

Kunnskapsdeling og kunnskapsforståelse

En studie av standardiserte pasientforløps
innvirkning på sykepleierens arbeidshverdag

Av
Åse Berg

Avhandling avlagt ved Handelshøjskolen i København og
Danmarks Pædagogiske Universitetsskole for graden
Master of Knowledge and Innovation Management
(Master i Kunnskaps- og innovasjonsledelse)
2010



Copenhagen
Business School
HANDELSHØJSKOLEN



DANMARKS PÆDAGOGISKE
UNIVERSITETSSKOLE
AARHUS UNIVERSITET

Forord

Denne avhandlingen er motivert av en interesse for grenselandet mellom helse og IT, et område som jeg er så heldig å få jobbe med til daglig. Med bakgrunn fra begge leire er det naturlig å se etter sammenhenger som kan gi en større forståelse for helheten.

Kunnskapsperspektivet oppleves som godt egnet til nettopp dette.

Selve skriveprosessen har vært spennende - og framfor alt utfordrende. En stor del av studieutbyttet for min del ligger nok nettopp i det å ha blitt tvunget til å skrive. Til tider har akkurat det vært frustrerende, i hvert fall inntil jeg så konturene av det som nå har blitt en masteravhandling.

Jeg vil gjerne takke dere som har bidratt på veien. Alle først vil jeg takke informantene, som har delt sine erfaringer fra det standardiserte pasientforløpet med meg. En takk går også til min arbeidsgiver som har lagt til rette på beste måte. Så vil jeg takke Arild for oppmuntring og overbærenhet når det har blitt i mot. Til slutt vil jeg takke veileder Hege Eggen Børve for god hjelp og støtte i prosessen.

Trondheim 30.8.2010

Åse Berg

Sammendrag

Utgangspunktet for masteravhandlingen er temaet standardiserte pasientforløp og en analyse av sykepleierens forståelser av fenomenet. Problemstillingen for avhandlingen er: Hvordan har standardiserte pasientforløp påvirket sykepleierens kunnskapsutvikling og arbeidshverdag?

Til denne problemstillingen er det knyttet tre forskningsspørsmål:

- Hvordan oppleves innføringen av standardiserte pasientforløp for sykepleierne, sett i et kunnskapssyn?
- Hvordan forstår sykepleieren formålet med standardiserte pasientforløp og muligheten for å lykkes?
- Hvordan har standardiserte pasientforløp påvirket sykepleierens kunnskapsutvikling og samarbeid med andre som har en rolle innenfor det standardiserte pasientforløpet?

Data er innhentet gjennom en kvalitativ tilnærming med individuelle intervju av fem sykepleiere med praktisk erfaring fra et etablert standardisert pasientforløp ved en sengepost ved et av våre sykehus. Teoritilfang er i all hovedsak innhentet fra et kunnskaps- og læringsperspektiv.

Informantene forstår det standardiserte pasientforløpet som en reforhandlet avtale, som i første rekke skal gi effektiv pasientflyt gjennom et tverrfaglig samarbeid. Samarbeidet oppleves å fungere bedre enn før, og det har medført at sykepleieren etter informantenes forståelse har blitt avlastet for kontroll- og koordineringsoppgaver i pasientforløpet. Samtidig oppleves det å ha gitt forbedringer for pasientene ved redusert intern ventetid, færre utsettelse av operasjoner og større trygghet. Dette forstås som en konsekvens av den kunnskapsutviklingen og kunnskapsdelingen som har skjedd i teamet, med økt forståelse for hverandre, gjennom større grad av transparens, slik at ”alle vet”.

Informantene opplever liten sammenheng mellom sykepleiefaglige retningslinjer og standardiserte pasientforløp. Standardiserte pasientforløp forstås i all hovedsak som administrative rutiner for å oppnå god pasientflyt, og derved som ikke styrende for faglig utøvelse. I den grad denne sammenhengen allikevel erkjennes, oppleves det som et dilemma. Det er imidlertid en forståelse av at standardiserte prosedyrer må kunne fravikes ved behov,

gjennom utøvelse av faglig skjønn. Dette også som et tilsvar til den ”fabrikktankegangen” som informantene mener å se tendenser til, spesielt i tilknytning til målene for økonomisk effektivisering og kostnadsbesparelser. Målene kan i stor grad knyttes til en utvikling i ånd av retningen New Public Management, hvor man ønsker å modernisere offentlig sektor med ulike konsepter og tenkning fra privat sektor. Standardiserte pasientforløp kan forstås som eksempel på et slikt konsept.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	6
1.1	Problemstilling med forskningsspørsmål	7
1.2	Oppbygging av oppgaven.....	7
2	SPECIALISTHELSETJENESTEN OG STANDARDISERTE PASIENTFORLØP	9
2.1	Formålet med standardiserte pasientforløp	12
2.2	Tidligere forskning	14
3	TEORETISKE PERSPEKTIVER	17
3.1	Kunnskapsforståelser	17
3.1.1	Kunnskap som begrep	17
3.1.2	Strukturelt og prosessuelt kunnskapssyn.....	18
3.1.3	Taus og eksplisitt kunnskap	20
3.2	Kunnskapsdeling og læring.....	21
3.2.1	Seki-modellen.....	21
3.2.2	Kunnskapsdeling ved bruk av IT-systemer	23
3.2.3	Andre former for kunnskapsdeling	26
3.2.4	Betydningen av tillit	26
3.2.5	Enkel- og dobbelkretslæring	28
3.3	Andre teoretiske perspektiv.....	30
3.3.1	Ekspert- og aktørstrategien.....	30
3.3.2	Profesjonskultur	30
3.4	New Public Management	33
3.4.1	Prosesstilnærmingen.....	33
4	METODE	37
4.1	Vitenskapsteoretisk ståsted	37
4.2	Begrunnelse for mine valg	41
4.3	Gjennomføring av case-studien.....	43
4.3.1	Utvalg	43
4.3.2	Gjennomføring av intervjuet	44
4.3.3	Bearbeiding, analyse og tolkning av data.....	45
4.4	Egen rolle	46
4.5	Egen forforståelse.....	46

4.6	Kritikk	46
4.7	Forskningsetikk	48
5	INTRODUKSJON AV DET STANDARDISERTE PASIENTFORLØPET	50
5.1	Det standardiserte pasientforløpet introdusert; med og uten opplæring	52
6	SYKEPLEIERENS FORSTÅELSE AV FORMÅLET MED STANDARDISERTE PASIENTFORLØP .	59
6.1	Standardiserte pasientforløp; rasjonalisering og effektivitet.....	59
6.2	Pasientforløp forstått som administrative rutiner og pasientflyt	61
6.3	Forbedret IT-system som følge	64
6.4	Dilemmaet standardisering versus klinisk skjønn.....	66
7	INNVIRKNING PÅ KUNNSKAPSUTVIKLING OG SAMARBEIDSKULTUR	71
7.1	Avlastning for sykepleierne ved at ”alle vet”	71
7.2	Kunnskapsdeling omkring det standardiserte pasientforløpet i teamet.....	74
7.3	Behov for kontinuerlig dialog	77
8	AVSLUTNING.....	80
8.1	Introduksjon av det standardiserte pasientforløpet.....	80
8.2	Sykepleierens forståelse av formålet med standardiserte pasientforløp.....	80
8.3	Innvirkning på kunnskapsutvikling og samarbeidskultur	82
8.4	Svar på problemstillingen.....	83
8.5	Valg av teori og alternative tilnærminger	84
8.6	Etterrefleksjon	84
9	LITTERATURLISTE.....	86
10	LISTE OVER FIGURER	92
11	LISTE OVER VEDLEGG	93

1 INNLEDNING

Kombinasjonen av pasienter, kunnskap og internett er blitt kalt den tredje helserevolusjon (Breslow 2004, Mason 2008) og har gitt helsetjenesten nye utfordringer. Pasienten er ofte bedre informert enn legen eller sykepleieren, og legens store skrekk sies å være pasienten som møter opp med en bunke utskrifter fra internett i veska (Eiring et al 2008). Det handler også om at helsetjenesten har et forklaringsproblem når like tilstander blir behandlet ulikt, til tross for at beste praksis-tenkning sies å være høyt prioritert (Hansen 2002). Når to pasienter med samme lidelse mottar helt forskjellig behandling uten nærmere faglig begrunnelse, så vil det for en opplyst pasient kunne oppleves som både urovekkende og underlig.

For å redusere variasjonene innenfor helsetjenestene er det fra sentrale helsemyndigheter igangsatt arbeid med utvikling av gode faglige retningslinjer. Disse skal implementeres som beste praksis, gjennom standardiserte pasientforløp eller behandlingslinjer (Helsedirektoratet 2010). Fra sykepleierhold er det etterlyst utvikling av kunnskapsbaserte planer på tvers av avdelinger, klinikker, sykepleiefaglige så vel som tverrfaglige planer (Rotegård et al 2010). Dette etterlyser man samtidig med at helseforetakene har store prosjekter gående, for å utvikle og innarbeide standardiserte pasientforløp i sine sykehus. De mange pågående prosjektene med implementering av standardiserte pasientforløp, forventes i tillegg til mindre variasjon også å gi bedre samhandling, redusert liggetid og lavere kostnader. Effekten er imidlertid ikke dokumentert, til tross for at standardiserte pasientforløp har vært benyttet i USA og Europa siden begynnelsen av 1990-tallet. Konseptet hevdes derfor å komme inn under kategorien eksperimentell virksomhet (Helsebiblioteket 2007:24). Erfaringer fra andre land viser også at det er utfordringer med å få etterlevelse av retningslinjer som er innebygd i forløpene.

Dette gjør det meget interessant å undersøke erfaringer, fra de standardiserte pasientforløpene som allerede er introdusert, hos de interessentene som er involvert. Etter nesten 30 års yrkeserfaring fra spesialisthelsetjenesten med bakgrunn blant annet som sykepleier har jeg et engasjement for temaet, og jeg synes det vil være interessant å se nærmere på sykepleiernes erfaringer fra et standardisert pasientforløp. Hvordan forstås standardiserte pasientforløp, og hvilke implikasjoner har innføring av standardiserte pasientforløp hatt på sykepleiernes arbeidshverdag ut fra et kunnskapsperspektiv?

1.1 Problemstilling med forskningsspørsmål

Den overordnede problemstillingen for denne avhandlingen er:

Hvordan har standardiserte pasientforløp påvirket sykepleierens kunnskapsutvikling og arbeidshverdag?

Mitt analysenivå er den enkelte sykepleier og et konkret standardisert pasientforløp innført ved et sykehus. Jeg har valgt å fokusere på et tidsperspektiv fra det standardiserte pasientforløpet ble introdusert for sykepleierne helt til de har tatt metoden i bruk.

Følgende forskningsspørsmål vil bli utforsket:

Forskningsspørsmål 1:

Hvordan oppleves innføringen av standardiserte pasientforløp for sykepleierne, sett i et kunnskapssyn?

Forskningsspørsmål 2:

Hvordan forstår sykepleieren formålet med standardiserte pasientforløp og muligheten for å lykkes?

Forskningsspørsmål 3:

Hvordan har standardiserte pasientforløp påvirket sykepleierens kunnskapsutvikling og samarbeid med andre som har en rolle innenfor det standardiserte pasientforløpet?

1.2 Oppbygging av oppgaven

I kapittel 2 gir jeg en kort innføring i noen av spesialisthelsetjenestens rammebetingelser, samt at jeg gjør rede for begrepene og tenkningen rundt konseptet standardiserte pasientforløp. Det er samtidig naturlig å for noe av den forskningen som foreligger på området.

I kapittel 3 følger en gjennomgang av teoretiske perspektiver som jeg har valgt å bruke. Dette

er i store trekk teori innen kunnskapsledelse, kunnskapsforståelse, kunnskapsdeling, læringsteori og NPM.

Avhandlingens kapittel 4 er metodedelen med en kritisk gjennomgang av mine metodiske valg knyttet til datainnsamlingen.

Deretter følger tre kapitler hvor jeg analyserer dataene ved hjelp av de teoretiske perspektivene som er trukket inn i kapittel 3. I kapittel 5 presenterer jeg først bakteppet for den konkrete casen, gjennom aktuell informasjon om det empiriske feltet i caseorganisasjonen. I samme kapittel analyserer jeg introduksjonen av det standardiserte pasientforløpet.

I kapittel 6 analyserer jeg sykepleierens forståelse av formålet med standardiserte pasientforløp.

I kapittel 7, det tredje og siste analysekapitlet, gjør jeg en analyse av standardiserte pasientforløps innvirkning på kunnskapsutvikling og samarbeidskultur. Gjennom disse tre kapitlene vil jeg besvare de tre forskningsspørsmålene.

I kapittel 8, avslutningskapitlet, svarer jeg på avhandlingens problemstilling med utgangspunkt i forskningsspørsmålene og ved å oppsummere de funnene som er behandlet i analysekapitlene. Jeg gjør også rede for mitt valg av teori og antyder mulige alternative tilnærminger. Avslutningsvis gjør jeg en etterrefleksjon.

2 SPESIALISTHELSETJENESTEN OG STANDARDISERTE PASIENTFORLØP

Som et nødvendig oppspill til min avhandling, for å forstå bakgrunnen for og utfordringene omkring standardiserte pasientforløp, vil jeg først trekke fram noen historiske trekk og rammebetingelser for sykehussektoren.

Begrepet ”spesialisthelsetjeneste” er, ifølge merknadene til spesialisthelsetjenesteloven § 1-2, et samlebegrep på de helsetjenestene som man har funnet det hensiktsmessig å ikke pålegge kommunene ansvaret for. Hva som er hensiktsmessig i denne sammenheng vil kunne endre seg over tid. Begrepet må sees i sammenheng med den faktiske oppgavefordelingen mellom nivåene. Dette tilsier at spesialisthelsetjenesten har ansvar for de oppgavene, som til enhver tid ikke er tillagt kommunehelsetjenesten eller førstelinjetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten og de offentlige sykehusene har i løpet av de siste 30 år gjennomgått radikale endringer. Det har vært store politiske omstillingsprosesser og nødvendige tilpasninger, ikke minst som følge av en rivende medisinsk- og informasjonsteknologisk utvikling. I nyere tid er det tre store omstillingsprosesser som vil kunne sies å ha hatt stor betydning for organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge. Det er henholdsvis spesialisthelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven og helseforetaksloven.

Spesialisthelsetjenesteloven (Ot.prp.10 1998-99) fra 2001 påla sykehusene å innføre enhetlig ledelse på alle nivå. Dette var en svært kontroversiell lovendring, ettersom den åpnet for at man ikke nødvendigvis måtte inneha medisinskfaglig kompetanse for å kunne lede en medisinskfaglig enhet. Fram til da hadde det vært vanlig med et delt og felles ledelsesansvar i avdelingen, en såkalt enhetlig todelt ledelse (Gjerberg et al 2006). Etter at spesialisthelsetjenesteloven trådte i kraft så skjedde imidlertid det uvanlige, at en jordmor fikk stillingen som avdelingsleder for Kvinneklinikken ved Haukeland sykehus i Bergen. Dette førte til mye uro og opphetet debatt og blåste liv i profesjonskampen (Mo 2006).

Pasientrettighetsloven trådte i kraft i 2001. Denne hadde som formål å sikre befolkningen lik tilgang til helsehjelp av god kvalitet, ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Loven innebar en styrking av pasientens stilling gjennom lovfestet rett til medvirkning,

informasjon, innsyn i journal, utvidet klageadgang, rett til nødvendig helsehjelp og rett til fritt sykehusvalg (NOU 2003).

I 2002 kom helseforetaksloven (Ot.prp. 66 2000-2001), hvor staten overtok eieransvaret for de offentlige sykehusene, og disse ble organisert i helseforetak. De regionale helseforetakene fikk et *sørge-for-ansvar* der de gjennom en ny finansieringsmodell skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen gjennom en ny finansieringsmodell. Finansiering av spesialisthelsetjenesten foregår nå ved at staten overfører penger til de regionale helseforetakene i to deler. Den ene delen er en basisbevilgning som er aktivitetsuavhengig, og den andre delen er aktivitetsavhengig, såkalt Innsatsstyrt finansiering (ISF) med inntekter fra poliklinikk. De regionale helseforetakene står deretter fritt til på eget grunnlag å fordele disse pengene til egne helseforetak og andre leverandører av helsetjenester (NOU 2008:2).

Helseforetaksloven og ny eierstyring resulterte etter manges mening i et sterkere fokus på økonomi og ressursstyring, også blant helsepersonell (NOU 2003). Dette ble påpekt av pasientorganisasjonene i en offentlig utredning i 2003. I denne vises det til en undersøkelse hvor pasientorganisasjonene mener at det er ”stor oppmerksomhet i norske sykehus omkring hvilke typer pasienter som er ”lønnsomme” i ISF” (NOU 2003:52). Pasientorganisasjonen Mental Helse viser for eksempel til det problematiske i at sykehusene fokuserer først og fremst på de aktivitetene som utløser ekstra inntekter. De mener videre at dette vanskeliggjør god dialog og forpliktende samarbeid mellom ulike faggrupper i sykehusene og ulike deler av helsetjenesten. Utredningen viser også til konklusjonen i en studie som tilsier at manglende inntekter og svakheter ved finansieringssystemet *ikke* er sykehusenes største hinder for å etablere en kostnadseffektiv drift. Det vil derimot være nødvendig med endringer i interne organisatoriske forhold, som et ledd i å skape en mer effektiv organisasjon (NOU 2003:60-61).

I nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (SHD 2005) defineres god tjenestekvalitet som faglig gode tjenester, som ”blir levert på en menneskelig sett god måte i ett system som fremmer helhet” (Helsedirektoratet 1 2010). Gjennom internkontroll skal det sikres etterlevelse av krav fra 36 ulike lover. Dette bl.a. etter krav fra Helsetilsynet, Arbeidstilsynet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Forurensningstilsynet, Mattilsynet, Datatilsynet og Statens strålevern. Andre land har på sin side valgt et system hvor ulike akkrediteringsorganisasjoner er satt til å kontrollere tjenestekvaliteten. Med andre ord

er det i Norge større tillit til at virksomheten kontrollerer seg selv. I tillegg til internkontroll kan man dessuten selv velge å supplere med akkreditering innen bestemte fagområder, eller supplere med akkreditering innen bestemte pasientforløp (Arntzen et al 2005).

Helsedirektoratet er gjennom Nasjonal helseplan tillagt en normerende rolle for helsetjenesten på tvers av helseregioner og tjenestenivå. Dette gjøres bl.a. ved utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer med grunnlag i vitenskapelig dokumentasjon, systematisk innsamlet og kritisk vurdert (Hansen 2002). Retningslinjene skal oppfylle lovkravet til forsvarlighet og god kvalitet i spesialisthelsetjenesten, og de blir utarbeidet i nært samarbeid mellom de regionale helseforetakene og bl.a. kommunene. De skal være styrende for fagpersonell innenfor de enkelte enhetene, og det betyr at dersom de fravikes vesentlig skal det også dokumenteres. På denne måten ønsker en å oppnå at helsetilbudet til pasienter i ulike deler av landet er ”oppdatert, standardisert og harmonisert” (Hansen 2002:17). Utarbeidelse av faglige retningslinjer er en særskilt omfattende og nitidig prosess som innebærer mange og omfattende krav. Denne prosessen velger jeg imidlertid ikke å gå nærmere inn på i denne sammenhengen.

Spesialisthelsetjenesten består av helsepersonell fra mange ulike profesjoner, innenfor sine ulike fagfelt og spesialiteter. Disse fagpersonene er ansatt i de ulike helseforetak samt hos de private aktørene som tilbyr tjenester gjennom egne avtaler med det regionale helseforetaket. I tillegg er det et utstrakt faglig samarbeid med eksterne instanser som kommunehelsetjenesten og andre aktører. Framlegget til den såkalte samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47, viser til store utfordringer omkring denne samhandlingen (HOD 2009). Dette er også dokumentert av Statens helsetilsyn gjennom funn og erfaringer fra tilsyn, der det er avdekket avvik forbundet med samhandling. Blant de viktigste momentene pekes det på ”manglende eller mangelfull informasjonsflyt” og ”ikke avklart eller ikke tydelig arbeidsdeling, uavklarte ansvars- og myndighetsforhold” (HOD 2009).

Det er manglende harmonisering av ressurstilførselen i flere behandlingkjeder. Slik kan gevinsten av stor ressursinnsats i behandling gå fullstendig tapt i neste ledd fordi man ikke har satt inn ressurser på rehabilitering etter behandlingen, eller brukt tilstrekkelig ressurser i hjemmesituasjonen etter et dyrt rehabiliteringsopplegg (HOD 2009:50).

Utfordringsbildet innenfor samhandling er mangefasettert og komplekst, og det kunne vært referert til mange enkeltteksempler og forklaringsmodeller. I denne avhandlingen er jeg opptatt av å fokusere på forbindelsen til standardiserte pasientforløp.

2.1 Formålet med standardiserte pasientforløp

Et pasientforløp kan beskrives som summen av alle aktiviteter, kontakter og hendelser som pasienten opplever i møtet med helsevesenet, i forbindelse med håndteringen av et helseproblem. Begrepet standardiserte pasientforløp er synonymt med begrepet behandlingslinjer. Det kan defineres som en "dokumentert beskrivelse av et forventet pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i faglig evidens og koplet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater" (Ljungblad 2008:9). Når jeg i det videre omtaler standardiserte pasientforløp, så tenker jeg på standardiserte pasientforløp spesifikt innenfor spesialisthelsetjenesten, og mellom de ulike enhetene i spesialisthelsetjenesten.

Satsningen på standardiserte pasientforløp er forbundet med ambisiøse mål. Målene er ambisiøse både med hensyn til kvaliteten og de faglige retningslinjene, og i forhold til utfordringene omkring samhandlingen og de mange aktørene involvert. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2007) refererer til at man, ved å standardisere pasientforløp, ønsker å understøtte implementeringen av kliniske retningslinjer i form av lokale rutiner og klinisk praksis, forbedre samhandling på tvers av ulike sektorer og profesjoner samt redusere liggetid og kostnader. Helsedirektoratet forventer at standardiserte pasientforløp skal gi både bedre kvalitet og et langt mer forutsigbart behandlingsforløp for pasienten (HOD 2010). Både det kvalitative og det faglige aspektet beskrives da også i prinsippene for organisering av pasientforløp i Helse Midt-Norge:

Organiseringen av pasientforløp må ta utgangspunkt i kunnskapsbasert beste praksis. [...] Med utgangspunkt i den faglige forløpsbeskrivelsen skal forløpet utvikles med tanke på pasientdeltakelse, informasjon, service og kostnadseffektivitet (HMN RHF 2 2006:60).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen henviser til begrepsforvirring og definerer kunnskapsbasert praksis slik:

Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og behov i den gitte situasjon (Nortveidt og Jamtvedt 2009:65).

Standardiserte pasientforløp forventes altså å gi gevinster innenfor mange områder, innenfor både samhandling, kvalitet, pasientmedvirkning og økonomi. Det handler også om å ta steget fra ”Best evidence” til ”Best practice”, dvs. implementering av best evidence i praksis, som en endringsprosess (Grol 2003).

Standardiserte pasientforløp er definert som et strategisk virkemiddel innenfor spesialisthelsetjenesten, i sentrale helsemyndigheter og gjennom statens eierstyring av helseforetakene. I nasjonale strategier for kvalitetsforbedring innenfor helsetjenesten er en sentral tanke ”det gode forløp” med brukeren i sentrum (SHD 2005). Vi ser også begrepet omhandlet i en rekke av de nærmere 40 lovene med tilhørende forskrifter som gjelder for norske sykehus (Arntzsen et al. 2005).

I handlingsprogrammet for Helse Midt-Norge RHF 2006 – 2010 heter det:

Økende spesialisering og funksjonsfordeling har [...] ’stykket opp’ pasientforløpene også innad i spesialisthelsetjenesten. Det blir da avgjørende å etablere en organisasjons- og ledelseskultur som legger til rette for sammenhengende behandlingstilbud (HMN RHF 2 2006:9).

I overordnet strategi for utvikling av tjenestetilbudet frem mot 2010 for Helse Midt-Norge, heter det: ”Behandlingsforløpet skal være forutsigbart, helhetlig og effektivt for pasient og pårørende” (HMN RHF 2005).

Under styrets behandling av overordnet strategi i 2005 ba de om en egen strategi for HMN RHF sitt eierskap til egne helseforetak og at ”den del av de prioriterte strategiske områder som omhandler manglende helhet og sammenheng i behandlingstilbudet vektlegges spesielt” (HMN RHF 1 2006:8). Denne eierstrategien ble vedtatt av styret i mai 2006. Målet med eierstrategien var en overordnet eierstrategi for foretaksgruppen fram mot 2010 slik at foretaksgruppens egne foretak kan tilby spesialiserte helsetjenester med god kvalitet, god tilgjengelighet og akseptabel kostnad til befolkningen i Midt-Norge. Eierstrategien gikk til høring hos de enkelte HF, som i sine høringsuttalelser signaliserte støtte til satsningen på utvikling av mer helhetlige pasientforløp. Kommentarene var bl.a. at ”arbeidet med utvikling av mer helhetlige pasientforløp er viktig og bør prioriteres ved implementeringen av eierstrategien” (HMN RHF 1 2006:26).

I eierstrategien for HMN RHF defineres formålene med helhetlige pasientforløp som hhv. et godt pasientopplevd forløp, et godt klinisk forløp, gode pasientforløp for sykehus som produksjonsbedrift og gode pasientforløp for personell under utdanning (HMN RHF 1 2006:33). Eierstrategien skisserte deretter en satsning på standardiserte pasientforløp gjennom etablering av et prosjekt. Prosjektet skulle utvikle ”metoder og planer for hvordan pasientforløp i Helse Midt-Norge skal beskrives. Arbeidet skal inkludere ledelses- og styringsforhold, økonomiske og kvalitative konsekvenser” (HMN RHF 1 2006:71). ”Effektivisering av pasientforløp anses som en av flere modeller som må vurderes for å redusere kostnader på ulike områder. Dette anses som nødvendig for å kunne møte økonomiske konsekvenser av de strategiske satsningsområdene (HMN RHF 1 2006:65). Det heter videre: ”Kostnadseffektiviteten i et behandlingsforløp kan økes dersom mange like forløp rendyrkes i spesialiserte produksjonsprosesser” (HMN RHF 1 2006:50). Det signaliseres klare forventninger til at en standardisering vil gi økonomiske gevinster.

Prosjektet for utvikling av standardiserte pasientforløp ble etablert i årsskiftet 2007/2008. Prosjektets overordnede mål var økt standardisering av pasientforløp med henblikk på å bidra til forbedret pasientopplevelse, bidra til å forbedre faglig kvalitet, bidra til mer effektiv ressursutnyttelse samt bidra til trygge overleveringer mellom aktører og tjenestesteder (HMN RHF 3 2008).

2.2 Tidligere forskning

En rekke norske sykehus har i løpet av de siste par årene satt i gang prosjekter med utprøving av standardiserte pasientforløp. Det rapporteres om gode resultater, større effektivitet, bedre utnyttelse av ressurser, bedre informasjon til pasienter og pårørende både før, under og etter behandling. Kontinuerlig oppdatering av behandlingslinjene sies å gi involvering og engasjement hos involverte yrkesgrupper (Hauge 2008). En nasjonal utredning på oppdrag av Helse SørØst viser på sin side at det i dag ikke foreligger tilstrekkelig forskningsgrunnlag for å vurdere effekten av standardiserte pasientforløp, men at de systematiske oversiktene som finnes gir motstridende konklusjoner. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten konkluderer slik:

Bruk av behandlingslinjer kan i lys av manglende dokumentasjon av effekten betraktes som eksperimentell virksomhet. Å knytte arbeidet til evaluering og forskning vil kunne bidra til mer kunnskap, også om effekt. Den foreliggende Cochraneprotokollen, og flere av de systematiske oversiktene, advarer mot bruk av ekstra ressurser til å

utvikle og implementere behandlingslinjer før effekt og kostnadseffektivitet er bedre evaluert (2007:3).

En internasjonal studie fra 23 land viser at det etter 20 års bruk av standardiserte pasientforløp foreligger lite informasjon om bruk og utbredelse globalt. Undersøkelsen viser at standardiserte pasientforløp blir brukt hos et mindretall av pasienter og i hovedsak ved akuttstusykehus. Den viser også at standardiserte pasientforløp overveiende betraktes som et tverrfaglig verktøy til kvalitetsforbedring og ”efficiency of evidence-based care”. Undersøkelsen konkluderer med at standardiserte pasientforløp har en framtid, men det er behov for en internasjonal undersøkelse og kunnskapsdeling omkring utvikling, implementering og evaluering av standardiserte pasientforløp (Vanhaecht et al. 2006).

