng, 2017) konkluderer blant annet med at det er en generell mangel på studier som kan legges til grunn for anbefalinger om hvilke kompetansehevingstiltak som bør velges i den tverrfaglige kommunale helse- og omsorgstjenesten, da det meste som er identifisert er relatert til sykepleietjenesten. Det er derfor behov for mer utprøving og evaluering av kompetansehevingstiltak rettet mot andre faggrupper. Studier som refererer evaluering av tre sentralt utviklede og spredte kompetanseutviklingsprogram har positive resultater å vise til, og det er grunnlag for å anbefale videre initiering av denne type program, forutsatt at det er rom for lokale tilpasninger. Det er ingen av studiene som rapporterer brukernes erfaringer med kompetanseutvikling.

Det anbefales at effekt av kompetanseutvikling i tjenestene også evalueres systematisk av tjenestemottakerne og deres pårørende. Det foreligger flere pålitelige publikasjoner om hva som påvirker jobbtilfredshet hos ansatte og det er grunn til å anta at faktorer som påvirker jobbtilfredshet positivt også har positive konsekvenser for arbeidsmiljø og muligheter for vellykket kompetanseheving. Vi har behov for mer kunnskap om hva som skal til for å endre et negativt arbeidsmiljø med lav jobbtilfredshet, høy grad av utbrenthet og mye turnover. Igjen bør konsekvensene av de ansattes arbeidsmiljø på brukere og pårørende evalueres både i hjemmetjeneste og institusjoner (Rokstad & Øvereng, 2017).

Nødvendig endring og innovasjon forutsetter at ansatte sees på som medspillere og ressurser. Endringsprosesser som ikke er forankret hos ansatte er sjelden vellykket. Involvering av medarbeidere er en forutsetning for å få til kvalitet i tjenestene, ikke bare innen egen organisasjon, men også gjennom å samarbeide på tvers av organisatoriske skillelinjer og sektorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Dette synes å være i tråd med «Bottom-up» og desentraliserte strategier for implementering der valg av tiltak foretas av praksismiljøene i kommunene og deretter forankres politisk og økonomisk. Det er viktig å sikre bred brukermedvirkning i hele implementeringsprosessen.

Pasientsikkerhetsprogrammet har utarbeidet egne sjekklister for implementering der det ble lagt vekt på tiltakene var forankret hos de ansatte og deres tiltro til at dette var endringer som kunne gjennomføres og var til beste for pasientene og brukere (www.pasientsikkerhetsprogrammet.no). Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester har bred erfaring med implementeringsarbeid i norske kommuner (www.utviklingssentrene.no).

3.2.2 EVALUERE OG KORRIGERE

Evaluering og korrigerende forutsetter at det er satt klare mål for reformarbeidet og effekten av tiltakene. Erfaringer og anbefalinger tilsier at det er viktig å sette tydelige mål og måle fremgang, jmføre Pasientsikkerhetsprogrammets tiltaksområder og bruk av Extranett. De ulike tiltakene og målene bør vurderes og forankres hos både ansatte og brukere slik at man kan se om tiltakene skaper ønsket forbedring. Brukerundersøkelser kan også benyttes for å få frem mer subjektive opplevelser.

Evaluering og rapportering kan skje i form av tallfestede mål eller gjennom å følge endrings- og implementeringsprosesser, såkalt følgeevaluering. Følgeevaluering av «Trygghetsstandard» viser til at endring og endringsarbeid ser ut til å fungere best der de ansatte er godt informert og involvert i prosessene og at dette bidrar til at de opplever å være en del av det «nye» som skapes. Dette betyr at det er viktig å anerkjenne at endringsarbeid slik det legges opp til i reformen tar tid og at kommunene trenger ressurser og veiledning i slike prosesser. Prosessene innebærer involvering av ledere på institusjons- og avdelingsnivå, å ta vare på de ansatte sin rett til medvirkning i forhold til utvikling av nye rutiner, implementering av ny praksis, og å gi ansatte en opplevelse av å bli satset på: involvere alt tilsatt personale i arbeidet (Isaksen, Ågotnes, Fagertun, Jakobsen & Obstfelder, 2018).

3.3 NOEN LEDELSESTEORIER

Det finnes en rekke ulike ledelsesteorier som alle søker å beskrive hvordan ledelse skal forstås, og hvordan ledelse påvirker mennesker i organisasjoner. Norsk arbeidsliv har importert ulike ledelsesmodeller og teorier, flere fra amerikansk kontekst med fokus på «management». Ulike ledelsesteorier har ofte hatt som utgangspunkt at en lederstil fungerer bedre enn en annen, men det forklares også at lederstilen bør tilpasses ulike situasjoner og mennesketyper – såkalt situasjonsbestemt ledelse.

Transformasjon betyr endring, og innebærer at en transformerende leder setter i gang endring. Ledelseskapasitet beskrives som 'empowerment', som vil si at ansatte blir bemyndiget til å utføre sine oppgaver og forene sine mål med leder og organisasjonens mål og kan derigjennom knyttes til effektivitet. Transformasjonsledelse oppstår når leder engasjerer seg i sine medarbeidere på en måte som bidrar til motivasjon og moralsk atferd, og bevisstheten blir stimulert. Dette kalles en transformerende effekt (Burns, 1978). Bass og Aviole (1994) har vært opptatt av skillet mellom transformasjonsledelse og andre former for ledelse, den såkalte fullstrukturmodellen som også inkluderer transaksjonsledelse (bytteforhold) og La-det-skure ledelse (Bass, 1990; Bass & Aviole, 1994).

Transformasjonsledelse (Bass & Riggio, 2006) bygger på at lederen skaper og kommuniserer en overordnet visjon og legger til rette for kollektive mål fremfor egne interesser, i betydningen av at ledere og medarbeidere sammen skaper en felles og realiserbar visjon (Sandvik, 2011). Teorien om transformasjonsledelse legger vekt på verdier og visjoner. Lederen virker som en god rollemodell, motiverer via inspirasjon, oppmuntrer ansatte til å stille spørsmål, utfordrer til å tenke nytt, i tillegg til å ha omsorg for hver enkelt (Hetland, 2008).

Det er gjennomført flere ulike studier og undersøkelser knyttet til transformasjonsledelse i norsk arbeidslivskontekst. En av disse undersøkelsene viste at også i Norge er transformasjonsledelse forbundet med «økt jobbtilfredshet, høyere arbeidsmotivasjon og oppfatninger om at lederen er mer effektiv» (Hetland, 2008). Medarbeidere opplevde at deres innsats betydde noe for felles mål og at de klarte å yte mer enn de selv forventet. Hetland (2008) viser i sin artikkel blant annet til doktorgradsavhandlingen «Leading to the extraordinary – antecedents and outcomes of transformational leadership?» (Hetland, 2005) og artikkelen «Transformational leadership in Norway: Outcomes and personality correlates» (Hetland & Sandal, 2003) som også ser på sammenhengen mellom ulike lederstiler og utfallsmål som jobbmotivasjon, tilfredshet med lederen, og vurderinger av ledereffektivitet.

Hetland (2008) viser til at «forskningen peker i retning av at ledelse i form av kontroll og styring bør utfylles av andre aspekter som bevissthet rundt lederen som rollemodell, omtanke, påpekning av mening i den enkeltes arbeid og motivasjon gjennom inspirasjon». Videre en holdning fra ledelsen om at det er lov til å stille kritiske spørsmål rundt måten en jobber på. Disse ulike aspektene ivaretas i transformasjonsledelse (Hetland, 2008). Dette støttes av en nyere norsk studie blant ansatte i hjemmebaserte tjenester der man undersøkte sammenhengen mellom transformerende ledelse, arbeidskrav, ressurser, pasientsikkerhetskultur og jobbtilfredshet. Studien konkluderte blant annet med at transformerende lederskap hadde en signifikant innvirkning på pasientsikkerhetskultur og jobbtilfredshet. Ansattes oppfatninger av jobbkrav og tilgjengelige ressurser og tilfredshet påvirker også pasientsikkerhetskulturen (Ree & Wiig, 2019).

En annen studie av transformasjonsledelse og økte effektivitetskrav i sykepleien inkluderer 13 sykepleiere med variert jobberfaring fra somatisk og psykiatrisk første- og andrelinjehelsetjeneste, i og utenfor institusjon. Søkelyset settes her på ledere på sengepostnivå og hvordan lederen kan fremme sykepleierens kapasitet til å møte økte krav til effektivitet. Utgangspunktet er at på dette nivået står ledere administrativt og faglig ansvarlig for å realisere organisatoriske og helsepolitiske mål. Hensikten med studien var å argumentere for transformasjonsledelse som en relevant ledelsesmodell i møte med økte effektivitetskrav. Studien konkluderer med at sykepleieledere som utøver innflytelse, stimulerer, inspirerer og tar vare på sykepleiere kan oppnå effekt av ledelse. Særlig når sykepleiere står i «konfliktpunkter» mellom profesjonens kjernekompetanser og økte effektivitetskrav. Det å lede ansatte slik at de bruker stadig mer av sin faglige og personlige autonomi, betraktes som en av hjørnesteinene i transformasjonsledelse (Kristoffersen & Friberg, 2016).

Lederformen transformasjonsledelse er også undersøkt med utgangspunkt i data fra AFF (Administrativt Forskningsfond) ved NHHs (Norges Handelshøyskole) store lederundersøkelse relatert til «ekstrarolleatferd» og innovasjon. Ekstrarolleatferd ble definert som i hvilken grad ansatte stilte opp for arbeidsgiver utover vanlig instruks, mens innovasjon ble beskrevet som i hvilken grad ledere opplevde sin organisasjon eller arbeidsplass som innovativ. Resultatene viste en klar positiv sammenheng med både ekstrarolleatferd og innovasjon og at noe av effekten av transformasjonsledelse på innovasjon påvirket «ekstrarolleatferd» (Mathiesen, 2014).

Situasjonsbestemt ledelse (Hersey, 1987) tar utgangspunkt i at både oppgave- og medarbeiderorientering er viktig. Teorien bygger på at det er store individuelle forskjeller mellom medarbeidere, noe som gjør at de må behandles ulikt av lederen avhengig av kompetansenivå. Kompetansen blir en situasjonell faktor og defineres som sammensetning av ferdigheter, kunnskap og vilje som er nødvendig for å løse en oppgave. Situasjonsbestemt ledelse omhandler derfor fire ulike lederstiler som skal være effektive dersom de tilpasses den enkelte medarbeiders utviklingsnivå. Disse lederstilene er: «styrende» lederstil tilpasset medarbeidere med lav kompetanse og høyt engasjement, «coachende» lederstil tilpasset medarbeidere med lav-middels kompetanse og lavt engasjement, «støttende» lederstil tilpasset medarbeidere med middels-høy kompetanse og blandet engasjement og «delegerende» lederstil tilpasset for medarbeidere med høy kompetanse og høyt engasjement (Thompson & Glasø, 2015; Thompson & Glasø, 2018). Det foreligger lite forskning knyttet til situasjonsbestemt ledelse, men en nyere norsk studie viser at situasjonsbestemt ledelse predikerer det som kalles optimal lederstil forutsatt at det er samsvar mellom leder og medarbeiders vurderinger. Jevnlig tilbakemelding fra leder blir en viktig faktor (Thomsen & Glasø, 2018).

Det finnes noen norske studier som ser på sammenhengen mellom ledelse og kvalitet i sykehjem. En større studie der kvalitet (quality of care) ble definert med utgangspunkt i kvalitetsforskriften og vurdert av pårørende, ansatte, og videre ved observasjonsstudier, viste at oppgaveorientert lederstil var sterkest assosiert med sykehjemskvalitet (Havig, Skogstad, Kjekshus & Romøren, 2011). I en annen artikkel undersøkes hvilke mekanismer som har betydning for den positive effekten mellom oppgaveorientert lederstil, teamorganisering og sykehjemskvalitet. Med utgangspunkt i de eventuelle mekanismene ønsker man å foreslå en modell for ledelse og organisering av arbeid i sykehjem som sikrer god kvalitet. Her undersøkes forskjeller mellom de åtte beste og åtte dårligste avdelingene. Både kjennetegn ved disse to gruppene og forskjeller mellom gruppene undersøkes for å identifisere potensielle mediatorer. Oppgaveorientert lederstil virket gjennom yrkesetikk, arbeidsmiljø, profesjonalitet og organisasjonsvisjon, det vil si at effekten den oppgaveorienterte lederstilen hadde på sykehjemskvaliteten virket via eller gjennom disse nevnte faktorene (Havig & Hollister, 2018).

«Samskaping» er et nytt begrep knyttet til innovasjonsprosesser, og representerer en annen type styringsforståelse der «empowerment» og demokratisering er sentrale begreper. Dette har konsekvenser for utøvelse av ledelse som kan handle om å tilrettelegge for parter som samarbeider på tvers av organisatoriske grenser og hvor deltakernes forskjellighet skal gi synergi. Det introduseres begrep som «koblende ledelse» og ledelse som understøtter samskaping i praksis (Tortzen, 2019). Tortzen (2019) beskriver syv sentrale ledelsesbegreper knyttet til samskaping og inndeler disse i «Hands-off» ledelsesgrep, rammesettende og «Hands-on» eller fasiliterende ledelsesgrep. Ledelse av innovasjonsprosesser kan bety «ledelse uten myndighet overfor alle deltakerne», men at man søker likeverd mellom ulike typer kunnskap. Relasjoner, åpenhet og tillit er avgjørende for resultatet.

3.4 MEDVIRKNING, DELTAKELSE OG BRUKERMEDVIRKNING

Medvirkning, deltakelse og brukermedvirkning er tre sentrale prinsipper for reformen som skal ligge til grunn for alle valg og implementeringer. Vi vil i dette kapitlet se disse prinsippene i sammenheng med medvirkning og deltakelse for ansatte, brukere og pårørende. Dette avsnittet bygger på den nylig utgitte Kunnskapsoppsummeringen; Medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgssektoren (Solstad & Sudmann, 2019).

3.4.1 MEDVIRKNING OG DELTAKELSE FOR ANSATTE

Ansattes deltakelse og samarbeidet mellom partene i norsk arbeidsliv blir dekket gjennom en rekke begrep. I NOU 2010:1 blir begrepene «bestemmelse, medvirkning, innflytelse, medinnflytelse, selvbestemmelse, informasjon, drøfting, forhandling, konsultasjon og bedriftsdemokrati» brukt (1:15). Disse begrepene er til dels overlappende, og til dels viser de til ulike måter for hvordan samhandling mellom arbeidsgiver og arbeidstaker foregår.

«Vidt definert kan en si at bedriftsdemokrati eller medbestemmelse omfatter alle tiltak som gir ansatte innflytelse på alle plan i virksomheten, fra fastsetting av virksomhetens overordnede mål til de løpende avgjørelser i tilknytning til den enkeltes daglige arbeid og innsatsvilje» (8:17).

I dag er det enighet om at både individuell og representativ deltakelse er selvsagt i et moderne arbeidsliv. Gjennom individuell og representativ deltakelse skal arbeidsgiver legge til rette for og bidra til at det blir etablert et produktivt fellesskap til beste for alle parter, som igjen kan forhindre eller dempe konfliktsituasjoner. Videre skal det være rom for ansatte sin individuelle utvikling, og selvrealisering skal sikres gjennom individuell deltakelse. På samme tid skal representativt samarbeid sikre at alle arbeidstakere har samme handlingsrom, og at goder og ulemper blir fordelt på en rettferdig og lovlig måte. Deltakelse er en nødvendig og selvsagt del av et demokratisk og effektivt arbeidsliv (NOU 2010:1).

Ansatte sin deltakelse i styring av egen arbeidssituasjon og arbeidsplass har tradisjonelt hatt en todelt begrunnelse:

- Deltakelse er et ledd i demokratisering av det norske samfunn og bygger på rettferdighets- og likhetsnormer.
- Deltakelse er effektivt for virksomhetens drift fordi ansatte sin innsats og kompetanse er avgjørende for virksomhetens produktivitet.

Individuell og representativ medvirkning er begge viktige deler av det norske systemets evne til å skape effektivitet, personlig utvikling og legitime kompromiss, basert på alle sin rett til å delta. Dette er målsetninger som i liten grad er kontroversielle i den norske debatten. Uenigheten går ikke mellom tilhengere og motstandere av standarder for deltakelse, men dreier seg i stor grad om *hvordan systemet bør innrettes for å oppnå de felles målsettingene*. En rekke studier både nasjonalt og internasjonalt har vist at det i dag primært er effektivitetsargumentene som blir brukt i debatten (NOU 2010:1).

Deltakelse og medvirkning er nødvendig for å oppnå den felles målsettingen om god arbeidslivhelse, hindre ekskludering, fremme effektivitet og demokrati i arbeidslivet. Effektivitet viser her til det å få gjort mest mulig av det som er vesentlig, og at en får mest mulig igjen for innsatsen. Organisering, ledelse og kultur virker inn på ressursbruken. I offentlig sektor er *endringer* ofte knyttet til nye samarbeidsformer mellom offentlig og privat sektor, digitalisering, og tiltak for å redusere kostnader og få mer ut av ressursene. Evne og vilje til omstilling er avgjørende for organisasjonens effektivitet. Flere studier av organisasjonskultur viser at det er en rekke fellestrekk i kulturer som har høy effektivitet; medbestemmelse og involvering, samstemmighet og konsistens, det å kunne tilpasse seg kjente og erkjente formål.

