

Fra vertikal styring til horisontal flyt...?

Implementering av pakkeforløp for kreft ved St. Olavs
Hospital HF

Av
Sigurd Hegstad og
Anne Dybdahl Wanderås

Avhandling avlagt ved
Handelshøjskolen i København for graden
Master of Public Administration 2016



CBS
COPENHAGEN
BUSINESS SCHOOL
HANDELSHØJSKOLEN

 **NTNU**
Handelshøyskolen i Trondheim



**SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV KANDIDAT-,
BACHELOR- OG MASTEROPPGAVER**

Forfatter(e): Anne Dybdahl Wanderås _____

Sigurd Hegstad _____

Norsk tittel: Fra vertikal styring til horisontal flyt...? _____

Implementering av pakkeforløp for kreft ved St. Olavs Hospital HF

Engelsk tittel: From vertical control to horizontal flow ...? _____

Implementation of "pakkeforløp" for cancer at St. Olavs Hospital HF

Studieprogram: Master of Public Administration 2016 _____

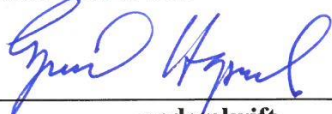
Emnekode og navn: MPA800 _____

Vi samtykker i at oppgaven kan publiseres på internett i fulltekst i Brage, Nords' åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: _____

Dato: 29.04.2016



underskrift



underskrift

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet ved Copenhagen Business School, Handelshøjskolen i København våren 2016, og markerer avslutningen på Master of Public Administration. Oppgaven er skrevet innenfor fagfeltet organisasjon og ledelse.

Formålet med oppgaven har vært å undersøke mulige utfordringer med implementering av pakkeforløp for kreft ved St. Olavs Hospital HF. Det empiriske studiet har fokusert på organisering og ledelse av pakkeforløp

Flere aktører har bidratt med hjelp og støtte underveis i arbeidet med oppgaven. Vi ønsker å takke veileder førsteamanuensis Jan Ole Similä for interessante diskusjoner, gode råd samt tydelige og raske tilbakemeldinger. Vi vil også takke Regionalt senter for helsetjenesteutvikling for gode bidrag i prosessen med å lage en god problemstilling, og representanter fra Hemit for å dele sine erfaringer.

Videre ønsker vi å takke alle respondentene som velvillig stilte opp i en travel klinisk hverdag; uten deres kunnskap hadde denne avhandlingen blitt mindre innholdsrik.

En stor takk rettes også til vår arbeidsgiver St. Olavs Hospital HF, Universitetssykehuset i Trondheim, for god støtte og tilrettelegging. Vi ønsker også å takke forståelsesfulle kolleger ved henholdsvis Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk og Kreftklinikken, Avdeling Stråleterapi.

Sist, men ikke minst, en ekstra stor takk til våre respektive ektefeller og familier, som har holdt ut med oss, og heiet på oss når vi har fortjent det som minst, men trengt det som mest.

Uten deres støtte hadde dette ikke latt seg gjennomføre!

Tusen takk!

Trondheim, 2. mai 2016

Sigurd Hegstad

Anne Dybdahl Wanderås

Sammendrag

Denne studien omhandler implementeringen av pakkeforløp for kreft, som ble pålagt sykehusene i Norge fra 2015. Pakkeforløp er standardiserte pasientforløp som beskriver pasientens gang som en prosess gjennom sykehusets ulike klinikker. Ved hjelp av teori og empiri har det blitt søkt å svare på oppgavens problemstilling: *På hvilken måte løses organisatoriske og ledelsesmessige utfordringer ved implementering av pakkeforløp?*

Winters modell for implementering av politikk utgjør en teoretisk ramme for oppgaven. Empiri fra de ulike fasene i modellen er drøftet i lys av flere teoretiske innfallsvinkler. Sentralt står institusjonell teori, og prosessteori versus teori om hierarkiske organisasjoner. Teori om makt og målevaluering er også brukt. Det empiriske grunnlaget for oppgaven er et casestudium av St. Olavs Hospital HF, og implementeringen av pakkeforløp for henholdsvis bryst-, prostata-, lunge- og kolorektalkreft.