En studie fra Storbritannia omkring *holdningene* til standardiserte pasientforløp blant en gruppe sykehusansatte, bestående av både helsepersonell som leger og sykepleiere samt merkantilt ansatte, viste på sin side at det gikk et skille blant de som var velinformerte og ikke. De som var godt informert om standardiserte pasientforløp var positive, de som bare hadde hatt en times innføring var negative. Andre årsaker til negative holdninger til standardiserte pasientforløp var en oppfatning om at alle andre enn en selv hadde fordel av konseptet. Mange var kritiske til manglende tid til å sette seg inn i forløpene og manglende dokumentasjon på at det har god effekt. Det var også utbredt skepsis til å bli tvunget inn i denne formen for standardisering av praksis da de var redd for at man ikke fikk anledning til å utøve faglig skjønn (Claridge et al 2005).

I en studie fra Spania har man sett på behovet for IT-støtte til standardiserte pasientforløp. Her konkluderer man med standardiserte pasientforløp bør digitaliseres og integreres i elektronisk pasientjournal for å få konseptet mer brukervennlig (Rosique 2009). I Norge består IT-støtte til standardiserte pasientforløp stort sett av dataprogram som veileder brukeren i produksjonen av en behandlingslinje, samt at det finnes elektroniske pasientjournalssystemer som har muligheten til produksjon og oppfølging av standardiserte pasientforløp innbakt. Men potensialet og mulighetene sies å være lite utforsket. Det hevdes at IKT bør kunne bidra med å automatisere dokumentasjonsprosessen, koble informasjon fra mange kilder sammen i et system, kontinuerlig kvalitetsoppfølging, gi ledelsesinformasjon og kontinuerlig resultatmål (Hauge 2008:7). Et hensiktsmessig IT-verktøy anses å kunne støtte utbredelse og etterlevelse

av standardiserte forløp gjennom en prosessorientert elektronisk pasientjournal (Gunnerød 2008).

Behandlingslinjer gir ikke full uttelling uten IT-systemer som støtter. Det er ikke mangel på systemer og teknologi, men helsevesenets evne til å ta i bruk tilgjengelig verktøy som forsinker effektuttak og kvalitetsheving. Det er ved å ta i bruk IKT-verktøy fra andre områder i samfunnet at man kan bringe helsevesenet opp til samme nivå som resten av samfunnet befinner seg på (Hauge 2008).

Mange ulike studier peker på utfordringene med å ta i bruk standardiserte pasientforløp. Det ser for eksempel ut til å gjenstå mye på involvering av helsepersonell i utvikling og oppfølging av standardiserte pasientforløp (Gray 2006). En studie omtaler dette og lister opp fem forutsetninger for å lykkes. For blant annet å imøtekomme kritikken om såkalt overstandardiserte pasientforløp, er en av forutsetningene at man starter med å se på pasienten ikke bare som en bruker eller klient, men som en *partner* som kan bidra til å bygge pasientsentrerte pasientforløp (Vanhaecht et al. 2009). Dette støttes av andre som mener at alle tjener på større grad av gjennomsiktighet (transparens), kunnskapsdeling og erfaringsutveksling omkring pasientforløp og beste praksis (Gray 2007).

Noe av kritikken mot standardiserte pasientforløp handler dessuten om at det finnes ingen systematisk metodikk for å fase ut eksisterende metoder i spesialisthelsetjenesten. Det viser seg således ofte at de gamle metodene fortsatt er i bruk, selv om det innføres nye og bedre metoder basert på ny kunnskap (Mørland 2009). Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsevesenet mener dette er problematisk i forhold til ressursbruk, og at ”en systematisk fjerning av ineffektive eller mindre kostnadseffektive metoder vil kunne frigjøre ressurser til nye tiltak” (Mørland 2009:5). Rådet ber om at det i forbindelse med standardiserte pasientforløp aktivt vurderes, hva som skal beholdes og hva som kan fases ut.

3 TEORETISKE PERSPEKTIVER

I dette kapitlet blir kunnskapsbegrep og kunnskapsperspektiv belyst ved å trekke fram relevant teori og litteratur. Hensikten er å trekke opp et lerret som bakgrunn for senere analyse av empiri, for å kunne svare på problemstillingen.

3.1 Kunnskapsforståelser

Kunnskapsperspektivet kan belyses gjennom temaet kunnskapsledelse, et begrep med mange definisjoner. En av definisjonene er kunnskapsledelse som en metode som forenkler prosessen med å dele, distribuere, skape, fange og forstå en virksomhets kunnskap (Gottschalk 2004). Kunnskapsledelse er også definert som tilretteleggelsen av system for utvikling, overføring, integrering og praktisk bruk av kunnskap, i den hensikt å fremme de varige konkurransemessige fordelene for virksomheter (Johannessen et al 1997). I denne sammenhengen, i min avhandling, vil jeg først og fremst bygge på en definisjon av kunnskapsledelse som ledelse av prosesser for utvikling, lagring, deling og anvendelse av kunnskap (Irgens 2009).

3.1.1 Kunnskap som begrep

Ordet ”kunnskap” er et begrep som en kan velge å definere på ulike måter, ut fra varierende perspektiver. For å klargjøre litt kan det være nyttig å skille mellom *data*, *informasjon* og *kunnskap*. Tall og bokstaver uten mening kan karakteriseres som data. Dersom data settes inn i en sammenheng som *gir* mening, kan vi snakke om informasjon. Informasjon kan dermed karakteriseres som tolkede data. Informasjon blir til kunnskap når den kombineres med erfaring, kontekst, interpretasjon og refleksjon. Informasjon kan sees på som *representasjon* av kunnskap og ikke kunnskapen i seg selv. Kunnskap kan bli til informasjon igjen ved at den frikobles fra bl.a. konteksten og kommuniseres til andre. Om informasjonen blir til kunnskap hos *mottakeren*, avhenger av hennes erfaring, eksisterende kunnskap, forståelse og evne til refleksjon, i akkurat den konteksten det handler om (Gottschalk 2004).

En mye brukt definisjon av kunnskap er Platons definisjon av år 430 f.Kr. Platon definerte kunnskap som en rettferdiggjort sann oppfatning, eller ”justified true belief” (Newell et al.

2002:3). Definisjonen fokuserer på sannhetsaspektet ved kunnskap, noe som kanskje kan lede til en forståelse av kunnskap som et generelt og objektivt fenomen. Når det er sagt, legger definisjonen også vekt på at det må en bevisst handling til for å skape mening eller fornuft ut fra en (ny) situasjon. Slik sees kunnskap som evne til handling. Forståelsen av kunnskapsbegrepet kan avhenge av om en ser kunnskap som et objekt, som en enhet en kan besitte, eie, gripe, overføre, eller som en relasjonell prosess. I en relasjonell prosess oppfatter en kunnskap som et relasjonelt fenomen, som sosialt konstruert i en gitt kontekst og som nært knyttet opp mot handling og bevegelse fra situasjon til situasjon (Gottschalk 2004). Et teoretisk perspektiv som gjenspeiler disse fundamentalt ulike måtene å forstå kunnskap på, er dikotomien i de to kunnskapssyn hos Newell et al. (2002).

3.1.2 Strukturelt og prosessuelt kunnskapssyn

Newell et al. (2002) beskriver to kunnskapsretninger som utgjør en forskjell i kunnskapssyn: *det strukturelle og det prosessuelle perspektivet*. I det strukturelle perspektivet betraktes kunnskap som et substantiv, noe konkret som kan "fanges" og beskrives, for eksempel kodifiseres i et IT-system. I det prosessuelle perspektivet vil kunnskap være som et verb, noe som må skapes i en prosess, gjennom fellesskap som en læringsprosess. Hvis man allikevel skal bruke et substantiv i det prosessuelle perspektivet vil dette kunne være begrepet kunnskaping, i stedet for kunnskap (Newell et al. 2002). "Knowledge is an activity which would be better described as a process of knowing" (Polanyi 1969:132).

Det strukturelle kunnskapssynet beskrives som det kunnskapssynet som personer og organisasjoner har kognitive begrep om (Newell et al. 2002). Det omfattes av eksplisitt kunnskap som data, informasjon og den måten kunnskap viderebehandles på – for eksempel i et IT-system. Det strukturelle kunnskapssynet har røtter tilbake til det teknisk-rasjonelle organisasjonssynet fra taylorismen og scientific management, fra begynnelsen av forrige århundre, der effektivisering bygde på prinsipper om rutiner, roller og kontroll (Morgan 2004). Dette var prinsipper som ble videreført, samtidig som organisasjoner ble kritisert for ikke å ivareta gode nok vilkår for menneskene, for å kunne fremme den enkeltes evne til for eksempel initiativ, ansvar og kreativitet. Sosio-teknisk tenkning og systemforståelse ga imidlertid etter hvert rom for å organisere arbeid, slik at menneskelige ressurser kunne anerkjennes (Morgan 2004). Ved slutten av århundret får det tekniske rasjonale en renessanse når New Public Management (NPM) innføres i tjenesteytende virksomheter som sykehus.

”Reengineering” av prinsipper fra Total Quality Management (TQM) passer inn her og gjenoppstår i dagens kvalitetstenkning i sykehus. NPM blir omtalt senere i kapitlet.

Det prosessuelle kunnskapssynet bygger på sin side på en forståelse av mennesket i organisasjonen som kunnskapsbæreren, og en forståelse av at kunnskap fremstår i et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Kunnskap er personlig, den er relasjonell og læringen er kontekstuell. Denne beskrivelsen samsvarer med det Gottschalk (2004) beskriver som implisitt kunnskap.

Disse to perspektivene på kunnskap kan oppsummeres i følgende tabell:

Det strukturelle perspektivet	Det prosessuelle perspektivet
Kunnskap er en gjenstand som eies av individer og organisasjoner	Kunnskap har sin forankring i praksis, handlinger og sosiale relasjoner.
Kunnskap er objektiv og statisk	Kunnskap er dynamisk – kunnskapingsprosessen er like viktig som kunnskap
Kunnskap eksisterer på individuelt og kollektivt nivå	Kunnskap eksisterer gjennom samspill mellom det individuelle og det kollektive nivået
Ulike typer av kunnskap dominerer i spesielle typer av organisasjoner	Organisasjoner vil preges av ulike typer av kunnskap og kunnskapsmiljø
Kunnskap skapes ved hjelp av spesifikke sosiale prosesser	Kunnskap opptrer i sosiale prosesser

Figur 1 Det strukturelle og det prosessuelle perspektivet på kunnskap. Fritt etter Newell et al. (2002:8)

Newell et al. (2002) beskriver også to perspektiv på kunnskapsledelse i en *kognitiv modell* og en *community modell*. Perspektivene kan oppsummeres i følgende tabell:

Kognitiv modell	Community modell
Kunnskap er lik objektivt definerte konsepter og fakta	Kunnskap er sosialt konstruert og basert på erfaring
Kunnskap kan bli kodifisert og overført gjennom tekst: IT-systemer har en sentral rolle	Kunnskap kan være taus og blir overført gjennom deltakelse i sosiale nettverk inklusive faggrupper og fagteam
Gevinster (gains) fra kunnskapsledelse omfatter utnyttelse (exploitation) av resirkulering av eksisterende kunnskap	Gevinster fra kunnskapsledelse omfatter utforsking (exploration) gjennom deling og foredling (synthesis) av kunnskap blant ulike sosiale grupper og communities
Hovedformålet med kunnskapsledelse er å kodifisere og fange kunnskap	Hovedformålet med kunnskapsledelse er å understøtte og oppmuntre til kunnskapsdeling gjennom nettverksamarbeid
Den kritiske suksessfaktoren er teknologi	Den kritiske suksessfaktoren er tillit og samarbeid
De dominerende metaforene er den menneskelige hukommelse og puslespillet (sette sammen biter av kunnskap til et større bilde på en forutsigbar måte)	De dominerende metaforene er menneskesamfunnet og kaleidoskopet (kreative interaksjoner som skaper ny kunnskap, noen ganger på uforutsigbare måter)

Figur 2 To perspektiv på kunnskapsledelse: Kognitiv modell og Community modell. Fritt etter Newell et al. (2002:107)

3.1.3 Taus og eksplisitt kunnskap

I forrige avsnitt ble det fokusert på skillelinjen mellom det strukturelle og det prosessuelle kunnskapssynet. I dette kapitlet vil jeg gå videre på kunnskapsteori ved å trekke inn begrepene taus og eksplisitt kunnskap. Jeg vil deretter se disse opp mot aktuell teori innenfor viktige tema innenfor kunnskapsledelse som kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling.

Begrepene taus og eksplisitt kunnskap er sentrale innenfor både det strukturelle og det prosessuelle perspektivet, og vi kan finne mange ulike definisjoner på dette i litteraturen. Polanyi introduserte begrepet taus kunnskap i 1966 første gang, og han tok utgangspunkt i at ”vi kan vite mer enn vi kan si” (Polanyi 2000:16). Taus kunnskap kan beskrives som ryggmargsrefleksen og det som ligger like under huden (Siggaard Jensen et al. 2004:41). Den kan ikke artikuleres tydelig da den egentlig finnes bare i hodet, som ”embrained knowledge” (Blackler 1995 i Newell et al. 2002), eller som en praktisk ferdighet (Newell et al. 2002:104). Eksplisitt kunnskap er kunnskap som er beskrevet, forklart og gjort språklig (Siggaard Jensen et al. 2004:41), kunnskap som har blitt uttrykt enten muntlig eller tekstlig (Newell et al. 2002:104). En ytterlighet er teorien om at taus kunnskap ligger til grunn for alt, mens den andre ytterligheten sier at taus kunnskap ikke kan brukes. Det synes allikevel å være bred oppslutning rundt teorien om at det finnes taus kunnskap, og at man ikke kan uttrykke eller gjøre eksplisitt alt man vet.

3.2 Kunnskapsdeling og læring

Styhre et al. (2008) gjør et forsøk på å kategorisere litteraturen etter hvilket fokus som legges til grunn for forståelsen av kunnskapsdelingsbegrepet. Et perspektiv er å analysere i forhold til hvilke deler av en organisasjon som er involvert i kunnskapsdelingen. Ut fra dette perspektivet vil kunnskapsdelingen foregå på ulike måter, avhengig av hvilket organisasjonsnivå som er arenaen for kunnskapsdelingen. For eksempel sier Styhre et al. (2008) at man deler kunnskap på en annen måte i et praksisfellesskap enn i en avdeling i en organisasjon.

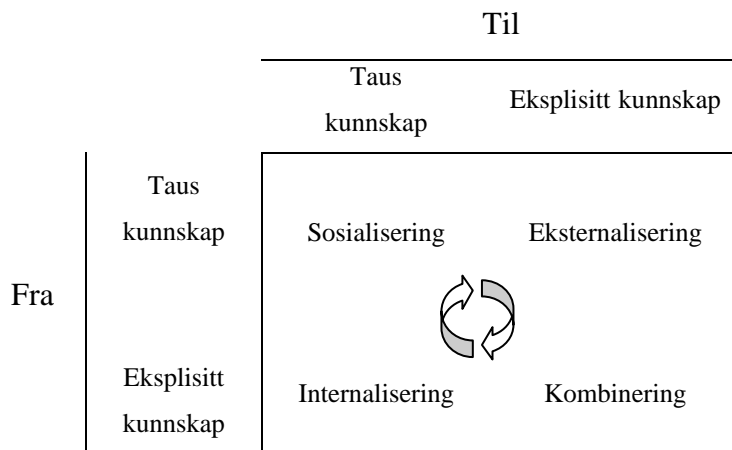
Et annet perspektiv er å analysere i forhold til hvilke verktøy og mekanismer som benyttes i forbindelse med kunnskapsdeling. Her finner vi litteratur om strategiplaner (Ambrosini and Bowman 2002), om intranett (Newell et al. 2000), om informasjons- og kommunikasjons-teknologi (Hayes and Walsham 2003), om spesielle fysiske steder (Nonaka et al. 2002), om kunnskapsmeglere (Hargadon 1998), om ledelse (Hansen og von Oetinger 2001) og om organisatoriske intervensjoner (Dixon 2000). Dette perspektivet vektlegger behovet for ledelsesmessige teknikker og mekanismer som kan legge til rette for at ansatte kan bidra til en felles kunnskapsdeling.

Et tredje perspektiv til å forstå emnet kunnskapsdeling fokuserer på ulike nøkkelbegrep som kan stimulere eller hindre kunnskapsdeling. Dette er forhold som stahet, strukturelle utfordringer, oversettelse, kulturelle barrierer, motivasjon, organisasjonsstruktur og taus kunnskap.

En slik inndeling kan være klargjørende, og den viser også noe av kompleksiteten og omfanget i litteraturen innenfor området. Jeg velger å se på noen av disse perspektivene gjennom ulike teorier innenfor temaet kunnskapsdeling.

3.2.1 Seki-modellen

Nonaka og Takeuchi (1995 i Siggaard Jensen et al. 2004) har i sin Seki-modell visualisert en teori på at det er mulig å oversette, overføre og omforme kunnskap, taus og eksplisitt, på et individuelt nivå gjennom fire ulike typer prosesser og en kunnskapsspiral. De fire prosessene er vist i følgende figur.



Figur 3 Seki-modellen (Nonaka & Takeuchi:1995 i Siggaard Jensen et al. 2004:107, bearbejdet)

Den første prosessen i Seki-modellen er *sosialisering*, som beskriver sosialisering som utgangspunkt for overføring av taus kunnskap til taus kunnskap. Denne prosessen medfører deling av taus kunnskap gjennom at man viser hva man gjør, en innlæring av type lærling mester (Siggaard Jensen et al. 2004:40). Man samhandler fysisk nært og deler erfaringer gjennom praksis (Irgens 2007:61). *Eksternalisering* er en prosess som oversetter eller konverterer fra taus til eksplisitt kunnskap (Siggaard Jensen et al. 2004:40). Prosessen beskrives av Irgens (2007) som å uttrykke taus kunnskap til en forståelig form for andre gjennom dialog og refleksjon. Gjennom prosessen som er kalt *kombinering* vil man oppnå kunnskap ved å kombinere eksplisitt kunnskap (Siggaard Jensen et al. 2004:40). Det kan også forstås som at man, ved hjelp av for eksempel IT-systemer, systematiserer begrepene til et mer komplekst kunnskapssystem (Irgens 2007:61). Den fjerde og siste prosessen er *internalisering*. Denne prosessen handler om hvordan den eksplisitte kunnskapen blir omgjort til taus kunnskap. Dette skjer idet den ”går inn i ryggmargen” (Siggaard Jensen et al. 2004:40) og man tar kunnskapen for gitt. Kunnskapen er kroppsliggjort gjennom erfaring (Irgens 2007).

I diskusjonen om to kunnskapssyn er det naturlig å plassere Seki-modellen midt mellom de to ytterpunktene. Dels er den styrende, i tråd med et strukturelt perspektiv. Dels har den et klart prosessfokus i tråd med det prosessuelle perspektivet. Et skille går imidlertid ved overføring av kunnskap direkte fra en avsender til en mottaker. I et prosessuelt perspektiv, som beskrevet av Newell et al., er det ikke mulig å overføre kunnskap:

As such, while knowledge can be actively *shared* or constructed, through the interaction between people or groups, it cannot be passively transferred. Data or

information can be directly transferred, but their interpretation, which involves the process of 'knowing', may be highly variable (Newell et al. 2002:103).

Modellen er også blitt kritisert av Stephen Gourlay som mener det ikke er mulig å gjøre en slik kategorisering som er gjort i Seki-modellen, da de ulike prosessene er innvevd i hverandre og umulig å skille. Han hevder også at modellen behandler begrepet taus kunnskap endimensjonalt, når det i annen forskning vises til to dimensjoner av begrepet. Han sier at sammenhengene mellom taus og eksplisitt kunnskap er mer komplisert enn det Seki-modellen framstiller. "The SECI processes are neither theoretically grounded, nor justified by new evidence, and therefore should be rejected" (Gourley 2002:2). Det reises også tvil hos noen omkring kunnskapsspiralen. Tvilen rettes mot teorien om at det er mulig å oversette og omforme taus kunnskap ved å sette i gang sirkelbevegelser. Dels en bevegelse mellom taus og eksplisitt kunnskap, dels en bevegelse fra individuelt til organisatorisk og inter-organisatorisk nivå.

Den dynamiske proces i spiralen er endvidere omgivet af en del mystikk, idet nogle former for viden kan gennemløbe spiralen, men hvilke typer af viden og under hvilke omstændigheder er meget uklart (Siggaard Jensen et al. 2004:44).

Nonaka sier i 2005 at "det er et faktum at ny kunnskap begynner med enkeltpersoners tause ideer for så til slutt å bli taus igjen" (Krogh et al 2005:207). Samtidig framheves viktigheten av at ledelsen ikke nagler fast alle kunnskapsfragmenter i eksplisitt form, men heller legger forholdene til rette slik at den kan bli tatt i bruk. Modellen berømmes da også fra andre hold for å ha hjulpet mange virksomheter til å "få satt ord på" rutiner og problemstillinger gjennom sin kategorisering (Siggaard Jensen et al. 2004:42).

3.2.2 Kunnskapsdeling ved bruk av IT-systemer

I et strukturelt perspektiv, vil man anse at kunnskapsdeling vil kunne skje i et IT-system (Newell et al. 2002). I det øyeblikk man for eksempel har lagret en prosedyre i IT-systemet, så vil den være tilgjengelig for andre i organisasjonen. Det vil dermed kunne skje en kunnskapsdeling. I et prosessuelt perspektiv anser man dette som en deling av *informasjon* og ikke av kunnskap. Prosedyrer i et IT-system er data og informasjon, ikke kodifisert kunnskap. I dette perspektivet er begrepet kunnskapsdeling i IT-systemer problematisk. Dersom man overhodet skal kunne dele kunnskap så må data eller informasjon fortolkes i en relasjonell kontekst, eller man observerer hverandre og det den enkelte gjør, eller man samtaler med hverandre i en relasjonell kontekst. Den relasjonelle konteksten kan for

eksempel være i et praksisfelleskap, i møter eller på andre samhandlingsarenaer. På den måten kan kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling understøtte hverandre gjensidig.

Gottschalk (2004) bruker begrepet *kunnskapsrepresentasjon* som et uttrykk for representasjon av kunnskap som regel delt gjennom ulike medier, kalt *kunnskapsbærere*. Kunnskapsbæreren er ikke i seg selv den som innehar kunnskapen. Den vil være en representasjon av kunnskapen, samt være bærer av en relasjon mellom den som har laget representasjonen og den som møter den eller forholder seg til den. Et IT-system kan således benevnes som en kunnskapsbærer som representerer ”kunnskap innkapslet i maskiner og programmer” (Gottschalk 2004:40). Samtidig sier han at kunnskap ikke finnes uavhengig av individer, og at kunnskapsrepresentasjon kan aktiveres kun i relasjon til en bruker. Prosessen knyttet til overføring fra kunnskapsrepresentasjon til kunnskap, er et *samspill* mellom medium, kunnskapsbærere, kunnskapsrepresentasjoner og bruker. For eksempel mellom pc-en, kvalitetssystemet, prosedyrene og brukeren. ”Relasjonen til kunnskapsbæreren kan også anses som like viktig som representasjonen i seg selv for hva slags utbytte man får i møtet med den” (Gottschalk 2004:41).

IT-systemene kan også understøtte kunnskapsdeling etter SEKI-prosessen. Dette kan skje gjennom kombineringsprosessen hvor eksplisitt kunnskap samles og redigeres (kombineres) inn i et IT-system. Nettverk og databaser kan bidra til at det utvikler seg ny, eksplisitt kunnskap (Gottschalk 2004).

Tradisjonelt, når man har anskaffet eller tatt i bruk informasjonssystemer, har man stilt krav til systemutvikling og systemtilpasning. I det senere har man begynt å sette krav til *systemtiltrekning* (Gottschalk 2004). Det handler om at man stiller nye krav til egenskaper hos systemet som bidrar til at det blir brukt mer enn ellers. I følgende figur er nyansene i de tre dimensjonene sammenstilt.

Første dimensjon Systemutvikling	Andre dimensjon Systemtilpasning	Tredje dimensjon Systemtiltrekning
Feilfri programvare	Brukervennlighet	Bruk medfører personlig nytte
Dokumentasjon	Brukeraksept	Bruk i tråd med mål
Flyttbarhet	Enkel bruk	Unngår misbruk av informasjon
Moduler og arkitektur	Oppfattet nytte av bruk	Bruk gir status
Utviklingskostnad	Brukertilfredshet	Bruk gir fordeler
Vedlikeholdskostnader	Tilpassede arbeidsoppgaver	Systemet kan beherskes
Svartider	Tilpasset arbeidssituasjon	Bruk gir muligheter
Robusthet	Tilpasset kompetansenivå	Systemet tjener brukeren

Figur 4 Tre dimensjoner i design av informasjonssystemer (Gottschalk 2004:102)

En undersøkelse fra 2003 peker på følgende viktige incentiver for kunnskapsdeling ved bruk av informasjonsteknologi: holdning til eget bidrag, holdning til belønning og brukertilfredshet med IT-systemer (Brekke og Pedersen 2003 i Gottschalk 2004). Med *holdning til eget bidrag* menes, at hvorvidt et IT-system blir brukt til kunnskapsdeling, avhenger av en persons egen vurdering og tro på at man kan bidra til organisasjonen ved deling av kunnskap. Med *holdning til belønning* tenker man på at belønning har en signifikant påvirkning på kunnskapsdeling gjennom bruk av forskjellige IT-verktøy, og påvirkning på deling av forskjellige typer kunnskaper gjennom IT-systemer. Den tredje og siste signifikante faktoren for graden av kunnskapsdeling gjennom IT-systemer er *brukertilfredshet* med IT-systemer. Dette dreier seg om innhold, format, nøyaktigheter, brukervennlighet og tidsriktighet i IT-systemer.

I samme undersøkelse ble følgende faktorer ikke oppfattet som signifikant for grad av deling av kunnskap: Holdning til fellesskapet og oppfattet ledelsesengasjement. Det første, holdning til fellesskapet, handler om hvilke holdninger man har til å forbedre sine relasjoner med andre gjennom å dele kunnskap. Dette viste seg ikke å ha noen betydning for i hvilken grad man brukte IT-systemene eller ikke. Her skiller man på deling av kunnskap *gjennom* et IT-system, hvor man kan utvikle relasjoner, og *i* et IT-system, som tar bort følelsen av å utvikle en relasjon. Den andre faktoren som ikke ble oppfattet som viktig for grad av deling av kunnskap i et IT-system, var i hvor stor grad man oppfattet at ledelsen var opptatt av det og markerte betydningen av kunnskapsdeling i organisasjonen.

3.2.3 Andre former for kunnskapsdeling

Star og Griesemer (1989) beskriver tre roller eller strategier for kunnskapsdeling mellom ulike, atskilte miljø eller samfunn: *oversettelse, megling og grenseobjekt* (Star og Griesemer 1989 i Brown og Duguid 1998). En kunnskapsoversetter kan fungere som mellommann mellom ulike fagmiljø, på bakgrunn av at han har tilstrekkelig med kunnskap fra flere fagmiljø, og at han samtidig nyter tillit i alle leire. På den måten kan han målbære interessene fra et fagmiljø til et annet, i et språk og med metaforer som det andre fagmiljøet kan gjenkjenne og forstå. En kunnskapsmegler fungerer ikke bare som en mellommann, men er reelt forankret i flere miljø. Ettersom en kunnskapsmegler deltar i flere miljø, så blir denne en praktisk bærer av informasjon fra begge leire, og tillit er mindre viktig enn det er for kunnskapsoversetteren. Den tredje rollen er grenseobjekt (boundary objects). Et grenseobjekt bidrar til å bringe ulike grupper sammen, bidrar til forhandlinger og omforent forståelse hos disse. Grenseobjektene er forhold som er av interesse for alle gruppene, men som kan være forstått eller praktisert ulikt hos de enkelte. Eksempel på gruppeobjekter kan være fysiske gjenstander, teknologi eller teknikker som brukes av alle gruppene. Gjennom disse kan grupper komme til en forståelse av hva som er felles, og av hva som skiller en gruppe fra en annen.