3.4.2 BRUKERMEDVIRKNING

Når det gjelder pasient- og brukermedvirkning skilles det mellom medvirkning på system- og individnivå. Det er utarbeidet flere kunnskapsoppsummeringer om brukermedvirkning på individnivå. Et eksempel på brukermedvirkning på systemnivå er når brukerorganisasjoner har representanter i sykehusstyrer eller egne råd, for eksempel eldrerådene i kommunene. Det er viktig å finne gode modeller for medvirkning på ulike nivå. Med effektivt samarbeid menes felles vilje til å endre arbeidsmåter og finne nye løsninger. Fundamentet for samarbeid er høy grad av tillit, gjensidighet og respekt. Nye løsninger krever tid og rom for refleksjon rundt «hvordan tingenes tilstand er» og «hvordan komme videre». I reformen inkluderer brukermedvirkning også en mobilisering på tvers av sektorer i tillegg til lokalmiljø, sivilsamfunn og næringsliv.

Det finnes to kunnskapsoppsummeringer i Omsorgsbiblioteket om

brukermedvirkning. Den ene handler om brukermedvirkning i demensomsorgen (Sørly, 2017) og den andre om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid (Klausen, 2016). Fra kunnskapsoppsummeringen om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid konkluderes det med at norske kommuner har hatt mest oppmerksomhet på brukermedvirkning på systemnivå. Mye av brukermedvirkningen i praksis skjer imidlertid som individuell tilpasning i relasjonen mellom brukere og kommunale tjenesteytere. Det er behov for å arbeide mer systematisk med implementering av brukermedvirkning på individuelt plan i kommunene. Videre er det et behov for flere ansettelser av brukere med egenerfaring. Dette krever blant annet gode utdanningsforløp for brukere som ønsker å arbeide som erfaringskonsulenter eller medarbeidere med brukererfaring, og etablering av rutiner for ansettelser i kommunene. Det er også nødvendig med mer oppmerksomhet på brukernes medvirkning i kommunale utviklingsprosjekter og i forskning. Kunnskap om brukermedvirkning er nødvendig og nyttig i de kommunale tjenestene, og medvirkning bør derfor inn som en mer sentral del av opplæring, utøvelse, utdanning og forskning. Det er et økende behov for brukermedvirkning for å kunne øke kvaliteten i det psykiske helsearbeidet (Klausen, 2016).

I kunnskapsoppsummeringen om brukermedvirkning i demensomsorgen (Sørly, 2017) konkluderes det med at kommunene har rettet lite oppmerksomhet mot brukermedvirkning på dette området. Det beskrives utfordringer med at pårørende alene har påtatt seg ansvaret for pasienter i hjemmet over for lang tid. Ofte meldes eller registreres behovet for hjelp sent i sykdomsforløpet. Når pasienten først får tilbud om sykehjemsplass, er behovet for hjelp kommet langt. Ved inkomstsamtaler i sykehjem innkalles som regel ikke pasienten selv, men de pårørende. Pasienten får da ikke anledning til å uttrykke egne ønsker og behov ved en sykehjemsplassering. Det er tendenser til holdninger som ekskluderer pasienter både med og uten samtykkekompetanse fra å delta mer aktivt i tjenestene som mottas. Oppmerksomheten har vært knyttet mest til brukermedvirkning for pårørende. Brukermedvirkning i helsepolitikken skjer på systemnivå, men det er særlig i den individuelle tilpasningen, i relasjonen mellom brukere og kommunale tjenesteytere, at det er store behov. Det er nødvendig å arbeide mer systematisk med å implementere brukermedvirkning i demensomsorgen på individuelt nivå i kommunene. Et annet, og helt grunnleggende krav, er en *holdningsendring* i fagfeltet. Internasjonale studier, særlig fra Storbritannia, viser at personer med demens kan delta i sine egne tjenestetilbud og medvirke på en god og meningsfull måte. Norge ligger etter i denne utviklingen (Sørly, 2017). Utfyllende informasjon og metoder finnes knyttet til gjeldende lovgivning (<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>).

3.4.3 BRUKERMEDVIRKNING I HELSETJENESTER FOR ELDERE

I arbeidet med Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) ble det lagt stor vekt på dialog med, og innspill fra, pasienter og brukere. Det ble avholdt innspills-møter underveis. Ulike bruker- og interesseorganisasjoner, herunder Norsk pensjonistforbund og Statens seniorråd, ble invitert til å holde innlegg knyttet til hva de anså som de største utfordringene, hvordan disse kunne møtes, og hvilke tiltak kommunene burde iverksette sett fra deres ståsted. Et av flere budskap var at det er for lite brukerinvolvering. Det heter i meldingen at «en fremtidsrettet tjeneste er en tjeneste som tar beslutninger i samråd med brukerne, som er opptatt av hva som er deres mål, behov og ønsker for

eget liv, og som legger dette til grunn for hvilke tjenester som leveres og hvordan de er utformet» (kap.2).

Johannesen og Steinhaug (2019) skriver i sin innledning til artikkelen; Brukermedvirkning i helsetjenester for eldre, at kommunikasjon er en vesentlig del av helsearbeid og en betingelse for at pasientene skal føle seg hjulpet. De hevder videre at å lytte til pasientene er helsepersonells viktigste tilgang til pasientens plager og bekymringer. Likeverdig samhandling er idealet, og i dag er brukermedvirkning – pasientens medvirkning i samhandlingen – et selvfølgelig ideal og en lovfestet rettighet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Loven (§3-1) sier «Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder». Retten til brukermedvirkning omfatter alle helse- og omsorgstjenester i Norge, og rettighetene inngår i alle overordnede styringsdokumenter og planverk. Begrepet «bruker» har vært i vanlig bruk fra 1980- tallet og «brukermedvirkning» fra 1990-tallet. Innen velferdssektoren er det generelle argument for brukermedvirkning å endre maktfordelingen mellom tjenesteyter og -mottaker På individnivå dreier brukermedvirkning seg om muligheten og retten til å påvirke hjelpe- eller behandlingstilbudet i de individuelle hjelperelasjonene.

St. Meld 34 (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 1997) knytter brukermedvirkning til at brukere av helse- og omsorgstjenester får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet. I St. Meld 16 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), beskrives brukermedvirkning som det å sette brukerens behov i sentrum. Brukermedvirkning skjer når brukerne er aktive deltakere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak.

Johannesen og Steinhaug (2019) stiller i sin studie spørsmål om brukermedvirkning bør være en selvfølge i dagens helsevesen, og om hvordan det erfares i praksis. Studien ble gjennomført i to kommunale, akutte døgnenheter og i åtte samarbeidende kommuner. Kvalitative intervju ble gjennomført med 12 pasienter, 8 pårørende og 40 helsepersonell. Resultatet viste at pasienters deltakelse i beslutningsprosesser som angår eget hjelpetilbud knapt forekom. Innen de enkelte ansattes fullmaktsområde ble det sett få muligheter for å oppfylle pasientenes ønsker fordi institusjonsplasser og hjemmetjenesteressurser var begrenset. Pasienter og pårørende snakket ikke om manglende brukermedvirkning, men ofte om behov de ikke fikk dekket. Ansatte beskrev brukermedvirkning som det å gi god informasjon og å lytte respektfullt til pasienten. Hjemmetjenesten knyttet brukermedvirkning primært til å aktivisere de eldre og å gjøre dem selvhjulpne. Studien konkluderer med at brukermedvirkning ikke er veletablert innen kommunal eldre-helsetjeneste. Begrensede ressurser gir ansatte lite handlingsrom og pasientene få muligheter for å velge tjenestetilbud. Hjemmetjenestens sterke fokus på aktivitet og selvhjulpnehet utfordrer det å ivareta brukermedvirkning. Pasienten kan knapt velge ikke å bli selvhjulpne og uavhengig. Aktivitetsideologien kan forsterke vår tids tendens til å knytte verdighet til uavhengighet og selvhjulpnehet.

3.4.4 PÅRØRENDES ROLLE

Et av målene i reformen knytter seg særlig til at pårørende ikke skal bli utslitt og at de kan yte en jevn innsats for sine nærmeste. Pårørendeprogrammet 2020, Program for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk 2014–2020, er en del av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Programmet har som mål å synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende og bedre samspeilet mellom

helse- og omsorgstjenesten, brukerne og deres nærmeste. Det heter at pårørende som tar vare på sine nærmeste, skal bli møtt av offentlige tjenester som arbeider sammen med dem, veileder og støtter dem og gir avlastning når de trenger det og at fremtidens tjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. Pasienter, brukere og pårørende skal være like viktige som fagfolk og politikere i det videre endringsarbeidet.

Helsedirektoratet har gitt ut en egen pårørendeveileder som handler om involvering av og støtte til pårørende i hele helse- og omsorgstjenesten. Veilederen beskriver pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter og gir anbefalinger om god praksis (<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/om-veilederen>).

Johannessen, Tretteteig, Molvik & Langballe (2017) har gjennomført en kunnskapsoppsummering hvor målet var å kartlegge behov og eksisterende tjenester for pårørende til eldre som grunnlag for anbefalinger om tiltak som kan være med å støtte og underlette hverdagen til denne voksende gruppa av pårørende. Et av hovedfunnene var at pårørende til eldre er en sammensatt gruppe, med ulik bakgrunn og forutsetninger i rollen som pårørende, hvorav mange er i jobb. Videre viser denne kunnskapsoppsummeringen at pårørende ofte opplever at deres behov for informasjon, involvering, samarbeid og støtte fra helsetjenesten ikke imøtekommes. Majoriteten av studiene i denne kunnskapsoppsummeringen er gjennomført blant pårørende som har sine eldre bosatt på institusjon. Rapporten avsluttes med en rekke konkrete anbefalinger (Johannessen et al., 2017, s. 33-34). I reformen inkluderer brukermedvirkning også en mobilisering på tvers av sektorer i tillegg til lokalmiljø, sivilsamfunn og næringsliv.

3.5 LEDELSE OG DELTAKELSE

Dette avsnittet bygger på den nylig utgitte kunnskapsoppsummeringen; Medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgssektoren (Solstad & Sudmann, 2019). Kunnskapen som kommer fram er primært basert på ansattes perspektiv om hva som er viktig knyttet til ledelse, medvirkning og deltakelse i endringsarbeidet. Avslutningsvis har vi supplert med et avsnitt om utviklingsarbeid, nettressurser og prosjekterfaringer med fokus på fremmende og hemmende faktorer for endring.

3.5.1 ET EFFEKTIVT ARBEIDSLIV

Forskningsbidragene i kunnskapsoppsummeringen viser hvordan endringer i tjenesteorganisering, innføring av nye rutiner og prosedyrer, eller innføring av digitale eller tekniske løsninger påvirker arbeidsdagen for ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Opplevd medvirkning og deltakelse påvirker indre motivasjon, engasjement og effektivitet. Det å være del av en faglig og organisatorisk utvikling stimulerer autonomi og trivsel. Ledelsens evne til å legge til rette for medbestemmelse, innovasjon og endring er svært relevant også når det gjelder ressursbruk. Involvering, deltakelse, tydelig kommunikasjon og hvordan endringsprosesser gjennomføres har stor betydning for om tjenestene er effektive eller ikke.

Å sørge for stort nok handlingsrom når det gjelder myndighet og ansvar fremmer gode tjenester til fornuftig kostnad. Gjennom dialog og samhandling kan ansatte dele gode erfaringer og få kunnskap om hva som er de lokale utfordringene. Likedan fremmer kjennskap til styringsapparat og beslutningsprosesser også effektivitet. For

mye oppsplitting av arbeidsoppgaver i organisasjonene *hemmer* effektive tjenester. Detaljstyring og kontroll hemmer medvirkning, deltakelse og arbeidsflyt. Innkjøp og implementering av nye rutiner, prosedyrer eller andre teknologiske løsninger uten medvirkning avgrensar ofte fleksibilitet og persontilpasset tjenesteutforming. Ulik kultur kan både hemme og fremme deltakelse, det avgjørende ser ut til å være hvordan ledelsen håndterer ulike kulturer, konflikter og ulikheter. I organisasjoner der ledelse er bygget på medvirkning og tillit blir det skapt effektive tjenester i større grad enn i organisasjoner som har et lederskap preget av kontroll og lydighet. Ansatte og innbyggere må involveres i planlegging før nye rutiner, prosedyrer eller teknologiske løsninger blir tatt i bruk. Prosessen krever ledere eller tilretteleggere av endringsprosesser som fremmer samhandling mellom ledere og tilsatte, mellom tilsatte, og mellom tilsatte og innbyggerne (Solstad & Sudmann 2019).

3.5.2 ET DEMOKRATISK ARBEIDSLIV

Dette avsnittet viser hva forskningen konkluderer med når det gjelder ansattes medvirkning og brukermedvirkning ut fra et demokratisk perspektiv. Gapet mellom opplevd medvirkning og lovens krav om reell medvirkning og deltakelse kan i større grad oppfylles ved å legge til rette for demokratisk ledelse.

Studiene som ble gjennomgått i kunnskapsoppsummeringen gikk dypere inn i hvordan reguleringen i det norske arbeidslivet har utviklet seg og hvordan dette har endret seg siden 2000 tallet. Ansatte i den kommunale helse- og omsorgssektoren har i hele denne perioden opplevd svak medvirkning både når det gjelder organisering av arbeidet og plan og strategiarbeid. Helt siden 60- årene har ansatte opplevd medvirkning i eget arbeid, men dette har endret seg de siste årene. Resultatene viser at ansatte nå opplever mindre grad av medvirkning på alle områder og helse- og omsorgssektoren er en av de sektorene som opplever minst medvirkning sammenlignet med andre. Dette gjelder både representativ (tillitsvalgte og verneombud) og direkte medvirkning. Ansatte deltar ikke lenger på de arenaer der viktige avgjørelser blir tatt. Mange ansatte innen kommunale pleie- og omsorgstjenester opplever at utviklingen går i en mer autoritær retning (Medbestemmelsesbarometeret, 2019).

Kunnskapsoppsummeringene vi har gjennomgått viser at det er store forventninger til og et økende krav til brukermedvirkning. Brukermedvirkning har i praksis fått lite oppmerksomhet, men det jobbes for å legge til rette for dette i større grad enn før. Mange brukergrupper føler seg ekskludert og tilsidesatt i beslutningsprosesser. Demokratisk ledelse bygger på dialog og samhandling. Arenaer for diskusjon, meningsutveksling og refleksjon er derfor nødvendige, samt delegering som innebærer rom for handling og balanse mellom ansvar og myndighet som fremmer åpenhet, vilje og evne til å delta. Kunnskap om rettigheter og plikter, og dialog mellom alle aktører, fremmer et demokratisk arbeids- og samfunnsliv. Det er fremmede at ledere sammen med tillitsvalgte og verneombud har kunnskap om demokratiske ordninger i arbeidslivet, slik at de kan tilrettelegge for medvirkning internt og reell brukermedvirkning.

Organisasjoner med ansatte med liten grad av autonomi og som jobber i utrygge og eller midlertidige jobber hindrer reell medvirkning i arbeidslivet, og ansatte som opplever dette er også mer skeptiske til å varsle om kritiske hendelser, noe som er hemmende for et demokratisk arbeidsliv. Hemmende faktorer for god ledelse kan også være at myndighet til å ta avgjørelser bare i liten grad blir delegert nedover i

organisasjonen, at handlingsrommet til å utøve skjønn er mindre, og at kunnskapen om demokratiske samarbeidsordninger i arbeidslivet er svak, upresis og omtrentlig. Innføring av fagsystem etterfulgt av kontroll – og detaljstyring virker hemmende. Kunnskap om demokratiske arbeidsmetoder og arbeidsdeling må tas aktivt i bruk, noe som legger grunnlaget for samarbeid internt og eksternt (Solstad & Sudmann 2019)

3.5.3 ET INKLUDERENDE ARBEIDSLIV

Resultatene fra kunnskapsoppsummeringen viser at inkluderende ledelse er en viktig faktor for å redusere frafall og utstøting i arbeidslivet, samt bidra til inkluderende lokalsamfunn. Helse- og omsorgssektoren er en risikoutsatt næring med særlig stort sykefravær. Det er en sammenheng mellom helseplager, sykefravær og liten grad av medvirkning og deltakelse. Mye god inkluderingsledelse er gjort i kommunene, men det står en del arbeid igjen for å realisere potensialet.

Partsarbeid mellom organisasjonene i arbeidslivet og staten fremmer fokus på arbeidslivshelse, og pålegger partene å arbeide systematisk med å redusere sykefravær, øke arbeidsnærvær og redusere tidlig avgang fra arbeidslivet. Systematisk opplæring og tilrettelegging og felles arenaer for å kunne medvirke er avgjørende. Alle parter har plikt og rett til å delta og medvirke for å sikre et inkluderende arbeidsliv. Omorganiseringer, endringer i arbeidsdeling, endrede strukturelle og økonomiske betingelser utfordrer arbeidet med inkluderende arbeidsliv (IA) og kan virke hemmende for god ledelse. Små stillingsbrøker og skiftarbeid kan være hemmende for et deltakende arbeidsliv, og kan i seg selv føre til dårlig arbeidslivshelse. En hemmende faktor er at IA-arbeidet ikke alltid er integrert i de ordinære medvirkningsprosessene på organisasjonsnivå.