En dokumentanalyse viser at det i oppdragsdokument fra myndighetene har vært et fokus på pasientforløp gjennom flere år, og pakkeforløpene kan derfor betraktes som en fortsettelse av dette. St. Olavs Hospital HF hadde allerede gjort endringer og etablert en struktur for prosesser i sykehuset forut for pakkeforløpene. Strukturen er imidlertid blitt mer formalisert. Det er definert roller som fagpersoner fra ulike profesjoner har fått, og det er etablert møtepunkt som styrker muligheter for samhandling. Ledelsesdynamikken og maktstrukturer er ikke vesentlig endret etter implementeringen.

Gjennom intervju av sentrale aktører i forløpene avdekkes det at helseprofesjonene har en positiv innstilling til pasientforløp. Når dette medfører ekstra arbeid som oppfattes som byråkrati, blir dette imidlertid nedprioritert i forhold til pasientrelaterte oppgaver.

For tidsfristene som er etablert for maksimal tidsbruk i utredningen av pasienter, kommer det frem i rapporter at sykehuset tilsynelatende har etablert en kapasitet og et system som gjør at disse innfris. I startfasen er det imidlertid ikke etablert tilstrekkelig gode rutiner for å registrere pasienter inn i systemet som overvåker forløpene, og som skal danne grunnlaget for kontinuerlige forbedringer av disse.

Funnene tyder på at St. Olavs Hospital HF har utviklet høy kompetanse for utforming av pasientforløp, og har en kultur som er endringsvillig og støtter prosessstankegangen. Imidlertid kan de ulike rollene som er knyttet til forløpene forankres tydeligere med hensyn til ansvar og myndighet. Dette er en oppgave som ligger til toppledelsen, og den er viktig fordi denne måten å organisere driften på er sentral i sykehusets overordnede strategi.

Abstract

This study addresses the implementation of “pakkeforløp” for cancer, which was imposed on hospitals in Norway from 2015. “Pakkeforløp” is standardized clinical pathways describing the patient's steps as a process through the hospital's various clinics. Through a review of relevant literature and empirical evidence, this thesis aims to answer the following research question: *How are organizational and managerial challenges being solved in the implementation of “pakkeforløp”?*

A theoretical framework of the thesis is Winter's model for implementing politics, and empirical data from the various phases of this has been studied in the light of institutional theory, and process theory versus theory of hierarchical organizations. Power theory and evaluation theory are also used. The empirical basis of the thesis is a case study of St. Olav Hospital HF, and implementation of “pakkeforløp” for respectively breast, prostate, lung and colorectal cancer.

A document analysis shows that assignment documents from the authorities have focused on patient pathways for several years. “Pakkeforløp” can be regarded as a continuation, and St. Olav's Hospital HF had therefore already established a certain structure for processes in the hospital. However, the focus on “pakkeforløp” formalizes this. It is defined roles that professionals have taken, and it is established meeting point that strengthens opportunities for interaction. Management dynamics and power structures seem to be sustained during implementation.

Through interviews with key players, it is revealed that the health professions have a positive attitude towards the clinical pathways. However, when this involves extra work perceived as bureaucracy, this is discouraged in favor of patient-related tasks.

For time limits that are established for maximum time spent in the assessment of patients, it emerges in reports that the hospital has apparently established a capacity and a system that meets these requirements. Initially, however, it is not established sufficient routines for registering patients into the system that monitors the pathways, and which will form the basis for continuous improvement of these.

The findings suggest that St. Olav's Hospital HF has developed expertise for the design of patient pathways, and have a culture that is willing to change and supports the process approach. However, the different roles that are related to pathways needs to be clarified with regard to responsibility and authority. This is a task for the senior management, and it is important because this way of organizing the operations is central to the hospital's strategy.