Et klassisk eksempel på et grenseobjekt er en kontrakt. Brown og Duguide (1998) diskuterer også hvordan en forretningsprosess kan fungere som et grenseobjekt. Teoretisk skal det kunne skje en forhandling mellom grupper med ulike interesser, slik at man sammen kan justere seg mot et felles mål. I praksis, hevder Brown og Duguide, får man ofte en liksomforhandling som gir skinn av enighet, - det blir 'banket gjennom' i en "frozen negotiation" (Star og Bowker 1989 i Brown og Duguide 1998:104). I følge Adler og Borys (1996) kan henholdsvis muliggjørende eller tvungne forretningsprosesser bidra til tilsvarende byråkrati, et muliggjørende eller tvungent byråkrati.

3.2.4 Betydningen av tillit

Teamarbeid kan understøtte kunnskapsdeling gjennom felles forståelse av taus kunnskap, med utgangspunkt i felles erfaringer over en lengre periode. Newell et al. (2002) kaller dette en felles forståelse eller *kunnskapsoverflødighet* (knowledge redundancy). De definerer det som kunnskapsdeling der teammedlemmer arbeider tett sammen over lengre tid, og hvor de har anledning til å dele informasjon utover det de strengt tatt behøver for å gjøre jobben. Det

hevdes (Newell et al. 2002:50) at kunnskapsoverflødigheit bidrar til at teammedlemmene lettere ser nytteverdien av ny informasjon som kommer utenfra, og at de dessuten klarer å tilegne seg denne raskere. Dette er også lettere når teammedlemmene har såkalt *T-formede ferdigheter* (Iansiti 1993), et uttrykk for at de har en viss spisskompetanse kombinert med en bred forståelse for andres fagområder. Denne ferdigheten gjør disse i stand til å ikke bare tolerere de med andre meninger, men til å kunne samhandle på en kreativ måte.

Newell et al. framhever betydningen av utvikling av *tillit* mellom deltakerne i et team, og de påviser også en sammenheng mellom tillit og kunnskapsutvikling. Dette kan være utfordrende i heterogene grupper sammensatt av personer med veldig ulik bakgrunn. Ulikheten vil kreve at man bruker tid på å bygge opp en gjensidig forståelse og tillit (Newell et al. 2002:59).

To forhold ser ut til å være spesielt sentrale innenfor litteratur om tillit. For det første at tillit er knyttet til risiko og usikkerhet, og for det andre at tillit er knyttet til å akseptere sårbarhet. Det handler om å utsette seg for en risiko som *kan* gi negativt utfall, for eksempel i forhold til økonomi, selvbilde, aktelse, karriere (Newell et al. 2002). Smith og Berg (1987 i Krogh et al. 2000) framhever at en følelse av avhengighet er grunnleggende viktig for utvikling av tillit mellom mennesker. Risikoen og behovet for tillit vil også føles høyere når verdiene som står på spill for deg er spesielt viktige. Dette gjelder også for tillit innenfor grupper og team.

Man kan velge å betrakte begrepet tillit i lys av årsak til at tillit kan forventes å være tilstede (Sako 1992 i Newell et al. 2002). For det første vil tillit kunne relateres til kontrakter som binder partene til hverandre. Deretter som følge av at man har tro på at kompetansen til hverandre er til stede i tilstrekkelig grad. For det tredje fordi man har tro på at velviljen overfor hverandre er til stede i tilstrekkelig grad. Andre har fokusert på hvordan man kan utvikle og opprettholde tillit. Jones and George (1998 i Newell et al. 2002) skiller mellom *betinget og ubetinget* tillit. Betinget tillit etableres i begynnelsen av en relasjon og vil vedvare så lenge man ikke har indikasjoner på at den andre part har andre verdier, og derfor ikke skulle være tillit verdig. Over tid, etter hvert som man blir trygg på at den andre deler ens egne verdier, så vil tilliten konverteres til ubetinget tillit. Ubetinget tillit er mer varig og vil kunne tilføre team en synergieffekt med tanke på kunnskapsutvikling. Det argumenteres for at ubetinget tillit fører til mer effektiv samhandling enn betinget tillit.

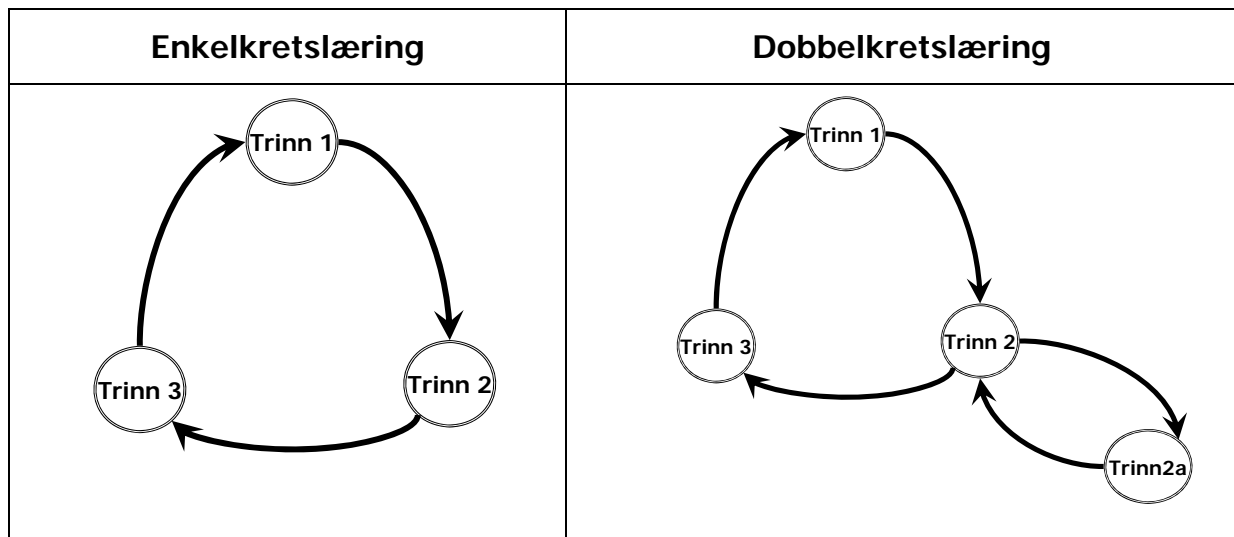
Newell et al. (2002) gjør en oppsummering av tre typer tillit som kan knyttes til en gruppes evne til å utvikle kunnskap. Den første typen er tillit basert på *gode personlige relasjoner*. På grunn av disse relasjonene har man tillit til at de andre oppfører seg på en måte som ikke skader en selv. De gode relasjonene, og derved tilliten, er basert på en felles historie med tett samhandling over tid. Ved denne type tillit vil det være stor toleranse for feil, men eventuelle tillitsbrudd vil samtidig kunne medføre ekstra dype sår hos medlemmene. Den andre typen er *tillit til kompetanse*. Denne typen baserer seg på tillit til den kompetansen gruppemedlemmene innehar hver for seg og i fellesskap, - og således den evnen hver enkelt har til å gjøre "sin del av jobben". Det enkelte gruppemedlemmet vil ha tillit til andre gruppemedlemmer, ved at den anerkjenner den kompetansen de andre har. Denne type tillit behøver imidlertid ikke bety at man jobber tett sammen. Det kan være at man jobber i samme gruppe med helt forskjellige ting, men at man jobber mot et felles mål. Dette målet kan for eksempel være å opprettholde gruppens renommé. Denne type tillit anses å være relativt skjør og mer sårbar sammenlignet med den første. Den tredje type tillit er *tillit basert på en formell avtale* mellom partene. En avtale utformes mellom partene med utgangspunkt i felles nytte. Dette innbyr derfor til tillit til at alle bidrar til at "jobben blir gjort". Så lenge det er tillit mellom partene så vil man ikke behøve å referere til avtalen i særlig grad. Dersom man begynner å peke på avtalen, så kan det være et tegn på at tilliten er blitt dårligere. Denne type tillit vil være mer robust enn den kompetansebaserte tilliten, men den vil være skjørere enn tilliten basert på personlig relasjon.

3.2.5 Enkel- og dobbelkretslæring

Argyris og Schön (1978) sier i sin teori om enkel- og dobbelkretslæring at man kan skille mellom læring som gir forbedring av kun strukturell karakter og reell systemlæring ut fra endring i atferd. Dette gjør man ved å undersøke om læringen går i enkel eller dobbel krets. I enkelkretslæring sirkler man mellom handling og konsekvens. Man justerer handlingen etter hvordan konsekvensen blir, eller ved at de nye læringserfaringene forstås inn i eksisterende tankemønstre og gir grunnlag for kvantitativt, men ikke kvalitativt ny læring. I dobbelkretslæring forstår man de nye læringserfaringene utover eksisterende tankemønstre, gjennom endring av mer grunnleggende antakelser. Vi endrer altså vår forståelse kvalitativt.

En forutsetning for dobbelkretslæring er at vi utfordrer våre handlingsstrategier, de strategiene som ligger til grunn for våre beslutninger og handlinger. De fleste av oss har et sett med

verdier som er de som styrer våre handlinger (bruksteori), men vi vil ikke vedkjenne oss disse. Vi tror imidlertid at vi handler etter et helt annet sett med verdier, såkalte uttrykte teorier, som styrer våre handlingsstrategier (Argyris et al. 1985). Dette hevdes å føre til innøvd inkompetanse hvor en handler mot egne intensjoner uten å se det selv. Dette kalles også defensiv atferd og bidrar til status quo, ingen utvikling, ved at ingen tør å stille kritiske spørsmål. Man bruker energi på å forsvare hvorfor man skal opprettholde dagens rutiner og praksis. På denne måten kan man si at enkelkretslæring avhenger av evnen til å oppdage og korrigere feil, i forhold til et gitt sett av handlingsnormer. Dobbelkretslæring avhenger av om man er i stand til å se ”dobbelt” på situasjonen og sette spørsmålsteget ved de gitte handlingsnormene (Morgan 2004). Dette kan illustreres ved hjelp av følgende figur:



- Trinn 1 = Man oppfatter, registrerer og søker i omgivelsene
- Trinn 2 = Den informasjonen man mottar, blir sammenlignet med fremherskende normer
- Trinn 2a = Man setter spørsmålsteget ved hvorvidt handlingsnormene egner seg
- Trinn 3 = Man setter i verk den atferden som egner seg best

Figur 5 Enkel- og dobbelkretslæring (Morgan 2004:97)

Denne læringsløyfen er et grunnleggende prinsipp i teori om *den lærende organisasjon* (Morgan 2004). Rohlin et al. (1994) påpeker at man har kunnet konstatere den nøkkelrolle som nettopp refleksjon spiller for læring. Erfaringer har vist at design og gjennomføring av utviklingsprosesser som både har gitt læring og resultater for virksomheten, nettopp har vist at refleksjon er av avgjørende betydning.

Handlande i sig är inte tillräckligt för lärande. Det krävs att man stannar upp och reflekterar över konsekvenserna av sitt handlande, funderar över om det kunde göras på ett annat, bättre sätt – och drar lärdom av dessa reflektioner (Rohlin et al. 1994: 208/209).

Refleksjonen kan i følge Rohlin et al. (1994) være både i forhold til egenrefleksjon, men også gjennom feedback fra kollegaer og ledere.

3.3 Andre teoretiske perspektiv

3.3.1 Ekspert- og aktørstrategien

Rohlin et al. (1994) skisserer to prinsipielt ulike tilnærminger til endrings- og utviklingsarbeid, gjennom *ekspert- og aktørstrategien*. Ekspertstrategien kjennetegnes av at analysearbeidet dominerer og at dette utføres av eksperter. Disse foreslår løsninger som er gjennomarbeidet, nøye overveid og i henhold til eksisterende teorier. Svakheten ved denne modellen er at resultatet av arbeidet kan virke fremmed for organisasjonen, ettersom den er utviklet av eksterne eksperter som kan ha problemer med å identifisere seg med sluttproduktet, eller også forstå det. Typiske problemer for en slik metodikk er implementeringsproblemer og vansker med å formidle budskapet.

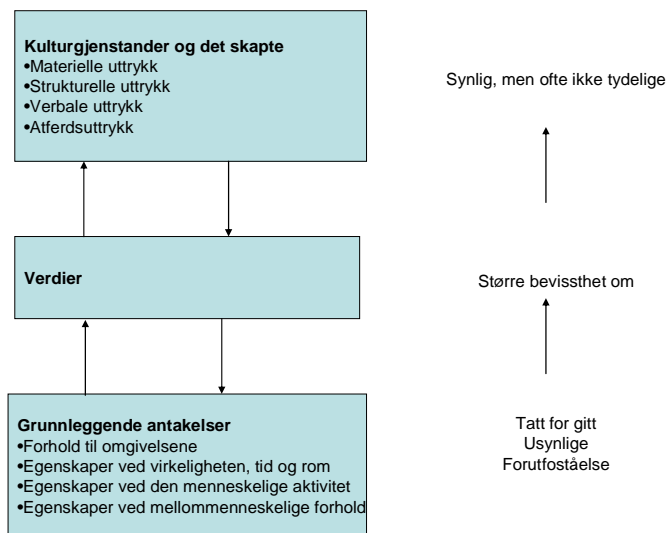
Aktørstrategien kjennetegnes av at det er mange aktører involvert i hele prosessen. Eksperter finnes også her, men disse involveres på aktørens premisser. Modellen krever at det settes av interne ressurser, og dette kan være utfordrende dersom det er mangel på både kapasitet og kompetanse på det aktuelle området. Selve gjennomføringen kan ofte gå raskere enn ekspertstrategien, og alternativet innbyr dessuten til mer læring underveis i prosessen (Rohlin et al. 1994).

3.3.2 Profesjonskultur

Kulturbegrepet benyttes i tilknytning til organisasjonsteori, for å forklare deres særtrekk og problemer innad og mellom organisasjoner. Det er imidlertid store variasjoner i hvordan begrepet defineres. Innen faglitteraturen er det funnet nesten 300 definisjoner (Kroeber og Kluckhohn 1952 i Høst 2005). Schein (1987) definerer organisasjonskultur slik:

Et mønster av grunnleggende antakelser – skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med eksternt tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene (Schein 1987 i Høst 2005:34).

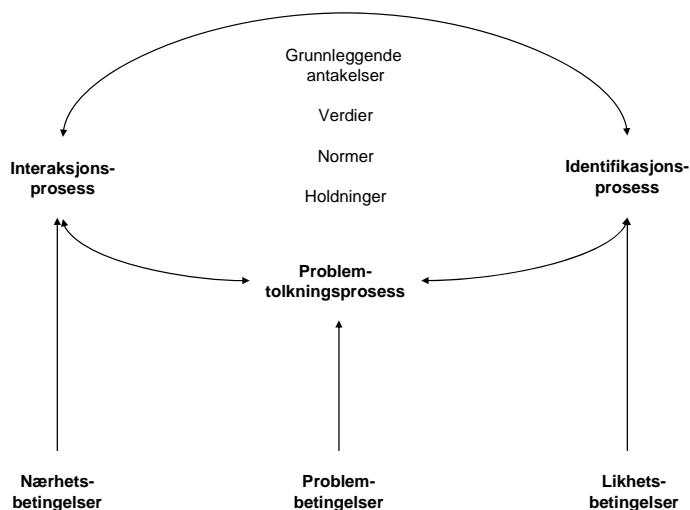
Schein bringer her inn begrepet ”grunnleggende antakelser” om de antakelsene som danner et mønster over tid. Det er antakelser som vi ikke lenger tenker over, men som vi tar for gitt. Dette utgjør kulturens fundament i en organisasjon. I tillegg kommer verdier og de fysiske omgivelsene. Schein omtaler disse som forskjellige *kulturnivåer* som forholder seg til hverandre, men som det er mer eller mindre bevissthet omkring hos organisasjonsmedlemmene.



Figur 6 Scheins kulturnivåer (etter Schein 1985 i Høst 2005:35)

Nivå 1 i figur 6, kulturgjenstander og det skapte, er kulturens mest synlige nivå. Det omfatter fysiske og sosialt konstruerte omgivelser, som for eksempel bygninger, informasjonsplakater, språk og påkledning. Dette er bevisste konstruksjoner som skal si noe om hva organisasjonsmedlemmene skal tro på, verdiene man har og hvordan man gjør tingene. Figurens nivå 2, verdiene, omhandler hvilke begrunnelser folk i organisasjonen har for sin atferd, når man spør dem. Dette handler for eksempel om hva man betrakter som moralsk og umoralsk, hva er pent og stygt, hva er rasjonelt og irrasjonelt. Når man står overfor en ny situasjon eller et problem og skal diskutere løsningsforslag, så vil verdiene hentes fram og bryne seg mot hverandre. Hvis løsningsforslaget faller heldig ut kan man oppleve at dette danner en ny grunnleggende antakelse, nivå 3 i figuren. Dette er kulturens fundament. Disse antakelsene er tatt for gitt, og hvis disse er sterke nok i en gruppe blir det vanskelig for gruppemedlemmene å tenke seg atferd bygd på andre premisser.

Høst (2005) argumenterer, på bakgrunn av Scheins teorier, for hvordan ulike typer grunnleggende antakelser kan utvikle seg innenfor en kultur. Dette gjelder antakelser om omgivelsene, om virkeligheten, om tiden, om rommet, om den menneskelige natur, om den menneskelige aktivitet og om mellommenneskelige forhold. Videre ser han på kulturbegrepet og Scheins tre nivåer opp mot helse- og sosialsektoren. For nivå 1 framhever han spesielt språket med utpreget bruk av *metaforer*. Metaforer er ord, språklige uttrykk eller ulike former for billedspråk som brukes med overført betydning (Wikipedia 2010). Vedrørende nivå 2 så hevder han at det har vært en bevegelse i verdisyn, fra en ”vi vet best-holdning”, til å se pasientene som mer likeverdige. Nivå 3, de grunnleggende antakelsene, oppleves i store trekk å være like innenfor helse- og sosialsektoren, for eksempel antakelser om menneskets natur. Subkulturer eller delkulturer kan allikevel identifiseres, som følge av at det finnes konkurrerende grunnleggende antakelser og verdisyn. På bakgrunn av Lysgaard (1961) sin analyse av arbeidskollektivet, og med anvendelse av hans begrep *system* som et begrep for kultur, så gir Høst en forklaring på hvordan det kan oppstå delkulturer. Lysgaard legger i sin modell tre situasjonsfaktorer til grunn: nærhetsbetingelser, likhetsbetingelser og problembetingelser. Disse situasjonsfaktorene legger grunnlaget for tre samhandlende prosesser: interaksjonsprosessen, identifikasjonsprosessen og problemtolkningsprosessen. Gjennom disse tre prosessene dannes et sett av grunnleggende antakelser, verdier, normer og holdninger, illustrert i følgende figur:



Figur 7 Organisasjonskulturens grunnprosesser (Lysgaard 1961 i Høst 2005:44)

Høst benytter modellen for å belyse hvordan det vil kunne dannes delkulturer dersom personer befinner seg nært hverandre, er lik hverandre og i tillegg deler de samme problemene. Velkjent i helsevesenet er de delkulturer som har gitt grunnlag for konflikter i sykehus, knyttet til profesjon eller yrkesgruppe. Høst (2005) argumenterer for at delkulturer kan være gunstig for utvikling av kreativitet og dynamikk i en organisasjon.

3.4 New Public Management

Ideen bak standardiserte pasientforløp kan vi spore tilbake til det som er blitt karakterisert som en av de mest slående trender innen offentlig administrasjon de siste 25 år, nemlig framveksten av New Public Management (NPM) (Hood 1991). NPM kan sies å være en samlebetegnelse på et knippe av ideer eller tenkemåter av liberalistisk tilsnitt, knyttet til produksjonen av offentlige tjenester (Klausen 2001). To hovedtemaer i NPM kan sies å stamme fra private virksomheter. Det første temaet er orientert mot økonomi og marked, og det andre temaet mot ledelse og organisasjon (Klausen 2001). Eksempler fra vår spesialisthelsetjeneste innenfor det første temaet er innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg, privatisering og konkurranseutsetting av tjenester. Det andre temaet, ledelse og organisasjon, innebærer fokus på strategisk ledelse og målstyring og bruk av ulike konsepter (Klausen 2001).

3.4.1 Prosesstilnærmingen

Ved starten av dette århundre har vi sett en ny idéstrømning innenfor måten vi organiserer virksomheter. Fra det hierarkiske og vertikale organisasjonsmønsteret, etter Webers ideal, er det nå blitt en markert orientering mot de horisontale forretningsprosessene. Fokus er på de verdiskapende prosessene (Røvik 2007). En prosess kan defineres som en organisert kjede av aktiviteter som i sum representerer en verdiskapning for kunden (Hammer 2001 i Røvik 2007). Prosesstilnærmingen fokuserer på å utvikle og vedlikeholde sentrale prosesser i organisasjonen; prosesser som gir en verdiøkning for definerte kunder eller interessenter. Dette innebærer også betydelig fokus på måling og forbedring av disse prosessene. I litteraturen omkring denne tilnærmingen er det et viktig poeng, at prosesstilnærmingen ikke er reservert spesielle organisasjoner av type produksjonsbedrifter. Tilnærmingen kan benyttes i alle typer organisasjoner, ettersom de i hovedsak består av samme typer prosesser. Det er også en felles idé om at det må rettes større oppmerksomhet mot "gulvet" og de verdiskapende prosessene der. Porter (1985 i Røvik 2007) skiller mellom primær verdikjede

og et sett støtteaktiviteter, og hvordan disse kan identifiseres. Han tar for seg en rekke problemstillinger knyttet til den primære verdikjeden, og drøfter hvordan denne kan optimaliseres ved å kontrollere kostnadsdriverne og dermed forbedre konkurransekraften. Han viser blant annet hvordan aktiviteter i en verdikjede er gjensidig avhengig av hverandre, og mener det er en viktig strategisk erkjennelse å legge til rette for det horisontale perspektivet.

Hvilken innvirkning vil den prosessorienterte horisontale organisasjonstilnærmingen ha på de vertikale strukturene og det formelle organisasjonsdesignet? Litteraturen omhandler dette i liten grad, noe som kanskje er naturlig ut fra at interesseområdet til de fleste bidragsyterne ligger på det horisontale perspektivet. Imidlertid er det av enkelte forskere introdusert ulike former for *matrisestrukturer*, som et kompromiss for å ivareta en sentralisert styring. Likeledes en vertikal, funksjonsdelt organisering sammen med en horisontal prosessorientert struktur. Dette for bl.a. å ivareta behovet for et sentralt beslutningspunkt for hele organisasjonen. Franck Ostroff (1999) lanserer en oppskrift på prosessbasert design med horisontal organisering. Denne tar utgangspunkt i *kryssfunksjonelle* verdiskapingsprosesser snarere enn i enkeltvis oppgaver og funksjoner. Så innplasserer man prosesseiere, dvs. ledere med ansvar for hele verdiskapingsprosessen. Det etableres funksjonelle team, og funksjonelle enheter omorganiseres fra å være organ med linjemyndighet overfor prosesseiere og medarbeidere, til å bli serviceenheter til disse. Dette, sammen med en utflating av vertikale hierarkiske strukturer, vil etter Ostroffs mening bidra til å oppnå ”friksjonsfri prosessflyt” (Ostroff 1999 i Røvik 2007:189).

Et av konseptene innenfor prosessorienteringen er BPR *Business Process Reengineering*. Begrepet stammer fra 1993 og innebærer en radikal forbedring eller *redesign* av de verdiskapende prosessene. BPR skiller seg fra øvrige prosesskonsepter ved at man ikke bare flikker på eksisterende verdikjeder, men lager dramatiske forbedringer ved å konstruere helt nye arbeidsprosesser, med utgangspunkt i radikal nytenkning og kritiske blikk på måten man arbeider på.

Trenden NPM ga en økt prosessstilnærming i offentlig sektor generelt, og i sykehusene spesielt. Denne tilnærmingen står i kontrast til den funksjonsinndelingen som i lange tider preget norske sykehus. Fra å snakke om funksjons- og oppgavefordeling er man nå mer opptatt av å snakke om tjenester organisert i kjerne- og støtteprosesser. Fra å snakke om

pasientbehandling knyttet til den enkelte spesialist, spesialitet og avdeling snakker man nå om *pasientforløp*, *helhetlige pasientforløp* og *behandlingslinjer*. Dette som et uttrykk for at tjenestene er sammensatte tjenester som stiller krav til samarbeid mellom ulike tjenesteytere på ulike nivå i helsetjenesten. Dette gjelder både mellom fastlege og sykehus, mellom fastlege og laboratorier, mellom ulike sykehus og internt i et sykehus mellom ulike avdelinger. For å effektivisere ressursbruken anses det som nødvendig å forbedre pasientforløpene gjennom "re-design", i BPR-teorien omtalt som reengineering. Dette behovet understrekes i Helse Midt-Norges eierdokument:

Effektivisering av pasientforløp omfatter både institusjons-interne forløp og forløp mellom tjenestested i regionen. Begrepet effektivisering skal omfatte effektivisering av ressursbruk for pasient, samarbeidsparter og helseforetak. Ikke-verdiskapende tiltak, dobbeltarbeid, unødig tidsbruk mm skal fjernes. Både aktivitet i kjerneprosesser, støtteprosesser, informasjonsflyt og tilrettelegging av infrastruktur omfattes av forløpene. Det er den enkelte institusjon og helseforetak som skal realisere potensialet som ligger i interne pasientforløp. Dette vil kreve metoder som er innrettet mot analyse, forbedring og styring av pasientforløp. Effektivisering av pasientforløp som inkluderer flere tjenestesteder utfordrer helhetsplanlegging, -drift og -evaluering, og utfordrer spesielt grensesnittene mellom aktørenes i forløpene (HMN RHF 1 2006:71)

Som del av utviklingen innenfor retningen NPM, er det utviklet nasjonale kvalitetsindikatorer som skal bidra til å måle kvalitet i helsetjenesten. Disse har som et av formålene å gi innsyn, *transparens*, i spesialisthelsetjenesten for pasientene og andre aktører i helsetjenesten, dette også i henhold til pasientrettighetsloven. Levay og Waks (2006) beskriver hvordan kravet til offentlighet i forvaltningen, demokrati og en mer utviklet pasient- og rettighetstenkning tvinger fram *transparens*. De problematiserer det faktum at fokus naturlig nok vil være på de områdene som kan måles og underkastes tilsyn, og de advarer mot det de kaller de "transparent-skapende teknologiene".

Et eksempel på en slik transparent-skapende teknologi kan hentes fra helsevesenet. Etter å ha innført elektroniske pasientjournaler så har det blitt et visst fokus på problemet med datasnoking i pasientjournaler. Datsnoking skjer som regel når ansatte med legitim, tjenstlig tilgang til enkelte pasientjournaler av ulike årsaker utnytter dette til å skaffe seg tilgang til pasientjournaler de ikke har legitim, tjenstlig tilgang til. Som et ledd i å begrense denne aktiviteten så blir all aktivitet logget i pasientjournalen. Disse loggene kan pasientene få tilgang til, slik at de kan se hvem som har vært inne og lest i journalene deres. Dette kan man se på som et ledd i utvikling av *transparens* i helsetjenesten, og disse loggene kan beskrives som transparent-skapende teknologi. Det som man kan advare mot her, er troen på at disse

loggene gir pasientene en garanti og forsikring, om at sykehuset har kontroll på hvem som har tilgang til sensitiv pasientinformasjon. En slik overbevisning kan gi en falsk trygghet, så lenge man vet at lekkasje også skjer gjennom muntlig overføring. Dersom man stoler for ensidig på loggene, den transparent-skapende teknologien i denne sammenhengen, så vil man kunne miste fokus på viktig holdningsarbeid i sykehus.