IA-avtalen inneholder verktøy for samarbeid og samspill i arbeidslivet. HMS og IK-verktøy kan og bør tas i bruk. Tillitsvalgte, verneombud og ansvarlige for fag- og organisasjonsutvikling har rett og plikt til å delta i og å legge forholdene til rette for helsefremmende og inkluderende arbeidsbetingelser. Et inkluderende arbeidsmiljø er nødvendig for å lede arbeidet med medvirkning ellers i lokalsamfunnet (Solstad & Sudmann 2019).

3.5.4 UTVIKLINGSARBEID, NETTRESSURSER OG PROSJEKTERFARINGER

30 ulike masteroppgaver fra 16 ulike masterprogram ble gjennomgått av forskerne i kunnskapsoppsummeringen. Felles for studiene er at de på forskjellig måte viser fremmende og hemmende faktorer for endring og konsekvenser for et deltakende arbeidsliv i sektoren. Studiene bidrar dels til å støtte annen forskning på feltet, og til å utvide kunnskaps- og erfaringsgrunnlaget for anbefalingene denne rapporten kommer med.

Studiene viser at tillit, respekt og aksept mellom ansatte og ledere ser ut til å være en forutsetning for å få til deltakelse og samhandling på arbeidsplassen. Dialog og samhandling som endringsmetode og ledere som er åpne for nye ideer er viktige suksessfaktorer. Forankring både i ledelsesnivå og hos de ansatte er viktig når nye ideer blir fremmet. Når ansatte får anledning til det kan de bedre sine arbeidsfellesskap, bidra med å ta beslutninger i saker som har med eget arbeid og gjøre, bidra i organisering, og med plan- og strategiarbeid. Manglende strukturell myndighet og handlingsrom, samt manglende reell delegering og balanse mellom makt og myndighet hemmer reell deltakelse fra ansatte og brukere/innbyggere. Svak kompetanse på retter og plikter, liten

tid, manglende organisering av tverrfaglig opplæring skaper barrierer for god utføring av ledelse. Reell medvirkning og deltakelse er vanskelig i få til i kontrollkulturer og i top-down prosesser.

I mange av masteroppgavene er det vist til endringsmetoder, teori, forsøk og program som er effektive, demokratiske og inkluderende. Eksempler på dette er Dialogisk Endringsteori (Freire, 2014) Rettferdige prosesser (Kim & Mauborgne, 2003), Samveis (<https://www.difi.no/fagomrader-og-tjenester/innovasjon/hvordan-jobbe-med-innovasjon/verktoy-og-metoder/samveis-vegart-tenesteinnovasjon>) og Idebanken (<https://www.idebanken.org/>).

Avslutningsvis i kunnskapsoppsummeringen gikk forskerne gjennom ressurser og prosjekterfaringer. De konkluderer med at kunnskap om demokratiske arbeidsmetoder og arbeidsdeling må tas aktivt i bruk, noe som legger grunnlag for samarbeid internt og eksternt. Forskningsbaserte metoder som fremmer medvirkning og deltakelse er for eksempel: *Participatory practice* (Ledwith and Campling, 2005), *Community development* (Ife and Tesorieiro, 2010) og *samfunnsarbeid som endringsmetode* (Breivik & Sudmann 2015). Flere av masteroppgavene viser også til at metoder som for eksempel «Design Thinking», kan tas i bruk. For at metodene skal virke demokratisk, må deltakerne delta i hele prosessen, ikke bare i deler av den. Medvirkning og deltakelse betyr at ansatte og brukere av tjenestene må involveres i planlegging før nye rutiner, prosedyrer eller tekniske løsninger blir tatt i bruk. Prosessen krever at ledere og tilsatte sammen legger til rette for endringsprosesser som fremmer samhandling internt og mellom ansatte og innbyggerne.

3.6 VERKTØY OG VIRKEMIDLER

Det har vært tatt initiativ til ulike tiltak fra myndighetenes side for å styrke lederkompetansen i norske kommuner (Omsorg 2020, Kompetanseløftet 2020, KS). Vi vil her vise til de mest sentrale.

3.6.1 LEDEROPPLÆRING

Det er opprettet en nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, som er et samarbeid mellom KS og Helsedirektoratet og Handelshøyskolen BI. Utdanningen har fokus på ledelse, endring og innovasjon, og passer for enhets- og virksomhetsledere i kommunesektoren. Innholdet i utdanningen er: ledelse og samhandling i kunnskapsorganisasjoner, organisasjonskultur og gruppedynamikk, ledelse av innovasjon og endring, strategisk forvaltning og utvikling av kompetanse, ledelse og økonomi, styring i offentlig forvaltning og jus, internkontroll og etikk (<https://www.bi.no/globalassets/studier-og-kurs/executive/helsemaster/folder-helseledelse-2019.pdf>). Et viktig siktemål med utdanningen er å øke ledernes handlingskompetanse og evne til innovasjon og endring for å øke handlingsrommet i eget arbeid.

3.6.2 GUIDE TIL GOD LEDELSE OG MEDARBEIDERUNDERSØKELSE

I kommunal sektor kan det være en utfordring å samordne lederskapet på tvers av sektorer. Hver sektor har sine «allianser» knyttet til sektorpolitikere, brukerinteresser og profesjonsinteresser. Kommunenes Sentralforbund (KS) har utarbeidet en «Guide til god ledelse» der det heter at «God ledelse handler om å vise gjennomføringskraft,

mestre styring, være tydelig i rollen som leder og legge til rette for mestring og motivasjon hos medarbeiderne. I tillegg er det viktig å bygge en kultur for nyskaping og læring, godt arbeidsmiljø og høy etisk bevissthet (https://www.ks.no/contentassets/e4db465fo5944806a5544d7fd6fc6025/ks_guide-til-god-ledelse_low-res-nettversjon_f4r.pdf).

KS har utviklet medarbeiderundersøkelsen 10 faktor. Undersøkelsen vektlegger blant annet egenmotivasjon og autonomi. Det vises til at tap av autonomi kan føre til tap av indre motivasjon og dårligere ytelse, særlig når oppgavene krever fleksibilitet, kreativitet og kompleks kompetanse. Det heter videre at «Undersøkelsen støtter opp om en arbeidsgiverpolitikk som setter ledere og medarbeidere i sentrum, og som ser de menneskelige ressursene som grunnlag for utvikling av gode tjenester for innbyggerne. Muligheten for å påvirke utformingen og utvelgelsen av nye løsninger gir en følelse av eierskap som reduserer implementeringsmotstanden. Spredning av nye løsninger styrkes gjennom samarbeid i sosiale og profesjonelle nettverk» (<https://www.ks.no/fagomrader/barn-og-unge/ks-led/fagstoff/10-faktor---beskrivelse-av-de-ti-faktorene/>).

3.6.3 STRATEGISK KOMPETANSEPLANLEGGING

KS har utviklet et verktøy for strategisk kompetanseplanlegging. Det bygger på en modell som beskriver hvordan kompetanse kan bygges og følges opp gjennom rullerende planer og evaluering.

Kilde: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/verktoy---strategisk-kompetanseplanlegging/>



3.6.4 PÅRØRENDEVEILEDER

Helsedirektoratet har utarbeidet en egen pårørendeveileder med et omfattende opplæringsmaterieell (<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>).

3.6.5 RESSURSPORTALEN

Ressursportalen er et styringsverktøy som er utviklet for særlig å bidra til analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten i kommunene, samt andre relevante områder som eksempelvis Plan- og bygningsloven. Her finnes relevant styringsinformasjon,

analyseverktøy og metoder som er nyttig i planlegging av tiltak knyttet til alle innsatsområdene i reformen og et mer aldersvennlig Norge. Under hvert av innsatsområdene ligger mye nyttig informasjon og statistikk som kan benyttes i arbeidet med å analysere nå-situasjonen og å sette mål som grunnlag for planlegging og evaluering av ulike tiltak (<https://www.ressursportal.no/>).

3.6.6 FORSKRIFT OM LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING

«Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.» Forskriften skal bidra til å gi den som har det overordnede ansvaret for virksomheten et godt verktøy for systematisk styring og ledelse, samt kontinuerlig forbedring. Det er utarbeidet en egen veileder til lov og forskrift (<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>).

4 KVALITET

Formålet med reformen er en forbedret kvalitet på de kommunale tjenestene til eldre. Kvalitet er et begrep som ofte er brukt i vanlig dagligtale. Det finnes ikke en felles forståelse av hva kvalitet og god kvalitet innebærer, men mange ulike forklaringsmodeller som både er individ- og situasjonsavhengig. Vi vil i dette kapitlet diskutere kvalitetsbegrepet sett i forhold til innhold, kvalitetskrav, virkningsfulle, trygge og sikre tjenester, brukerinvolvering, samordning, tilgjengelighet og rettferdighet.

4.1 HVA ER GOD KVALITET?

Reformen bekrefter og understreker en allmenn oppfatning av at tjenestetilbudet til eldre skal være mer enn en minimumstjeneste. Uavhengig av bosted, hjem eller institusjon, skal tilbud og tilrettelegging ha god kvalitet og ivareta eldre personers komplekse behov. Samtidig er det ikke gitt at målet, altså hva som er god kvalitet, forstås likt eller er statisk, verken blant brukere, politikere eller de som arbeider i tjenestene. Det å oppnå en felles forståelse av hva som er god kvalitet ses derfor som en viktig forutsetning for å kunne utvikle tjenesten. God kvalitet skal sikre at eldre kan leve gode liv og få dekket sine grunnleggende behov. For å forstå behovsbegrepet og hva et godt liv innebærer finnes det både objektive og subjektive tilnærminger (Ytrehus, 2013). Begge tilnærmingene har sine begrensninger. Premisset i den objektive forståelsen er at kunnskap om menneskers behov framskaffes gjennom vitenskapelige metoder, og at ekspertenes kunnskap er det som gjør det mulig å konstruere riktige tjenestetilbud. I en subjektiv forståelse blir derimot behov sidestilt med de ønskene eller preferansene som den enkelte til enhver tid har eller gir uttrykk for. Behovene da vil variere individuelt, i befolkningsgrupper og kulturer (Ytrehus, 2013).

Bedømmelse av kvalitet og utviklingen av tjenestetilbud legger i dag stor vekt på brukernes egne stemmer. Samtidig er det flere grunner til at det er nødvendig å supplere personenes egen forståelse av kvalitet med andre perspektiver. Dette kan handle om variasjoner i den enkeltes kunnskapsnivå (både om helse og hva som finnes av tjenestetilbud), formidlingsevne og om hvordan ønsker kan være formet gjennom sosialisering og psykologiske mekanismer (forholdet mellom forventninger og ønsker). Andre innvendinger handler om at det kan være vanskelig for brukere å fremme egne interesser eller være kritiske til omsorgssystemer som de er avhengig av. Den subjektive tilnærmingen kritiseres for å representere et smalt teoretisk rammeverk og kan også ses som problematisk i spørsmål om rettferdig fordeling av velferdsgoder. Å kombinere subjektive vurderinger med objektive kriterier foretrekkes derfor når god kvalitet skal defineres (Ytrehus, 2013). Norske helsemyndigheter kombinerer både subjektive og objektive kriterier for kvalitet i kravene til helse- og omsorgstjenesten.

4.2 KVALITETSKRAV TIL HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Uavhengig av nivå, eller om det er privat eller offentlig sektor som tilbyr og yter helse- og omsorgstjenester, skal tjenestene være forsvarlige. Dette betyr at kvaliteten på tjenesten skal ligge på et visst nivå. Hva som menes med et visst nivå er forsøkt tydeliggjort og regulert gjennom lover og forskrifter. For de kommunale tjenestene er det i tillegg til Lov om kommunale helse -og omsorgstjenester fem forskrifter som direkte eller indirekte omhandler kvalitet: Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns pleie og omsorg, Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste, Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten, Forskrift om en verdig eldreomsorg, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Helse- og omsorgstjenester av god kvalitet er definert som:

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

Kvalitetskravene som settes til helse og omsorgstjenesten innebærer en bred forståelse av kvalitet. Det er imidlertid vanskelig til enhver tid å gi et helhetsbilde av om tjenesten innfrir målene. Det er derfor utviklet kvalitetsindikatorer som tjenesten kan måles etter. Det er vanlig å dele inn i tre typer indikatorer: strukturindikatorer, prosessindikatorer og resultatindikatorer:

- Strukturindikatorer (det som finnes): beskriver helsevesenets rammer og ressurser, herunder helsepersonells kompetanse og tilgjengelighet til utstyr, teknologi og fasiliteter. Indikatorene beskriver med andre ord forutsetningene og rammene for forebygging, diagnostikk, behandling, pleie og rehabilitering.
- Prosessindikatorer (det som gjøres): beskriver konkrete aktiviteter i pasientforløp. Indikatoren gir et bilde av i hvilket omfang helsepersonell har utført bestemte prosedyrer, for eksempel forebygging, diagnostikk, behandling, pleie, rehabilitering eller kommunikasjon i pasientforløp. Prosessindikatorer utvikles på grunnlag av referanseprogrammer eller kliniske retningslinjer, dersom de finnes. Prosessindikatorer uttrykker om pasientene har mottatt de ytelse som de bør, ifølge referanseprogrammer og kliniske retningslinjer.
- Resultatindikatorer (det som oppnås): belyser pasientens gevinst i form av overlevelse, symptomatologiske og laboratoriemessige karakteristika, pasientens fysiske tilstand eller psykiske reaksjon på sykdom og tilfredshet med behandling.

Kvalitetsindikatorer kan være til hjelp for å se om det skjer en forbedring, eller bidra til å forklare hvorfor situasjonen er som den er. Helsedirektoratet bestemmer hvilke indikatorer som skal publiseres som nasjonale kvalitetsindikatorer (helsedirektoratet.no). Per november 2019 oppgir denne nettsiden 23 indikatorer for kommunale helse og omsorgstjenester. Nettsiden gir en beskrivelse av den enkelte indikator, fylkesvise resultater og om forbehold ved tolkning.

4.3 TJENESTER SOM ER VIRKNINGSFULLE

Tjenester som er virkningsfulle fører til helsegevinst for individer og befolkningen (WHO, 2018). De fører til at man kan holde seg frisk, kan bli frisk, mestre livet med sykdom eller mestre slutten av livet. Tjenester som er virkningsfulle er basert på relevant, pålitelig og oppdatert forskningskunnskap, systematisk erfaringskunnskap, og pasientens/brukerens erfaring og kunnskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; WHO, 2018). Studier viser imidlertid at helsepersonell ikke alltid bruker den beste tilgjengelige kunnskapen eller benytter forskning i sin praksis (Flodgren, Rojas-Reyes, Cole & Foxcroft, 2012; Boström, Sommerfeld, Stenhols & Kiessling, 2018). For eksempel, kan manglende rutiner og ernæringskompetanse hos ansatte i sykehjem og hjemmetjenester utgjøre en risiko for at ernæringssvikt får utvikle seg over tid (Devik & Olsen, 2019). Arbeid med innsatsområdet mat og måltider vil eksempelvis kunne bidra til mer virkningsfulle tjenester på ernæringsområdet.

4.4 TJENESTER SOM ER TRYGGE OG SIKRE

Tjenester som er trygge og sikre ivaretar pasientens/brukerens personvern og sørger for at sannsynligheten for feil og uønskede hendelser er redusert til et minimum (Stubberud, 2018). Dette krever blant annet at personalet både følger retningslinjer og fagprosedyrer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) og at bemanningen og den administrative støtten er tilstrekkelig (Phelan, McCarthy & Adams, 2018). Pasientsikkerhet har vært et betydelig nasjonalt satsningsområde fra 2011 -2013 med den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender, som gikk over til å være et program i perioden 2014-2018. Pasientsikkerhetsprogrammet opphørte januar 2019, og programmets sekretariat sitter nå i avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet. En rekke kommuner har gjennom perioden arbeidet med forbedringsarbeid innen legemiddelbruk, fall, trykksår, underernæring, tidlig oppdagelse av forverret tilstand og ledelse av forbedringsarbeid (pasientsikkerhetsprogrammet.no). Arbeidet med innsatsområdet helsehjelp har flere løsningsforslag, deriblant *systematisk kartlegging og oppfølging* som skal ivareta pasientenes sikkerhet.

4.5 TJENESTER SOM INVOLVERER BRUKERNE OG GIR DEM INNFLYTELSE

Helse og omsorgstjenester som involverer brukerne ivaretar brukernes autonomi, integritet og erfaringer (Stubberud, 2018). Kunnskap og informasjon er en viktig forutsetning, og dette krever at helsepersonell ivaretar informasjons- og veiledningsbehovet hos brukerne på en tilpasset og tilfredsstillende måte. Pasienter, brukere og pårørende kan ha utfordringer med å fremme sine interesser på grunn av helsesvikt, angst og krisereaksjoner. Dette krever at helsepersonell har evne til å fange opp og forstå den enkeltes situasjon når helsehjelpen skal gis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016b). Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og kan realiseres ved hjelp av en rekke metoder: individuell plan, koordinatorfunksjoner, erfaringskonsulenter eller arbeid gjennom brukerorganisasjoner og frivillige (helsedirektoratet.no).