Forkortelser

| | |
|-----------|---|
| CT | Computer tomography, diagnostisk modalitet for utredning av pasienter |
| EQS | Electronic quality system |
| eSP | Elektronisk standardisert pasientforløp |
| HDIR | Helsedirektoratet |
| HF | Helseforetak |
| HMN | Helse Midt-Norge |
| HMN-RHF | Helse Midt-Norge regionalt helseforetak |
| HOD | Helse og omsorgsdepartementet |
| HR | Human resources |
| JG | Joined up government |
| MDT | Multidisciplinære team |
| MR | Magnetisk resonans, diagnostisk modalitet for utredning av pasienter |
| NOU | Norsk offentlig utredning |
| NPM | New Public Management |
| NPR | Norsk pasientregister |
| PAS | Pasient administrativt system |
| RHF | Regionalt helseforetak |
| RSHU | Regionalt senter for helsetjenesteutvikling |
| St.Meld. | Stortingsmelding |
| St. Olavs | St. Olavs Hospital helseforetak |
| WG | Whole-of-government |

INNHALDSFORTEGNELSE

| | |
|---|-----------|
| FORORD | III |
| SAMMENDRAG | IV |
| ABSTRACT | V |
| FORKORTELSER | VI |
| INNHALDSFORTEGNELSE | VII |
| TABELLER OG FIGURER | X |
| 1.0 INNLEDNING | 1 |
| 1.1 PROBLEMSTILLING..... | 2 |
| 1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL..... | 4 |
| 1.3 OPPGAVENS VIDERE STRUKTUR..... | 5 |
| 2.0 METODE..... | 6 |
| 2.1 METODISK HOVEDTILNÆRMING | 6 |
| 2.1.1 <i>Kvalitativ eller kvantitativ tilnærming</i> | 6 |
| 2.1.2 <i>Vitenskapsteoretisk tilnærming til problemstilling og metode</i> | 6 |
| 2.2 DESIGN | 9 |
| 2.2.1 <i>Case</i> | 10 |
| 2.3 DATAINNSAMLING..... | 10 |
| 2.3.1 <i>Intervju</i> | 10 |
| 2.3.2 <i>Dokumentstudium</i> | 12 |
| 2.3.3 <i>Observasjon</i> | 13 |
| 2.3.4 <i>Kvantitative data</i> | 15 |
| 2.4 DATAANALYSE | 16 |
| 2.4.1 <i>Intervju</i> | 16 |
| 2.4.2 <i>Dokument</i> | 19 |
| 2.4.3 <i>Kvantitative data</i> | 19 |
| 2.5 KVALITETSSIKRING | 19 |
| 2.5.1 <i>Begrepsvaliditet</i> | 20 |
| 2.5.2 <i>Intern validitet</i> | 21 |
| 2.5.3 <i>Ekstern validitet, overførbarhet</i> | 21 |
| 2.5.4 <i>Pålitelighet/reliabilitet</i> | 22 |
| 2.5.5 <i>Refleksjon, å studere egen organisasjon. Utfordringer med validitet og reliabilitet</i> | 24 |
| 2.5.6 <i>Etikk</i> | 26 |
| 3.0 TEORETISK FUNDAMENT | 27 |
| 3.1 STANDARDISERING AV PASIENTFORLØP | 28 |
| 3.1.1 <i>Definisjon av standardisert pasientforløp i henhold til regional metodikk</i> | 29 |
| 3.1.2 <i>Resultater fra standardiserte forløp</i> | 33 |
| 3.2 WINTERS MODELL FOR IMPLEMENTERING AV POLITIKK | 34 |
| 3.3 EVALUERINGSFORSKNING OG MÅLEVALUERING | 35 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 3.3.1 | <i>Evalueringer i helsevesenet</i> | 37 |
| 3.4 | INSTITUSJONELL TEORI | 38 |
| 3.4.1 | <i>Legitimitet, organisasjonsoppskrifter og isoformi</i> | 40 |
| 3.5 | PROSESSLEDELSESKAPASITET | 43 |
| 3.6 | ORGANISERING I SYKEHUS | 44 |
| 3.7 | LEDELSE I SYKEHUS, STRUKTURTEORI VERSUS PROSESSTEORI | 49 |
| 3.8 | PERSPEKTIVER PÅ MAKT | 52 |
| 3.9 | OPPSUMMERING TEORETISK ANALYSEVERKTØY | 54 |
| 4.0 | RESULTATER | 55 |