For blant annet å måle effekten av standardiserte pasientforløp er det tatt i bruk statistisk prosesskontroll. Formålet med bruk av spc er beskrevet slik:

Ofte vil det være ønskelig å måle hva slags effekt endringen av prosessene skaper. For det første er det viktig for helsearbeiderne selv å vite om anstrengelsene i forbedringsarbeidet gir effekt. Men det er også viktig å måle for å dekke kravet til dokumentasjon av kvalitet; et krav som i økende grad kommer både fra brukere, myndigheter og medier. Det er også fokus på muligheter for innsparinger (Nyen 2004:avsnitt 2)

Spc kan defineres slik:

Statistisk prosesskontroll (SPC) er en filosofi, en strategi og et sett med metoder for vedvarende forbedring av systemer, prosesser og resultater. SPC-tilnærmingen er basert på å lære av data og har sitt grunnlag i variasjonsteori (forståelse av naturlige og spesielle variasjoner). SPC-strategien innbefatter konseptene om analytisk studie, prosess-tenkning, forebygging, stratifisering, stabilitet, kapabilitet og forutsigbarhet. SPC innbefatter målinger, datasamlings-metoder og planlagt eksperimentering. Grafiske metoder, som Shewhart-diagrammer (vanligvis kalt kontroll-diagrammer), run-diagram, "frequency plots", histogrammer, Pareto-analyse, scatter plott og flytskjemaer er de primære verktøyene brukt i SPC (Nyen 2004:avsnitt 7)

I dette kapitlet har jeg gitt en innføring i noen teoretiske perspektiver som jeg ønsker å trekke inn for å belyse empiri gjennom en analyse. Dette er i all hovedsak teori innenfor kunnskapsperspektivet, kunnskapsledelse og læringsteori. I tillegg til teori fra den teoretiske strømmingen New Public Management.

4 METODE

Innledningsvis i denne avhandlingen har jeg formulert en problemstilling og noen forskningsspørsmål som jeg skal søke å besvare, blant annet gjennom den undersøkelsen jeg har gjort. I dette kapitlet vil jeg redegjøre for mine metodiske valg og begrunne hvorfor.

4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Den vitenskapsteoretiske forankringen har betydning for hva jeg søker informasjon om, men ikke nødvendigvis for hvordan fortolkningen av dataene skjer. Tendenser i datamaterialet vil uansett ha betydning for hva jeg kommer fram til da det er et gjensidig påvirkningsforhold mellom mitt teoretiske utgangspunkt og tendenser i datamaterialet (Thagaard 1998). Idet jeg skal si noe om mitt vitenskapsteoretiske ståsted, så velger jeg å ta utgangspunkt i *paradigmebegrepet*. Dette er et begrep som ikke har noen entydig definisjon, men som må sees i en sammenheng (Darmer et al 2005). I det jeg skal redegjøre for mitt valg av undersøkelsesmetode for å besvare en problemstilling ved definere meg inn i et paradigme, så sier jeg noe om hvilke basis verdisett som styrer mine handlinger – ”både hverdagshandlinger og handlinger forbundet med disiplinerende undersøkelser” (Guba 1990:17). De fire generelle paradigmenes er det positivistiske, det neo-positivistiske, det kritiske og det konstruktivistiske paradigmet. Disse skiller seg fra hverandre på hvordan de forholder seg til og besvarer tre grunnleggende verdsspørsmål: spørsmål om *ontologi*, *epistemologi* og *metodologi*. Svarene vil variere fra paradigme til paradigme, og jeg vil nå gå nærmere inn på hvert enkelt av disse tre spørsmålene.

Begrepet *ontologi* har gresk opprinnelse og kan oversettes til ”slik ting faktisk er”, eller læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut. Det store spørsmålet knyttet til ontologi er: Hva er virkelighet (Darmer et al 2005)? Dette er det nærmest umulig å bli omforent om. Den ontologiske debatten omkring samhandlingen mellom mennesker, det sosiale samspillet, kan imidlertid sees representert gjennom to hovedretninger. Den vitenskapsteoretiske retningen *positivismen* forholder seg til en teori om at det finnes noen generelle lover i sosiale systemer, på lik linje som innenfor for eksempel fysikken. Disse lovmessighetene vil innenfor en slik tenkning være særdeles interessant å avdekke. Andre hevder at universelle lover ikke kan overføres til sosiale systemer. Mennesker må studeres mer avhengig av kontekst. Mitt

ståsted får betydning for hva jeg leter etter når jeg skal gjennomføre min undersøkelse: Generelle lovmessigheter eller forståelse for det spesielle og unike (Jacobsen 2005)?

Begrepet *epistemologi* kan oversettes med ”læren om kunnskap” (Jacobsen 2005:25). Spørsmål omkring epistemologi er: Hvordan erkjennes virkeligheten av undersøkelsen, hvordan og i hvor stor grad er det mulig å tilegne seg kunnskap om virkeligheten (Darmer et al. 2005)? Her kan vi se to hovedretninger, på den ene siden *positivismen* og på den andre siden *hermeneutikken*, en fortolkningsbasert tilnærming, herunder *konstruktivisme* eller *sosialkonstruktivisme*. Positivismen representerer en tro på en objektiv tilnærming, en objektiv verden som kan studeres av en objektiv, nøytral forsker. Med den fortolkningsbaserte tilnærmingen, hermeneutikken, ble fokus flyttet fra å kartlegge en objektiv virkelighet til å studere hvordan mennesker fortolket og laget mening av en virkelighet. Dette representerte en dreining fra det objektive til det subjektive (Jacobsen 2005).

Spørsmål omkring *metodologi* vil være: Hvordan undersøkes virkeligheten (Darmer et al. 2005)? Svaret her vil avhenge mye av hva man har svart på de to andre spørsmålene, hvor man posisjonerer seg i forhold til begrepene ontologi og epistemologi. Dette vil jeg komme tilbake til i neste avsnitt.

De ulike paradigmenes og deres verdisyn kan oppsummeres i følgende figur:

Paradigme	ONTOLOGI	EPISTEMOLOGI	METODOLOGI
Positivismen	Realistisk	Objektiv	Eksperimentell, Manipulerende
Neo-positivismen	Begrenset realistisk	Modifisert objektiv	Modifisert eksperimentell, manipulerende
Kritisk teori	Begrenset realistisk	Subjektiv	Dialogisk, transformerende
Konstruktivisme	Relativistisk	Subjektiv	Kompleks

Figur 8 Paradigmer og deres antagelser om ontologi, epistemologi og metodologi (Darmer et al. 2005:25)

For å kunne gjøre rede for mine metodiske valg så vil jeg først avklare mitt ståsted innenfor paradigme, ontologi og epistemologi. I tråd med konstruktivismeparadigmet så har jeg en oppfatning om at det eksisterer mer enn én sannhet om virkeligheten. Mitt utgangspunkt er at virkeligheten er en fortolkning som vi har laget oss, og stadig lager oss, for å forstå verden.

Fortolkningen vil være subjektiv og variere fra menneske til menneske. Dette gir en subjektiv epistemologi og det vil si at en må se undersøgeren og det som undersøkes i sammenheng. På den måten vil det som undersøkes alltid bli påvirket av den som undersøker. Dataene blir ikke noe objektivt, men noe som skapes i samspill mellom undersøger og det undersøkte. Som konstruktivistisk forsker kan jeg heller ikke skille mellom følelser, verdier og vitenskap, ettersom min vitenskap inkluderer mine subjektive følelser og verdier. Dette krever en fortolkning for å konstruere en *forståelse* av hva som foregår (Darmer et al. 2005).

Hva er så sammenhengen mellom mitt uttalte vitenskapsteoretiske ståsted og mine valg av undersøkelsesmetode? Jeg mener det kan være interessant først å gå tilbake til sammenligningen av de fire paradigmenes, for å se på hva som skiller disse, også for å tydeliggjøre hva jeg *ikke* legger til grunn for mine valg. Følgende figur viser noen føringer for hvilken metode som de respektive paradigmenes mener er best egnet til å undersøke (forståelsen av) ”virkeligheten”:

	Positivism	Neo-positivism	Kritisk teori	Konstruktivism
Teori	Weber	Mintzberg	Alvesson	Weick
Formål	Utvikling av den mest effektive organisasjonsform	Utvikling av det i situasjonen mest effektive og hensiktsmessige organisasjonsdesign	Realisering	Forståelse
Datainnsamling / datagenerering	Data om samfunnsutvikling	Data om virksomheten	Data om virksomhetens kontekst	Data om organisasjonsmedlemmenes oppfattelse
Konklusjon / resultat	Byråkratiet som mest effektiv organisasjonsform	Ingen entydig løsning. Virksomhetsspesifikk og situasjonsbestemt sannhet.	Harmoni erstattes av interessekonflikt.	Organisasjonsmedlemmenes oppfatning er avgjørende

Figur 9 Fire nøkkelbegrep i forhold til fire paradigmer (Darmer et al 2005:30)

Som figuren viser, så er det store ulikheter med hensyn til formål med datainnsamlingen innenfor de ulike paradigmenes. Jeg har i min avhandling valgt en problemstilling i tråd med det konstruktivistiske paradigmet eller perspektivet, hvor jeg ønsker å utforske forståelsen for et bestemt fenomen innenfor et bestemt felt. Formålet med min undersøkelse er en forståelse av hvordan den enkelte oppfatter virkeligheten. Gjennom datainnsamling ønsker jeg å finne fram til deres virkelighetsforståelse. Det betyr at jeg må gi den enkelte mulighet til selv å

komme fram med sine opplevelser og forståelser, og ikke prøve å få deres data til å passe inn i mine oppfatninger av hvordan ting henger sammen (Darmer et al 2005).

For å gå nærmere inn på begrunnelsen for mine metodiske valg vil jeg først gi en oversikt over skillelinjer mellom de to ytre aksene innenfor metodetilnærmingen, positivismen og hermeneutikken (Jacobsen 2005). Positivismen er tidligere benevnt som et eget paradigme, men den kan også benevnes som en vitenskapsteoretisk retning. Dette gjennom sin grunnleggende antagelse om at det finnes noen generelle lover i sosiale systemer, slik det er for eksempel i fysikken. Denne retningen motiverer for å utforske nettopp lovmessighetene, og den har derfor utviklet sin egen metodikk. I motsetning til positivismen står på den andre siden hermeneutikken, som en epistemologi eller erkjennelsesteori, hvor man gjennom en fortolkning av data forsøker å få en forståelse av virkeligheten (Jacobsen 2005). I følgende figur ser vi hvordan de to ulike metodene står i motsetning til hverandre:

	Positivismen	Hermeneutikk
Ontologi	Lovmessigheter	Generelle lover finnes ikke
Epistemologi	Det generelle	Det unike og særegne
	Objektiv virkelighet som kan studeres gjennom objektive metoder og mål	Virkeligheten er konstruert av mennesker og må studeres ved å undersøke hvordan mennesker oppfatter virkeligheten.
	Kunnskap er kumulativ	Kunnskap er lokal og unik
Metode	Deduktiv	Induktiv
	Individualistisk	Holistisk
	Avstand	Nærhet
	Nøytral og objektiv	Styrt av undersøkernes verdier og interesser
	Tall	Ord

Figur 10 Grunnleggende forskjeller mellom positivistisk og hermeneutisk metode (Jacobsen 2005:32)

Det er viktig å være klar over at en slik sammenligning kan være problematisk og ikke skal tas bokstavelig. Det er en meget spisset framstilling som setter to diametralt motsatte retninger opp mot hverandre, uten å ta inn elementer fra andre retninger som ville nyansert bildet. Det finnes en tredje vei hvor man ikke tvinges til å velge enten kvalitativ eller kvantitativ metode, deduktiv eller induktiv, avstand eller nærhet, individ eller helhet, tall eller ord. Metodevalg gjøres med utgangspunkt i styrker og svakheter ved den enkelte metoden (Jacobsen 2005).

4.2 Begrunnelse for mine valg

Jeg har i det overstående redegjort for mitt vitenskapsteoretiske ståsted som forsker. Gjennom min undersøkelse ønsket jeg å utforske samt gjøre en fortolkning av sykepleieres forståelse for, og opplevelse av, standardiserte pasientforløp. Da var det naturlig for meg, som beskrevet i forrige kapittel, å velge en kvalitativ undersøkelsesmetode. En kvalitativ metodisk tilnærming betyr at man gjennom feltarbeid, observasjoner og/eller åpne intervju forsøker å oppnå en forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av fyldige data om personer og situasjoner og med formål å forstå virkeligheten slik den oppfattes av de personene som forskeren studerer (Thagaard 1998).

I min undersøkelse har jeg valgt en induktiv datainnsamling gjennom dybdeintervju. Dette er en åpen tilnærming, hvor jeg mener å stille åpen, uten noen rigid forforståelse av hvordan ting henger sammen fra tidligere empiriske funn eller teorier. Man går altså ”fra empiri til teori” (Jacobsen 2005). Gjennom den åpne tilnærmingen ønsket jeg å oppnå at det ikke ble lagt strenge føringer eller begrensninger på hvilke data jeg samlet inn, og at jeg kunne få tak i ny, viktig informasjon som jeg ikke var klar over på forhånd. Dersom jeg hadde valgt en deduktiv datainnsamling, ville jeg på forhånd måttet ha en teori om hvordan virkeligheten så ut. Dette kunne være på bakgrunn av tidligere empiriske funn, tidligere teorier eller annen forforståelse. Ved å lage meg disse teoriene i forkant, ville jeg kunne oppleve at viktig informasjon ble oversett, ettersom den ikke ble fokusert på (Jacobsen 2005).

For å kunne utforske problemstillingen, måtte jeg finne en metode for å samle inn data. Jeg hadde allerede bestemt meg for et kvalitativt undersøkelsesopplegg, og aktuelle tilnærminger var observasjon, intervju og dokumentanalyse (Thagaard 1998). Observasjon hadde vært nyttig for å se på samspill i praksis, hvordan sykepleiere samarbeider rundt standardiserte pasientforløp. Dette var imidlertid ikke mulig da jeg hadde begrenset med tid til rådighet. Dokumentstudier har jeg til dels valgt, ved å samle bakgrunnsinformasjon og kontekstbeskrivelse. Mitt metodevalg ble imidlertid først og fremst den direkte kommunikasjonen gjennom individuelle intervju. Dette gjorde at jeg måtte bevisstgjøre meg omkring intervjusituasjonen, og i forhold til dilemmaet nærhet og distanse i undersøkelsen. Jeg skulle kunne forstå og leve meg inn i det de fortalte, men samtidig skulle jeg holde en viss distanse, slik at jeg var i stand til å komme med kritiske oppfølgingsspørsmål underveis, mens de fortalte.

I min undersøkelse ønsket jeg å få et så helhetlig bilde som mulig av et fenomen, standardiserte pasientforløp, som mulig. I valg av undersøkelsesdesign så fant jeg, at for min spesifikke problemstilling passet det i alle tilfeller best med et intensivt (dypt) undersøkelsesopplegg, framfor et ekstensivt. Ved å velge et intensivt opplegg ønsket jeg å få fram et rikt sett av individuelle forståelser av standardiserte pasientforløp fra samme kontekst (sengepost). Det var den enkeltes forståelse og fortolkning av standardiserte pasientforløp som var interessant i forhold til min problemstilling. Det vil si, en så rik beskrivelse av fenomenet opplevelse av standardiserte pasientforløp som mulig. Et intensivt opplegg vil som regel frambringe mange detaljer, og jeg valgte derfor av ressurs hensyn et lite antall enheter, fem informanter, fra samme kontekst, sengepost, i min undersøkelse.

Når det er et poeng å undersøke samspillet mellom en spesiell kontekst og et fenomen, så vil en case-studie være mest egnet (Jacobsen 2005). Dette var et poeng i min undersøkelse, ettersom jeg ønsket å se på forståelsen av standardiserte pasientforløp hos noen få sykepleiere ved en enkelt sengepost, sett i lys av deres omgivelser. Dersom mitt utgangspunkt hadde vært å få en mest mulig rik beskrivelse og flest mulig nyanser av fenomenet standardiserte pasientforløp, uavhengig av kontekst, så ville *små-N-studier* være best egnet. Dette hadde også vært tilfelle dersom jeg hadde valgt å variere med flere enheter og eventuelt flere sykehus. Dette ville gitt en rikere beskrivelse enn ved å se på kun én enhet ved et og samme sykehus, men mulighetene til å se undersøkelsen i sammenheng med en felles kontekst ville vært mindre.

Som hjelpemiddel i analysen av data har jeg benyttet temasentrert analyse. Årsakene til at jeg valgte denne analysemetoden vil jeg komme tilbake til. Hovedårsaken til at jeg ikke benyttet personsentrert analyse, er at jeg fant det lettere å ivareta hensynet til anonymiteten til informantene på denne måten. Ved å fokusere på tema unngår jeg å gi for mange opplysninger om en og samme person, som kan være en fare for anonymiteten i denne undersøkelsen der alle informantene kjenner hverandre. Med temasentrert analyse kan jeg gi rike detaljer på et og samme tema, i stedet for å gi rike detaljer på en og samme person (Thagaard 1998). Det var andre gode grunner til dette valget også, som jeg vil komme tilbake til.

4.3 Gjennomføring av case-studien

I forrige kapittel redegjorde jeg for sammenhengen mellom min problemstilling og mine valg for gjennomføring av undersøkelsesopplegg, en intensiv case-studie basert på intervju av fem informanter. I dette kapitlet vil jeg si mer om hvordan den praktiske gjennomføringen av case-studien.

Min casestudie skriver seg fra et sykehus og en sengepost som er døgnbemannet med sykepleiere og postsekretær. Denne sengeposten deltar i et standardisert pasientforløp, i samarbeid med andre avdelinger ved sykehuset. Dette betyr at pasienter blir behandlet ved sengeposten under deler av pasientforløpet. Studien baserer seg på individuelle intervju med et utvalg bestående av fem sykepleiere.

4.3.1 Utvalg

Etter å ha bestemt meg for at tema for min avhandling skulle omhandle standardiserte pasientforløp, begynte jeg å orientere meg mot en problemstilling og aktuelle enheter. I denne prosessen hadde jeg samtaler med regional prosjektleder for standardiserte pasientforløp i helseregionen, samt med prosjektansvarlig ved flere sykehus, for å finne aktuelle caser. Jeg leste meg også opp på saksområdet standardiserte pasientforløp. Etter hvert så jeg at det var forholdsvis lite litteratur, som omhandlet selve implementeringen og introduksjonen av standardiserte pasientforløp. Dette syntes jeg var interessant å undersøke omkring, og jeg etterspurte derfor caser som hadde erfaringer med dette. Det viste seg at et spesifikt helseforetak hadde kommet lengst i innføringen av standardiserte pasientforløp, og her var flere standardiserte pasientforløp igangsatt. Prosjektansvarlig ved dette helseforetaket var behjelpelig med å velge ut et standardisert pasientforløp, som hadde vært i aktivt bruk over en viss tid ved en av sengepostene. Det var viktig for meg at det ikke nettopp hadde startet opp, slik at sykepleierne hadde rukket å få erfaringer fra det, og slik at mine undersøkelser kunne ha en mulighet for å svare på problemstillingen jeg hadde valgt. Jeg ønsket primært å intervju sykepleiere som ikke hadde hatt noen aktiv rolle under innføringen, og som heller ikke hadde hatt lederfunksjoner i innføringsperioden.

Prosjektansvarlig foreslo et pasientforløp som involverte en hel sengepost, og han hjalp meg med å innhente de nødvendige formelle tillatelsene fra helseforetaket for gjennomføring av undersøkelsen. Etter å ha fått klarsignal fra ledelsen ved helseforetaket, tok jeg selv kontakt

med avdelingssykepleier ved den sengeposten som jeg hadde valgt. Etter en positiv samtale oversendte jeg en formell skriftlig henvendelse til henne, hvor jeg ba om et intervju med fem-seks av sykepleierne som jobbet innenfor dette forløpet. Jeg oversendte samtidig et introduksjonsbrev til respondentene. Det var et utvalgs-kriterium fra min side at de hadde erfaring fra pasientforløpet, og at de ikke hadde hatt formelle roller under innføringen. Jeg avtalte dato for intervjuene med avdelingssykepleier, og hun skulle sørge for at intervjuobjektene stilte opp til avtalt tid og sted. På grunn av stor reiseavstand ble det avtalt tre dager i rekkefølge, med fem intervju fordelt på disse dagene. Da jeg kom til intervju første dag, oppdaget jeg at en av informantene hadde deltatt i prosjektet, som prosjektmedarbeider. Det ble et lite dilemma der og da, med tanke på om jeg burde ekskludere henne fra undersøkelsen. Jeg valgte imidlertid å ta henne med, og intervjuet ble gjennomført.

4.3.2 Gjennomføring av intervjuet

Intervjuet ble gjennomført med utgangspunkt i de forskningsspørsmålene jeg hadde formulert som utgangspunkt for undersøkelsen, bearbeidet til en intervjuguide. Jeg hadde valgt en åpen tilnærming, med åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål ved behov. For sikkerhets skyld så hadde jeg sørget for tilgang til to diktafoner, for å slippe å stresse med å kontrollere teknikken underveis. Det ble da heller ingen tekniske problemer i løpet av de fem intervjuene. I tillegg noterte jeg korte stikkord på intervjuguide-arket. Et intervju ble gjort på avdelingssykepleiers kontor, mens fire intervju foregikk på et rom som til daglig ble brukt som lagerrom. Alle samtalene foregikk uforstyrret. De fem intervjuene varte ca en time hver, noen litt mer. Med støtte i intervjuguiden ble det en naturlig utvikling i samtalen og en naturlig avslutning. Informantene fikk snakke om noe de kjente godt til, og de ga uttrykk for at det følte greit. I forkant spurte jeg om det var i orden for dem at vi tok opp samtalen på bånd, og dette aksepterte alle sammen uten å nøle.

Ettersom det tekniske opptaket ble så pass vellykket, så valgte jeg å transkribere alle intervjuene i fulltekst, ikke bare i stikkordsform. Det fulltekstdokumentet jeg satt med etter transkriberingen viste seg å bli meget nyttig i den videre analysen, ved at jeg følte jeg kunne stole på at alle detaljer ble med. Det var da klart for neste trinn, bearbeiding av dataene.

4.3.3 Bearbeiding, analyse og tolkning av data

I en kvalitativ forskningsprosess vil analyse og tolkning være tett sammenvevd (Thagaard 1998). Det vil allikevel være mulig å dele prosessen i de to fasene bearbeiding/sortering samt analyse/tolkning, eller med andre ord en *deskriptiv* del og en *tolkende* del. Den deskriptive delen har til hensikt å få en oversikt over sentrale mønster i dataene og foregår ved hjelp av koding og kategorisering av data. Hensikten er å få oversikt over sentrale mønstre i materialet. Den tolkende delen har til hensikt å oppnå en dypere forståelse av dataene. Denne delen peker ut over datamaterialet, ved at tendenser i dataene knyttes til relevante faglige begreper (Thagaard 1998).

Den deskriptive delen, bearbeidingen av dataene, foregikk ved at jeg først leste grundig gjennom datamaterialet to ganger, for å få et godt bilde av helheten. Jeg laget deretter en temakategorisering for å samle dataene. Den kategoriseringen jeg fant fram til, tok først utgangspunkt i den jeg allerede hadde laget til intervjuguiden. Jeg laget en matrise med disse kategoriene og oppsummerte dataene for hver kategori. Det viste seg at det ikke var nødvendig å gjøre endringer i hovedkategoriseringen, da alle dataene var innenfor disse kategoriene. Det ble derfor enkelt å samle dataene inn under hvert forskningsspørsmål, ettersom intervjuguiden og dermed kategoriseringen var laget med utgangspunkt i disse. Jeg laget imidlertid noen underkategorier under hver hovedkategori, for å samle dataene ytterligere og for å identifisere sentrale mønstre.

En kategorisering vil uvegerlig føre til en dekontekstualisering, ved at teksten blir oppdelt og atskilt fra den opprinnelige sammenhengen (Thagaard 1998). Jeg bestemte jeg meg tidlig for en temasentrert analyse idet jeg ville fokusere på meningsinnholdet i det som ble sagt, og i mindre grad på hvem som sa det. Dette var viktig også med tanke på hensynet til å skjule informantenes identitet, når jeg benyttet sitat ordrett. Samtidig var det nødvendig for meg å holde god oversikt over helheten og opprinnelsen til de ulike sitatene. Jeg valgte derfor å fargekode det transkriberte materialet, ved at jeg ga informantenes utsagn en farge hver. Når jeg under bearbeidingen ”klippet og limet” sitatene inn under respektive tema, så beholdt jeg den personrelaterte opprinnelsen til sitatene under hele analysefasen. Det ga meg en god oversikt, og en bedre mulighet for å se hvordan utsagnene var representert blant informantene; dette uten å måtte forholde meg til navn eller pseudonymer.

Den andre delen av analysedelen, den tolkende delen, har til hensikt å oppnå en dypere forståelse av dataene (Thagaard 1998). Det kan være vanskelig å si hvor disse to fasene avløser hverandre, men hvis den første fasen kan beskrives som en dekontekstualisering så kan denne andre fasen beskrives som en *re*kontekstualisering (Morse 1994 i Thagaard 1998). Her kommer forskerens fortolkning inn, dels gjennom det utvalget av funn man velger å fokusere på, og dels gjennom det teoretiske begrepene man velger å knytte til datamaterialet. Min forståelse kan med dette sies å være utviklet basert på egen forforståelse og teoretisk-faglig forankring.

4.4 Egen rolle

For å klargjøre min rolle så vil jeg orientere kort om min posisjon i forhold til det empiriske feltet. Jeg er i dag ansatt i Helse Midt-Norge IT (Hemit). Hemit er Helse Midt-Norges interne IT-leverandør og er underlagt det regionale helseforetaket Helse Midt-Norge RHF. Min stilling i dag er som tjenesteansvarlig innenfor tjenestegruppen stab og støtte. Dette innebærer ansvar for de IT-systemene som i all hovedsak brukes innenfor de administrative støttefunksjonene i sykehusene. Min bakgrunn er 8 år som sykepleier, 4 år som kontorleder og 15 år innenfor IT. Jeg har hele tiden vært ansatt innenfor den virksomheten som i dag med heter Helse Midt-Norge.

4.5 Egen forforståelse

Etter å ha arbeidet innenfor spesialisthelsetjenesten i nesten 30 år, er det ikke til å unngå at jeg hadde gjort meg opp noen tanker om hva jeg ville finne i min undersøkelse. Jeg opplevde at disse tankene forstyrret meg i forberedelsene, og gjorde det vanskelig å nullstille seg. Jeg valgte derfor å skrive ned og arkivere min forforståelse. På den måten opplevde jeg at underbevisstheten ble avlastet, og det gjorde meg bedre i stand til å tenke åpent, ikke minst under utarbeidelsen av intervjuguiden og gjennomføring av intervju.

4.6 Kritikk

Ethvert undersøkelsesopplegg skal gjennomgås kritisk med tanke på om konklusjonene er gyldige og til å stole på (Jacobsen 2005). Følgende spørsmål må besvares: Er det undersøkelsesopplegget jeg har valgt egnet til å belyse den problemstillingen jeg ønsker å undersøke? Har jeg fått tak i de dataene jeg ønsket å få tak i (intern gyldighet)? Kan jeg

overføre det jeg har funnet til andre sammenhenger (ekstern gyldighet)? Kan det undersøkelsesopplegget jeg har valgt påvirke de resultatene jeg har kommet fram til? Jeg må spørre meg selv: hva er det jeg kan peke på i min caseundersøkelse som kunne vært gjort annerledes, eller som kan ha påvirket resultatet skjevt på grunn av mine valg underveis?

Den interne gyldigheten henger sammen med valg av metode, og jeg har tidligere i dette kapitlet begrunnet mitt valg av en intensiv kvalitativ undersøkelse. Jeg ønsket å få fram et rikt sett av individuelle forståelser av standardiserte pasientforløp fra samme kontekst, og har argumentert for mitt metodevalg knyttet til dette. Intern gyldighet henger også sammen med datakvalitet, og hvorvidt jeg har lyktes å få tak i viktig informasjon og viktige detaljer. Konsistens er ikke et relevant krav i kvalitativ forskning (Thagaard 1998). Det betyr for eksempel, at selv om jeg gjennomfører samme intervju to ganger, så kan jeg ikke regne med å få samme resultat, ettersom jeg vil opptre annerledes. Det som er mest avgjørende for datakvaliteten innenfor kvalitativ forskning, er de relasjonene som knyttes mellom intervjuer og informant (Thagaard 1998). Ettersom intervjutidspunktet var den første gangen jeg traff informantene, så er dette vanskelig å vurdere. Jeg har imidlertid en oppfatning av at intervjuene foregikk i en tillitsfull atmosfære. Informantene fikk god anledning til å fortelle, spørre og utdype sine formuleringer og jeg fikk på min side tid til å følge opp med tilleggsspørsmål der det var nødvendig. Det skulle være gode muligheter for å få ryddet eventuelle misforståelser eller uklarheter av veien, fra begge sider underveis i intervjuet. Noen av spørsmålene handlet om hendelser som lå inntil et år tilbake i tid, og noen av informantene sier de ikke husker. Dersom de da begynner å glette, kanskje fordi de veldig gjerne vil svare noe, så kan det potensielt gi uheldige konsekvenser for datakvaliteten. Dette kan jeg ikke utelukke, selv om jeg ikke har noen formening om at det har skjedd.