Kunnskapssenteret (2013) viser til at det er fullt mulig å gjennomføre brukerundersøkelser innenfor det kommunale helse- og omsorgsfeltet. Det finnes et stort antall instrumenter og undersøkelser på området som omfatter både små lokale undersøkelser og store nasjonale undersøkelser. Samtidig er det flere utfordringer ved

å gjennomføre brukerundersøkelser på dette feltet. Dette handler om at store deler av brukergruppen kan ha kognitive eller helsemessige utfordringer som vanskeliggjør deltakelse og at lavt antall deltakere kan medføre stor statistisk usikkerhet når man skal tolke resultatene.

KS har utviklet brukerundersøkelser som kommuner kan bruke for å måle innbyggernes opplevelser av kvaliteten på ulike tjenester. Disse er tilgjengelig gjennom nettportalen til bedrekommune.no. Medvirkning og fokus på brukeres opplevelser er gjennomgående viktig i alle innsatsområdene i reformen.

4.6 TJENESTER SOM ER SAMORDNET OG PREGET AV KONTINUITET

Tjenester som er samordnet og preget av kontinuitet gir stabilitet i behandlingssituasjonen, og forutsigbarhet for pasienter og brukere (Stubberud, 2018). Dette betyr unngåelse av utrygge situasjoner, det å måtte gjenta sine problemer og behov, og det å oppleve at hjelpen ikke følges opp. Sammenheng i tjenestene kjennetegnes av at deltjenestene er satt sammen og koordinert slik at de møter pasientenes behov på en hensiktsmessig måte uansett hvem som har ansvar for den enkelte tjenesten (Helse – og omsorgsdepartementet, 2011). Etter implementeringen av Samhandlingsreformen i 2012 er norske kommunale helse- og omsorgstjenester forventet å skulle håndtere et stadig økende antall pasienter med omfattende behov for tjenester. Skrøplige eldre, skrives ut fra sykehuset med pågående og ofte avansert behandling som de kommunale tjenestene skal følge opp (Grimsmo, 2013). Samtidig øker bekymringen omkring kommunenes evne til å ivareta behovene (Helse og omsorgsdepartementet, 2015a). Utfordringer som begrensede ressurser i form av personell, utstyr og kompetanse er identifisert. Økende antall overliggedøgn og reinnleggelser i sykehus ses også (Helsedirektoratet, 2015). Evalueringer viser at reformen har hatt begrenset betydning for hvordan samhandling oppfattes og håndteres i kommunenes helse- og omsorgstjenester (EVASAM, 2016).

4.7 TJENESTER SOM UTNYTTER RESSURSENE PÅ EN GOD MÅTE

Ressursene i helse- og omsorgstjenesten skal prioriteres og utnyttes slik at pasienten og samfunnet får mest mulig gevinst uten at dette går på bekostning av kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Dette betyr prioriteringer der pasientens behov, sykdommen eller skadens alvorlighetsgrad, forventet nytte og kostnader forbundet med helsehjelp må balanseres. Mye står på spill og riktig prioritering er avgjørende. I NOU 2014:12 heter det at «prioriteringer bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»; følge av klare kriterier; gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning; og gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler» (NOU 2014:12, s. 16). Prioritering bør skje i åpne prosesser hvor tilgjengelig kunnskap blir vurdert, hvor alle argumenter blir lagt fram, alle involverte blir hørt og hvor brukernes innflytelse og andre relevante hensyn veies mot hverandre (NOU:2014). God prioritering krever videre forutsigbarhet og bør følge prinsipper, kriterier og prosedyrer som fellesskapet har bestemt. Ifølge utredningen bør prioriteringsarbeidet bygge på fire hovedprinsipper:

1. Prioriteringer bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»
2. Prioriteringer bør følge av klare kriterier
3. Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning
4. Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler (NOU 14:12,s.18).

I arbeidet med reformen kreves det at kommunene vil måtte gjøre prioriteringer på mange nivå, fra politisk hold til direkte tjenesteutøvelse.

4.8 TJENESTER SOM ER TILGJENGELIGE OG RETTFERDIG FORDELT

Tjenester som er tilgjengelig og rettferdig fordelt innebærer at likebehandlings- og rettferdighetsprinsippet skal ivaretas slik at alle pasienter og brukere har mulighet til å oppnå et godt behandlingsresultat (Stubberud, 2018). Tjenesten må derfor være tilgjengelig og tilpasset pasientens eller brukerens behov gjennom blant annet fysisk tilgjengelighet og kulturell og språklig forståelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

De kommunale tjenestene håndterer ofte behov som er sammensatte og krever innsats fra flere fagpersoner og sektorer. Når bistanden krever individuell tilpasning vil vurderinger måtte baseres på skjønn i tillegg til evidensbasert kunnskap. Fordi skjønnen må tas i bruk er det urealistisk å forvente at den rettslige og uttalte rettferdighetsnormen realiseres fullstendig. Forståelsen av at rettferdighet i de kommunale tjenestene må innebære en bestrebelse på å sikre at *like tilfeller behandles så likt som mulig*, vil være mer realistisk (Bærøe, 2018). Sentrale og lokale helsemyndigheter kan påvirke oppnåelsen av dette gjennom rammebetingelser og beslutningsstøtte. Dette er også et kvalitetskrav som kan gjenfinnes i samtlige av reformens innsatsområder.

4.9 ORGANISERING AV KVALITETSARBEIDET

Tjenestene til eldre som berøres av reformen er tverrsektorielle av natur, og vil derfor berøre kommunen som organisasjon på tvers av organisasjonsmodeller og -kart. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring presiserer den kommunale ledelsens ansvar for at det foreligger styringssystem som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med de krav som er fastsatt i eller i samsvar med helse- og omsorgslovgivningen. Eksempler på dette arbeidet som er relevant for reformen er ansvaret for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Det er administrasjonssjefen som har det overordnede ansvaret for at styringssystemet fungerer slik det skal, men dette ansvaret er ofte delegert og vil variere i organisasjonen sett i forhold til den enkelte ansattes oppgaver og organisering. Kommunestyret har tilsynsansvar og skal gripe inn hvis styringssystemet ikke fungerer. Styringssystemet skal sikre og dokumentere at alle mottar trygge og forsvarlige tjenester sett i forhold til kravene i helse- og omsorgslovgivningen. Herunder ligger kravene om faglig forsvarlighet, krav til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og krav til oppfyllelse av pasientrettigheter. Gjennom styringssystemet skal det fremkomme tydelig ansvars- og oppgavefordeling i kommunen. Dette innebærer at de enkelte ansatte skal være kjent med både eget og andres ansvarsområde (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a).

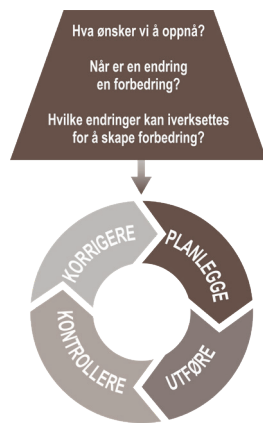
For helsetjenesten ligger det overordnede ansvaret for tilsyn hos Statens helsetilsyn. Helsetilsynet skal ha oversikt over sosiale og helsemessige forhold i befolkningen med særskilt fokus på tjenestenes plikt til å oppfylle rettighetene til utsatte grupper (helsetilsynet.no). Statens helsetilsyn gjennomfører både planlagte og ikke-planlagte tilsyn med spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester. Tilsynene skal involvere pasienter, brukere og pårørende, og prioritere områder som bygger på vurderinger av fare for svikt. Tilsyn skal støtte opp under tjenestens eget ansvar for sikkerhet og kontinuerlig forbedring. Styringssystemet i den enkelte kommune skal representere en internkontroll som inngår i daglig drift og er tilpasset virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, helsedirektoratet.no). Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig. For oppgaver som anses som særlig risikofylte kreves skrevne prosedyrer som aktivt er i bruk og følges opp.

5 LEDELSE OG KVALITETS- FORBEDRING I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Å arbeide prosessuelt med kvalitetsforbedring, bryter med tradisjonen vi har innen helsetjenestene som i stor grad har vært rettet mot å løse problemer eller utfordringer ad hoc, det vi ofte kaller brannslukking. Utfordringen er at effekten av løsninger basert på brannslukking vanligvis er kortvarig (Hartviksen & Sjølie, 2017). Vi vil i det følgende beskrive hvordan en kan se for seg at implementering av reformens innsatsområder kan gjennomføres ved bruk av forbedringskunnskap. Trinnene i prosessen følger kvalitetsmodellen (figur 3) og gjenspeiler også fasene som oppgis i Veilederen til Forskrift om ledelse og kvalitetsarbeid. Innledningsvis presenteres det teoretiske bakteppe for forbedringsarbeid.

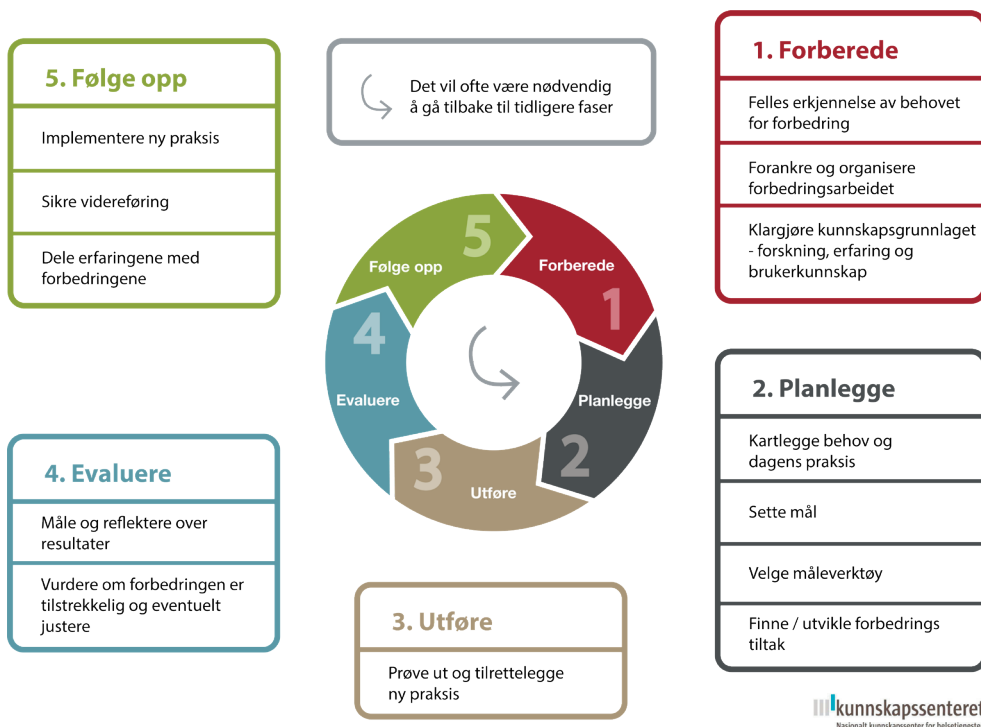
5.1 FORBEDRINGSARBEID

Kunnskapen som ligger til grunn for systematisk og kontinuerlig kvalitetsforbedring ble i hovedsak sammenfattet av Deming (1993) som «The System of Profound Knowledge»: kunnskap som bidrar til forbedringer. Denne kunnskapen beskrives som kunnskap om systemer og prosesser, variasjon, arbeids- og endringspsykologi og erfaringslæring. Deming utviklet en metode for kvalitetsforbedring som ofte er brukt i helsetjenestene: Demings sirkel, også kalt PDSA-sirkelen (figur 2), med elementene: planlegge (Plan), prøve ut (Do), studere (Study) og implementere (Act). Denne modellen er internasjonalt kjent, og anvendt i små og store forbedringsprosesser blant annet i norske helsetjenester.



Figur 2. Demings sirkel.

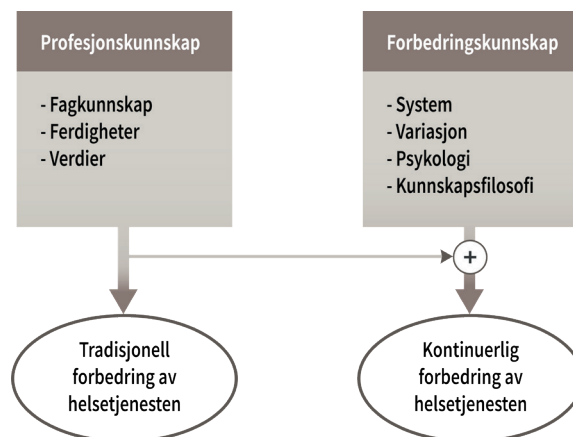
I de norske helsetjenestene ble forbedringskunnskapen først tatt i bruk av nasjonale myndigheter ved den nasjonale strategien for kvalitetsutvikling i helsetjenesten 1995-2001, og den nasjonale strategien for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten «... og bedre skal det bli!» 2005-2015 (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble etablert i 2004 som egen statsetat underlagt Helse- og omsorgsdepartementet med ansvar for å styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger i helsetjenesten og forvaltningen. Et omfattende kunnskapsmaterieell ble utviklet og tilgjengeliggjort, blant annet modell for kvalitetsforbedring og tjenestedesign (figur 3) som bygger på og viderefører Demings sirkel:



Figur 3. Modell for kvalitetsforbedring som bygger på Demings kvalitetshjul. Utviklet av Kunnskapssenteret (nå Folkehelseinstituttet).

Sirkelen viser at forbedringsarbeid ikke er statisk, men en kontinuerlig prosess der forbedringer vokser fram og utvikler seg over tid. Pilen i midten illustrerer at prosessen ofte ikke er lineær/trinnvis, men innebærer at man kontinuerlig kan ha behov for å gå tilbake i prosessen (Konsmo, de Vibe, Bakke, Udness, Eggesvik, Norheim, Brudvik & Vege, 2015).

Litteraturen framhever at forbedringsaktiviteter gjerne skjer i grupper, som avhengig av behov kan være tverrfaglige, innen samme avdeling eller på tvers av avdelinger og funksjoner (Lillrank & Kanō, 1989; Sobek & Smalley, 2008). Kunnskap om hvordan man arbeider med forbedring ses som en komplementær kunnskap til den fagspesifikke kunnskapen (Batalden & Stoltz, 1993).



Figur 4. Modell som tydeliggjør behovet for forbedringskunnskap i helsetjenesten. Batalden og Stolz (1993).

I den nasjonale strategien «... og bedre skal det bli!» (Sosial- og helsedirektoratet, 2006) ble forbedringsarbeid beskrevet med 8 fokusområder: 1. Brukerkunnskap. 2. System og prosesser. 3. Måling og variasjon. 4. Samarbeid. 5. Kunnskap om egen praksis. 6. Gjennomføre og lede endring. 7. Kvalitet og ressursbruk. 8. Integrering av fag- og forbedringskunnskap.

Pasientsikkerhetskampanjen (pasientsikkerhetsprogrammet.no) har fremmet kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Norge siden 2011. Hensikten har vært å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og å forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Pasientsikkerhetskampanjen har igangsatt konkrete forbedringstiltak på en rekke utvalgte innsatsområder i alle deler av helsetjenesten. I dag er både kunnskapscenteret og pasientsikkerhetskampanjen innlemmet i avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Folkehelseinstituttet (folkehelseinstituttet.no), og de nasjonale strategiene for kvalitetsutvikling er videreført og forankret gjennom Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten med veileder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a).

5.2 PLANLEGGE

Før man går i gang med forbedring av innsatsområdene innen reformen bør en bruke tid på å forberede kommunen på arbeidet som kommer. I reformen er det signalisert at denne delen av forbedringsprosessen skal være fokus i 2019. I denne fasen vil det være behov for å reflektere over kvaliteten til tjenestene i egen kommune. Refleksjon handler om å ta et skritt tilbake og se på praksisen utenfra. Hvordan fungerer disse innsatsområdene i vår kommune? Er tjenestene trygge og sikre, virkningsfulle, utnytter vi ressursene godt nok? Er tjenestene tilgjengelige og rettferdig fordelt, samordnet og preget av kontinuitet? Involverer vi brukerne? Etter å ha reflektert over forbedringspotensialet er det tid for å finne ut om tjenestene utføres i tråd med ny og oppdatert kunnskap. Forskning viser at forbedringsprosessen forenkles når endringer er kunnskapsbaserte og vel dokumenterte (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2014). Erfaringsvis

kan refleksjon bli nedprioritert i en hektisk hverdag. Dette vil være uheldig i det lange løp - en får aldri stengt av vannkranen om man er for opptatt med å øse (Hartviksen, Sjølie, Aspfors & Uhrenfeldt, 2018).

Kunnskapsbasert praksis innebærer at man ser forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap som en helhet, tilpasset den aktuelle konteksten (DiCenso et al, 2014). Det vil eksempelvis være nødvendig å undersøke hvorvidt de gode eksemplene i reformen er kunnskapsbaserte, og om de er anvendelig i den enkelte kommunes særskilte kontekst.