| 4.1 | HVORDAN KAN POLICYUTFORMING OG VIRKEMIDLER PÅVIRKE IMPLEMENTERINGSPROSESSEN? | 55 |
| 4.1.1 | <i>Funn fra dokumenter</i> | 55 |
| 4.1.2 | <i>Kvalitative intervju - pakkeforløpene opplevd i organisasjonen</i> | 70 |
| 4.1.3 | <i>Empirisk analyse</i> | 72 |
| 4.2 | HVORDAN SKJER ORGANISATORISKE ENDRINGER VED IMPLEMENTERING AV STANDARDISERTE PASIENTFORLØP? | 74 |
| 4.2.1 | <i>Organisatoriske endringer</i> | 74 |
| 4.2.2 | <i>Endringer av roller</i> | 77 |
| 4.2.3 | <i>Overvåkning av forløp</i> | 78 |
| 4.2.4 | <i>Insentiver</i> | 81 |
| 4.2.5 | <i>Forvaltning av metodikken og innholdet i pakkeforløp</i> | 82 |
| 4.2.6 | <i>Empirisk analyse</i> | 84 |
| 4.3 | HVORDAN ENDRES LEDELSEDYNAMIKKEN VED IMPLEMENTERING AV FORLØP?..... | 86 |
| 4.3.1 | <i>Overordnet perspektiv på ledelse</i> | 86 |
| 4.3.2 | <i>Vertikal linjeledelse versus horisontal prosesstankegang</i> | 90 |
| 4.3.3 | <i>Bakkebyråkratenes hverdag</i> | 94 |
| 4.3.4 | <i>Empirisk analyse</i> | 96 |
| 4.4 | I HVOR STOR GRAD NÅS MÅLENE, OG HVA MENER DE ANSATTE?..... | 97 |
| 4.4.1 | <i>Andel pasienter med pakkeforløpskoder</i> | 98 |
| 4.4.2 | <i>Andel pasienter behandlet innenfor frist</i> | 100 |
| 4.4.3 | <i>Opplevd måloppnåelse</i> | 103 |
| 4.4.4 | <i>Empirisk analyse</i> | 106 |
| 4.5 | ST. OLAVS PROSESSLEDELSESKAPASITET | 107 |
| 4.5.1 | <i>Kapasitet på prosessnivå</i> | 108 |
| 4.5.2 | <i>Kapasitet på bedriftsnivå</i> | 109 |
| 4.5.3 | <i>Samlet prosessledelseskapasitet</i> | 111 |
| 5.0 | TEORETISK DRØFTING | 112 |
| 5.1 | POLICYUTFORMING OG VIRKEMIDLER..... | 112 |
| 5.1.1 | <i>Forløp som en rød tråd gjennom mange år</i> | 112 |
| 5.1.2 | <i>Begrepsmangfold</i> | 113 |
| 5.1.3 | <i>Krav og mål i pakkeforløp</i> | 114 |
| 5.1.4 | <i>Målinger i helsevesenet</i> | 115 |
| 5.1.5 | <i>Virkemidler for intern implementering</i> | 116 |
| 5.2 | ORGANISATORISKE ENDRINGER..... | 117 |
| 5.2.1 | <i>Organisering av prosesser på tvers i en funksjonell organisasjon</i> | 117 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 5.2.2 | <i>Roller og insentiver</i> | 119 |
| 5.2.3 | <i>Forvaltning av forløp</i> | 121 |
| 5.3 | LEDELSEDYNAMIKK..... | 122 |
| 5.3.1 | <i>Betydning av ledelse i implementeringen</i> | 122 |
| 5.3.2 | <i>Ansvar og myndighet i ny ledelsesstruktur</i> | 124 |
| 5.3.3 | <i>Endring av maktforhold på sykehuset</i> | 125 |
| 5.4 | MÅLOPPNÅELSE..... | 127 |
| 6.0 | KONKLUSJONER | 129 |
| 6.1 | FORSKNINGSSPØRSMÅLENE- EN KORT OPPSUMMERING | 129 |
| 6.2 | DEN OVERORDNEDE PROBLEMSTILLINGEN OG FUNNENE | 131 |
| 6.3 | STUDIETS BETYDNING FOR PRAKSIS | 133 |
| | REFERANSER | 136 |
| | APPENDIX A: EKSEMPEL STANDARDISERT PASIENTFORLØP | 147 |
| | APPENDIX B: FORESPØRSEL MED SAMTYKKEERKLÆRING | 149 |
| | APPENDIX C: SVAR PÅ SØKNAD TIL NSD | 150 |
| | APPENDIX D: INTERVJUGUIDE – DEL 1 | 151 |
| | APPENDIX D: INTERVJUGUIDE - DEL 2 | 152 |
| | APPENDIX E: PROSTATA, SAMMENLIGNING AV DATA FRA NPR OG ESP | 153 |
| | APPENDIX F: OVERSIKT RESPONDENTER | 154 |