Når jeg skal vurdere hvordan utvalget av informanter ble gjort, så ser jeg en mulig metodesvakheter ved at dette ble gjort i samarbeid med avdelingsleder. Dersom lederen hadde vært opptatt av at undersøkelsen skulle falle positivt ut for seg, så kunne det være fristende å velge ut de informantene som vedkommende mente var best egnet i så måte. Jeg har imidlertid ingen grunn til å tro at dette er tilfellet, og jeg velger å tro at det er tilfeldig hvordan utvalget er gjort. Ytterligere viste det seg at en av informantene hadde vært deltaker i prosjektet. Dette oppdaget jeg underveis i intervjuet med vedkommende, og jeg ble straks i tvil om hvordan jeg skulle forholde meg. Jeg bestemte meg imidlertid for å beholde informanten og se utsagnene til vedkommende i lys av dette forholdet. I ettertid, etter å ha

analysert dataene, så anser jeg det som nyttig å ha en informant som har vært mer delaktig enn de andre. Blant annet som følge av dette, og av hensyn til vedkommendes anonymitet, så valgte jeg imidlertid å gjøre en såkalt temasentrert analyse av dataene, en systematikk som gjør det lettere å anonymisere ved å kamuflere hvilken informant som står bak de ulike dataelementene (Thagaard 1998).

Den eksterne gyldigheten handler om i hvilken grad jeg kan generalisere mine funn. Kan jeg si at opplevelsen av standardiserte pasientforløp i min undersøkelse, hos noen få personer, også vil gjelde alle andre? Her (Jacobsen 2005) skilles det mellom to typer generalisering: Teoretisk og statistisk generalisering. Min undersøkelse knyttet til noen få enheter (fem sykepleiere på en enhet med 30) *kan* gi grunnlag for å utvikle generelle teorier eller hypoteser, som en teoretisk generalisering innenfor samme enhet. Hvorvidt denne teorien eller hypotesen er gyldig i andre kontekster, andre enheter, er vanskelig å si. Statistisk generalisering innebærer at det jeg har studert i undersøkelsens spesifikke kontekst vil kunne gjelde også for andre kontekster. Ettersom en intensiv design innebærer et lavt antall enheter, i mitt tilfelle fem, så vil det ikke ligge til rette for denne type generalisering. Når mine funn allikevel kan ha allmenn interesse, en ekstern gyldighet, så er det fordi de peker på forståelsesrammer for standardiserte pasientforløp hos sykepleiere innenfor spesialisthelsetjenesten, - sykepleiere som har en tids erfaring fra å arbeide med standardiserte pasientforløp. Det jeg kan oppnå i denne undersøkelsen er gjennom en fortolkning av det spesielle, å kaste lys over en del av et fenomen, som et bidrag til det store bildet. Gjennom enkeltberetninger fra et lite utvalg, noen få personer, kan jeg avsløre noe som ikke kan avsløres ved et stort utvalg (Andreassen 2008).

4.7 Forskningsetikk

Jeg har vært opptatt av å oppfylle de etiske forskningskravene i denne avhandlingen. Det viktigste har vært å sikre anonymiteten til informantene. Dette er i tråd med retningslinjer for god forskningspraksis fra Forskningsetiske komiteer (2010). Anonymitet ble også satt som en betingelse da jeg fikk innvilget godkjenning av undersøkelsesopplegget fra caseorganisasjonen. Undersøkelsen omfatter fem informanter som alle jobber i samme avdeling, noe som skaper noen utfordringer med hensyn til hvordan anonymisering kan oppfylles. Alternativet med å unnta avhandlingen fra offentlighet var ikke noe jeg ønsket, da jeg mener at den bør være tilgjengelig for enhver som ønsker å lese den. Etter hvert som jeg

jobbet med analysen fant jeg en måte å sikre anonymiteten på. Jeg løste det ved ikke å bruke navn eller pseudonymer der det kunne leses mønster til en og samme person, ved ikke å bruke spesielle opplysninger eller sitat som kunne relateres tilbake til én person, ved å benytte mest mulig temasentrert analyse og minst mulig personsentrert analyse. I tillegg er navnet på det standardiserte pasientforløpet fjernet i intervjuguide og informasjonsskriv, og erstattet med ”standardiserte pasientforløp for xxx-pasienter”.

Informantene har gitt et informert samtykke til å stille opp i undersøkelsen, og de er informert om formålet og opplegget. Det presiseres avslutningsvis at det ikke er benyttet pasientopplysninger eller sensitive personopplysninger i denne undersøkelsen.

5 INTRODUKSJON AV DET STANDARDISERTE PASIENTFORLØPET

I dette og påfølgende kapittel vil jeg ved hjelp av innsamlede data utforske fenomenet standardiserte pasientforløp, med bakgrunn i problemstillingen og de enkelte forskningsspørsmål. Jeg vil først gi en kort beskrivelse av avdelingen som utgjør datamaterialet, før jeg fortsetter med analysen.

Avdelingen som utgjør datamaterialet, er en sengepost lokalisert til et sykehus av middels størrelse i norsk sammenheng. Sengeposten er bemannet med sykepleiere som går i turnus vekselvis på dagtid og kveldstid, samt med sykepleiere som går kun nattevakter. Sengeposten er inndelt i tre grupper hvor deltakerne alternerer. På dagtid er det åtte sykepleiere på vakt fordelt på de tre gruppene. Hver gruppe har pleieansvaret for fra tre til seks pasienter hver. Arbeidsrytmen på formiddagen er i hovedsak faste runder med måling av blodtrykk, utdeling av medisin, stell av pasienter, legevisitt og mottak av nye pasienter. Det samme skjer på ettermiddag, kveld og helg, men da er det vanligvis seks sykepleiere på vakt. Pasientbelegget er stort sett øyeblikkelig hjelp-pasienter, cirka 90 %. 10 % er såkalte elektive pasienter, dvs. planlagte innleggelser, og deriblant de pasientene som inngår i det standardiserte pasientforløpet ved sengeposten.

Sengepostens felles forum er det faste møtet hver onsdag, fra kl. 14.00 til 14.45. Møtet blir enten brukt til såkalt onsdagsundervisning, eller det såkalte postmøtet.

Onsdagsundervisningen brukes ofte for å informere om aktuelle endringer fra ansvarlige, for eksempel endringer i hygienerutiner fra hygienesykepleier. I *postmøtet* blir det informert om saker av allmenn interesse, ofte av administrativ art, som alle bør kjenne til. Det er også en anledning hvor hver enkelt kan ta opp ulike tema, for å kunne diskutere i fellesskap.

De fem sykepleierne som inngår i undersøkelsen jobber på dagtid og kveldstid innenfor det standardiserte pasientforløpet som er introdusert ved avdelingen. Pasientforløpet omfatter også andre avdelinger ved sykehuset, i tillegg til denne sengeposten. Dette gjelder pasienthotell, poliklinikk, laboratorium og operasjonsavdeling. Pasientene inkluderes i pasientforløpet ut fra diagnose og formål med innleggelsen, og forløpet er en rutinebeskrivelse av hvordan innleggelsen er planlagt skal forløpe. Tider, kontaktpunkt,

fagprosedyrer, utskrivingsprosedyrer, informasjon til pasienten osv. er beskrevet i detalj. For eksempel at operasjonsskjemaet skal fylles ut av legen som skal operere pasienten, og at dette skal bringes til operasjonsavdelingen dagen før operasjonsdagen innen kl. 14.00. Alle avdelinger og personer som er i berøring med pasientforløpet skal være kjent med og følge denne rutinebeskrivelsen. Den er dokumentert i det elektroniske kvalitetssystemet som alle ansatte har tilgang til, heretter omtalt som *IT-systemet*. Pasienten blir informert om rutinen før innleggelse, gjennom en brosjyre som han får tilsendt før innleggelsen.

Det kan sies å være flere nivå av *team* rundt det standardiserte pasientforløpet. Sykepleierne ved sengeposten arbeider tett sammen i et felles team, som også er løst organisert i tre grupper hvor de alternerer. Sammen med legene utgjør de dessuten et utvidet team. I dette teamet samhandler man også tett, og sentralt i dette samarbeidet står previsitten og visitten.

Previsitten er det daglige morgenmøtet mellom overlege, assistentlege og ansvarshavende sykepleier på hver gruppe. Her tar man en gjennomgang av status på hver pasient på gruppen, informerer hverandre gjensidig og planlegger det som skal skje. Legen gjør sine forordninger, for eksempel beslutter hvilke undersøkelser som skal gjøres, hvilke prøver som skal taes, samt forordner medikamenter. *Visitten* er en besøksrunde til pasientene på sengeposten. Legene og ansvarshavende sykepleier oppsøker hver enkelt pasient, som regel inne på pasientrommet, for å snakke med dem og informere om hva som skal skje. I tillegg til sykepleierteamet og det utvidede teamet med sykepleiere og leger, kan man knytte et utvidet teambegrep til de som samhandler rundt det standardiserte pasientforløpet. Dette teamet inkluderer ansatte både ved poliklinikk, sykehotell, operasjonsavdeling, laboratorium og sengepost som samarbeider om pasientene som inkluderes i pasientforløpet.

Jeg vil nå gå over til analysen, og for å utforske problemstillingen har jeg utformet tre forskningsspørsmål. Det første forskningsspørsmålet var: Hvordan oppleves innføringen av standardiserte pasientforløp for sykepleierne, sett i et kunnskapssyn? I dette forskningsspørsmålet ønsket jeg å undersøke hvordan sykepleieren har opplevd introduksjonen av det konkrete standardiserte pasientforløpet, som noe nytt i sin arbeidssituasjon. I hvilken grad har de vært bevisst at det har kommet noe nytt inn, hvordan har de blitt tatt med på innføringen, og hvilke erfaringer har de.

5.1 Det standardiserte pasientforløpet introdusert; med og uten opplæring

En av informantene forteller om travle arbeidshverdager ved sengeposten:

Til tider hektisk, masse å gjøre, mye pasienter.

En annen informant karakteriserer en typisk arbeidsdag som en dag hvor man aldri vet hva som kan skje:

Masse nye pasient som kommer hele døgnet, så jeg vil egentlig si at det er en sånn typisk dag. Du vet aldri hva som kan skje.

En tredje informant beskriver en arbeidshverdag med til dels kaotiske tilstander hvor det av og til er behov for å få roet ned situasjonen:

Slutten av vakta bruker å være veldig hektisk, for da kommer legene tilbake, blodprøvene kommer, de har fått svar på andre undersøkelser, nye bestemmelser, ja, slik at slutten av vaktene bruker å være ganske så hektiske. Så ofte, hvis vi har en del pasienter og sånn, så er det kaotisk for andre på slutten av vakta, til seinvaktene kommer og får jaga ut tidligvaktene og får roa ned situasjonen. Av og til kan det skje ganske fort, og av og til kan det gå flere timer før vi greier å roe ned.

Informantene gir en beskrivelse av at det er hektisk med uforutsigbare dager, som følge av at mange pasienter kommer som øyeblikkelig hjelp hele døgnet. De forteller også hvordan arbeidshverdagen er preget av hyppige endringer i arbeidsrutinene. En av dem sier:

Ja, det er endringer hele tida. Ene uka skal det være steril prosedyre, neste uke skal det være ren prosedyre. Og så er det skylling sånn og skylling sånn, mer eller mindre. Skal det være sterilt ved stell? Hva med fra- og tilkobling.

Endringene kommer så ofte at dette er noe de har blitt vant til. En annen informant beskriver hvordan endringer er noe de tar inn, selv om det sliter. Det er ikke mulig å stoppe denne utviklingen, og de går hele tiden videre:

Hva tenkte vi da, og hva gjorde man, da man la om der og da. En går hele tiden videre. Noen ganger tenker man at det er for mye endringer, data og omstilling her og der. Det tærer veldig på, men likevel er det der hele tida. Du greier ikke å stoppe det.

Samme informant forteller også hvordan de har blitt vant til at de først får høre om endringer i arbeidsrutinene som rykter og hentydninger via omveier, før de etter hvert blir informert:

Er så vant til slike endringer som skjer på avdelingen. Noen får høre om det, så går noe ut til oss, og så får vi et møte hvor vi får litt mer informasjon litt senere. [...] Det er veldig sjelden at vi blir innkalt til et møte hvor vi blir presentert alt, helt fra scratch. Som regel har ryktet gått, og vi har fått en del hentydninger og litt sånn.

Samme informant forteller at de sjelden får tilbud om opplæring når de blir introdusert for endringer i arbeidssituasjonen:

Opplæring, hva er det for noe?

En annen av informantene forteller at det finnes noe formalisert tilbud om opplæring, og hun viser i den forbindelse til møtet på onsdagene, onsdagsundervisningen. Om disse møtene sier hun at det ofte kommer noen som er ansvarlige for endringene, for å informere. Her i forbindelse med rutiner omkring stell av såkalt venekateter:

Ja, vi har jo undervisningsdager onsdagene, bare sånn i vaktskiftetida. Hvis det er endringer på sånne ting, så bruker vi å få de som er ansvarlig, gjerne hygienesykepleier, til å informere om disse endringene. Hvorfor det er gjort og om det egentlig er bra nok.

Selv om det er noe formalisert gjennom onsdagsundervisningen, så blir det fra flere av informantene etterlyst mer opplæring. En av informantene sier:

Kunne gjerne vært mer undervisning.

Hun opplyser i den forbindelse at undervisningen på onsdagene utgår når de har det såkalte postmøtet:

Vi har onsdagsundervisning hver onsdag, fra 2 til kvart på 3, så sant det ikke er postmøte.

Det betyr at det ikke blir gjennomført organisert undervisning hver uke ved sengeposten. En av informantene forteller at undervisningen skjer i ”vaktskiftetida”:

Ja, vi har jo undervisningsdager onsdagene, bare sånn i vaktskiftetida.

Vaktskiftetida er den tida hvor to vaktskift overlapper hverandre ved å være på jobb samtidig. Det kan være dagvakta som avløses av kveldsvakta, eller kveldsvakta som avløses av nattevakta. Dermed har de tid sammen til å sikre kontinuitet og sørge for gjensidig informasjon og rapportering om pasientene. Når undervisningen skjer i vaktskiftetida, så er det ofte av praktiske årsaker, ettersom både dag- og kveldsvaktene er på jobb i hele eller deler av denne tiden. Dermed vil disse kunne delta i undervisningen innenfor, eller i direkte

tilknytning til, ordinær arbeidstid. På den måten slipper de å komme i ens ærend på fritida for å delta på 45 minutters opplæring. En av informantene peker på problemstillingen ved at mange går i redusert stilling. Redusert stilling medfører at det vil være større sjanse for at man ikke er på jobb når undervisningen foregår. Hvis man ikke er på jobb når undervisningen pågår, så vil det være opp til den enkelte om man bruker fritida til dette, forteller hun:

Ellers så sies det jo at vi alle er ansvarlig for å holde oss faglig oppdatert. Men vi går veldig masse i reduserte stillinger, i ufrivillig vikariat og ufrivillig redusert på avdelinga [...] Så det betyr at du nesten må gjøre det på fritida di..

Et fast tema på onsdagsmøtene er endringer i arbeidsrutiner, men det er ingen systematisk opplæring i tilknytning til hver og en av disse. Informantene forteller at de opplever det som krevende å holde seg oppdatert på de stadige endringene. De har derfor blitt vant til å bruke hverandre som informanter:

Ja, hvordan vi klarer å følge med i det. Det er egentlig jungeltelegrafene mellom oss.

Hvis de har rådført seg med hverandre og fortsatt er usikre, så går de inn på IT-systemet for å finne rutinebeskrivelser.

Vi kan spørre hverandre. [...] Det er ikke tabu for oss. Og så, hvis vi er usikre, så er vi inn på IT-systemet for å finne rutinene. Og av og til, hvis det blir tatt opp spesielt, så har vi dem i perm. Der det blir tatt opp på postmøte, at det blir nye rutiner.

Standardiserte pasientforløp oppleves som en av flere endringer i sykepleiernes arbeidsrutiner. En av informantene forteller om hvordan hun fikk høre om standardiserte pasientforløp første gang:

Er det et års tid da, cirka? Noe sånt [...] Det ble bare tatt opp på et postmøte, eller det var... Husker ikke, - kanskje det bare har gått gjennom avdelingssykepleier, som har tatt det opp med noen av de som skulle være med i prosjektet. Det var bare sånn det, liksom.

Selv om noen av informantene forteller at de har hatt lite tilbud om opplæring i forbindelse med innføringen av standardiserte pasientforløp, så sier en av informantene at det har vært gjennomført noe opplæring, samtidig som rutinebeskrivelsene ble lagt inn i IT-systemet:

Ja, det fikk vi, at sånn og sånn var det. Og det ble jo laget sånn i papirform og liggende inne på data, hele dette forløpet.

To av informantene har vært aktivt involvert i innføringen av standardiserte pasientforløp. En av informantene forteller at hun var involvert i forarbeidet til utarbeidelsen av det standardiserte pasientforløpet, i en kartlegging som ble gjort i forkant:

Ja, vi hadde vel en sånn brainstorming en gang. Litt sånn forskjellig. Masse, masse gullapper og sånn.

En annen informant var involvert i prosjektet som innførte det standardiserte pasientforløpet, og hun var derfor godt kjent med det. Hun hadde gjennomgått opplæring gjennom eksterne kurs i regi av prosjektet, som sykepleierepresentant fra sengeposten.

En av informantene forteller hvordan de to som var involvert i prosjektet, delte kunnskapen med de andre etterpå:

Det var jo de to sykepleierne her på avdelingen da, som informerte, og som vi kunne spørre om det var noe vi lurte på.

Ulik grad av opplæring og involvering gjør at informantene opplever introduksjonen til standardiserte pasientforløp ulikt. Det viser seg imidlertid at alle informantene har kunnskap om hva det standardiserte pasientforløpet omhandler. De vet hvordan de skal forholde seg til disse pasientene, og endringen omtales som ”inngrodd”. En av informantene sier det slik:

I starten snakket vi veldig mye om det, men nå tror jeg det er så inngrodd at vi snakker veldig lite om det.

Innføringen av standardiserte pasientforløp sett i et kunnskaps- eller læringsperspektiv, representerer innlæring av ny kunnskap. Det teoretiske perspektivet SEKI-modellen (Nonaka og Takeuchi 1995) kan trekkes inn for å analysere introduksjonen av standardiserte pasientforløp, slik som den beskrives her. Den ene av informantene forteller at hun var med på en såkalt ”brainstorming”. Dette skjedde i den delen av prosjektet hvor det nye standardiserte pasientforløpet ble utviklet. I henhold til SEKI-modellen kan en aktivitet som brainstorming omtales som bruk av de to prosessene sosialisering og eksternalisering. Sosialiseringprosessen er i bruk ved at man samhandler nært, ved at man møtes og utveksler erfaringer. Forståelser og taus kunnskap deles gjennom handlinger og referanser som kan forstås av de som innehar samme tause kunnskap. Her vil noen hevde at straks man har gitt uttrykk for taus kunnskap så har den blitt eksplisitt kunnskap. Andre vil tenke at taus kunnskap forblir taus, så lenge den ikke finnes i en form som personer uten samme basiskompetanse kan forstå. Jeg tenker at det å forstå eksplisitt kunnskap gjerne fordrer at jeg

allerede har en implisitt og "taus" forståelse for fenomenet i utgangspunktet. I eksemplet brainstorming, som beskrevet av informanten, hadde man som mål å lage et nytt, forbedret standardisert pasientforløp. I en slik prosess vil det være viktig at hver enkelt aktør bidrar med sin spesifikke tause og eksplisitte kunnskap, slik at man *sammen* i en dialog, kan komme fram til en mest mulig omforent forståelse av hvordan man kan forbedre pasientforløpet. Dette krever at den tause kunnskapen hos hver enkelt konkretiseres, ved bruk av *ord* og andre uttrykk for delte forståelser, for eksempel felles historier, metaforer, modeller og bilder. Med referanse til SEKI-modellen vil dette kunne bety at kunnskapen blir gjort eksplisitt gjennom en eksternaliseringsprosess.

Informantene forteller at det nye standardiserte pasientforløpet ble beskrevet (eksternalisert) i en rutinebeskrivelse som ble innlemmet i IT-systemet. Dette er i henhold til SEKI-modellen en del av prosessen kombinerings, hvor den eksplisitte kunnskapen knyttes til systematisert kunnskap. Denne kombinerings får den eksplisitte kunnskapen til å framstå som en ny form for eksplisitt kunnskap. Dette kan forklares med at IT-systemet er et rammeverk for å framstille eksplisitt kunnskap i en egen kontekst. Prosedyrebeskrivelsene hentes fram på en skjerm etter et visst system. Kunnskap om IT-systemet, om hvordan det henger sammen og fungerer, kan forstås som en egen kunnskap, tause eller eksplisitt. I kombinasjon med den eksplisitte kunnskapen som ligger i IT-systemet, så framstår det som en egen form for eksplisitt kunnskap, og det har skjedd en kombinerings. Våre informanter sier de ikke husker at de har fått høre om prosjektet. De har imidlertid tatt del i den kunnskapen som ble utviklet i prosjektet. Dette kan meget godt skyldes at de, gjennom å ha satt seg inn i prosedyren i IT-systemet, har fått den eksternaliserte, eksplisitte kunnskapen internalisert som tause kunnskap, i lys av SEKI-modellen. Dette er også i tråd med det strukturelle kunnskapssynet og den kognitive kunnskapssynet (Newell et al. 2002). Denne retningen forfekter troen på at IT-systemer er godt egnet, og en kritisk suksessfaktor, for å spre kunnskap gjennom presentasjon av data og informasjon. Et alternativt syn, etter SEKI-modellen, er at informantene har fått internalisert kunnskapen, gjennom sosialisering med kollegaer som har denne kunnskapen internalisert. Dette er også mer i tråd med det prosessuelle kunnskapssynet og community modellen (Newell et al. 2002), som ser kunnskap i et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Her vil man ha en forståelse av at kunnskap eksisterer og skapes i sosiale nettverk, og at den har sin forankring i praksis og handlinger. Dette handler mer konkret om at sykepleierne deler informasjon og kunnskap seg i mellom i et tett samarbeid. Informantene beskriver hvordan de er vant til å spørre og rådføre seg med hverandre, og hvordan de bruker det som de kaller

”jungeltelegrafene” for å oppdatere hverandre. De to sykepleierne som hadde vært involvert i prosjektet delte også kunnskapen med de andre etterpå. Dette gjorde de aller først ved å informere, og etter hvert i det daglige ved å stille seg åpen for spørsmål. Dette kan bidra som en forklaring på hvordan sykepleierne klarer å ta inn de stadige endringene i arbeidsrutinene, selv om det er lite tilbud om organisert opplæring ved avdelingen.

Alle informantene gir forståelsen av at de har mottatt, forstått og tatt i bruk endringene i det standardiserte pasientforløpet. Tidligere forskning viser at motstanden mot standardiserte pasientforløp kan skyldes en oppfatning av at alle andre enn dem selv har fordeler av konseptet, og at det gikk et skille mellom de som var godt informert og ikke (Claridge et al 2005). Informantene har fortalt hvordan noen var mer involvert enn andre i innføringen. En av informantene deltok i en brainstorming. I forkant av denne brainstorming ble det gjort en kartlegging av datidens forløp. Kartleggingen ble gjort for først å kunne forbedre pasientforløpet, og deretter lage et standardisert pasientforløp i form av et flytskjema og en rutinebeskrivelse. Gjennom en sosialiseringssprosess fokuserte man på forbedringsmulighetene og nye måter å samhandle på i det standardiserte pasientforløpet. Rohlin et al.’s (1994) beskrivelse av aktørdrevne endrings- og utviklingsprosesser peker på det ekstra læringsutbyttet ved å trekke inn ekspertkompetanse hos interne aktører, i stedet for å engasjere eksterne eksperter. Dette er to prinsipielt ulike måter å legge opp endrings- og utviklingsarbeid på. En av informantene i undersøkelsen beskriver hvordan hun har vært delaktig i kartleggingsøvelsene under brainstormingen. Hun har gjennom dette bidratt til endringene gjennom sin ekspertkompetanse, og dette kan være en av årsakene til at det nye standardiserte pasientforløpet har blitt tatt i bruk og har festet seg.

Argyris og Schön (1978) beskriver i sin modell for enkel- og dobbelkretslæring betydningen av refleksjon og ikke-defensive handlingsstrategier. Denne modellen kan også være interessant å se som en mulig forklaringsmodell for hvorfor endringene i det standardiserte pasientforløpet anses som vellykket.

Forbedringsarbeid etter modell av *enkeltkretslæring* vil i følge teorien medføre at man ser på en prosess, en handling eller rutine i et etterpåklokskaps lys. Man vil her søke å rette opp feil eller dysfunksjoner, i henhold til et gitt sett av handlingsstrategier eller handlingsnormer (Morgan 2004). Dette gjør man uten å stille spørsmål ved disse handlingsnormene. Våre handlingsnormer vil, for de aller fleste av oss, være noe vi finner naturlig å beskytte og holde

skjult. Vi ønsker enten ikke å være bekjent av de, eller vi er ikke klar over at det er de normene eller verdiene som styrer oss. Ettersom disse handlingsnormene ikke er et tema som det stilles spørsmål ved når man anvender enkelkretslæring, så vil konserverende utsagn og holdninger i liten grad problematiseres og utfordres. Dette vil ofte føre til at man opprettholder såkalte ”defensive rutiner”. Man vil være lite interessert i forandring og anser det som viktig å forsøke å opprettholde status quo.

Forbedring etter modell av *dobbelkretslæring* medfører at man, i tillegg til å reflektere over en prosess med formål å rette opp feil, også vil stille spørsmålstegn ved de gitte handlingsnormene. I modellen ligger det dermed en forventning om at man prøver å undersøke, og å være ærlig på hvilke handlingsstrategier man har i bruk. Som en av informantene sier:

Man har jo en tendens til å gro fast

Det synlige resultatet av brainstorming og påfølgende øvelser ble et forbedret, standardisert pasientforløp. Jeg tenker at det kanskje aller viktigste resultatet fra slike øvelser består i læringen hos de som deltar. Hvor mange er det som er kjent med, og har anledning til å delta i, den slags refleksjonsøvelser i det daglige? Det å prioritere å stoppe opp og reflektere over praksis. Gjerne sammen med kollegaer, tenke gjennom om noe kan gjøres på en annen og bedre måte. Dobbelkretslæring betyr også at man vil bli utfordret på motargumentene til endring. Informantene forteller at rutineendringene som ble gjort rundt operasjonsskjemaet medførte avlastning av sykepleierne. Det viktigste var kanskje at det ga positiv effekt for pasientene, gjennom færre forskyvninger av operasjoner. Dette vil jeg tro er store gevinster, og man kan spørre seg hvorfor dette ikke var gjort tidligere? Det er ikke urimelig å anta at ved å utfordre handlingsstrategiene bruksteori og uttalt teori (Argyris og Schön 1978), i langt større grad enn hva som gjøres i dag, er det mulig å avlive seiglivede myter og ”usynlige”, underliggende antakelser. Disse handlingsteoriene representerer defensive rutiner som bidrar til å opprettholde uønskede forhold, for eksempel dårlig kvalitet og dårlig arbeidsmiljø. Å utfordre disse holdningene er krevende øvelser som vil kunne øke konfliktnivået i organisasjonen, men jeg tenker at det vil også kunne gi store muligheter for forbedringer til praksisfeltet.

6 SYKEPLEIERENS FORSTÅELSE AV FORMÅLET MED STANDARDISERTE PASIENTFORLØP

Mitt andre forskningsspørsmål for å besvare problemstillingen var: Hvordan forstår sykepleieren formålet med standardiserte pasientforløp, og hvordan oppfattes muligheten for å lykkes?

Med dette forskningsspørsmålet ønsket jeg å undersøke sykepleierens forståelse av hva som var formålet med standardiserte pasientforløp. Jeg ønsket også å undersøke sykepleierens synspunkt på hvorvidt disse målene er noe de tror at sykehusene vil lykkes med å nå. Det som gjør det ekstra interessant å innhente synspunkter fra nettopp disse sykepleierne, er at de har erfaring fra et konkret fungerende standardisert pasientforløp, - de har erfaringene ”under huden”.