Man bør starte med et forbedringsområde som gir synlige resultater. Området bør oppleves som konkret og matnyttig av de involverte. I utgangspunktet kan det lønne seg å ikke tenke for «stort», men starte med et område der man vet det foreligger en motivasjon. Ved å starte enkelt vil det kunne gi positive ringvirkninger til å ta fatt i mer utfordrende områder. Før en starter forbedringsarbeidet må en klargjøre om dette er et område ledelsen ønsker å forbedre, om de vil prioritere å sette av tid og ressurser til forbedringsprosessen, og om forbedringsområdet er i tråd med organisasjonens visjon og virksomhetsplan (Konsmo et al., 2015). Ildsjeler alene kan ikke gjennomføre reformen i en kommune, en er helt avhengig av god forankring i ledelsen som også har et ansvar for å organisere arbeidet, samt sette av de nødvendige ressurser. Det vil ha stor betydning for resultatet at man har troverdige ledere med relevant kompetanse, erfaringer og ferdigheter, som deltar aktivt i endringsarbeidet også gjennom personlig kontakt, er fortrolige med hensikt, mål og innhold i endringsarbeidet, støtter ny praksis på alle nivåer i organisasjonen, er tilgjengelig med råd og veiledning, og har en utadrettet kontakt med politikere, andre tjenester og målgruppene (Ogden, 2019).

I tillegg til forankring i ledelsen vil det være nødvendig å sikre god informasjonsflyt til alle berørte, og involvering av sentrale aktører på ulike nivå i organisasjonen. Målgruppa for involvering i gjennomføringen av reformen vil eksempelvis være politikere, administrativ ledelse, helsetjenestene, brukere, pårørende, frivillige og befolkningen generelt. Etter å ha forberedt implementering av reformen vil i neste trinn innebære å lage en god plan for arbeidet.

Det prioriterte forbedringsområdet bør beskrives av en god problemformulering. Problemformuleringen beskriver det virkelige problemet, forskjellen mellom nåværende og ønsket situasjon. Problemformuleringen må baseres på fakta og være språklig klar. Den må angå mange, og hvis problemet blir løst, skal det være lett å merke forskjellen. Når problemformuleringen er klar, lages ett eller flere tydelige mål. Målene beskriver hva som skal oppnås. Etter at målene er satt velges måleverktøy som passer til målene, deretter planlegges forbedringstiltak som skal føre til måloppnåelse. Et GANTT-diagram som synliggjør de viktigste aktivitetene og milepælene, tids- og ressursbruken, ansvar, rekkefølge, oppstart og beregnet ferdigstillelse (Brudvik, 2010) anbefales som en del av plandokumentet. Forbedringsarbeidet bør planlegges med de ressursene som eksisterer, og med minst mulig bruk av ekstra ressurser. At det aldri «passer» med hensyn til ledig tid og kapasitet er velkjent, men tidspunktet må likevel velges med omhu slik at ikke forbedringsarbeidet kommer opp samtidig med andre store prosjekter (Konsmo et al, 2015).

5.3 GJENNOMFØRE

For å få til en god gjennomføring, eller implementering, av et forbedringsarbeid, er en helt avhengig av at man har hatt en systematisk og grundig planleggingsfase. Gjennomføring av forbedringsarbeidet handler om å få til en deltakende utvikling basert på et positivt menneskesyn, der utgangspunktet er at alle mennesker ønsker samarbeid til felles beste. I denne fasen arbeider man prosessrelatert med hovedprinsippene involvering, deltakelse, personlig utvikling og samarbeid (Konsmo et al, 2015). Lederstøtten bør være dialogbasert og språket holdes i en positiv og motiverende form. Innsats mot personer som har stor innflytelse på arbeidsstedets kultur må prioriteres. Disse personene fungerer ofte som rollemodeller (DiCenso et al, 2014). Brukermedvirkning vil være et sentralt utgangspunkt for alt forbedringsarbeid. Det er også slik at resultatene av forbedringsarbeid blir bedre der en har hatt reell brukermedvirkning i prosessen (Konsmo & de Vibe, 2008).

Forankring og involvering av ledelse og alle sentrale samarbeidspartnere er også en forutsetning for forbedringsarbeidet (Konsmo et al, 2015). Tilrettelegging for forbedringsarbeid krever en ledelsesform som fremmer åpen dialog, utvikling, refleksjon og læring, og en organisatorisk fleksibilitet med rom for at ny kunnskap implementeres i klinisk virksomhet (Hartviksen & Sjølie, 2017). Organisatorisk fleksibilitet innebærer gode styringssystemer og motivasjon for endring. Motivasjon for endring utvikles av involvering, anerkjennelse, variert og utfordrende arbeid, lønn og godt arbeidsmiljø, og øker når organisasjonen har tydelige mål der hensikten og behovet for endring er anerkjent (Jacobsen & Thorsvik, 2002).

Forbedringsarbeidet organiseres på grunnlag av omfang og kompleksitet. Aktive arbeidsmodeller i form av ansvarliggjøring av involverte ressurspersoner, workshops, piloter og planarbeid med tidfestede evalueringspunkter er noen av de anbefalte fremgangsmåtene. På nettstedet til Folkehelseinstituttet (<https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/>) foreligger en rekke praktiske verktøy og metoder til hjelp i gjennomføringsfasen. Det kan lønne seg å etablere et implementeringsteam som er ansvarlige for det konkrete forbedringsarbeidet. Dette teamet må ha kunnskap og kompetanse om intervensjonen og om virksomme implementeringsstrategier, og derfor være strategisk rekruttert på bakgrunn av motivasjon og forutsetninger. Kompetansebygging er en nøkkelfaktor – og bør følges av veiledning og evaluering av praksis. Det er likevel viktig at forbedringsarbeidet også er forankret i den øvrige organisasjonen, og at det gis praktisk-teknisk støtte til problemløsning og gjennomføring (Ogden, 2019). I kommunikasjonsprosessen kan aktiv lytting og teknikker fra motiverende samtale (Barth & Näsholm, 2007) være hensiktsmessige (Hartviksen & Sjølie, 2017).

5.4 EVALUERE

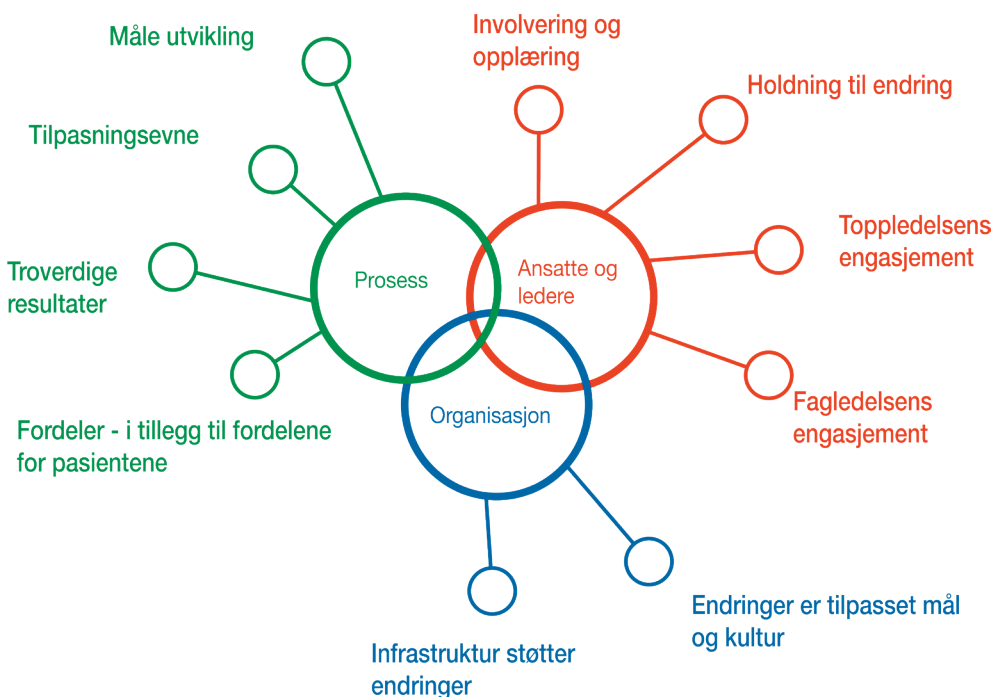
Noen ganger vil man oppdage at endringsarbeidet bør avbrytes, for eksempel hvis det viser seg at endringen likevel ikke er en forbedring. Forbedringsarbeidet kan ha utilsiktede effekter på andre enheter/virksomheter i organisasjonen. Effekten av endringen kan ha vært overvurdert. Det kan ha skjedd en ny utvikling eller omorganisering som gjør at premissene er endret. Situasjoner eller endringer man ikke hadde oversikt over ved oppstart, kan ha kommet til. En må derfor hele tiden kontrollere forbedringsprosessen. Har endringen vært en forbedring? Er forbedringen tilstrekkelig? Er målene nådd? Her anbefales å gjenta målingene som ble gjort i planleggingsfasen, slik at en kan sammenligne. Dersom forbedringen ikke er

tilfredsstillende, kan det være lurt å gå tilbake til forberedelse eller planlegging og vurdere eksempelvis forankring eller organisering (Konsmo et al, 2015).

5.5 KORRIGERE

Dersom de iverksatte tiltakene fungerer tilfredsstillende, er det viktig å sikre at forbedringene opprettholdes over tid. Forbedringene bygges inn i organisasjonens systemer og infrastruktur. Det anbefales å opprette eller oppdatere prosedyrer, opplæringsprogrammer, funksjonsbeskrivelser, omfordele ressurser og sikre rutiner for god kommunikasjon. Det må etableres et system for å kontinuerlig overvåke at ny praksis fortsetter å fungere optimalt. Dette kan gjøres ved å fortsette med målinger så ofte som nødvendig, synliggjøre og drøfte resultatene med ledere, brukere og medarbeidere. Systematisk avvikshåndtering og intern revisjon er andre tiltak som bidrar til kontroll av at kvaliteten på tjenestene vedvarer. Man må stille spørsmålet: Hva må til for at denne praksisen fortsetter i organisasjonen hver gang, og av alle som utfører oppgaven. Det er et lederansvar å sørge for at dette gjøres, samt sørge for at gode resultat overføres til andre forbedringsarbeid. Dersom de iverksatte tiltakene ikke fungerer tilfredsstillende kan det være hensiktsmessig å gå tilbake i prosessen og undersøke hva som kan være årsaken til dette (Hartviksen & Sjølie, 2017).

Kunnskapssenteret (2015), har oversatt de 10 viktigste komponentene for å oppnå vedvarende forbedring kartlagt av National Health Service (NHS) i England. Her har man gjort en tredeling, fordelt på ansatte, prosess og organisasjon, og forsøkt å illustrere hvordan disse nivåene griper inn i hverandre. Sett i forhold til ansatte fremheves involvering og opplæring, holdning og motivasjon, og engasjementet til overordnet og klinisk ledelse. Sett i forhold til selve forbedringsprosessen fremheves dokumentasjonens troverdighet, tilpasningsevne, målt utvikling og oppnådde fordeler med forbedringen. Sett i forhold til organisasjon fremheves sammenhengen mellom forbedringen og organisasjonens strategiske målsetting, verdigrunnlag, kultur og infrastruktur.



5.6 KONTINUERLIG FORBEDRINGSEVNE

Forbedringsevne er et utviklingsområde parallelt med de oppgavene som organisasjonen ellers er satt til å utføre. Det vil si, vi skal utføre jobben samtidig som vi skal forsøke å gjøre jobben bedre. For at en organisasjon skal bevege seg fra overfladisk forbedringsarbeid til forbedring som er dypt integrert i organisasjonens praksis og systemer (en lærende organisasjon), er det skissert ulike utviklingsnivå. Tabell 1 viser hvordan Bessant, Caffyn & Gallagher (2001), beskriver forbedringsevne på fem ulike nivå.

Tabell 1. Utviklingsnivåer av kontinuerlig forbedringsevne (Bessant et al., 2001)

Kontinuerlig forbedringsevne	Karakteristika
Nivå 1: Ustrukturert	Problemer løses tilfeldig uten en formell innsats eller struktur. De mest eksplisitte og nødvendige problemene løses, hvor løsningen har en tendens til å gi kortsiktige fordeler
Nivå 2: Strukturert	Formelt engasjement, initiativ er introdusert og ansatte benytter strukturerte problemløsningsmetodikker. Aktivitetene er ikke integrert i daglige operasjoner
Nivå 3: Målorientert	Det finnes et engasjement hvor kontinuerlig forbedringsaktiviteter er sammenkoblet med strategiske fokusområder. Måling av forbedringsarbeidet opp mot målsetninger. Kontinuerlig forbedring har en sentral rolle i virksomheten. Problemløsning på tvers av funksjoner og avdelinger
Nivå 4: Proaktiv	Bred deltakelse av ansatte, hvor enkeltpersoner og grupper gis mulighet til å administrere og lede sine egne prosesser. I tillegg til nivåene over skjer prosessen nå mer automatisk. Høy grad av eksperimentering
Nivå 5: Full evne	Komplett sett med evner, ekstensiv og bredt distribuert læringsadferd. I tillegg til tidligere nivåer har organisasjonen nådd en lærende organisasjon, hvor kunnskap skapes og deles effektivt.

Ideen om lærende organisasjoner har fokus på prosesser som er involvert i individuell og kollektiv læring, rettet mot det som kan identifisere og fremme kvaliteten på læreprosessen; metoder for å skape endring (Finger & Brand, 1999). I en lærende organisasjon gis ansatte muligheter for læring, slik at det skapes positive resultater. Fagpersoner møter daglig komplekse situasjoner det ikke finnes standardiserte løsninger på, og problemene oppstår innenfor en bestemt kontekst og må løses der. Refleksjon over de utfordringene en møter er essensielt for læring og evnen til å se nye løsninger (Schön, 1983). Gjennom etablering av faglig refleksjon kan individuelle erfaringer som til dels er «tause» løftes fram i fellesskapet og bidra til gjensidig læring, ansvarliggjøring og utvikling av nye handlingsstrategier og endret adferd (Gjerberg & Amble, 2009). Ofte brukes begrepet kompetanse om kunnskaper og ferdigheter hos enkeltpersoner, mens en organisasjons kompetanse først og fremst oppstår når kunnskap deles med andre (Orvik, 2015). Kompetansen i en personalgruppe vil alltid være i bevegelse og hvordan virksomheten nyttiggjør seg og utvikler ansattes kompetanse blir svært viktig. Lai (2013) hevder at svak kompetansemobilisering kan knyttes til at de fleste organisasjoner overfokuserer på kompetanseanskaffelse, og underfokuserer på hvordan den kompetansen som skaffes kan utvikles og bli brukt på best mulig måte. Ifølge Argyris (1999) skjer læring i organisasjoner på to måter: Læring skjer når organisasjonen oppnår det som var tilsiktet resultat, og læring skjer når det identifiseres et misforhold mellom intensjon og resultat og dette korrigeres. Argyris er

videre opptatt av at det ikke er organisasjonen som utfører handlingen som gir læring, men individene på vegne av organisasjonen. Det er imidlertid organisasjonen som skaper *betingelsene* som legger til rette for læring, og hva som oppleves som problem, hva som kan skisseres som løsning og selve problemløsningen.

Lærende organisasjoner kjennetegnes ifølge Garvin (1994) av særskilte evner til systematisk problemløsning, eksperimentering, læring fra tidligere erfaring og erfaring fra andre organisasjoner. I tillegg kommer evne til å overføre og distribuere kunnskap, som en viktig faktor for at deling på tvers av organisasjonen slik at læringen ikke forblir på individuelt nivå eller gruppenivå, men blir nettopp organisatorisk. Hvordan betingelser i organisasjonen påvirker evnen til endring og læring utdypes mer når vi ser på erfaringer med forbedringsarbeid i kap. 6.

6 ERFARINGER MED FORBEDRINGSARBEID

Dette kapitlet beskriver erfaringer med forbedringsarbeid relatert til muligheter, utfordringer og betingelser i konteksten det foregår i.

6.1 FORBEDRINGSARBEID I KOMPLEKSE ORGANISASJONER

Helse- og omsorgstjenesten er kompleks, og forbedring av komplekse tjenester kan oppleves som krevende. Kompleksitetsteori gir et grunnlag for å forstå organisasjonen, og et kunnskapsgrunnlag for å kunne gjennomføre begrunnede valg for å oppnå endring og forbedring. Kompleksitet handler om det dynamiske, det at en organisasjon med mennesker kan være både stabil og ustabil på samme tid, forutsigbart og uforutsigbart, kjent og ukjent. Tidligere har organisasjoner ofte blitt beskrevet som systemer, med bestanddeler, individer og grupper, som lar seg forutse og påvirkes. Man antok at individene fungerte som selvstendige agenter som kunne påvirkes etter en årsak- virkning logikk, og styres til «riktig» handling av en leder. Dette har medført at vi i dagens helsetjenester har et sterkt ledelsesfokus mot å definere klare mål, identifisere problemer og foreslå rasjonelle løsninger. Kompleksitetsteori utfordrer denne forestillingen (Stacey, 2011).