Tabeller og figurer

| | |
|--|---------|
| Figur 1-1: Fra vertikal styring til horisontal flyt...? | 2 |
| Tabell 2-1: Kilder i dokumentanalysen fra nasjonalt og regionalt nivå..... | 14 |
| Tabell 2-2: Kilder i dokumentanalysen fra lokalt nivå..... | 15 |
| Tabell 2-3: Oversikt kategorier under de enkelte forskningsspørsmål..... | 17 |
| Figur 2-1: Eksempel på koding av data fra transkriberte intervju..... | 18 |
| Figur 3-1: Standardisert pasientforløp, utredning ved mistanke av kreft i prostata..... | 30 |
| Figur 3-2: Demings sirkel (Rolfesen, 2014)..... | 32 |
| Figur 3-3: Modell for implementering av politikk (Winter og Nielsen, 2008)..... | 34 |
| Figur 3-4: En organisasjons samlede prosessledelseskapasitet (Iden, 2013)..... | 44 |
| Figur 3-5: Mintzbergs byråkratimodell (Mintzberg, 1993)..... | 45 |
| Figur 3-6: Mintzbers profesjonelle byråkrati (Mintzberg, 1993)..... | 46 |
| Figur 3-7: A combined overlay: the function of the organization (Mintzberg, 1993).. | 47 |
| Tabell 4-1: Sammenstilling av krav til forløpstider, oppgitt i kalenderdager | 64 |
| Figur 4-1: Begreper knyttet til pasientforløp..... | 72 |
| Figur 4-2: Andel pasienter med pakkeforløpskoder, fire største forløp a) bryst, b) prostata, c) lunge, d) kolorektal, e) måloppnåelse basert på gjennomsnitt av a), b), c) og d)..... | 98-99 |
| Figur 4-3: Andel pasienter i pakkeforløp, alle forløp | 100 |
| Figur 4-4: Andel behandlet innenfor standard forløpstid, fire største forløp a) bryst, b) prostata, c) lunge, d) kolorektal, e) måloppnåelse basert på gjennomsnitt av a), b), c) og d)..... | 101-102 |
| Figur 4-5: Andel behandlet innenfor standard forløpstid, alle forløp | 103 |
| Figur 4-6: ”Spider-chart”, St. Olavs Hospital HF prosessledelseskapasitet..... | 107 |

1.0 Innledning

I Nyttårstalen 2015 understreket statsminister Solberg betydningen av at regjeringen i løpet av året ville innføre *pakkeforløp* for kreft i Norge (Regjeringen, 2015). Hun forklarte at pakkeforløp er et pasientforløp som innebærer at behandlingen skreddersys med utgangspunkt i en fast mal, basert på den beste kunnskap om hva som gir god behandling. Endringene innebærer at systemet tilpasses menneskene, i motsetning til hva pasienter ofte opplever, ifølge statsministeren.

For å utnytte potensialet i pakkeforløp, kreves utstrakt samarbeid og koordinering på tvers av faggrupper og enheter. Tidligere reformer som utfordrer dette har hatt en tendens til å mislykkes (Ferlie et al, 2005; Dopson og Fitzgerald, 2005). Også i Norge er det forsket på hvordan nye, organisatoriske modeller har lyktes i sykehus, og det er tilsvarende eksempler her på at nye initiativ har feilet i implementeringsfasen. Et eksempel fra eget sykehus, St. Olavs Hospital HF, var ønsket om å innføre klinikkvise senter istedenfor en tradisjonell avdelingsstruktur, der prosessen måtte reverseres etter motstand fra legegruppene (Lippestad et al, 2011). Et annet eksempel er den utfordrende prosessen det har vært å innføre enhetlig ledelse ved norske sykehus (Kjekshus, 2004). Generelle funksjonsendringer i forbindelse med sykehusfusjoner blir hindret og motarbeidet (Kjekshus og Hagen, 2007), særlig når dette går imot medisinens egen spesialistinndeling (Finset et al, 2010).