6.1 Standardiserte pasientforløp; rasjonalisering og effektivitet

Informantene har fortalt om en arbeidssituasjon med hyppige endringer av arbeidsrutinene. De føler delvis at de får endringene ”tredd nedover hodet”, og at endringene kommer først til dem som rykter. De sier at de sliter med å holde seg oppdatert, at det skorter på tid og opplæring når det kommer endringer, og at de benytter jungeltelegrafene. Noen av informantene sier at de fikk informasjon om det nye standardiserte pasientforløpet. Noen var involvert i innføringen av det. Andre kan ikke erindre hvordan det kom inn. Spørsmålet er om det er avklart hva dette ”det” er for noe.

En av informantene forteller hvordan hun opplever formålet med innføring av standardiserte pasientforløp som redusert liggetid:

Det er vel tilbake til dette med å effektivisere. [...] at de kanskje kan spare liggetid, penger, at de kan ligge en natt på hotell heller enn her.

Redusert liggetid kan forstås både som en kvalitativ effekt for pasienten, og som en rasjonell effekt for sykehuset. For pasienten kan det være bedre med kortere liggetid, ettersom de dermed utsettes for mindre risiko for sykehusinfeksjoner. For sykehuset vil det i tillegg være

rasjonelt med kortere liggetid av økonomiske hensyn. I denne sammenhengen knytter informanten formålet til å spare penger.

En annen informant omtaler eksemplet hvor man la om rutinene for å redusere komplikasjoner etter operasjon slik:

Det blir jo mindre infeksjoner. Hvis du følger dette med å gi antibiotika fire ganger den dagen han blir operert, og tre ganger neste dag, så er du jo med på ... Det vil jo også minke liggetida til pasientene når det ikke blir noen infeksjoner. Det er veldig bra.

Denne informanten framhever hvordan færre infeksjoner gir kortere liggetid, og uttaler at dette er veldig bra. I et økonomisk-rasjonelt og produksjons-teoretisk perspektiv som innenfor NPM kan man si at kortere liggetid er bra, ettersom det sparer sykehuset for kostnader. En sykepleier vil gjennom profesjonsutdanningen som regel ha et annet perspektiv gjennom kjerneverdiene (Norsk Sykepleierforbund 2001). I henhold til disse vil man også kunne si at kortere liggetid er bra, men med en litt annen begrunnelse. Kortere liggetid anses som gunstig for å redusere risikoen for at pasienten pådrar seg sykehusinfeksjoner. Kortere liggetid vil således kunne skåne pasienten for ekstra plager. Hvilket perspektiv som inntas hos informanten framgår ikke, men det kan sees som et eksempel på hvordan språket innenfor NPM-retningen er i ferd med å bli adoptert av leger og sykepleiere (Lian 2007).

En tredje informant omtaler økonomiske formål med standardiserte pasientforløp på denne måten:

Jeg tror at de som legger om, for dem vil hovedtyngden være økonomi, og så vil de ta gevinsten med at det gir stor fordel for pasientene. [...] Ja, for jeg ser at helsevesenet, det er økonomi, økonomi, økonomi

Informanten kan forstås som at standardiserte pasientforløp er innført med ensidig økonomiske motiv. Når dette har vist seg også å gi fordel for pasienten, så har dette blitt innkassert som en nærmest utilsiktet gevinst av de som legger om. Det framkommer ikke hvilken gevinst hun tenker på her, men hun ønsker kanskje først og fremst å gi et eksempel på en vinn-vinn-situasjon for pasient og sykehus. Eller det kan være et uttrykk for at de pasientopplevde fordelene benyttes som et alibi for sykehuset, for å få innført endringer som er motivert ut fra en økonomisk tankegang.

En fjerde informant nyanserer:

Alt i dag handler vel nesten om å effektivisere. Men samtidig er det vel også det å gi bedre kvalitet til pasientene også. Det blir jo bedre kvalitet, når alle har samme prosedyre å forholde seg til, og vet at sånn gjør vi det. Alle instanser er på en måte informert om den pasienten og vet at nå er det oss neste.

Informanten omtaler her standardisering av pasientforløp som at alle har de samme prosedyrene å forholde seg til. Dette mener hun vil gi bedre kvalitet, nettopp som følge av at rutinene er like. Dette kan være faglige eller administrative rutiner. ”Sånn gjør vi det” og ”nå er det oss neste”, sier hun. Dette kan forstås som at bedre kvalitet gjennom standardiserte pasientforløp, assosieres nært med standardisering av rutiner og pasientflyt.

6.2 Pasientforløp forstått som administrative rutiner og pasientflyt

En av informantene forteller hvordan hun forstår konseptet standardiserte pasientforløp, i forbindelse med at hun omtaler nye rutiner. Disse skal forebygge mot infeksjoner i tilknytning til operative inngrep:

Medikamentmessig så gir vi nå antibiotika 4 ganger daglig. Det gjorde vi ikke før. [...] Så det har endra seg. Og den her dusjereia som de starta med nå, var på grunn av alle de infeksjonene som var. Så det har endra seg. Så rutinene i forhold til operasjonen har endra seg. Men det har ikke noe med at vi har lagt de opp som standardiserte. Det er mer som tiltak i forhold til at det ble mer infeksjoner.

Jeg spør om det ikke er slik, at de nye fagrutinene i dette eksemplet er en del av standardiseringen av pasientforløpet. Hun sier:

Nei, jeg regner med at det hadde blitt endra uansett, om det hadde vært sånn eller sånn.

En annen informant forteller hvordan det ble gjort endringer i vaskeprosedyren, med tanke på å forebygge infeksjoner hos pasientene i det standardiserte pasientforløpet. Denne prosedyren har blitt adoptert også for øyeblikkelig hjelp-pasienter. For disse pasientene gjelder ikke de samme administrative rutinene som for pasientene i det standardiserte pasientforløpet, ettersom de møter opp på sengeposten og ikke hos sykepleier på poliklinikk. Likheten med det standardiserte pasientforløp gjelder derfor kun det faglige, vaskeprosedyren, og ikke det administrative. Informanten ser derfor ikke sammenhengen til den standardiseringen som ble gjort i det standardiserte pasientforløpet. Dette kommer fram når jeg spør informantene, om

hun kan gi eksempel på overføring av rutiner som har blitt utviklet innenfor det standardiserte pasientforløpet. Hun sier:

Det kan jo være så banalt som dette med vaskeprosedyre før du skal til operasjon. Det har jo blitt forandret, det følger jo det andre også. [...] Nei, det blir ikke helt det samme når det gjelder ø-hjelp altså, for da er det jo vi som gjør det meste av jobben.

På bakgrunn av disse to informantene kan det se ut til at standardiserte pasientforløp assosieres først og fremst med administrative rutiner. Faglige rutiner oppfattes som å ligge utenfor konseptet, og det viser seg å være andre områder som assosieres med begrepet standardiserte pasientforløp hos informantene. Da jeg tidlig i begynnelsen av intervjuet introduserte begrepet for informantene, svarte en av informantene slik:

Og da ble det igangsatt noen som skulle jobbe med å få til et sånt forløp som du sier.

Informantens svar viser hvordan begrepet ”forløp” oppleves som et begrep hun ikke er vant til å bruke, selv om det ut fra sammenhengen framgår at hun kjenner godt til hva som menes med det.

Videre forteller en annen av informantene hvordan formålet med det standardiserte pasientforløpet ble knyttet til begrepet ”flyt”, i forbindelse med at hun fikk innføring i konseptet:

[...] at nå skal vi prøve å forenkle det her, få enklere pasientflyt for disse pasientene.

Her bruker hun begrepet ”enklere pasientflyt”. En tredje informant gir en lignende beskrivelse når hun beskriver hva hun forbinder med standardiserte pasientforløp:

Det er dette med å flyte bedre; at det flyter bedre for pasienten. Gjennomstrømningen der.

Disse informantene kan forstås som at det er ønskelig at pasienten skal ”flyte gjennom forløpet” på en ukomplisert måte, uten å oppleve unødvendig venting eller unødvendig stopp underveis. Informantenes forventninger til standardiserte pasientforløp ser ut til å være sentrert rundt forbedret pasientflyt og ventetider.

En annen av informantene vektlegger sammenhengen mellom pasientflyt og at pasienten opplever trygghet:

Ved at de [pasientene] har det standardiserte så glir de gjennom på denne måten. Og jeg tror det gir en trygghet for pasientene. Like mye for pasienten sin del, dette med at jeg opplever at de slipper å sitte i mottakelsen i mange timer. Så kommer de og så får de. De glir. De slipper unna en del sånne ting som de gjorde før.

Dette kan forstås som at pasientene forventes å bli utrygge av å vente, eller at de blir utrygge av at tider ikke overholdes. Det kan nok også handle om at pasienter forventes å bli tryggere av å føle seg sett og ivaretatt, gjennom at de avtalte tidene blir respektert av sykehuset.

En av informantene formulerer seg slik om hvorfor hun bruker ordet ”flyt”:

Så i begynnelsen så var det disse flytpasientene, vi kalte det flytpasienter. [...] Ja det heter jo standardiserte pasientforløp, men jeg synes det føles litt lettere å se det for seg når det er et flytprosjekt.

Informanten forklarer her at hun velger å kalle det ”flyt”, ettersom det gjør det lettere å se for seg. Dette bekreftes av de andre informantenes utsagn, om at de først og fremst forbinder standardiserte pasientforløp med flyt, og at de ofte omtaler standardiserte pasientforløp med billedlige uttrykk, og bruk av symboler for flyt. En av informantene beskriver hvordan det standardiserte pasientforløpet er dokumentert i IT-systemet:

Med piler ned og bort, hva som skjer, hit og dit. En pil fra innleggelsen til postsekretær, og så går det pil opp igjen fra henne til hjertepoliklinikken. Pil ned igjen til posten for det skal taes blodprøve, og så videre og så videre.

Informanten beskriver her hvordan forløpet er tegnet som et flytskjema, med bruk av pil-symboler, for å illustrere en arbeidsprosess som en flyt. Da er det kanskje også naturlig at fokuset blir på flyt og framdrift, i samme retning som pilene i flytskjemaet. Informantens beskrivelse gir assosiasjoner til at pasientene flyter i samme retning som pilene, og at alle instanser står på linje og venter på tur, for å holde flyten i gang. Arbeidsprosessen beskriver pasientforløpet fra et startpunkt til et slutt punkt, og beskrivelsen kan sies å være i tråd med NPM-tradisjonen, BPR-tilnærmingen og Statistisk prosesskontroll (Nyen 2004). Innenfor NPM-ideologien er et av hovedpoengene å gjøre mer med mindre, ved å fokusere på ressursbruk og drive virksomheten effektivt (Hood 1991 i Lian 2007). Som ledelsesteori kan dette sies å være en gjenoppliving av taylorismen (Pollitt 1990 i Lian 2007), hvor standardisering av arbeidsprosesser var et hovedpoeng. I det som benevnes som effektivitetsmodellen er det enkelte ny-tayloristiske elementer med vekt på rasjonalisering og produktivitet (Lian 2007). Tilnærmingen kritiseres for at den ikke tar høyde for mer

komplekse sammenhenger, for eksempel organisasjonskultur. I lys av dette kan en anse pasientflyt som et uttrykk for optimal effektivitet og produktivitet, som ikke tar nok hensyn til kompliserte strukturer i sykehusene. Begrepet flyt og pasientflyt framstår som den dominerende metaforen for standardiserte pasientforløp blant informantene.

6.3 Forbedret IT-system som følge

En av informantene forteller om IT-systemet, det elektroniske verktøyet for prosedyrer og rutinebeskrivelser:

Vi har et hjelpemiddel som heter IT-systemet, der en kan gå inn og se på endringene som er blitt det nye i forhold til hvordan vi skal ta i mot og hvordan ønsket pasientforløp skal være.

En annen informant forteller at det tidligere har vært vanskelig å finne fram til prosedyrene i IT-systemet:

Det er et generelt inntrykk som gjelder oss alle på avdelinga, at det har vært tungvint og vanskelig å finne aktuelle prosedyrer i IT-systemet.

Samme informant forteller at det har vært manglende opplæring i IT-systemet:

Vi har jo ikke hatt noen god opplæring i IT-systemet. Har vært dårlig til å bruke det.

Som en del av prosjektet standardiserte pasientforløp har det blitt gjort endringer i IT-systemet, for å lette innføringen av det standardiserte pasientforløpet ved avdelingen. En av informantene forteller:

Før var IT-systemet veldig vanskelig å bruke. Men nå har det blitt mer brukervennlig, for de har laget bokser med avdelingsnavn. Det er bare å gå inn der og finne. Det er lagt mye bedre til rette for oss.

En annen av informantene beskriver hvordan de nå har begynt å bruke prosedyren i IT-systemet, ettersom det har blitt lettere å finne fram til prosedyrene:

Etter vi har begynt å jobbe med IT-systemet, så har det blitt lettere å finne fram til prosedyrer. Tidligere, hvis du skulle finne noe om kateterisering, så måtte du komme på riktig søkeord for å finne prosedyren. Men det har blitt bedre nå, så da bruker vi prosedyren i IT-systemet også.

Forbedringene i IT-systemet omfatter tilpasninger av skjermbildene, for å lette innføringen av det standardiserte pasientforløpet, ved at det er lettere å finne fram til prosedyrene.

Tilpasningen består i at det er tatt i bruk ulike grafiske elementer der det tidligere var brukt

tekst. Dette blir oppfattet som mer brukervennlig av informantene. Det er laget nye menyer med bilder, som tydelig viser brukerne hvor de skal klikke, for å finne de prosedyrene som tilhører deres avdeling.

I teori om deling av kunnskap gjennom bruk av IT-systemer (Gottschalk 2004), beskrives forutsetninger for at et IT-system skal bli tatt i bruk. Det er ikke tilstrekkelig at et IT-system fungerer tilfredsstillende teknisk, med feilfri programvare, gode svartider og brukervennlighet tilpasset arbeidssituasjon osv. Det kreves, i tillegg til dette, at systemet har en viss tiltrekning på brukeren gjennom visse egenskaper. Disse egenskapene kan for eksempel være at bruk av systemet medfører personlig nytte, status eller andre fordeler. Andre krav er at systemet kan beherskes, at bruk gir muligheter og at systemet tjener brukeren. Det kan være vanskelig å se hvordan dette skal utfolde seg i praksis, men informantene beskriver en forståelse av en utvikling i riktig retning for IT-systemet. Det kan forstås som at de er "mer tiltrukket" av IT-systemet enn det de beskriver å ha vært tidligere.

IT-systemet kan benevnes som en kunnskapsbærer med kunnskapsrepresentasjon fra flere kilder (Gottschalk 2004). I hvilken grad man får utbytte av kunnskapen som er representert, for eksempel rutinebeskrivelser, er avhengig ikke bare av kvaliteten på beskrivelsene, men like mye avhengig av hvor komfortabel man er med kunnskapsbæreren, altså IT-systemet. Selv om IT-systemet har mange gode prosedyrebeskrivelser, så gir det ikke utbytte for brukeren, så lenge hun har en dårlig relasjon til IT-systemet. For eksempel på grunn av manglende tillit eller manglende opplæring. Informantene forteller at det har vært vanskelig å bruke IT-systemet, og det har vært vanskelig å finne fram til prosedyrene. Dette kan ha ført til manglende tillit, og at de har sluttet å bruke det. De forteller også om manglende opplæring i bruken av IT-systemet. Til sammen representerte dette en dårlig relasjon til IT-systemet, som medførte at det var lite brukt.

Tilpasningene av IT-systemet har imidlertid gjort det bedre, og det har hatt stor betydning for en god arbeidssituasjon og for samarbeidet omkring det standardiserte pasientforløpet. Det har blitt lettere å få tilgang til informasjon og kunnskap som ligger beskrevet i rutiner. En av informantene forteller:

Hvis jeg ikke hadde visst hvor lenge det var, så hadde jeg kommet til å spørre en kollega, eller så hadde jeg slått opp på IT-systemet, for der står det.

Det strukturelle og det relasjonelle perspektivet gir to ulike innfallsvinkler til nytten av å lagre rutiner i et IT-system (Newell et al. 2002). Det strukturelle perspektivet har en forklaring på at kunnskap er objektiv og statisk, som i et IT-system. IT-systemet vil i lys av det perspektivet være godt egnet for kunnskapsdeling. Det relasjonelle perspektivet innebærer et syn på kunnskap som noe dynamisk som skapes gjennom handlinger i sosiale prosesser. Kunnskapsdeling ved bruk av IT-systemet vil således være mulig bare dersom man samhandler, og ved at man har en dialog knyttet til prosedyrene i IT-systemet. En av informantene beskriver hvordan hun ser på prosedyrer i IT-systemet sammen med kollegaer, i en relasjonell setting:

Så sjekker vi gjerne den prosedyren sammen, to stykker.

Denne beskrivelsen kan sies å være en kombinasjon av cognitiv og community modell (Newell et al. 2002). Disse modellene har som hovedformål henholdsvis å kodifisere og fange kunnskap, henholdsvis å understøtte og oppmuntre til kunnskapsdeling gjennom nettverkssamarbeid. Prosedyrene kan sies å være kodifisert kunnskap og disse blir ”sjekket” av to personer i fellesskap. Den kritiske suksessfaktoren er hhv teknologi, hhv tillit og samarbeid. Gevinstene er hhv utnyttelse og resirkulering av eksisterende prosedyrer, hhv deling og foredling av kunnskap sosialt. Dette gir et avhengighetsforhold mellom de to tilnærmingene, hvor det ene tilfører merverdi til det andre. IT-systemet er avhengig av at prosedyrene hentes ut av mennesker og plassert i en sosial ramme, for å kunne gi kunnskapsutvikling. Menneskene er på sin side avhengig av IT-systemet for å få tak i prosedyrene som ligger lagret der, og som gir kunnskapsutvikling når de leser og responderer på informasjonen. Slik kommer begge disse modellene til anvendelse.

6.4 Dilemmaet standardisering versus klinisk skjønn

En av informantene forteller om muligheten for å lykkes med de uttalte målene:

Jeg tenker at det er stor, stor sjanse for å lykkes med dette, for å nå de målene.

Informanten gir uttrykk for at hun anser muligheten for å lykkes med målene som store.

Dette støttes av en annen informant:

Ja, det tror jeg egentlig. Tror det vil komme mer og mer.

De sier videre at dette forutsetter at alle følger opp, og at man er samkjørt om målet. Det betinger også at alle får tilstrekkelig opplæring, at man får tid til å sette seg inn i rutinene og

at det gies god informasjon. Måten informantene sier dette på, kan tolkes som at de har tro på konseptet, såfremt det legges til rette. Videre kan det forstås som at de tror at det vil gi de effektene som er forventet: lavere kostnader, kortere ventetid, bedre kvalitet, kortere liggetid, tryggere pasienter og bedre flyt. Noen av informantene forstår imidlertid målene med standardiserte pasientforløp først og fremst som rasjonalitet og effektivitet. Dette oppleves som problematisk av en av informantene, som omtaler det som en ”fabrikktankegang”. Hun berører dette, i det hun bekrefter at hun tror man vil lykkes med målsettingene:

For du hører jo at pasientene også setter pris på at ting er klarlagt. Nå skal du det, og så skal det skje det. Selvfølgelig, som jeg sa i sted, uten at det skal gå ut over det spesielles behov. [...] ikke glemme at ingen pasient er lik. Selv om det er et standardisert forløp, og det er et opplegg du skal følge, så er det mange ting du må ta hensyn til likevel. Det er ikke noen sånn fabrikk heller, dette her da.

Informanten forteller om fordeler med standardiseringen. Pasientene setter pris på at ting er klarlagt og at de blir informert om hva som skal skje. Dette må imidlertid ikke gå på bekostning av det spesielle, sier hun. En må ta hensyn til at ingen pasient er lik, og huske at det ikke er noen fabrikk.

Mye av kritikken mot NPM i norske sykehus retter seg mot bevegelsens overfokusering på tekniske, rasjonelle sider av organisasjonen og manglende perspektiv på sykehusenes kulturelle sider, deres normer og verdier (Lian 2007). Dette oppleves problematisk for mange. Skepsisen mot standardiseringen kan man velge å se på bakgrunn av den spesifikke profesjons- og organisasjonskulturen. Etter min oppfatning symboliserer informantens fabrikkmetafor en holdning som viser hvorfor kulturen kan overstyre et konsept, og hvorfor et konsept vil tilpasses kulturen. Sykepleieren har gjennom sin profesjonsutdanning fokus på kjerneverdier som helhetlig omsorg, retten til medbestemmelse, respekt for iboende verdighet, barmhjertighet, omsorg, ivaretagelse av integritet og retten til ikke å bli krenket i sine yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund 2001). Dette er verdier innarbeidet i kulturen gjennom hele profesjonsstudiet, og gjennom generasjoner av profesjonsutøvelse. Det vil også være verdier og grunnleggende antakelser i henhold til Scheins (1987) nivå 2 og 3 som for helsesektoren anses som sterkt innarbeidet og dominerende (Høst 2005). Mo (2006) diskuterer hvordan strukturelle og praktiske endringer kan gi endring i atferd, selv om det verdimeslige grunnlaget er et annet enn det som praksis bygger på. Utgangspunktet er ideen om at holdninger kommer etter praksis, med andre ord at praktisering kan føre til endring i holdninger (Hoggett 1996 i Mo 2006). Informantene uttaler at ”helsevesenet, det er

økonomi, økonomi, økonomi”. Dette utsagnet er i samsvar med de endringene som er sett i helsevesenet etter 1990. Den økonomisk motiverte prioriterings- og kodingspraksisen, som har preget sektoren de siste 20 årene, indikerer en tydelig dreining mot en bedriftskultur hvor økonomiske hensyn står sentralt (Lian 2007). Jeg opplever at informantene konstaterer dette, men at de samtidig signaliserer at dette ikke er noe de aksepterer å være med på. De vil ikke være en fabrikk. De ønsker å se hver enkelt pasient, og de ønsker å behandle dem individuelt.

En av informantene framhever hvordan det er mulig å avvike fra rutinene og likevel gjøre ting på riktig måte:

Alle mennesker er forskjellige, alle kan gjøre på forskjellige måter. Dette her med rutiner og å gjøre ting på riktig måte; du kan gjøre ting på flere måter og like riktig. Det ser vi veldig godt hos oss, vi er alle forskjellige. [...] Innenfor de gitte rammene så har vi faste rutiner hvor enkelte ting skal gjøres sånn, og enkelte ganger så skal det gjøres sånn.

En annen av informantene støtter dette, og hun sier at man

[...] kan ikke være så bombastisk på disse rutinene.

Hun beskriver samtidig hvordan hun i det daglige stiller spørsmål ved bombastiske rutiner:

Av og til stiller jeg spørsmål. I hvert fall hvis man snakker om erfaringer som er gjort [...] Og hvis jeg ikke er helt enig, eller synes de har stilt opp litt for bombastiske [rutiner], så kan jeg stille spørsmål på det.

Dette gjelder også hvis rutinebeskrivelsen kommer fra leger:

For det er jo en læringsprosess for dem også.

Man kan spørre seg hvordan dette forbeholdet, om at det skal være rom for å gjøre en individuell tilpasning innenfor pasientforløpet, vil være forenlig med kravet til standardisering og effektivisering. Det er gjort undersøkelser blant leger som opplever å bli underlagt stadig strengere restriksjoner til prioritering og kodepraksis, for å øke overskudd eller redusere kostnader. Her finner man, for eksempel i sammenlignende studier fra 1993 og 2000, at selv om legene nå sjeldnere og sjeldnere avstår fra å gi pasienter behandlingstilbud av budsjettmessige årsaker, så føler de oftere og oftere de budsjettmessige begrensningene som personlig belastende. I 1993 svarte 37 prosent at de *ikke* opplevde slike begrensninger som personlig belastende i det hele tatt. I 2000 var dette tallet redusert til 6 prosent. Den personlige belastningen oppleves altså som større enn tidligere, selv om man sjeldnere enn tidligere ser seg tvunget til å avvise pasienter av budsjettmessige årsaker (Førde 2004 i Lian

2007). Sykepleieren kan synes å oppleve utviklingen med standardiserte pasientforløp som en dreining mot mer og mer standardisering, mer og mer ”fabrikk”. Det kan tenkes at de i større og større grad vil kunne oppleve det som personlig belastende å opprettholde en viss individuell behandling av pasientene, som de uttaler at de ønsker. Informantene forstår hovedformålet med standardiserte pasientforløp til å være kostnadseffektivisering, og de sier at de tror dette vil lykkes. Samtidig understreker de behovet for å kunne behandle pasientene individuelt og avvike fra rutinene ved behov. Dette kan forstås som en uro for følgene av den kostnadskontrollen som utøves. Hvordan kan man si at lav liggetid et mål i seg selv, dersom man tenker kvalitet. Hvilke følger vil det gi dersom man finner at det er for høy liggetid pr pasient, eller for høye kostnader pr pasient. Hvilke tiltak vil dette utløse, og hvilke følger vil det gi for tilbudet til den enkelte pasient og for den enkelte ansattes arbeidssituasjon.

Som en mulig kontrast til utsagnet om mer og mer fabrikk, står informantenes forståelse av standardiserte pasientforløp som assosiert først og fremst med de rene administrative rutinene omkring pasientflyt. Denne forståelsen skulle kanskje tilsi at selve konseptet standardiserte pasientforløp ikke oppleves så truende for utøvelsen av faglig, klinisk skjønn i forhold til den enkelte pasient. Dette kan altså forstås som at den profesjonskunnskapen som de besitter ikke blir truet av konseptet standardiserte pasientforløp og av den standardiseringen som ligger i dette. Imidlertid er ikke dette så enkelt, ettersom de positivt gir uttrykk for at de opplever dilemmaet. I praksis vil det kunne sies ikke å være så viktig, hvorvidt dilemmaet oppleves som en del av konseptet standardiserte pasientforløp eller ikke. Dilemmaet har eksistert også før standardiserte pasientforløp ble introdusert i sykehusene. For å nyansere enda litt mer, så kan det også sies at det i praksis ofte vil være vanskelig å se hvilke endringer som utløser dette dilemmaet. Dette fordi det vil være tette avhengigheter mellom de faglige og de administrative retningslinjene. Hvis det, som et enkelt eksempel, lages et standardisert pasientforløp som sier at pasienten skal møte til en spesifikk undersøkelse kl 09 og deretter møte til legen kl 9.30, så vil dette kunne legge føringer både administrativt og faglig. Administrativt legger det noen føringer for hvordan undersøkelsesenheten bør organisere sin drift, og faglig legges det noen føringer på standard gjennomføring av undersøkelsen, for å passe inn i et tidsskjema. Ved å standardisere det ene, så vil det sannsynligvis oppleves som en gradvis standardisering også av det andre, og det vil kunne bli assosiert med fabrikkmetaforen.

Kritikken mot standardiserte pasientforløp om mindre frihet til å utøve klinisk skjønn, representerer den kanskje største motstanden mot standardisering av retningslinjer og standardiserte pasientforløp. Denne kritikken kan man finne støtte for i teori om kunnskapsarbeideren, hvor behovet for autonomi understrekes: "The training and education of knowledge workers has led them to expect some autonomy in their work. They expect to be able to use their professional expertise, rather than simply follow a prescribed routine" (Davenport et al. 1996 i Newell et al. 2002:71). Dette kan forstås som at standardiserte rutiner og kunnskapsarbeidere med spisskompetanse vil fungere dårlig sammen. Et tilsvaret til dette argumentet kommer fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som anmoder om å se standardisering av beste praksis i lys av begrepet *kunnskapsbasert praksis* (Nortvedt og Jamtvedt 2009). De hevder at dette "avlever" diskusjonen om hvorvidt man har anledning til å bruke faglig skjønn i forbindelse med faglige retningslinjer og kunnskapsbasert praksis. I kunnskapsbasert praksis, sies det, ønsker man at det trekkes inn både forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Det sies samtidig at vektlegging av de tre områdene varierer i forhold til foreliggende situasjon. Dette er i tråd med hva en av informantene forteller, om det å gjøre seg opp et bilde om hva pasienten trenger:

Du må jo prøve å observere pasienten litt, gjøre deg opp et bilde om hvordan denne pasienten er, hva trenger han. Hva vil han ha hjelp til? Og selv om en pasient trenger hjelp, så er det slett ikke alltid at han vil ha det, at pasienten er enig i min observasjon på et vis. Så det handler om å sense.