Det er spesielt to forhold som er ulikt mellom tidligere systemteoretisk tenkning og dagens kompleksitetsteori: forståelsen av hvordan mennesker fungerer og ideologien om hvordan organisasjoner bør drives for å oppnå endring og nytenkning. Stacey (2011) argumenterer for at vi har et overdrevent fokus på planlegging, design og kontroll, mens viktige elementer som gjensidig påvirkning, uforutsigbarhet, vanlige hverdagsaktiviteter og andre forhold i sosialt liv ignoreres. Gjennom kompleksitetsteori ses alle organisasjoner som komplekse, tilpasningsdyktige systemer, som hele tiden utvikler seg og korrigeres gjennom samskaping og respons. Medarbeidere er ikke passive mottakere av forutbestemte endringer, men påvirker i stor grad utfallet av aktivitetene i organisasjonen. Det oppstår derfor et behov for en endringsledelse der ledere innser at de har mindre kontroll og heller utnytter kreftene i det lokale samspillet. Innsikt utvikles gjennom refleksjon over egen erfaring i samspill med andre. Dette betyr at en utforskende og deltakende metodikk med en høy grad av involvering må legges til grunn for arbeid med systematisk kvalitetsforbedring (Stacey & Griffin, 2005). Dette er også viktige elementer i samskapelse og samarbeidsdrevet innovasjon. Samarbeidsdrevet innovasjon er vanskelig. Offentlige medarbeidere og ledere er sentrale aktører i samskapesprosesser både når det gjelder å lede og ta ansvar for samarbeidets legitimitet og demokratiske kvalitet. Det er samtidig de som kan føre til at disse prosessene mislykkes fordi de ikke makter å utøve den ledelsen som skal til for å støtte opp under samskaping (Magnussen & Isaksen, 2019; Tortzen, 2019).

6.2 ERFARINGER MED FORBEDRINGSARBEID I HELSETJENESTEN

Til tross for gode intensjoner, og at mye forbedringsarbeid er initiert og igangsatt, ser man begrensede resultat i form av bedre kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten (Lanham, 2013). Som beskrevet i forrige kapittel ser vi det som en mulighet at anvendelse av et lite hensiktsmessig kunnskapsgrunnlag kan være en av årsakene. De fleste prosjekter forblir nettopp prosjekter (Länsisalmi, Kivimäki, Aalto & Ruoranen, 2006). En annen årsak kan være utfordringer rundt valg av implementeringsstrategi. Rogers (2003) beskriver her tre ulike strategier: 1. diffusion, eller bottom-up, som beskrives som at spredning av informasjon om et tiltak som blir fanget opp og tatt i bruk av en gruppe høyt motiverte mottakere, 2. dissemination, eller top-down, som beskrives som målrettet formidling av informasjon, retningslinjer eller veiledere til praksisfeltet, og 3. implementation, eller make-it-happen, strategier for å iverksette tiltak og endre praksis på en målbar måte. Det er fordeler og ulemper med alle disse strategiene. Bottom-up er en desentralisert strategi, valget av tiltak foretas i praksismiljøene, før en deretter forsøker å få politisk og økonomisk støtte til implementeringen. Her har man møtt på utfordringer som eksempelvis manglende forankring og økonomi. Top-down er en sentralisert strategi der valget av tiltak foretas på politisk nivå eller i forvaltningen. Her har man møtt utfordringer med motstand i praksisfeltet og manglende kontekstkunnskap. Begge disse strategiene er avhengig av at informasjonen skal gjennom mange ledd. Den tredje strategien, implementation, kan eksempelvis bestå av desentralisert utviklingsarbeid som en arbeids- og oppgavedeling mellom det sentrale og lokale nivået (Ogden, 2019). Mange ganger kan kvalitetsforbedring bestå av en kombinasjon av disse strategiene. Vi har hentet to eksempler fra praktisk forbedringsarbeid som synliggjør både hvilke utfordringer som kan oppstå, og også faktorer som bør være til stede for å lykkes.

Det første eksemplet er hentet fra en masteroppgave (Rykkelid, 2017), som gjennom observasjon og intervju, har undersøkt arbeid med å forbedre samhandlingen mellom sykehus og kommune når det gjelder eldre multisyke pasienter. I dette tilfellet ble forbedringsarbeidet initiert av en leder som opplevde at enheter og prosedyrer hadde for lite fokus på pasientens sammensatte behov. Forbedringsarbeidet var forankret i en ledergruppe som ikke var involvert i daglig praksis, men som likevel avgjorde hvilke tiltak som skulle iverksettes. Ved hver deltakerenhet var det utpekt kontaktpersoner som hadde ulike formeninger og forklaringer om hvordan de selv hadde blitt med i prosjektet. De fleste oppfattet at avdelingsledelsen hadde godkjent deltakelse før enhetene fikk instruks om tiltakene som skulle gjennomføres. Utøvende helsepersonell utøvde de praktiske forbedringstiltakene og ble innkalt til flere workshops underveis. På workshopene ble ulike problemområder drøftet, og man hadde anledning til å foreslå endringer. Hvorvidt tiltak i seg selv skulle videreføres eller forkastes var ikke et tema. Forbedringstiltakene ble oppfattet som riktige for tjenesten, men framgangsmåten lyktes i liten grad med å skape varige endringer. Tiltakene ble opplevd som noe som ble «tredd over hodet» på en, og den kontinuerlige strømmen av endringer gjorde at man som arbeidstaker «bare måtte henge med». Blant annet hadde informantene svært ulike oppfatninger av hvor mange og hvilke av tiltakene man var pålagt å arbeide med. Hva som faktisk ble gjennomført gjenspeilet den store variasjonen i engasjement og interesse blant deltakerne. Vansker med implementering ble også forklart med forvirring omkring måloppnåelse. En generell opplevelse var at arbeidet ble faset ut og glemt, uten evaluering eller konklusjoner om effekter. Eksemplet demonstrer langt på vei at ledelse som ikke tar hensyn til dynamikken i organisasjonen eller inkluderer medarbeidere i reell medvirkning risikerer å komme til kort.

Studien av Hartviksen et al. (2018) kan fungere som et eksempel på forbedringsarbeid der ledere blir klar over viktigheten av tillitsbaserte interaksjoner og kontekstens kompleksitet. I denne studien undersøkte man mellomlederens utbytte av deltakelse i læringsnettverk for ledelse av forbedringsarbeid. Hensikten med nettverket var å bidra til utvikling av forbedrings- og lederkompetanse, å bidra til at den enkelte deltaker fikk hjelp til eget forbedringsarbeid gjennom deling og dialog, og å utvikle bedre kontakt mellom deltakerne. Deltakerne var mellomledere fra sykehus og samarbeidende kommuner, samt andre nøkkelpersoner med interesse for kvalitetsforbedring. Dette læringsnettverket var utviklet med grunnlag i kompleksitetsteori, og med en gjennomgående bottom-up tilnærming. Denne tilnærmingen innebar at deltakerne selv bestemte arbeidsform og innhold i nettverket, både med hensyn til hyppighet, varighet, arbeidsmetoder og kunnskapsbehov. Resultatet var at dette læringsnettverket viste seg å legge til rette for at mellomlederne utviklet kapasitet og mulighet til ledelse. Utviklingen inkluderte en kombinasjon av å forstå den komplekse konteksten, kunnskap, tillit og selvtillit. Tilnærmingene i læringsnettverket var basert på kontinuitet (nettverket var ikke begrenset i tid), transformativ læring, sammenheng, refleksjon, diskusjon, repetisjon, kunnskapsdeling og korte forelesninger. Disse tilnærmingene blir derfor anbefalt i studiet for tilrettelegging og støtte av mellomledere, samt i utviklingen av læringsnettverk.

6.3 ERFARINGER MED IMPLEMENTERING

Basert på en omfattende oversiktsstudie om faktorer som påvirker implementering og spredning av forbedringstiltak i helsetjenesten (Greenhalgh et al, 2004), utviklet Damschroder et al. (2009) en modell for implementering. I denne modellen er fem hovedelementer identifisert som innvirkende på om man lykkes eller ikke: 1) Karakteristika ved tiltaket (eks. kunnskapsbasert, kompleksitet); 2) Ytre forhold (eks. brukernes behov og ressurser); 3) Indre forhold (eks. kultur, ledelse og engasjement); 4) Karakteristika ved personene som er involvert (eks. kunnskap, oppfatninger og mestringsforventning); 5) Implementeringsprosessen (eks. planlegging, evaluering og refleksjon). I en oppsummering utgitt av Aldring og helse (Røsvik & Eriksen, 2017) ses forskningsfeltet i lys av denne modellen. Rapporten inkluderte 28 forskningsstudier (majoriteten fra Norge og Skandinavia) og hadde til hensikt å skaffe kunnskap om spredning og implementering av tiltak for å heve kvaliteten på kommunale helse- og omsorgstjenester for eldre. Mange av de inkluderte studiene viste til utfordringer knyttet til selve tiltaket. Spesielt synliggjorde erfaringene betydningen av forundersøkelser blant brukerne slik at tiltak faktisk treffer behov og ønsker, og tar hensyn til forhold som kan hindre målgruppen i å ta tiltakene i bruk. Et annet funn gjaldt selve implementeringsprosessen der engasjement og oppfølging fra ledelsen ble sett som en vesentlig faktor i mange av studiene. Dette innebar avsetting av tilstrekkelige ressurser og god informasjon, opplæring og veiledning gjennom hele prosessen. Ansatte som opplevde å ha god kunnskap og forståelse for tiltakene som skulle gjennomføres hadde større mestringsforventning. Dette oppgis som viktig for å bevare en positiv innstilling og evne til å fortsette selv om tiltakene er krevende. Blant ytre forhold viser rapporten at organisasjoner som legger til rette for kontakt med fagmiljø, er mer tilbøyelig til å implementere nye tiltak og intervensjoner raskt. Selv om denne rapporten ikke gav grunnlag for å gi konkrete anbefalinger om spredning- og implementeringsarbeid er den nyttig lesning for kommunene som skal inn i reformarbeidet.

Vi ser altså at endringsarbeid ofte møter motstand i implementeringsprosessen og at nye løsninger ikke alltid er levedyktige over tid eller fører til varige endringer av praksis. Implementering er imidlertid en nødvendighet for å skape innovasjon. I påfølgende kapittel settes søkelyset på innovasjonsbegrepet og innovasjon som endringsarbeid.

7 INNOVASJON

Innovasjonsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene bør skje som en del av en helhetlig innovasjonssatsing i kommunesektoren. Kommunene er sentrale aktører i innovasjoner som skal gå på tvers av både formelle og uformelle aktører. En bred medvirkning i innovasjon kan bidra til å møte både ansatte og innbyggernes behov på en best mulig måte og gjøre tjenestene bedre. Det er derfor viktig med involvering i hele prosessen, fra idé til implementering og spredning. I prosessen blir samskaping anbefalt som verktøy i innovasjon og endringsarbeid. Dette blir nærmere omtalt i de neste avsnittene.

7.1 INNOVASJON

Søk på ordet 'innovasjon' i grunnlagsdokumentene for reformen gir mange 'treff', men treffene gir lite kunnskap om hva innovasjon er og hvordan innovasjon gjøres. Treffene i dokumentene preges av følgende; det skal samarbeides om innovasjon, forskning og innovasjon kreves, produktutvikling krever innovasjon, innovasjonspotensial, manglende innovasjon, innovasjonspartnerskap, lite ressurser til å drive innovasjon, økt kunnskap -> økt innovasjon, vektlegging av forskning og innovasjon, legge til rette for innovasjon, avhenge av innovasjon, innovative metoder med videre. Dette avsnittet har derfor som mål å gi mer innhold til hva innovasjon er og henviser til verktøy som kan benyttes i innovasjonsarbeidet i kommunene.

Sentrale myndigheter er ansvarlige for å finne løsninger på komplekse samfunnsutfordringer innenfor begrensede budsjettammer. Siden samtidens demografiske utvikling fører til et forsterket press for å levere bedre offentlige tjenester effektivt, ser man at myndighetene i økende grad understreker behovet for innovasjon i offentlig sektor. Tradisjonelt har litteratur om innovasjon fokusert på privat sektor, men i løpet av de siste tiårene har studier om innovasjon i offentlig sektor fått økende fokus innen forskningen (f.eks. Hartley, 2005; Fuglsang & Rønning 2014; Bugge og Block, 2016). Innovasjon i offentlig sektor er teoretisert som forskjellig fra privat sektor blant annet som et resultat av ulike kontekster og mekanismer for innovasjon (Hartley, 2005; Høiland, 2018). Der innovasjon i privat sektor typisk studeres i en markeds kontekst med tydelige innslag av konkurranse, er innovasjon i offentlig sektor begrunnet ut fra hensyn til offentlig verdiskaping, demokratisk styring og omtanke for innbyggerne (Fuglsang & Rønning, 2014; Bason, 2010). Offentlige og private tjenester utgjør omtrent 70% av den samlede økonomien i mange land og ser med det ut til å ha stor betydning for både verdiskaping og økonomisk vekst (Fuglsang & Rønning, 2014).

I en systematisk gjennomgang av innovasjonsforskning i offentlig sektor, fant DeVries og kolleger (2016) at innovasjonsforskere ofte tok utgangspunkt i Rogers' (2003) definisjon av innovasjon som omhandler både et nyhetsselement og et praksis- eller adopsjonselement. Det er ikke nok at en idé skapes, og at den er ny i den konteksten det gjelder, den må også settes ut i praksis. En annen sentral debatt er differensieringen mellom inkrementell endring og radikale innovasjoner (Moore, 2005). Innovasjon har tradisjonelt blitt sett på som å måtte omfatte en 'diskontinuitet med nåtiden', slik at det skiller mellom innovasjon og inkrementell endring (De Vries et al., 2016, s. 152, egen oversettelse). Bugge og Block (2016) studerer nyanser av endring i offentlig sektor og finner at offentlige organisasjoner ser både planlagte aktiviteter, så

vel som trinnvise og mer spontane endringer som ‘viktige deler av deres innovasjonsaktiviteter’ (p. 286, egen oversettning). Eksempler på inkrementelle innovasjonsbegreper er bricolage (Fuglsang, 2010), hverdagsinnovasjon (Lippke & Wegner 2014) og motstandsrevet innovasjon (Høiland & Willumsen, 2018).

Innovasjoner kan kategoriseres etter innovasjonstyper (Hartley, 2005; Moore og Hartley, 2010). De Vries og kolleger (2016, s. 153) har kategorisert fire hovedtyper av innovasjon i offentlig sektor:

1. **Prosessinnovasjoner** (administrative / organisatoriske prosesser eller teknologiske prosesser) der hensikten er å ‘forbedre kvaliteten og effektiviteten i interne og eksterne prosesser.
2. **Produkt- og tjenesteinnovasjoner** som involverer etablering og implementering av ‘nye offentlige tjenester eller produkter’.
3. **Styrings (governance) innovasjoner** som involverer ‘utvikling av nye former og prosesser for å adressere spesifikke samfunnsproblemer’.
4. **Konseptuelle innovasjoner**, som involverer ‘introduksjon av nye konsepter, rammer eller nye paradigmer som bidrar til å gjenskape naturen til spesifikke problemer så vel som mulige løsninger deres’.

Innovasjoner kan gjerne inneholde elementer av flere av disse typene.

7.2 INNOVASJONSPROSESSER

Innovasjonsprosesser kan sees på som et resultat av planlagte og systematiske handlinger (Halvorsen, Hauknes, Miles & Røste, 2005) eller som et resultat av små og inkrementelle endringer som svarer på konkrete arbeidssituasjoner (Fuglsang, 2010). Innovasjonsprosesser defineres ofte som ‘oppfinning, utvikling og implementering av ideer’ (Garud, Tuertscher og Van de Ven, 2013, s.773, egen oversettelse). Innovasjonsprosesser konseptualiseres som ikke-lineære og sirkulære (Van de Ven, Garud, Venkataraman, & Polley, 1999). I offentlig sektor funderes innovasjonsprosesser på målsettinger om offentlige verdier som demokrati, sikkerhet, tillit og å møte samfunnsutfordringer (Bason, 2010). I tillegg kan innovasjonsprosessene ‘stimuleres av ulike rasjonaliteter i offentlig administrasjon’ som for eksempel politisk, juridisk, økonomisk, faglig, vitenskapelig eller teknologisk art (Bekkers, Edelenbos og Steinjn, 2011, s. 21, egen oversettelse). Som en konsekvens konseptualiseres ofte innovasjonsprosesser i offentlig sektor som mer komplekse og heterogene enn innovasjonsprosesser i privat sektor (Bugge og Bloch, 2016).

Innovasjonsprosesser kan kategoriseres ut fra hva som initierer og driver dem, innovasjonsdrivere:

- **‘Top-down’** på bestillinger fra myndighetene til frontlinjene i tjenestedriften (f.eks. Høiland, 2018)
- **Ledelsedrevne** innovasjonsprosesser basert på oppdagede problemområder i organisasjonen (Hartley, 2005;)
- **Praksisdrevne** innovasjonsprosesser basert på problemløsning i hverdagen (f.eks. Fuglsang, 2010; Lippke og Wegner 2015; Høiland og Willumsen, 2018)
- **Forskningsdrevne** innovasjonsprosesser (f.eks. Kline & Rosenberg, 1986)

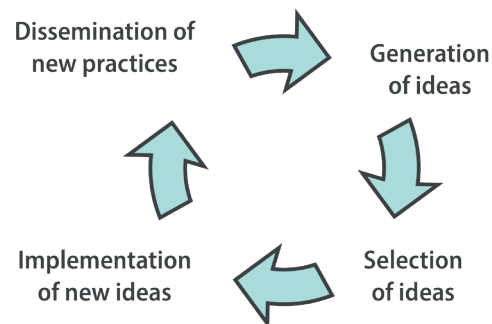
- **Brukerdrevne** innovasjonsprosesser (f.eks. Hasu, Saari, & Mattelmäki, 2011)
- **Medarbeiderdrevne** innovasjonsprosesser (f.eks. Engen & Magnusson, 2015)
- **Samarbeidsdrevne** innovasjoner (f.eks. Aagaard, Sørensen & Torfing, 2014).

7.3 SAMARBEIDSDREVET INNOVASJON OG SAMSKAPING

«Det er ofte i mødet mellom forskjellige aktører, at nye og kreative ideer skapes, og der skapes momentum for at føre dem ud i livet» (Sørensen & Torfing, 2011 s. 422). Dette betyr at viktigheten av heterogenitet vektlegges for å skape innovasjon. Samarbeidsdrevet innovasjon kan beskrives som «en relationel og decentrert innovasjonsstrategi, der understreger det produktive og kreative i mødet mellom forskjellige aktører fra forskjellige profesjoner, organisasjoner og sektorer, og ikke på forhånd antager, at en bestemt aktør eller sektor spiller en central og afgørende rolle» (Aagaard et al., 2014:18).

En viktig funksjon ved samarbeidsdrevet innovasjon er at innovasjonsprosessen er åpnet opp, slik at alle aktører innenfor og utenfor organisasjonen, andre organisasjoner, privat og tredje sektor og innbyggerne blir integrert i innovasjonssyklusen fra et tidlig stadium (Bommert, 2010), se figur 5.

Figur 5 Innovasjonssyklusen



Sørensen & Torfing (2011) s. 851

Der en offentlig myndighet initierer innovasjonsprosesser blir aktørene dratt inn sent i prosessen, noe som fører til at aktørene ikke slipper helt til og «innovasjonen foregår med andre ord i skyggen av et hierarki» (Aagaard, Sørensen & Torfing, 2014:348). Som en del av den kreative og produktive prosessen der ulike aktører skal samarbeide, må ulikheter og konflikter bli verdsatt (Bommert, 2010). Det er imidlertid viktig å huske på at selv om potensialet for samarbeidsdrevet innovasjon er stort, så er det ikke en strategi som virker i alle kontekster (Hartley et al., 2013). Samarbeid, transformativ læring og felles eierskap er trukket frem som tre sentrale og avgjørende parametere som må være til stede for at det skal skapes innovasjon (Sørensen & Torfing, 2011):

1. Samarbeid forsterker utveksling av informasjon, kunnskap, ideer og kritiske vurderinger og koordinerer individuelle og kollektive aktiviteter i tillegg til samskaping av løsninger.
2. Transformativ læring er en viktig faktor i innovasjon idet det leder til ny innsikt, forståelse og ideer som i neste omgang kan skape ny praksis og relasjoner mellom aktørene.

3. En følelse av felles eierskap er viktig siden et bredt eierskap av innovasjoner kan redusere en eventuell motstand til implementering og samtidig fremme nye ideer og former av praksis.

I samarbeidsdrevet innovasjon forventes det at politikere og offentlige ledere går i dialog og forhandlinger med mange ulike aktører på tilrettelagte samarbeidsarenaer der de kan høste ideer og praksiser fra et mangfold av innovatører (Hartley et al., 2013). Det kreves i tillegg «en reformulering av de tradisjonelle rollene til offentlige og private aktører» (Hartley et al., 2013:827, egen oversettelse), til tross for at de fortsatt forvalter et formelt ansvar for lover, beslutninger, budsjett og profesjonelle medarbeidere.

I samarbeidsdrevet innovasjon blir gjerne samskapelse trukket inn som et verktøy. Samskapelse beskrives som et «forhold mellom en betalt ansatt i en organisasjon og (grupper av) individuelle borgere som krever et direkte og aktivt bidrag fra disse innbyggerne til organisasjonens arbeid» (Brandsen & Honingh, 2016: 431). Når det gjelder forskjellige typer innbyggerdeltakelse og på hvilket nivå samskapelse skjer, kan skillet mellom handlinger på individnivå og organisasjonsnivå være av spesiell interesse (Pestoff, 2012a; Voorberg, Bekkers & Tummers, 2015). En kan inneha roller som individ i nært samarbeid med andre, i uformelle grupper eller samarbeidet kan eksempelvis skje innen en frivillig organisasjon eller mellom en frivillig organisasjon og omsorgstjenesten (Pestoff, 2012b). I innovasjon og endringsarbeid er det uansett viktig med bred involvering og de ulike aktørene bør involveres så tidlig som mulig, det vil si på idéstadiet (se figur 5 Innovasjonssyklusen).

7.4 VERKTØY OG VIRKEMIDLER

Når det gjelder samskapning og samarbeidsdrevet innovasjon, så har Universitetet i Sørøst-Norge på initiativ fra KS (2018) utviklet en håndbok, «**La oss gjøre det sammen! Håndbok i lokal samskapende sosial innovasjon**». Håndboka er tilgjengelig i Ressursportalen (www.ressursportalen.no) og er et konkret verktøy for kommunene i sitt innovasjonsarbeid.

I tillegg har Høgskolen i Innlandet (2014) etablert en **Nasjonal innovasjonsskole for kommunesektoren**. Studiet er utformet spesielt med henblikk på kommunenes aktiviteter, utfordringer og forutsetninger for å initiere, planlegge og å gjennomføre innovasjonsprosjekter som skal resultere i merverdi for kommunen og samfunnet rundt. Innovasjonsskolen skal gi økt innsikt i - og kunnskap om utviklingsstrukturene i offentlig sektor med vekt på endring og innovasjon. Siden oppstarten i 2014 har ca. 70 kommuner og nærmere 250 personer gjennomført utdanningen. Utdanningen vektlegger innovasjonsteori, kreative teknikker og likemannsarbeid, samt erfaringer fra praktisk gjennomføring og spredning av innovasjon, særlig fra kommunesektoren. Målgruppen for studiet er personer med nøkkelfunksjoner i kommunene, ledere og folkevalgte (<https://www.inn.no/studier/studietilbud/oekonomi-ledelse-og-innovasjon/nasjonal-innovasjonsskole-for-kommunesektoren>).

InnoMed er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssektoren, etablert på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. InnoMeds visjon er helsebasert verdiskaping til beste for pasienter og samfunnet. Målet er å bidra til økt effektivitet og kvalitet i helse- og omsorgssektoren gjennom utvikling av nye produkter og tjenester. Disse skal være forankret i nasjonale behov, og løsningene utvikles i tett samarbeid mellom brukerne i helse- og omsorgssektoren, norske bedrifter, anerkjente fagmiljø og virkemiddelapparatet. Norsk næringsliv er prioritert partner i prosjekter med kommersielt potensial. Gjennom prosjekter, verktøy og arrangementer

stimulerer InnoMed til innovasjon. Redskaper er tilgjengelig fra nettsiden <https://innomed.no/>.

KomINN var en plattform for deling av innovasjonsprosjekter der KS var en av aktørene. Dette har nå blitt **KOMogDEL**, der en kan benytte samme innlogging som til tidligere KomINN <https://ks.induct.no/public>.

Våren 2020 er det forventet en **melding til stortinget om innovasjon i offentlig sektor** og en interaktiv nettside er allerede i bruk <https://www.offentliginnovasjon.no/>.

Sommeren 2020 skal det foreligge en **kunnskapsoppsummering i Omsorgsbiblioteket om innovasjon i offentlig sektor** <https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket>.

Fremtidens kommuner er Norges største konferanse for innovasjon i norske kommuner. Dette er en årlig konferanse som siden 2001 har blitt gjennomført i Arendal <http://fremtidenskommuner.no/>. Konferansen er en møteplass der innovasjon i kommunesektoren settes på dagsorden. Fremtidens kommuner er et resultat av samskaping mellom en rekke nasjonale partnere, offentlige aktører, frivillige organisasjoner og private virksomheter.

Høsten 2019 ble det etablert et **nasjonalt forskernettverk for innovasjon i offentlig sektor – INNOFF** <https://www.innoff.no/>. Nettverkets formål er synliggjøring og aktualisering av forskning, og forbedring av samspillet mellom forskning og andre aktører innen innovasjon i og for offentlig sektor. Nettverket vil arbeide for å:

1. styrke forskningen om innovasjon i offentlig sektor i Norge
2. synliggjøre nasjonal forskningskompetanse på feltet
3. etablere arenaer primært for forskere, men også møteplasser mellom forskning, policy- og praksisfelt

8 AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon er fokus for dette kunnskapsnotatet. Gjennomgangen viser at skal man lykkes med endringsarbeidet som Leve Hele Livet reformen initierer, kreves det reell medvirkning og deltakelse fra alle relevante aktører helt fra starten av. Det må legges til rette for at kommunenes ansatte og brukere har mulighet for medvirkning og at mulighetene tas i bruk. Mulighetene som både retten og plikten til medvirkning gir, må åpne opp for et samhandlingsmiljø der kreativitet, likeverd, meningsutveksling og kritisk bevissthet har sin plass. Tillit, anerkjennelse og respekt for hverandre er en forutsetning for et deltakende samhandlingsmiljø.

Høy grad av medvirkning betyr også å inkludere andre sektorer, innbyggere, frivillige og næringsliv der dette er hensiktsmessig for å oppnå løsninger som varer over tid. Ansvarliggjøring på både samfunns- og kommunenivå, er en forutsetning. Planer og beslutninger må forankres i kommunestyre og kommuneledelse og i ansatte- og brukerorganisasjoner. Selv om helse- og omsorgssektoren i kommunene i praksis vil ha et stort operasjonelt ansvar, må også de øvrige sektorene bidra og forpliktes i et samarbeid der tradisjonelle roller og samhandlingsmønstre utfordres. Å endre et samfunn fra passive forbrukere til aktive medskapere krever bevissthet og refleksjon fra alle parter, fra styresmakter til den enkelte. For å unngå medvirkningsfellen, der folk blir bedt om å delta, men i realiteten har liten innflytelse, må myndighetene gjennom praktiske eksempler vise at det er mulig å dele og forskyve makt. Dersom man ikke lykkes med dette, kan fordelene lett gå til de som allerede har posisjon, og føre til ytterligere marginalisering og ekskludering av allerede utsatte grupper.

Endring må skje over tid. Deltakelse er en sakte prosess som krever kompetanse og langsiktig arbeid. Rammene for et deltakende og demokratisk samfunn har lenge vært tilstede i Norge. Det viser seg likevel at deltakelse har vært problematisk og vanskelig å få til i praksis. Dette skyldes delvis at det er interessekonflikter mellom fellesskap basert på kollektive interesser og fellesskap basert på individuell prestasjon og belønning som er fremtredende i våre organisasjoner og samfunnsliv. Styring og ledelse blir et virkemiddel og inkluderer både forbedringsarbeid av eksisterende virksomhet, samt at det skapes noe nytt – innovasjon. Både reformen og kunnskapsnotatet presiserer viktigheten av tid til planlegging, forberedelse av endringer og god ledelse av omstillingsarbeid. Omstillingsprosessene krever innsats fra myndigheter og kommuner, tett partsamarbeid og medvirkning fra ansatte, brukere og pårørende. «Bottom-up» prosesser kjennetegnes ved at medarbeidere og ledere gis handlingsrom og åpner for kreativitet og lokale løsninger. Medvirkning og deltakelse for ansatte i helse- og omsorgssektoren bidrar til å fremme et demokratisk, effektivt og inkluderende arbeidsliv. Medvirkning i organisering og planlegging av tjenestene gjør ansatte mer trent og kompetente til å legge til rette for brukermedvirkning. Dette vil bidra til å nå målet med reformen og endringsarbeidet som er:

- Gode, trygge og effektive tjenester – få mest mulig kvalitet ut av ressursene vi har (herunder innovasjon og nyskaping)

- Demokrati – legge til rette for deltagelse, brukermedvirkning og mobilisering på ulike nivå
- Inkludering – hindre fremmedgjøring, avmakt og ekskludering.

REFERANSER

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. (1997). Meld.st.nr. 34 (1996–1997). Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-34_1996-97/id191142/
- Argyris, C. (1999). *On Organizational learning*. Hoboken, Wiley-Blackwell.
- Bason, C. (2010). *Leading public sector innovation: Co-creating for a better society*. Bristol: Policy press.
- Bass, B., M. (1990). From Transactional Leadership to Transformational leadership – Learning to Share the Vision. *Organizational Dynamics*, 18(3), 19–31.
- Bass, B., M. & Avolio, B., J. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Thousand Oaks: Sage
- Bass, B., M. & Riggio, R., E. (2006). *Transformational leadership*. Mahwah, N.J.: 1. Erlbaum Associates
- Barth, T. & Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale-MI. Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Batalden, P. B., & Stoltz, P. K. (1993). A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 19 (10), 424–447.
- Bekkers V., Edelenbos J. & Steijn, A. (2011). *Innovation in the Public Sector*. London: Palgrave Macmillan.
- Berg, M., E. (2008). *Ledelse- verktøy og virkemidler*. Oslo, Universitetsforlaget, 3. utgave
Bedrekommune.no. <https://www.bedrekommune.no/node/74>
- Bessant, J., Caffyn, S. & Gallagher, M. (2001). An evolutionary model of continuous improvement behavior. *Technovation*, 21 (2), 67–77.
- Bommert, B. (2010) Collaborative innovation in the public sector, *International public management review*, 11(1), 15–33.
- Boström, A.-M., Sommerfeld, D., K., Stenhols, A., W. & Kiessling, A. (2018). Capability beliefs on, and use of evidence-based practice among four health professional and student groups in geriatric care: A cross sectional study. *PLOS ONE*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192017>
- Brandsen, T. & Honingh, M. (2016). Distinguishing Different Types of Coproduction: A Conceptual Analysis Based on the Classical Definitions. *Public Administration Review*, 76, (3), 427–435.
- Breivik, J.-K. & Sudmann, T., T. (2015). Samfunnsarbeid som svar på velferdspolitiske utfordringer? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 18 (1), 2–6.

- Brudvik, M. (2010). Gantt-diagram. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/221951.cms>
- Bugge, M., & Bloch, C. (2016). Between bricolage and breakthroughs—framing the many faces of public sector innovation. *Public Money & Management*, 36(4), 281–288
- Burns, J.M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row
- Bærøe, K. (2018). Stylingstiltak og rettferdighet i helse- og omsorgstjenesten: samspill og spenninger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4 (2). https://www.idunn.no/file/pdf/67070784/stylingstiltak_og_rettferdighet_ihelse-og_omsorgstjeneste.pdf
- Christensen, K. & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitik: om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(3), 261–277 <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-04>
- Damschroder, L., J., Aron, D., C., Keith, R., E., Kirsh, S., R., Alexander, J., A. & Lowery, J., C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50). Doi :10.1186/1748-5908-4-50
- De Vries, H., Bekkers, V., & Tummers, L. (2016). Innovation in the public sector: a systematic review and future research agenda. *Public Administration*, 94(1), 146–166.
- Deming, W. E. (1993). *The New Economics for Industry, Government, Education*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study.
- Devik, S., A. & Olsen R.M. (2019). Underernæring og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene. En oppsummering av kunnskap. Omsorgsbiblioteket. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2583947>
- DFØ, direktoratet for økonomistyring. <https://dfo.no/>
- DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2014). *Evidence-Based Nursing—E-Book: A Guide to Clinical Practice*. Elsevier Health Sciences
- Enehaug, H., Nordvik, B. & Falkum, E. (2019). *Norsk Ledelsesbarometer 2019*. AFI-rapport 05/2019.
- Engen, M., & Magnusson, P. (2015). Exploring the role of front-line employees as innovators. *The Service Industries Journal*, 35(6), 303–324.
- EVASAM Norges forskningsråd (2016). Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf>
- Falkum, E., Bonde Hansen, P., Holm Ingelsrud, M., Wathne, C.T., Nordrik, B. & Drange, I. (2019) Medbestemmelsesbarometeret 2019, Arbeidsforskningsinstituttet (AFI), Oslo Metropolitan University. Hentet fra: https://fagarkivet.oslomet.no/en/item/asset/dspace:13297/FoU0319_MB2019_nett.pdf

- Finger, M. & Brand, S., B. (1999). The concept of the «learning organization» applied to the transformation of the public sector. I: *Organizational Learning and the Learning Organization*. M. Easterby-Smith, L. Araujo and J. Burgoyne (red). London: Sage.
- Flodgren, G., Rojas-Reyes, M., X., Cole, N. & Foxcroft, D., R. (2012). Effectiveness of organizational infrastructures to promote evidence-based nursing practice. *Cochrane Database Systematic Reviews* 15;(2):CD002212. doi: 10.1002/14651858.CD002212.pub2
- Folkehelseinstituttet (2019). Forbedringsarbeid i helsetjenesten. <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/> Lastet opp november 2019.
- Forskrift om kommunale og fylkeskommunale råd for eldre, personer med funksjonsnedsettelse og ungdom (forskrift om medvirkningsordninger). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-06-17-727>
- Freire, P. (2014). *Pedagogy of hope: relieving Pedagogy of the oppressed*. London: Bloomsbury Publishing Plc.
- Fuglsang, L. (2010). Bricolage and invisible innovation in public service innovation. *Journal of Innovation Economics*, 5(1), 67-87.
- Fuglsang, L., & Rønning, R. (2014). Framing innovation in public service sectors. A contextual approach. I: Enquist, B., Fuglsang, L., & Rønning, R. *Framing innovation in public service sectors* (Vol. 30, Routledge studies in innovation, organization and technology)(s. 1-11). New York: Routledge.
- Garud, R., Tuertscher, P. & Van de Ven, A. (2013). Perspectives on Innovation Processes. *The Academy of Management Annals*. 7 (1), 773-817, <http://dx.doi.org/10.1080/19416520.2013.791066>
- Garvin, D. A. 1994. *Building a learning organization*. Business Credit, 96, 19.
- Gjerberg, E. & Amble, N. (2009). Pleie- og omsorgssektoren som lærende organisasjon. *Sykepleien Forskning*, 1 (4), 36-42.
- Graverholt, B., Jamtvedt, G., Nordheim, L.V., Reinart, L.M., & Nortvedt, M. W. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo, Cappelen Damm Akademiske.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. DOI: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x.
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringene med utskrivningsklare pasienter. *Sykepleien Forskning*, 8, 148-155.
- Halvorsen, T., Hauknes, J., Miles, I., & Røste, R. (2005). On Innovation in the Public Sector. <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmliui/handle/11250/226573>
- Hartley, J. (2005). Innovation in Governance and Public Services: Past and Present. *Public Money and Management*, 25(1), 27-34.
- Hartviksen, T. A., & Sjølie, B. M. (2017). *Hverdagsrehabilitering: kvalitetsforbedring i norske kommuner*. Cappelen Damm Akademisk.