Det denne informanten sier, og tilsvaret fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, kan anses å være i tråd med det relasjonelle kunnskapssynet, gjennom en pragmatisk tilnærming til kunnskap. Kunnskap forstås som en sosial konstruksjon og basert på erfaring. Det rasjonelle kunnskapssynet, slik det er uttrykt i cognitiv modell (Newell et al. 2002), er rikt representert i NPM-skolen, med utstrakt bruk av – og tro på – ulike former for målinger. Fra et slikt perspektiv forstås kunnskap som en objektiv, målbar størrelse som kan operasjonaliseres i konsepter og fakta. Dilemmaet mellom standardisering og anvendelse av eget, klinisk skjønn, kan således sees som en brytning mellom det strukturelle og det prosessuelle kunnskapssynet.

7 INNVIRKNING PÅ KUNNSKAPSUTVIKLING OG SAMARBEIDSKULTUR

Mitt tredje forskningsspørsmål var: Hvordan opplever sykepleieren at standardiserte pasientforløp har virket inn på kunnskapsutviklingen og samarbeidet med andre som har en rolle innenfor det standardiserte pasientforløpet?

Spørsmålet er interessant å utforske på grunn av at det standardiserte pasientforløpet involverer personer fra mange avdelinger og profesjoner. Med andre ord, mange personer skal samhandle om det standardiserte pasientforløpet i et utvidet team. Dette skal gjøres etter en standardisert prosess, på en avtalt måte i løpet av de dagene pasienten er innlagt ved sykehuset.

Informantene forteller at det tidligere var mye problemer med pasientflyten, mye venting internt og utsatte operasjoner. Informantene forteller også om problemer i samarbeidet mellom de respektive avdelingene om disse pasientene. Det er naturlig å anta at det var en viss sammenheng nettopp her. Informantene forteller at dette var en av årsakene til at det ble laget et standardisert pasientforløp for nettopp denne pasientgruppen. Det vil derfor være interessant å høre hvorvidt og hvordan sykepleierne opplever at dette samarbeidet har utviklet seg, etter å ha tatt i bruk det standardiserte pasientforløpet.

7.1 Avlastning for sykepleierne ved at ”alle vet”

En av informantene forteller om tiden før det standardiserte pasientforløpet ble innført, og hvordan det ofte var problemer i pasientflyten. En av informantene forteller:

Ofte ble operasjonene utsatt en dag, kanskje en dag til, fordi noe hadde oppstått. Det var mange ting som aldri hadde blitt avklart, for eksempel hvis de sto på Marevan, blodfortynnende. Så måtte de ha blodprøvene innenfor en viss verdi før man fikk begynne. Og slett ikke alle hadde fått beskjed om at denne tablettene måtte taes vekk, og da ble det gjerne et døgn eller to ekstra for å vente på det.

Informanten forteller at det var sykepleierne som hadde oppgaven med å koordinere disse pasientene:

Det var vi som ringte til røntgen. Kan dere gjøre det slik og sånn. Ringte til operasjonsstua, har dere plass der og da.

Hun forteller at ettersom sykepleierne hadde disse koordineringsoppgavene, så ble de kalt ”sykehusets lim”:

Vi har jo ofte blitt kalt sykehusets lim, vi sykepleierne. Fordi vi sender pasientene til undersøkelse, henter de på undersøkelse, organiserer alt dette. Det var jo slik i begynnelsen, mye organisering.

En annen av informantene forteller hvordan hun tidligere opplevde dette ansvaret og denne koordineringsrollen til sykepleierne som problematisk:

Det var et mareritt. For det var vi som endte opp, veldig ofte, med å måtte herje rundt for å få tak i noen til å fylle ut det [operasjonsskjemaet] og passe på at det ble levert bort. [...] Og da kunne vi risikere at vi ikke fikk tak i noen, og pasientene ble utsatt. Eller, ja, det var ting som kunne skjære seg hele tida.

Hun sier samtidig at det standardiserte pasientforløpet medfører at det blir færre utsettelse:

Så med å få det mer standardisert, så unngår vi sånne feller som gjør at pasient blir utsatt.

En tredje informant beskriver hvordan arbeidsrutinene er blitt endret etter innføringen av standardiserte pasientforløp, ved at det har blitt en annen fordeling av oppgavene. Andre har kommet inn og overtatt oppgaver som sykepleierne tidligere hadde ansvar for:

Det ble jo annerledes, pasientene ble ikke tatt i mot i avdelingen lenger. Sånn som vi gjorde før, det var jo vi som tok i mot de elektive [planlagte]. Men nå er det jo sykepleier på poliklinikken som tar i mot dem, så det ble jo mindre å gjøre for oss. Helt i begynnerfasen var hun jo veldig usikker, for hun hadde jo ikke hatt noe med slike pasienter å gjøre før, så hun var jo usikker. Så hun brukte oss ganske mye i begynnelsen, men det er jo fint det, at man kan hjelpe hverandre.

Informanten opplever at det har blitt økt innsyn for andre i det som skal koordineres og taes ansvar for, ved at det standardiserte pasientforløpet har kommet inn og organisert dette:

Det har blitt litt organisert, litt utenfra, slik at andre også ser.

Hun beskriver hvordan alle er kjent med hverandres oppgaver gjennom det standardiserte pasientforløpet, og hvordan dette har bidratt til kunnskapsdeling innenfor teamet:

Alle vet hva som skal skje og når tid det skal skje, - og hvem som skal gjøre det, ikke minst [...] Alle vet hva sine oppgaver er.

Denne kunnskapsdelingen gjennom felles forståelse opplever hun som viktig for samarbeidet:

Jeg tenker at det er alltid en fordel å vite hva andre gjør og bli litt mer obs på hvilken rolle andre spiller i dette her. [...] Jeg synes ikke at det var så kjent før. Alle er mer våken på det andre gjør enn hva man kanskje var før. [...] Ja, at man vet at her er andre med, det er ikke bare du.

Gjennom rutinebeskrivelsene i det standardiserte pasientforløpet er det beskrevet hvem som skal gjøre hva. Dette oppleves som en avtalt arbeidsfordeling, samtidig som det oppleves som at de andre får innsyn i alt som skal gjøres. En annen av informantene forteller at dette oppleves som en lettelse:

Det er jo en avlastning, og så vet du at ting blir gjort. [...] for å rekke alt. Innen tidsfristene.

En annen av informantene beskriver hvordan det at de har blitt avlastet for rollen med koordinering og oppfølging av pasientflyt, kan føles litt rart og uvant:

Vi var veldig sånn usikre på om de greide å følge opp disse pasientene. Om det ble gjort det som skulle gjøres med dem.

Hun gir her uttrykk for hvordan de ikke helt klarer å legge ansvaret fra seg, ved at de stadig har et kontrollbehov. Blir pasientene ivaretatt godt nok, og blir operasjonsskjemaet levert tidsnok. De henviser også til den tradisjonelle beskrivelsen av seg selv, altså sykepleierne, som ”sykehusets lim”. Det er en lang tradisjon de nå ser blir rokket ved. De føler nok fortsatt et ansvar for dette, og de frykter kanskje tap av tillit hos pasientene dersom det ikke fungerer godt. Det ser i det hele tatt ut til at det medfører blandede følelser å bli avlastet for disse oppgavene. Kanskje skal de gi seg selv tid og lov til å dvele litt ved dette:

Dersom ikke sorgen etter tapet av det som har vært får en sjanse til å bearbeides, skjer en av to ting – eller begge to. I det ene tilfellet lever vi fortsatt i den tid som har vært. Forandringen er bare en papirkonstruksjon, muligens formulert i nye begreper og som nye ruter på et organisasjonskart. Men egentlig fortsetter vi som før. Vi tramper i de samme stier og gjør de samme ting som vi alltid har gjort. I det andre tilfellet blir forandring en livsform. Stadig mer desperat etablerer vi nye forandringer som et forsøk på å reparere det faktum at vi mislyktes med den forrige. Tempoet stiger: ”Når skal vi egentlig begynne å arbeide?” spør vi oss (Sewerin 1996:131)

Disse ordene kan også gi et innspill til utfordringen omkring hvordan fase ut gamle retningslinjer, når det kommer stadig nye retningslinjer (Mørland 2009). I et relasjonelt kunnskapsperspektiv er det ikke bare å ”bytte ut” en ”bit” kunnskap med en ny ”bit”. Man prøver å legge til rette for utvikling av ny kunnskap, men hvordan legger man til rette for at noe man har holdt for sant, ikke lenger er sant. Som en av informantene sier:

Ene uka skal det være steril prosedyre, neste uke skal det være ren prosedyre.

Er det innlysende at når man i neste uke lærer at det skal være ren prosedyre, så vil man glemme at det ikke skal være steril prosedyre lenger. Hva med de tilfeller at det ikke er så nær sammenheng med hva man gjorde før og det man skal begynne å gjøre nå. Og hva med de tilfeller at man har utviklet ekstra god kompetanse, spisskompetanse, på en metode som skal fases ut. Kan dette tenkes å utløse noe som kan ligne på en sorgreaksjon? Dette tenkt som et innspill til at det kan være mange grunner til at gamle retningslinjer er utfordrende å ”fase ut”.

7.2 Kunnskapsdeling omkring det standardiserte pasientforløpet i teamet

En av informantene forteller om samarbeidet i teamet:

Jeg vil nok si at på den avdelinga her føler jeg at vi har veldig bra samarbeid med overleger og leger generelt. Du føler ikke at det er noen barrierer der. For vi har inntrykk av at vi alle jobber mot samme mål, og det er til pasientens beste.

Hun sier at det oppleves som et team som jobber mot et felles mål. Vi får også en forståelse av at kollegaer er første valg når det skal innhentes kunnskap, enten når man er usikker på hvordan en oppgave skal løses, eller i de tilfeller at man ønsker å forsikre seg en ekstra gang om at dette blir riktig. Deres team består først og fremst av sykepleierne og legene ved avdelingen som samhandler tett, først og fremst gjennom previsit og visitt. I det utvidede teamet inngår de personene som bidrar inn i det standardiserte pasientforløpet fra andre avdelinger. Dette er ansatte ved sykehotell, poliklinikk og operasjonsavdeling.

Samhandlingen skjer ved at de utveksler informasjon og kunnskap om pasientene, muntlig og skriftlig, på grunnlag av de avtalte rutinene i det standardiserte pasientforløpet, for sammen å finne løsninger i det daglige. Det er altså elementer av kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling på mange plan i det utvidede teamet.

I et team hvor man samarbeider tett, som i vår case, så vil det være noen faktorer som påvirker positivt i retning av kunnskapsdeling. Newell et al. (2002) framhever utvikling av såkalte T-formede ferdigheter, som en viktig faktor for å oppnå gode kunnskapsdelingsprosesser. Det kan bety at i tillegg til egen spisskompetanse fra egen profesjon, så vil man, i et læringsmiljø innenfor et team, inneha god innsikt og forståelse for

andres respektive profesjonskompetanse. Gode velfungerende team kan gjennom gode læringsprosesser gi såkalt kunnskapsoverflødighet (Newell et al. 2002), slik at man deler mer kunnskap enn hva som strengt tatt er nødvendig for å gjøre en jobb. Dette vil også gjøre at man lettere tilegner seg ny informasjon som kommer utenfra, i følge Newell et al. (2002).

I det standardiserte pasientforløpet vil man kanskje kunne si at det er utviklet T-formede ferdigheter. Man vil også kunne si at det er kunnskapsoverflødighet, og at man deler mer kunnskap enn hva som er strengt tatt nødvendig for å gjøre en jobb. Noen vil stille spørsmål ved dette. Er det strengt tatt nødvendig, at en sykepleier på sengepost har kunnskap om retningslinjer for hvordan man legger en pasient til rette på operasjonsbordet for ulike typer operasjoner. Mange vil si at dette ikke er nødvendig, ettersom det ligger utenfor ansvars- og arbeidsområdet til sykepleier på sengepost. På den andre side er det lett å tenke at det vil kunne gi en større forståelse for det arbeidet andre utfører, og at en lettere ser sin egen rolle i en større helhet. Ikke minst vil det kunne gi sykepleieren på sengeposten en større forståelse for pasientens opplevelse av hele forløpet. Dette er i høyeste grad relevant i et helhetlig pasientperspektiv, også for å kunne informere en pasient på en god måte. Det forutsetter imidlertid tid og overskudd til å ta inn overfloden av kunnskap. Dette problematiseres da også av en av informantene:

Det virker kanskje litt tidskrevende å oppdatere seg på alle disse standardiserte pasientforløpene. Det er et tidsaspekt i det.

Informanten beskriver en gryende avmakt overfor oppgaven med å sette seg inn i alle forløpsbeskrivelser som vil kunne komme med tiden, etter hvert som flere og flere forløp blir standardisert og beskrevet. Ikke fordi hun ikke opplever det som interessant og nødvendig, men for at det vil være for tidkrevende. Det anes som problematisk at lite tid er avsatt til faglig oppdatering, og det antydes at fritiden må taes i bruk til dette. Det vil kunne bli en håpløs oppgave for den enkelte å holde seg oppdatert på alle standardiserte pasientforløp, hele prosessbeskrivelsen, til alle pasientene.

Denne problemstillingen er omhandlet i tidligere forskning omkring standardiserte pasientforløp og IT-støtte. Her hevdes det bl.a. at hensiktsmessig IT-støtte til standardiserte pasientforløp bør integreres i den elektroniske pasientjournalen, EPJ (Claridge et al. 2005, Gunnerød 2008, Hauge 2008). Etter manges oppfatning vil en slik integrering kunne gi en tettere knytning mellom informasjon i IT-systemet om det som er planlagt, og informasjon i

EPJ om det som er utført. En slik knytning vil kunne bidra til lettere å holde oversikt over de ulike forløpene. Sammen vil dette kunne gi en kunnskapsoverflødighet, i større grad enn den man får i henholdsvis IT-systemet og pasientjournalen hver for seg. I et og samme IT-verktøy, EPJ, vil man kunne oppdatere seg både på ”hvordan utføre” og på ”hvordan det er utført”.

Informantene forteller hvordan de opplever at de jobber i et team med stort behov for kunnskapsdeling. En viktig faktor for kunnskapsdeling i team kan sies å være graden av tillit i teamet. I team med så tette relasjoner som i sykepleierteamet, vil det kunne være gode vilkår for tillit. Her vil man, i følge Newell et al. (2002), kunne se den type tillit som er basert på gode personlige relasjoner, på bakgrunn av en lang historie sammen og med tett samhandling. I tillegg vil det være tillit som følge av faktoren tillit til kompetanse. Til sammen er dette et solid fundament for tillit, som tilsier et godt klima for kunnskapsutvikling i teamet. Det samme gjelder for det utvidede teamet sammen med legene. Her vil det spesielt være tillit som følge av tillit til kompetanse, og i tråd med at man opplever at man jobber mot et felles mål. Det vil også her være innslag av tillit på grunnlag av personlige relasjoner, i og med at sykepleierne ved avdelingen har et tett samarbeid med legene.

Innføring av standardiserte pasientforløp vil kanskje kunne sies å ha videreutviklet utgangspunktet for tillit til de andre avdelingene. Tidligere var grunnlaget for dette lagt gjennom den kompetanserelaterte faktoren (Newell et al. 2002). Selv om man ikke jobbet direkte sammen, ofte langt fra hverandre, så hadde man et felles mål. Alle bidro med sin kompetanse og sin lille bit for å nå dette målet, med pasienten i ”sentrum”. Etter innføring av det standardiserte pasientforløpet, kan man, i følge samme teori, si at tillitsforholdet er basert på en ny faktor i tillegg. Denne faktoren er tillit basert på en formell avtale. Dette kan hevdes på bakgrunn av at det standardiserte pasientforløpet oppleves som en omforent avtale om hvordan man skal samarbeide om pasientforløpet. Avtalen kan anses som å ha blitt forhandlet idet man utviklet det nye pasientforløpet, gjennom brainstorming og tilhørende aktiviteter. En forhandlet avtale skulle tilsi at tilliten er styrket, og at forholdene ligger bedre til rette for kunnskapsutvikling og kunnskapsdeling. Men er det så enkelt?

7.3 Behov for kontinuerlig dialog

Informantene forteller at selv om det har blitt stor forbedring etter innføring av det standardiserte pasientforløpet, så er det fortsatt ting som ikke fungerer så bra. En av informantene sier:

Ja, det er jo fortsatt skjær i sjøen, mye styr fortsatt da.

Hun forteller at det er for stor avhengighet til enkeltpersoner, og hun uttrykker samtidig skuffelse over at det ikke fungerer godt nok ennå:

Sånn som jeg forsto det og tenkte, prosessen har vært litt avhengig av hvem som har vært der, og det er jo ikke slik det skal være. [...] Det er da du tenker: Dette har vi nå holdt på med så lenge, og når tid skal det flyte skikkelig.

Samme informant opplever at det er problemer i samarbeidet i det utvidede teamet:

Det er fortsatt en del usikkerhet og rot i dag også, men det er ikke bare her på avdelinga. Det er også på operasjonsstua, de andre operatørene også. Ja, fortsatt litt rot. Det er det.

En annen informant bekrefter at det ikke fungerer godt nok ennå. Hun viser til et konkret eksempel hvor pasienten i henhold til rutinen skal faste en viss tid etter operasjonen:

For eksempel det her med at de [pasientene] skal faste: En time for drikke og to timer for mat i etterkant. Og da kommer vi inn på dette her med dårlig kommunikasjon med operasjonsstua. For de kan si: Nei, de kan sikkert bare drikke. Men det går ikke, og der er vi kjempestrengt.

På spørsmål om hva som kan være årsaken til at operasjonsstua sier dette, når de har samme rutine de skal forholde seg til, så svarer samme informant:

Nei, vet du hva. Det vet jeg ikke. Om de kanskje tenker at det ikke er så viktig. Jeg vet ikke. Men vi tar det veldig alvorlig her, for det er en grunn til at det har blitt bestemt. Og da følger vi det.

Informanten vet ikke vet hvorfor operasjonsstuen ikke forholder seg til rutinen; hun kan bare gjette. Det virker ikke som de har snakket så mye med hverandre om det. På spørsmål om det oppleves som at samarbeidet med operasjonsstua har endret seg etter innføring av standardiserte pasientforløp, så svarer informantene:

Vet egentlig ikke. På en måte burde det vel blitt bedre. For jeg tenker at nå er det ikke noen tvil om hvem som skal gjøre hva. Og de slipper kanskje å ergre seg over de operasjonsskjemaene som er rundt omkring. Nå er det liksom faste rutiner på det. Og det er jo bedre å ha det å forholde seg til, enn masse løse tråder.

Informanten tenker at ettersom det er laget faste rutiner, så burde dette være på plass og fungere, som en følge av at det er beskrevet eksplisitt hvem som gjør hva. Dette kan forstås som at standardiserte pasientforløp er en omforent avtale, som forplikter alle impliserte gjensidig. I eksemplet forventet informanten at operasjonsavdelingen skulle følge rutinen bokstavelig, nøyaktig slik det var beskrevet. Det kan nok være ulike oppfatninger av hvorvidt dette alltid kan forventes, ut fra hva informantene selv sier. Dersom man ut fra egen kunnskap mener at en rutine er feil eller irrelevant, så kan det være en tilbøyelighet til at egne regler praktiseres.

For å belyse dette kan man velge å se på standardiserte pasientforløp som en avtale og trekke inn teori om grenseobjekt (Star og Griesemer 1989 i Brown og Duguid 1998). Et grenseobjekt kan bidra til forhandlinger og omforent forståelse hos ulike grupper. Karakteristisk for grenseobjekter er at de er av interesse for alle gruppene, men de kan være forstått eller praktisert ulikt hos det enkelte individ. Det hevdes at å håndtere forretningsprosesser som for eksempel standardiserte pasientforløp, som en avtale eller et grenseobjekt, er å risikere at det kan bli en liksom-forhandling med påfølgende skinnenighet (Brown og Duguid 1998). I nevnte eksempel opplever informanten at det er gjort en forhandling av ansvars- og oppgavefordeling gjennom standardiserte pasientforløp. Gjennom denne forhandlingen mener hun at alle vet og at alle er omforent om avtalen. Allikevel opplever de at det ikke fungerer helt godt nok ennå, og de spør seg om når det skal begynne å fungere helt godt.

Kan hende det har foregått en liksom-forhandling, og at den omforente forståelsen i teamet har vært en illusjon. Kan hende er det enkelte som "saboterer". Tidligere forskning innenfor temaet standardiserte pasientforløp, vedrørende etterlevelse av nye retningslinjer, viser til ulike mulige årsaker til at retningslinjene ikke etterleves (Grol 2003). En av årsakene hevdes å være at etterlevelse hos helsearbeidere generelt, og hos leger spesielt, er dårlig. Informantene eksemplifiserer hvordan det har oppstått uenighet innenfor teamet med hensyn til hvordan rutinebeskrivelser skal etterleves. Informantene gir i andre sammenhenger uttrykk for at de selv bør kunne få utøve faglig skjønn og være fleksible på etterlevelse av rutiner. Rutiner bør ikke være så veldig bombastiske, sier de. De forventer allikevel at rutiner etterleves bokstavelig av andre, i dette eksemplet ved operasjonsavdelingen.

Når informantene peker på at det fortsatt er mye rot og i overkant personavhengig, så kan det være konstruktivt å ta fram det relasjonelle kunnskapsperspektivet (Newell et al. 2002). Informantene er forundret over at de nye rutinene fortsatt ikke er på plass, i den forstand at de ikke overholdes. I et relasjonelt perspektiv kan man si at det alltid vil være en prosess og en vei å gå, før man er der at "alle vet". Kunnskap er ikke objektiv og statisk, den er dynamisk og relasjonell. Det handler om kunnskaping, og dette må skapes på nytt og på nytt - i en sosial setting i et samspill mellom det individuelle og det kollektive nivået. I et relasjonelt perspektiv vil det ikke være tilstrekkelig å forhandle seg fram til en ny rutine en gang for alle, legge denne inn i et IT-system og forutsette at innholdet er kjent og forstått hos alle som har tilgang til IT-systemet. Det er derfor tillit kan sies å være en så viktig faktor med hensyn til å kunne innarbeide ny kunnskap og felles forståelse. Når informantene oppdager avvik fra rutinene, eller de oppdager at rutinene ikke er kjent, så vil det kunne løftes opp gjennom en dialog og i den relasjonen som allerede er etablert. Samtidig, hvis tilliten er dårlig fra før, som følge av feil, eller at man generelt har inntrykk av at man ikke jobber mot samme mål, så er grunnlaget dårligere for en slik dialog. Men hvis man skal bevege seg fra en betinget tillit til en ubetinget tillit (Jones and George 1998 i Newell et al. 2002), så kan det være fruktbart å tenke dialog og kunnskapsutvikling. Kunnskapsutvikling vil kunne gi grunnlag for tillit, og tillit vil kunne gi grunnlag for kunnskapsutvikling.

8 AVSLUTNING

Gjennom de tre forskningsspørsmålene og gjennom en fortolkning på bakgrunn av data og relevant teori er det lagt et grunnlag for å besvare problemstillingen: Hvordan har standardiserte pasientforløp påvirket sykepleierens kunnskapsutvikling og arbeidshverdag?

8.1 Introduksjon av det standardiserte pasientforløpet

Mitt første forskningsspørsmål var: Hvordan oppleves innføringen av standardiserte pasientforløp for sykepleierne, sett i et kunnskapssyn? I dette forskningsspørsmålet ønsket jeg å undersøke hvordan sykepleieren har opplevd introduksjonen av det konkrete standardiserte pasientforløpet.

Det standardiserte pasientforløpet er introdusert og tatt i bruk, men det ser ut til å være ulike oppfatninger blant informantene om hvordan de har blitt introdusert for det standardiserte pasientforløpet. Generelt ser det ut til å ha vært lite systematisk opplæring tilknyttet endringen i arbeidsrutinene. Informantene forteller at standardiserte pasientforløp nå oppleves som etablert og vellykket. Dette kan forklares med at de er vant til raske endringer i arbeidsrutinene, at noen av dem har vært involvert i utvikling av endringene underveis, og at de er vant til en tett dialog for å holde hverandre oppdatert på det nye.

8.2 Sykepleierens forståelse av formålet med standardiserte pasientforløp

Mitt andre forskningsspørsmål var: Hvordan forstår sykepleieren formålet med standardiserte pasientforløp og muligheten for å lykkes? Med dette forskningsspørsmålet ønsket jeg å undersøke sykepleierens forståelse av hva som var formålet med standardiserte pasientforløp, og hvorvidt man hadde synspunkt på muligheten for å lykkes. Dette på bakgrunn av det standardiserte pasientforløpet de hadde praktisk erfaring fra.

Formålet med standardiserte pasientforløp forstås først og fremst knyttet til rasjonalitet og effektivitet. Den viktigste beveggrunnen for å innføre konseptet standardiserte pasientforløp er, etter informantenes oppfatning, økonomiske innsparinger og effektivitetshensyn.

Tankegangen kan assosieres med sentral tenkning innenfor NPM-ideologien. I dette ligger også målet om redusert liggetid for pasientene. Dette anser informantene som de viktigste målene som ønskes oppnådd med innføringen av standardiserte pasientforløp, men at man i tillegg vil ta ut kvalitative gevinster som en bi-effekt. Informantene opplever at dette er realistiske mål som man kan forvente å lykkes med. De uttrykker imidlertid skepsis mot det de kaller en fabrikktankegang knyttet til standardiserte pasientforløp, som de mener å se antydninger til.

Informantene opplever liten sammenheng mellom standardiserte pasientforløp og faglige retningslinjer. Pasientforløp forstås først og fremst som pasientflyt, og måten informantene omtaler det standardiserte pasientforløpet på, tyder på en forståelse av konseptet som en standardisering først og fremst av administrative rutiner. Den dominerende metaforen for det standardiserte pasientforløpet hos informantene er således "flyt" og "pasientflyt". Pasienten skal *gli* gjennom sykehuset på en, for pasienten, god og effektiv måte ved hjelp av standardiserte rutiner.

Informantene har en forståelse av at IT-systemet har blitt påvirket av introduksjonen av standardiserte pasientforløp, ved at det har blitt bedre og lettere å bruke. Dette kan forklares med at det er gjort tilpasninger i IT-systemet, for å lette innføringen av det standardiserte pasientforløpet. Tilpasningene har gitt positive effekter for samarbeid og kunnskapsdeling omkring standardiserte pasientforløp.

Kravet til standardisering av faglige retningslinjer oppleves som et dilemma av informantene. Dette har sammenheng med at de ser en konflikt mellom standardiseringen og deres mulighet for å utøve et eget faglig sykepleiefaglig skjønn, med en individuell behandling av pasienten. Etersom sammenhengen mellom sykepleiefaglige retningslinjer og det standardiserte pasientforløpet synes å være lite påaktet hos informantene, så kan det være dekning for å si at dette dilemmaet oppleves uavhengig av det standardiserte pasientforløpet. Samtidig er det en tett sammenheng mellom administrative og faglige retningslinjer, ved at endringer i det ene påvirker det andre. Således vil dilemmaet mellom standardisering og eget skjønn kunne omfatte også administrative rutiner, og dette målbæres da også av informantene gjennom fabrikkmetaforen. Denne knyttes først og fremst til de økonomiske motivene, som de opplever ligger til grunn for utvikling av konseptet standardiserte pasientforløp. Dette

oppleves problematisk, ut fra sykepleierens verdigrunnlag fra egen profesjon, og ut fra felles grunnleggende antakelser som dominerer i kulturen innenfor helsesektoren.

8.3 Innvirkning på kunnskapsutvikling og samarbeidskultur

Mitt tredje forskningsspørsmål var: Hvordan har standardiserte pasientforløp påvirket sykepleierens kunnskapsutvikling og samarbeid med andre som har en rolle innenfor det standardiserte pasientforløpet? Bakgrunnen for forskningsspørsmålet er det forholdet at samarbeid omkring standardiserte pasientforløp berører helsepersonell fra mange avdelinger og profesjoner, og det var interessant å undersøke hvordan det standardiserte pasientforløpet har påvirket samarbeidet.

Informantene opplyser at det tidligere var sykepleierne som hadde oppgaven med å koordinere pasientflyten mellom avdelingene. Dette medførte mye oppfølging, og oppgaven var forbundet med mye stress, ettersom man stadig hadde tidsfrister å forholde seg til. Informantene opplever at sykepleierne har blitt avlastet for koordineringsoppgavene gjennom innføringen av det standardiserte pasientforløpet, ettersom det har blitt en bedre oppgavefordeling og en større forståelse blant alle for hva som skal gjøres. De har derfor en forståelse av at pasientflyten har blitt bedre, og at det har blitt mindre behov for den oppfølgingsrollen som de tradisjonelt har hatt.