- Hartviksen, T., A., Sjøolie, B., M., Aspfors, J. & Uhrenfeldt, L. (2018). Healthcare middle managers' experiences developing leadership capacity and capability in a public funded learning network. *BMC Health Services Research*, 18:433, <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3259-7>
- Hasu, M., Saari, E., & Mattelmäki, T. (2011). Bringing the employee back in: Integrating user-driven and employee-driven innovation in the public sector. I: J. Sundbo & M. Toivonen (Eds.), *User-based innovation in services* (s. 251-278). Cheltenham, UK, Northampton, USA: Edward Elgar Publishing Limited.
- Havig, A.K., Skogstad A., Kjekshus L.E., Romøren T.I. (2011). Leadership, staffing and quality of care in nursing homes. *BMC Health Services Research* 2011, 11(1), 327 <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-327>
- Havig, A.K & Hollister, B. (2018). How does Leadership Influence Quality of Care? Towards a model of Leadership and the Organization of Work in Nursing Homes. *Ageing International*, 43 (3), 366-389.
- Helsedirektoratet. Kvalitetsindikatorer. Kommunale helse- og omsorgstjenester. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>.
- Helsedirektoratet. Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten> Lastet opp november 2019
- Helsedirektoratet – Pårørendeveileder (2017) Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/om-veilederen>
- Helsedirektoratet - Kompetanseløft 2020 (2017) Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2020>
- Helsedirektoratet (2018). Nasjonal Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 – 2023. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-ogomsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fcoef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf>
- Helsedirektoratet.no. Brukermedvirkning. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet 2015. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1198/Status%20for%20samhandlingsreformen%20F%C3%B8lge%20med%20rapporten%202015.pdf>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell mv. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Meld.st.nr. 16 (2010-2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm20102011001600oddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Meld.st.nr. 10 (2012-2013). God kvalitet – trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Morgendagens omsorg. (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015a). Meld.st.nr. 26. Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet. 2014-2015. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015-2016). Prop. 1S. Hentet fra <https://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2016/Dokumenter/Fagdepartementenes-proposisjoner/Helse--og-omsorgsdepartementet-HOD/Prop-1-S-/Del-3-Omtale-av-sarlige-tema-/10-Kompetanseloft-2020/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016a). Forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016b). Meld.st.nr. 13 (2016-2017). Kvalitet og pasientsikkerhet 2015. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018). Meld.st.nr. 15 (2017-2018). Leve hele livet- en kvalitetsreform for eldre. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). Meld.st.nr. 16 (2017-2018). Kvalitet og pasientsikkerhet 2016. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/>
- Hersey, P. (1987). *Den situasjonsorienterte leder*. Oslo: Bedriftsøkonomens forlag.
- Hetland, H. & Sandal, G, M. (2003). Transformational leadership in Norway: Outcomes and personality correlates. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12 (2), 147-170.
- Hetland, H. (2005). *Leading to the extraordinary? Antecedents and outcomes of transformational leadership*. Doktoravhandling, Universitetet i Bergen.
- Hetland, H. (2008) Transformasjonsledelse – inspirasjon til endring. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 1.mars 2008. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/03/transformasjonsledelse-inspirasjon-til-endring>
- Høgskolen i Innlandet. (2014). Nasjonal innovasjonsskole for kommunesektoren. <https://www.inn.no/studier/studietilbud/oekonomi-ledelse-og-innovasjon/nasjonale-innovasjonsskole-for-kommunesektoren>

- Høiland, G. C. (2018). *Frontline policy implementation in public organizations. A sociological analysis of the 'how and why' of implementation gaps*. PhD-avhandling. Stavanger: Universitetet i Stavanger
- Høiland, G. C. & Willumsen, E. (2018). Resistance-driven innovation? Frontline public welfare workers' coping with top-down implementation. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 8 (2), <https://doi.org/10.18291/njwls.v8i2.106153>
- Ife J, Tesoriero F. (2006). *Community development: communitybased alternatives in an age of globalization*. French Forest; Pearson Education Australia.
- Isaksen, J., Ågotnes, G., Fagertun, A., Jacobsen, F.F og Obstfelder, A. (2018). *Følgforskning på "Trygghetsstandarden"*. Senter for omsorgsforskning, Rapportserien; 04/2018.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer: innføring i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Tretteteig, S., Molvik, I. & Langballe, E., M.A. (2017). Pårørende til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse.
- Johannesen, A.K.M & Steinhaug, S. (2019) Brukermedvirkning i helsetjenester for eldre. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(5) <https://www.idunn.no/tidsskrift-for-omsorgsforskning/2019/02/brukermedvirkning-i-helsetjeneste-for-eldre>
- Klausen, R.K. (2016). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid – En oppsummering av kunnskap. Omsorgsbiblioteket. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2414959>
- Kline, S.,J. & Rosenberg, N. (1986). An Overview of Innovation. I Landau, R. & Rosenberg, N., *The Positive Sum Strategy: Harnessing Technology for Economic Growth*, (s. 275-305). Washington, DC: The National Academies Press.
- Kim, W., C., M., R. & Mauborgne, R. (2003). Fair Process: Managing in the Knowledge Economy. *Harvard Business Review*. 81, 127 – 36. <https://hbr.org/2003/01/fair-process-managing-in-the-knowledge-economy>
- Konsmo, T., & De Vibe, M. (2008). ... og bedre skal det bli.-ved å involvere brukeren og gi dem innflytelse. Trykket til deltakerne i det nasjonale kvalitetsprosjektet... med pasientens øyne. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2444710>
- Konsmo, T., de Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., Brudvik, M., & Vege, A. (2015). Modell for kvalitetsforbedring. Utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid.pdf>
- Kotter, J.,P. & Cohen, D.,A. (2002). The hart of change: real-life stories of how people change their organizations. Boston, *Harvard Business School Press*, 2002, 190 pp., \$20.
- Kristoffersen, M. & Friberg, F. (016). Transformasjonsledelse og økte effektivitetskrav i sykepleien. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36 (1), 13-19. DOI: 10.1177/0107408315595163

- KS (2018). La oss gjøre det sammen. Håndbok i lokal samskapende sosial innovasjon. <https://www.ks.no/contentassets/cc2dd10e4e054c768c0ffdbd9fa29384/handbok-for-samskaping.pdf>
- KS. Guide til god ledelse. Hentet fra: https://www.ks.no/contentassets/e4db465fo5944806a5544d7fd6fc6025/ks_guide-til-god-ledelse_low-res-nettversjon_f41.pdf
- KS. Medarbeiderundersøkelsen 10 faktor. Hentet fra: <https://www.ks.no/fagomrader/barn-og-unge/ks-led/fagstoff/10-faktor---beskrivelse-av-de-ti-faktorene/>
- KS. Strategisk kompetansekartlegging. Hentet fra: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/verktoy---strategisk-kompetanseplanlegging/>
- Kunnskapssenteret (2013). Brukerundersøkelser i kommunal helse- og omsorgstjeneste: en beskrivelse av utvalgte kunnskapskilder fra andre land. Notat. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2013/bruker_u_s_kommunal_helse-og_omsorgstjeneste_2013.pdf
- Kunnskapssenteret (2015). Verktøy for vedvarende forbedring. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/221975.cms>
- Ladegård, G. & Vabo, S. I. (red.) (2010). *Ledelse og Styring: teoretisk rammeverk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lai, L. (2013). *Kompetansemobilisering. Strategisk kompetanseledelse*. Bergen, Fagbokforlaget
- Lanham, H.J. (2013) How complexity science can inform scale-up and spread in health care: Understanding the role of self-organization in variation across local contexts. *Social Science and Medicine*, 93 (194-202). doi: 10.1016/j.socscimed.2012.05.040. Epub 2012 Jul 4.
- Ledwith M. & Campling, J. (2005). *Community Development: a critical approach*. Bristol UK: Policy Press.
- Länsisalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P. & Ruoranen, R. (2006). Innovation in Healthcare: A systematic Review of Recent Research. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 66-72.
- Lillrank, P. M. & Kanō, N. (1989). *Continuous improvement: quality control circles in Japanese industry*, Center for Japanese Studies University of Michigan.
- Lippke, L., & Wegener, C. (2014). Everyday innovation—pushing boundaries while maintaining stability. *Journal of Workplace Learning*, 26(6/7), 376-391. DOI: 10.1108/JWL-10-2013-0086
- Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø mv. av 4.februar 1977 nr.4 (arbeidsmiljøloven): med endringer, senest endret 17.januar 1997. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2003-04-30-27>
- Mathiesen, S. B. (2014). Transformasjonsledelse, ekstrarolleadferd og innovasjon. *MAGMA*, 5, 35-45.

- Moore, M. H. (2005). Break-through innovations and continuous improvement: two different models of innovative processes in the public sector. *Public Money & Management*, 25, 1, 43–50
- Moore, M., & Hartley, J. (2010). *Innovation in Governance*. I: S. P. Osborne (red.), *The New Public Governance?*. London: Routledge.
- NOU 2010:1 Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet. Oslo: Arbeidsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2010-01/id597723/>
- NOU: 14:12 (2014). Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon Informasjonsforvaltning. <https://www.regjeringen.no/contentassets/16a0834c9c3e43fab452ae1b6d8cd3f6/no/pdfs/nou20142014001200odddpdfs.pdf>.
- Ogden, T. (2019). Hva alle bør vite om implementering. Eldrereformen Leve hele livet. Helsedirektoratets konferanse for det nasjonale og regionale støtteapparatet. Park Inn, Gardermoen 13. nov 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/leve-hele-livet-kvalitetsreformen-for-eldre/presentasjoner/Terje%20Ogden%20-%20Implementeringsarbeid.ppt>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse - innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. C. D. Oslo, Cappelen Damm.
- Pasientsikkerhetsprogrammet.no. Pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24-7. <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Pestoff, V. (2012a). Co-Production and Third Sector Social Services in Europe I: Pestoff, V., Brandsen, T. & Vershuere, B. (red.) *New Public Governance, the Third Sector and Co-Production* (s.13-34). New York, NY: Routledge critical studies in public management.
- Pestoff, V. (2012b). Co-production and third sector social services in Europe: Some concepts and evidence. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 23 (4), 1102–1118.
- Phelan, A., McCarthy, S. & Adams, E. (2018). Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 626–636. doi: 10.1111/jan.13466. Epub 2017 Oct 30.
- Ree, E. & Wiig, S. (2019). Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. *Nursing Open*, 7(1), 256–264. DOI: 10.1002/nop2.386
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Rokstad, M. A. M. & Øvereng, A. (2017). Kompetanseutvikling og forutsetninger for faglig gode arbeidsmiljø i kommunal helse- og omsorgstjeneste til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse. <https://www.ressursportal.no/kompetanseutvikling-og-forutsetninger-faglig-gode-arbeidsmiljo-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste>

- Rykkelid, M. (2017). *En kompleksitetsteoretisk tilnærming til prosjektarbeid i norsk helsetjeneste*. Masteroppgave i pedagogikk. Det utdanningsvitenskapelige fakultet. Pedagogisk forskningsinstitutt. Universitetet i Oslo.
- Røsvik, J. & Eriksen, S. (2017). Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre. Spredning og implementering av gode tiltak for eldre- oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. Aldring og helse. https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/delrapport4_spredning_implementering_gode_tiltak_eldre.pdf
- Sandvik, A. M. (2011). Ledelse av kunnskapsarbeid. *MAGMA*, 3, 56-63.
- Schön D. (1983). *The Reflective Practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Sobek, D. K. & Smalley, A. (2008). *Understanding A3 thinking: a critical component of Toyota's PDCA management system*. Boca Raton: CRC Press.
- Solstad, L. J. & Sudmann, T. T. (2019). Deltaking og medverknad for tilsette i helse- og omsorgssektoren - En oppsummering av kunnskap. Omsorgsbiblioteket. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2626863>
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). ... og bedre skal det bli! Bli med å forme morgendagens sosial- og helsetjenester. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. https://napha.no/multimedia/2012/_Styrke_Forbedringskunnskapen_6_SHdir_SFK.pdf.
- Stacey, R. (2011). *Strategic Management and Organisational Dynamics: the Challenge of Complexity*. 6th ed. London: Pearson Education.
- Stacey, R., D. & Griffin D. (2005). *A complexity perspective on researching organizations: Taking experience seriously*. New York: Taylor & Francis.
- Stokland, D. & Værnor, D. (2015). Ledelse og styring - to forskjellige verdener. *Stat og styring*, 2 (25), 16-23.
- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet. Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sørensen, E. og Torfing J. (2011) Hvordan studeres og fremmes samarbejdsdrevet innovation? I E. Sørensen E. og Torfing J. (red.), *Samarbejdsdrevet innovation - i den offentlige sektor*, København: Jurist- og økonomforbundets forlag.
- Sørly, R. (2017). Brukermedvirkning i demensomsorgen. En oppsummering av kunnskap. Senter for omsorgsforskning. Omsorgsbiblioteket. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2453749>
- Thompson, G. and Glasø, L. (2018). Situational leadership theory: a test from a leader-follower congruence approach. *Leadership & Organization Development Journal*, 39 (5), 574-591. <https://doi.org/10.1108/LODJ-01-2018-0050>
- Thompson, G. and Glasø, L. (2015). Situational leadership theory: a test from three perspectives. *Leadership & Organization Development Journal*, 36 (5), 527-544. <https://doi.org/10.1108/LODJ-10-2013-0130>

- Torfig, J., Sørensen E. & Aagaard P. (2014) Samarbejdsdrevet innovation i praksis: en introduktion, I Aagaard, P., Sørensen E. & Torfig J. (red.). *Samarbejdsdrevet innovation i praksis*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Tortzen, A. (2019). *Samskabelse af velfærd. Muligheder og faldgruber*. København: Hans Reitzels forlag.
- Van de Ven, A.H., Garud, R., Venkataraman, S. & Polley, D. (1999). *The Innovation Journey*. Oxford: Oxford University Press.
- Voorberg, W. H., Bekkers, V. J. J. M. & Tummers, L. G. (2015). A Systematic Review of Co-Creation and Co-Production: Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review*, 17 (9), 1333-135.
- WHO (2018). World Health Organization, OECD, and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf>.
- Ytrehus, S. (2013). Kvalitet i eldreomsorg, I Bergland, Ådel. *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre*. (s.27-69). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Aagaard, P., Sørensen E. og Torfig J. (red.) (2014). *Samarbejdsdrevet innovation i praksis*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Publikasjoner i serien

- **Et aldersvennlig Norge**
Frode F Jacobsen, Astrid Ouahyb Sundsbø
- **Aktivitet og fellesskap**
Marianne Eliassen, Trude Hartviksen
- **Mat og måltider**
Line Melby, Eliva Attieno Ambugo
- **Helsehjelp til eldre**
Betty-Ann Solvoll, Siri A Devik, Bente Irene Løkken, Aud Moe
- **Sammenheng og overganger i tjenestene**
Terje Emil Fredwall, Bjørg Dale, Elin Rogn Nilsen, Benedicte Sørensen Strøm
- **Styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon**
Kathrine Cappelen, Liv Jorunn Solstad, Nina Beate Andfossen, Trude Anita Hartviksen, Siri Andreassen Devik