Avlastningen av sykepleierne forstås som et resultat av en forhandling, gjort i tilknytning til utvikling og etablering av det standardiserte pasientforløpet. Denne forhandlingen ser ut til å ha vært en reforhandling av den gamle forståelsen, som fungerte fra dag til dag med uklare rammer omkring ansvar og oppgaver. Gjennom etablering av avtalen, i form av det standardiserte pasientforløpet, så opplever det for informantene som en befriende avklaring gjennom at "alle vet". Alle vet hvordan arbeids- og oppgavefordelingen, og derved flyten, skal skje. Informantene opplever at standardiserte pasientforløp har gitt større transparens både innenfor teamet og for pasientene, og dette har gitt større trygghet for pasientene.

Informantene forteller at det opplever vanskelig å legge fra seg kontrolloppgavene, og at de fortsatt føler et ansvar til tross for at de nå har blitt avlastet. Dette kan stå som et eksempel på

hvorfor det er problematisk å fase ut gamle retningslinjer når det innføres nye, og at det også kan være elementer av vemod tilknyttet slike prosesser.

Informantene beskriver et rikt miljø for kunnskapsdeling i teamet, med tilgang til mer kunnskap enn hva man strengt tatt trenger for å gjøre sin jobb. Gjennom dette får de bedre forståelse for helheten og hverandre, også ved å bygge på den dialogen og tilliten som allerede finnes.

Informantene opplever at det er mye som ikke fungerer godt nok ennå i det utvidede teamet, til tross for at de mener det burde være avklart. Dette tilsier at det vil være behov for å utvikle dialogen rundt den reforhandlede avtalen, som det standardiserte pasientforløpet representerer, ytterligere. I tråd med det relasjonelle kunnskapsperspektivet (Newell et al. 2002) kan dialog innarbeides gjennom gode prosesser for kunnskapsutvikling og gjennom den dialogen som allerede er etablert. Selv om prosedyrebeskrivelsene ligger inne i IT-systemet med tilgang for alle, så kan man ikke forvente at dette er tilstrekkelig for at man får en omforent forståelse av hvordan samhandle. Det kreves at man skaper en felles forståelse for det nye, gjennom kunnskapingsprosesser i en sosial setting. Dette må gjøres og skapes, på nytt og på nytt. Det betyr også at det må skapes forståelse for hver enkelts bidrag i den helheten som det standardiserte pasientforløpet representerer, i en omforent kontekst.

8.4 Svar på problemstillingen

Jeg ønsket i denne avhandlingen å finne svar på en problemstilling om hvordan standardiserte pasientforløp har påvirket sykepleierens kunnskapsutvikling og arbeidshverdag.

Problemstillingen anses som besvart gjennom de tre forskningsspørsmålene.

Informantene forstår det standardiserte pasientforløpet som en reforhandlet avtale, som i første rekke skal gi effektiv pasientflyt gjennom et tverrfaglig samarbeid. Samarbeidet oppleves å fungere bedre enn før, og det har medført at sykepleieren etter informantenes forståelse har blitt avlastet for kontroll- og koordineringsoppgaver i pasientforløpet. Samtidig oppleves det å ha gitt forbedringer for pasientene ved redusert intern ventetid, færre utsettelse av operasjoner og større trygghet. Dette forstås som en konsekvens av den kunnskapsutviklingen og kunnskapsdelingen som har skjedd i teamet, med økt forståelse for hverandre, gjennom større grad av transparens, slik at ”alle vet”.

Informantene opplever liten sammenheng mellom sykepleiefaglige retningslinjer og standardiserte pasientforløp. Standardiserte pasientforløp forstås i all hovedsak som administrative rutiner for å oppnå god pasientflyt, og derved ikke styrende for faglig utøvelse. I den grad denne sammenhengen allikevel erkjennes, oppleves det som et dilemma. Det er imidlertid en forståelse av at standardiserte prosedyrer må kunne fravikes ved behov, gjennom utøvelse av faglig skjønn. Dette også som et tilsvarende til den ”fabrikktankegangen” som informantene mener å se tendenser til, spesielt i tilknytning til målene for økonomisk effektivisering og kostnadsbesparelser. Målene kan i stor grad knyttes til en utvikling i ånd av retningen New Public Management, hvor man ønsker å modernisere offentlig sektor med ulike konsepter og tenkning fra privat sektor. Standardiserte pasientforløp kan således stå som et eksempel på et slikt konsept.

8.5 Valg av teori og alternative tilnæringer

Denne avhandlingen henter sitt tema fra offentlig sektor og fra strømmingen New Public Management. Det var derfor naturlig og nødvendig å trekke inn teori herfra og fra konseptet Business Process Reengineering.

I all hovedsak er det likevel teori fra kunnskapsledelsesfeltet som er brukt. Spesielt har jeg støttet meg på teoriene omkring kunnskap, det strukturelle og det prosessuelle kunnskapssynet, tillit i team og kunnskapsdeling.

For å utdype og nyansere omkring utvikling av tillit i team følte jeg meg en stund fristet til å trekke inn teorier fra Morgan (2004) omkring maktbegrepet og perspektiver innen spillteori hos Mintzberg (1983). Dette kunne muligens gjort analysen mer nyansert, men ettersom det var usikre holdepunkt for begrepene i empirien min, så valgte jeg ikke å ta det inn.

8.6 Etterrefleksjon

Ut fra egen sykehuserfaring har jeg ofte sammenlignet sykehuset med ei maurtue. Ei maurtue hvor det hersker tilsynelatende kaos, men hvor hver enkelt maur har et oppdrag sammen med de andre, i gjensidig avhengighet og med felles mål. Hver enkelts bidrag er viktig for å nå disse målene, og for at det skal gå mest mulig friksjonsfritt. Leger, sykepleiere, sekretærer, portører, renholdspersonell; de har alle hver sin bit av et puslespill som skal legges hver dag,

hele døgnet, hele året. ”I en travel hverdag” og med en ofte tilspisset profesjonskamp kan dette være lett å miste av syne, og det er ikke alltid at den enkelte ser sitt eget bidrag i forlengelsen av andres, eller som et utgangspunkt for andre som skal ta over oppgaven.

Denne avhandlingen var motivert av en undring omkring emnet, og det var mitt utgangspunkt. Hva er egentlig standardiserte pasientforløp? Er det logistikk, eller er det fag? Undersøkelsen har vist meg at det er ikke bare jeg som strever med å sortere dette. Rent teoretisk kan man kanskje si at det er et columbi egg som skal ivareta begge disse perspektivene. I praksis har det kanskje blitt mest logistikk hittil. Kanskje på grunn av at det er det minst kontroversielle perspektivet?

Jeg startet også denne avhandlingen med en forforståelse som jeg noterte i mine gjemmer. Når jeg henter det fram ved reisens slutt så blir jeg ikke så veldig overrasket, så jeg har nok ikke forandret oppfatning i veldig stor grad underveis. Det er likevel et punkt hvor jeg har hatt en annen forståelse. Jeg forventet å finne stor frustrasjon over IT-systemene, men dette stemmer ikke med mine funn. Informantene ga uttrykk for å være veldig fornøyd med det elektroniske kvalitetssystemet, som de fortalte hadde blitt kraftig forbedret som følge av innføringen av det standardiserte pasientforløpet.

Som avslutning vil jeg oppsummere med følgende sitat: ”Standardization versus clinical judgement, - care pathways are no cookbook of medicine; they are as much, if not more, about communication, coordination, collaboration and cooperation than about expert practice” (Gray 2009:2).

9 LITTERATURLISTE

Adler P. og Borys Bryan (1996). "Two Types of Bureaucracy: Enabling and Coercive" i *Administrative Science Quarterly*, nr. 41, s. 61–89.

Ambrosini, V. og Bowman, C. (2002). "Mapping successful organizational routines", i Huff, A.S. and Jenkins, M. (Eds), *Mapping Strategic Knowledge*, Sage, London, Thousand Oaks, CA and New Delhi.

Andreassen TE (2008). "Videnskabens sande karakter: Sandhetens nødvendighet", i *Tidsskrift for sygeplejeforskning*, nr. 24, s. 3–12.

Argyris C. og Schön, D. (1978). *Organizational learning: A Theory of Action Perspective*, Reading, Mass, Addison Wesley-Publ. Company.

Argyris, C., Putnam, R. og Smith, D. (1985). *Action Science – Concepts, Methods and Skills for Research and Intervention*. San Fransisco, Jossey-Bass.

Arntzen, A. og Mikkelsen, B. (2005). "Internkontroll, sertifisering og akkreditering", i *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr 6, 125:767–769.

Bowker, G. C. og Star, S. L. (2000). "Sorting Things Out, Classification and Its Consequences". MIT Press.

Brekke, K og Pedersen, HC (2003). *Do Incentives and End User Satisfaction Influence Knowledge Sharing in IT Systems?* Mastergradsoppgave Master of Science, Sandvika, Handelshøyskolen BI.

Breslow L. (2004). "Perspectives: the third revolution in health", i *Annu Rev Public Health* nr. 25, s. 13–18.

Brown, J. S. og Duguid, P (1998). "Organizing Knowledge", i *California Management Review*, vol. 40, nr. 2 Spring 1998, s. 90–110.

Claridge, T., Parker D. og Cook, G. (2005). "Investigating the attitudes of health-care professionals towards the use of integrated care pathways in a district general hospital: a thematic analysis of focus group discussion", i *Journal of integrated care pathways*, nr. 9, s. 57–66.

Darmer, P. og Nygaard, C. (2005). "Paradigmatenkning (og dens begrensninger)", i Nygaard, C. (red.): "Samfundsvitenskapelige analysemetoder", Forlaget samfunnlitteratur, Fredriksberg, København.

Dixon, N.M. (2000). *Common Knowledge*. Harvard Business School Press, Cambridge, MA.

Eiring, Ø., Vandvik, P. O. og Røttingen, J. A. (2008). *Helsetjenesten har en kunnskapsutfordring*, Dagsavisen [Online], Tilgjengelig: <http://www.dagsavisen.no/meninger/article382642.ece> [3.2.2010].

Forskningsetiske Komitéer (2010). *Retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi* [Online], Tilgjengelig: <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/> [14.5.2010]

Førde, R. (2004). "Profesjonsetikk og prioritering er ikkje eld og vatn", i *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 7, 124: 958-959.

Gjerberg, E. og Sørensen, B. A. (2006). "Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet?", i *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 8, 126:1063-1066.

Gottschalk, P. (2004). *Informasjonsteknologi i kunnskapsledelse*. Oslo, Universitetsforlaget.

Gourlay, S. (2005). *The theory of organizational knowledge-creation. A critique and alternative framework*, United Kingdom, Kingstown University, Kingston Business School.

Gray, J. (2006). "The part we all play", i *Journal of integrated care pathways*, nr. 10, s. 85–91.

Gray, J. (2007). "Who gains from transparency?", i *Journal of integrated care pathways*, nr. 11, s. 93-94.

Gray, J. (2009). "The future of care pathways and their journal", i *International journal of care pathways*, nr. 13, s. 1-6.

Grol R. og Grimshaw J. (2003). "From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care", i *The Lancet*, nr. 362, s. 1225–1230.

Guba, E. G. (ed.) (1990). *The Paradigm Dialog*. Sage Publications, Newbury Park.

Gunnerød, I. (2008). *Regional satsing på pasientforløp* [Online], Tilgjengelig: <http://www.nsh.no/db/doc/0000001808.pdf> [23.6.2010].

Hansen, L. (2002). *Retningslinjer for retningslinjer* [Online], Tilgjengelig: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-2653_11457a.pdf [14.5.2010].

Hansen, M. T. og von Oetinger, B. (2001). "Introducing the t-shaped managers: knowledge management's next generation", i *Harvard Business Review*, Vol. 79 nr. 3, s. 106-16.

Hargadon, A. B. (1998). "Firms as knowledge brokers: lessons in pursuing continuous innovation", i *California Management Review*, Vol. 40 nr. 3, s. 209-27.

Hauge, H. N. (2008). *IKT som hjelpemiddel ved utvikling og bruk av behandlingslinjer sett fra klinisk perspektiv* [Online], Tilgjengelig: <http://www.nsh.no/db/doc/0000001807.pdf> [26.2.2010].

Hayes, N. og Walsham, G. (2003). "Knowledge sharing and ICTs: a relational perspective", in Easterby-Smith, M. og Lyles, M.A. (Eds), *Handbook of Organization Learning and Knowledge Management*, Blackwell, Oxford, s. 54-77.

Helsedirektoratet (2010). *Standardiserte pasientforløp gir bedre forutsigbarhet for pasienten* [Online], Tilgjengelig: http://www.helsedirektoratet.no/fagnytt/standardiserte_pasientforl_p_gir_bedre_forutsigbarhet_for_pasienten___720274 [7.5.2010].

Helsedirektoratet 1 (2010). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)* [Online], Tilgjengelig: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/nasjonal_strategi_for_kvalitetsforbedring_i_sosial_og_helsetjenesten_og_bedre_skal_det_bli___2005_2015_2913.

HMN RHF (2005). *Strategi for utvikling av tjenestetilbudet frem mot 2010*, Internt dokument.

HMN RHF 1 (2006). *Helse Midt-Norge 2010, Eierstrategi for Helse Midt-Norge, versjon 1.0* [Online], Tilgjengelig: <http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2006/Eierstrategi%20Helse%20Midt-Norge.pdf> [3.4.2010].

HMN RHF 2 (2006). *Helse Midt-Norge 2010, Handlingsprogram 2006-2010* [Online], Tilgjengelig: <http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2006/Handlingsprogram%202006-2010%20endelig%20versjon.pdf> [6.4.2010].

HMN RHF 3 (2008). *Prosjektoppdrag: Regionalt prosjekt for pasientforløp*, Internt dokument.

HOD (2009). *St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen* [Online], Tilgjengelig: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/6/2.html?id=567238> [8.5.2010].

Hoggett, P. (1996). "New Modes of Control in the Public Service", i *Public Administration* Vol. 74 nr. Spring, s. 9-32.

Hood, C. (1991). "A Public Management for All Seasons?" i *Public Administration* Vol. 69 No. Spring, s. 3-19.

Høst, T. (2005). *Ledelse i helse- og sosialsektoren*. Oslo, Universitetsforlaget.

Iansiti, M. (1993). "Real-world R & D: jumping the product generation gap" i *Harvard Business Review*, 71 (3), s. 138-47.

Irgens, E. J. (2009). "Introduksjon til Knowledge Management", Notat fra forelesning MKIL-studiet 2008_10, modul 5.

Irgens, E. J. (2007). *Den dynamiske organisasjon. Å arbeide som profesjonsutdannet*. Oslo, Fagbokforlaget.

Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. HøyskoleForlaget

Jones, G. og George, J. (1998). The experience and evolution of trust: implications for cooperation and teamwork, i *Academy of Management Review*, nr. 23 (3), s. 531-546.

Johannessen, J. A., Olaisen, J. og Olsen, B. (1997). Kunnskapsledelse: Fra industrisamfunnet til kunnskapssamfunnet, i Friedman, K. og Olaisen, J. (red.), *Underveis til fremtiden: kunnskapsledelse i teori og praksis*. Bergen, Fagbokforlaget.

Klausen, K. K. (2001). *Skulle det være noget særligt? Organisation og ledelse i det offentlige*. København, Børsen forlag.

Kroeber, A.L. og Kluckhohn, C. (1952). *Culture: A critical Review of Concepts and Definitions*. Cambridge MA, Harvard University Press.

Krogh, G. v., Ichijo, K. & Nonaka, I. (2005). *Slik skapes kunnskap. Hvordan frigjøre taus kunnskap og inspirere til nytenking i organisasjoner*. Oslo, N.W Damm & Søn.

Levay, C., Waks, C. (2006). *Strävan efter transparens : granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*. Stockholm, SNS Förlag.

Lian, O. (2007). *Når helse blir en vare*. Kristiansand, Høyskoleforlaget AS.

Ljungblad, U. (2008), *Hva gjøres i Helse SørØst RHF, Elektroniske behandlingslinjer* [Online], Tilgjengelig: <http://195.159.251.12/binary/3028/file> [14.8.2010].

Lysgaard, S. (1961/1976). *Arbeiderkollektivet*. Oslo, Universitetsforlaget.

Mason, J. B. (2008). *The New Demands by Patients in the Modern Era of Total Joint Arthroplasty. A Point of View*, i *Clin Orthop Relat Res*, nr. 466, s. 146-152, [Online Journal], Tilgjengelig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2505298/?tool=pubmed> [5.6.2010]

Mintzberg, H. (1983). *Power In and Around Organizations*. Englewood Cliffs NJ, Prentice-Hall.

Mo, T. O. (2006). *Ledelse til begjær eller besvær – om reformer, fag og ledelse i sykehus*. Trondheim, Doktoravhandling ved NTNU.

Morgan, G. (2004). *Organisasjonsbilder: innføring i organisasjonsteori*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Morse, J. M. (1994). "Emerging From the Data". The Cognitive Process of Analysis in Qualitative Inquiry, i Morse, J. M. (red.), *Critical Issues In Qualitative Research Methods*, s. 23-43. Thousand Oaks Calif., Sage.

Mørland, B. (2009). *Utfasing av metoder i helsevesenet, Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsevesenet* [Online], Tilgjengelig: <http://www.kvalitetogprioritering.no/binary?id=3583> [3.7.2010].

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2007). *Kunnskapsgrunnlaget for behandlingslinjer – en foreløpig oversikt* [Online], Tilgjengelig: <http://www.kunnskapssenteret.no/Nyheter/813.cms> [14.7.2010].

Newell, S., Scarborough, H., Swan, J. og Hislop, D. (2000). "Intranets and knowledge management: de-centred technologies and the limits of technological discourse", i Prichard, C., Hull, R., Chumer, M. og Willmott, H. (Eds), *Managing Knowledge: Critical Investigations of Work and Learning*, St Martin's Press, New York, NY.

Newell, S., Robertson, M., Scarbrough, H. og Swan, J. (2002). *Managing Knowledge Work*. New York, Palgrave Macmillan.

Nonaka, I. og H. Takeushi (1995). *The knowledge-creating company*, Oxford University Press, New York.

Nonaka, I., Toyama, R. og Konno, N. (2002). "SECI, ba and leadership: a unified model of dynamic knowledge creation", i Little, S., Quintas, P. og Ray, T. (Eds), *Managing Knowledge: An Essential Reader*, Sage, London, Thousand Oaks, CA.

Nortvedt, M. og Jamtvedt, G. (2009). "Engasjerer og provoserer", i *Sykepleien* nr. 7, s. 64 - 69.

Norsk Sykepleierforbund (2001). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk Sykepleierforbund [Online], Tilgjengelig: <http://stud.hsh.no/home/125211/HSH/Yrkesetiske%2520retningslinjer%25202001.pdf> [30.8.2010].

NOU (2003). *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet [Online], Tilgjengelig: <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20032003/001/PDFS/NOU200320030001000DDDPDFS.pdf> [1.7.2010].

NOU (2008). *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*. Helse- og omsorgsdepartementet [Online], Tilgjengelig: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2008/nou-2008-2.html?id=497898> [1.7.2010].

Nyen, B. (2004). *Forbedringsarbeid og Statistisk prosesskontroll* [Online], Tilgjengelig: <http://www.legeforeningen.no/id/39810> [29.8.2010].

Ostroff, F. (1999). *The horizontal organization: what the organization of the future looks like and how it delivers value to customers*. New York, Oxford University Press.

Polanyi, M. (ed. Grene, Marjorie) (1969). *Knowledge and being, essays*. London, Rutledge&Kegan Paul.

Polanyi, M. (2000). *Den tause dimensjonen. En introduksjon til taus kunnskap*. Oslo, Spartacus Forlag AS.

Pollitt, C. (1990). *Managerialism and the Public Services. The Anglo-American Experience*. London, Brasil Blackwell.

Porter, M.E. (1985). *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. New York, Free Press.

- Rohlin, L., Skärvad, P.-H. og Nilsson, S. Å. (1994). *Strategisk Ledarskap i Lärsamhället*. Printed in Sweden - Studentlitteratur, Lund.
- Rosique, R. (2009). "Do we need electronic support for pathways: the Spanish experience", i *International Journal of Care Pathways*, nr. 13, s. 67-74.
- Rotegård, A. K., Berge, A. W., Riddervold, H. M. og Haugan, B. (2010). "Sykepleiere må være med å påvirke", i *Sykepleien* nr. 98(04) s. 62-65.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Sako, M. (1992). *Prices, Quality and Trust: How Japanese and British Companies Manage Buyer-Supplier Relations*. Cambridge, University Press.
- Schein, E. (1987). *Organisasjonskultur og ledelse*. Oslo, Mercuri Media Forlag.
- Sewerin, T. (1996). *En plass i stolen*. Lund, MiL Publishers AB.
- Siggaard Jensen, H., Mønsted, M. og Olsen, F. (2004). *Viden, ledelse og kommunikation*. København, Forlaget Samfundslitteratur.
- Smith, K. og Berg, D.N. (1987). *Paradoxes of Group Life*. San Fransisco, Jossey-Bass.
- SHD (2005). ...og bedre skal det bli! [Online], Tilgjengelig: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00063/Rapport_-_styrke_ut__63459a.pdf [6.7.2010].
- Star, S. L. og Griesemer, J. R. (1989). "Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals i Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39", i *Social Studies of Science* nr. 19, s. 387-420.
- Styhre, A., Ollila, S., Roth, J., Williamson, D. og Berg, L. (2008). "Heedful interrelating, knowledge sharing, and new drug development", i *Journal of Knowledge Management*, vol. 12 nr. 3, Emerald Group Publishing Limited, s. 127-140.
- Thaaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Polen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Vanhaecht, K., Bollmann, M., Bower, K., Gallagher, C., Gardini, A., Guezo, J., Jansen, U., Massoud, R., Moody, K., Sermeus, W., Van Zelm, R., Whittle, C., Yazbeck, A.-M., Zander, K. og Panella, M. (2006). "Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries – an international survey by the European Pathway Association", i *Journal of Integrated Care Pathways*, The Royal Society of Medicine Press, nr 10, s. 28–34.
- Vanhaecht, Kris, Panella, Massimiliano, Van Zelm, Ruben & Sermeus, Walter (2009), "Is there a future for pathways? Five pieces of the puzzle" i *International Journal of Care Pathways*, no. 13, s. 82-86.

10 LISTE OVER FIGURER

Figur	Tekst	Side
Figur 1	Det strukturelle og det prosessuelle perspektivet på kunnskap. Fritt etter Newell et al. (2002:8)	19
Figur 2	To perspektiv på kunnskapsledelse: Kognitiv modell og Community modell. Fritt etter Newell et al. (2002:107)	20
Figur 3	Seki-modellen. Bearbeidet etter Nonaka & Takeuchi (1995 i Siggaard Jensen et al. 2004:107)	22
Figur 4	Tre dimensjoner i design av informasjonssystemer (Gottschalk 2004:102)	25
Figur 5	Enkel- og dobbelkretslæring (Morgan 2004:97)	29
Figur 6	Scheins kulturnivåer (etter Schein 1985 i Høst 2005:35)	31
Figur 7	Organisasjonskulturens grunnprosesser (Lysgaard 1961 i Høst 2005:44)	32
Figur 8	Paradigmer og deres antagelser om ontologi, epistemologi og metodologi (Darmer et al 2005:25)	38
Figur 9	Fire nøkkelbegrep i forhold til fire paradigmer (Darmer et al 2005:30)	39
Figur 10	Grunnleggende forskjeller mellom positivistisk og hermeneutisk metode (Jacobsen 2005:32)	40

11 LISTE OVER VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informantene

Vedlegg 1: Intervjuguide

Presentasjon av meg selv – referere til introduksjonsbrevet

Hva som er hensikten med undersøkelsen

Hvordan informasjonen fra undersøkelsen skal benyttes, omfang, anonymitet, publisering

Om det er noe vedkommende lurer på før vi starter

Hvor lenge vi skal holde på, cirka og maksimum

Alder:

Utdanning:

Stillingsandel:

Stilling:

Arbeidstid:

Arbeidssituasjon:

Kan du si litt om hva du jobber med til daglig, en hvordan en vanlig dag på jobben ser ut?
(Hvilke krav stilles – hvem samarbeider du med – på hvilken måte - i hvilke situasjoner)

Introduksjonen av standardiserte pasientforløp

Når du tenker tilbake til da du fikk høre om det standardiserte pasientforløpet for xxx-pasienter første gang:

Fortell om hvordan du fikk kjennskap til det.

Stikkord:

- når
- hvordan
- fra hvem
- til hvem
- hvilken informasjon
- i hvilke fora
- i hvilken form
- med hvilken begrunnelse eller målsetting

Implementeringen

Når du tenker tilbake til da dere startet med standardiserte pasientforløp for xxx-pasienter:

Kan du fortelle om tiden like etter at dere startet med det standardiserte pasientforløpet for xxx-pasienter.

Var det noe som du opplevde ble annerledes, sammenlignet med tidligere?

I så fall hva og hvordan?

Stikkord:

- Hva ble annerledes
- Hvordan ble du berørt
- Hvordan har du blitt tatt med på å utforme det standardiserte pasientforløpet for xxx-pasienter
- Hvordan ble andre berørt (kollegaer, pasienter, andre ved sykehuset)
- Hvordan virket det inn på samarbeidet, stemningen, diskusjonene og erfaringsutveksling? Med hvem og i hvilke sammenhenger?
- opplæring?

Nå-situasjonen

Når du tenker på situasjonen i dag:

Kan du si litt om din opplevelse av å jobbe innenfor det standardiserte pasientforløpet for xxx-pasienter?

Stikkord:

- Fordeler/ulemper i forhold til tidligere?
- Hva vil man oppnå med det standardiserte pasientforløpet for xxx-pasienter
- Hvordan er muligheten for å lykkes med dette
- Følges prosedyrene i kollegagruppen?
- Gir standardiserte pasientforløp faglig støtte/trygghet?
- Noe man snakker om i det daglige?
- Hvor langt har dere kommet i prosessen?
- Hvordan opplever du prosessen, hva synes du om det?

Kunnskapsforståelse - Dette med å jobbe "riktig" – å gjøre "de riktige tingene"

Si litt om hva kunnskap betyr i ditt daglige arbeid.

Stikkord:

Hva betyr det for deg å jobbe "riktig".

Hva gjør du vanligvis når du skal finne ut av hvordan du skal gjøre jobben "riktig" til daglig?

Er det en framgangsmåte som er "riktig" når det gjelder standardiserte pasientforløp for xxx-pasienter?

Hva er denne?

Er det standardiserte pasientforløpet for xxx-pasienter en støtte med tanke på å jobbe "riktig", og i så fall hvordan?

- IT-støtte
- Kollegastøtte
- Nettverkstøtte, faglige fora, møter og seminar

Helt avslutningsvis:

Når du tenker på begrepet standardiserte pasientforløp:

Hva tror du man ønsker å oppnå med å standardisere pasientforløpene?

Hvilke muligheter er det etter din mening for å lykkes med dette? Hvorfor?

Noe du vil tilføye til slutt?

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informantene

Hei

Mitt navn er Åse Berg og jeg er for tiden student ved masterstudiet i "Kunnskaps- og innovasjonsledelse" ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. Studiet har tre moduler. Den siste modulen, som jeg arbeider med nå, består i å skrive en masteravhandling på 80-100 sider med innleveringsfrist 1. september 2010.

I min masteravhandling ønsker jeg å forske på forståelsen av standardiserte pasientforløp hos sykepleiere og spesielt med fokus på implementeringsfasen av standardiserte pasientforløp.

Jeg har valgt meg ut pasientforløpet for xxx-pasienter som jeg ønsker å gjøre en undersøkelse omkring. Det er gjort en formell avklaring med, og jeg vil være takknemlig hvis du har mulighet for å bistå meg i denne undersøkelsen.

Din bistand består i et møte med meg når det måtte passe deg, slik at vi kan gjennomføre et intervju/en samtale på ca. en time. Alt som blir sagt blir behandlet konfidensielt og du er sikret full anonymitet.

Jeg understreker at undersøkelsen først og fremst er knyttet til mine studier og min kompetanseutvikling.

Med vennlig hilsen

Åse Berg