En omfattende studie som over flere år fulgte Akershus universitetssykehus HF sitt forsøk på å endre sykepleiefunksjonen til en mer samarbeidsorientert organisasjonsform, konkluderte med at prosessen hadde feilet (Lippestad et al, 2011). Her ble det pekt på at organisasjonen tilsynelatende manglet nødvendig organisasjons- og ledelseskompetanse for å gjennomføre denne type reformer. Hvordan kan man unngå at det feiles i slike prosesser? Svaret kan bli forskjellig avhengig av om man tror roten til fiasko ligger i selve implementeringen, det vil si utøvd ledelse, eller om det er reformen i seg selv som er problemet.

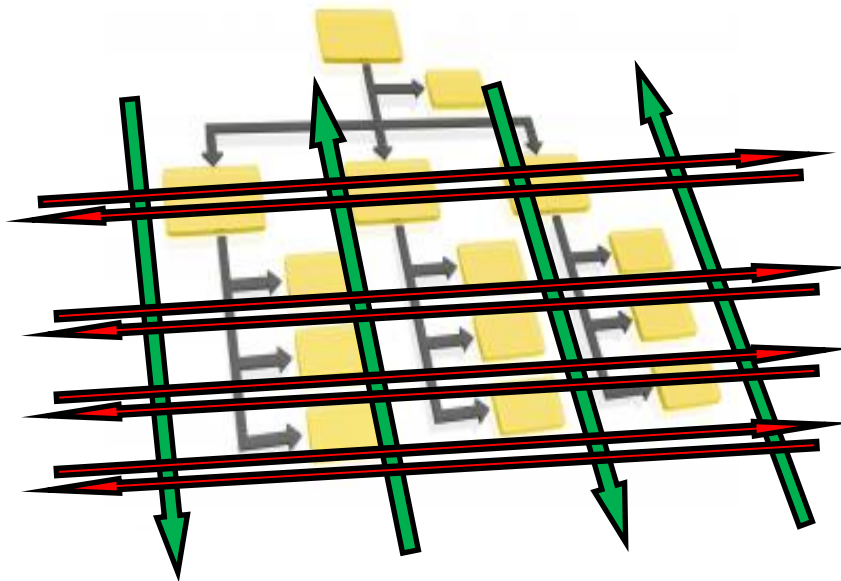
Organisasjoner må tilpasse seg omgivelsene, også for hva som oppfattes som «riktig» måte å lede og strukturere en organisasjon på. Offentlig sektor presses til å adoptere teknikker og metoder fra privat sektor for å opprettholde legitimitet (Busch et al, 2011). Dette til tross for at det kan herske usikkerhet med hensyn til om de passer inn. Teknikkene blir lansert med basis i at organisasjonen skal endres til å agere mer likt private virksomheter, og med verdier som for eksempel å være mer responderende overfor kundene (Busch et al, 2013).

Utfordringen er imidlertid at konteksten *ikke* er som i en bedrift, og at offentlig sektor har distinktive karaktertrekk. For eksempel er miljøet dominert av regulativer heller enn kunder, konkurransen er begrenset av lav autonomi med hensyn til strategiske valg, diffus makt og mange til dels sprikende mål (Busch et al, 2013). I denne oppgaven utforsker vi prosessen

knyttet til implementering av pakkeforløp i et sykehus. Vi ønsker å se på hvordan utforming av vedtaket om pakkeforløp, og ledelse og organisering av forløp, påvirker organisasjonen, både planlagt og ikke planlagt. Er det mulig at implementeringen vil transformere organisasjonen på en måte som møter målene i forløpstankegangen, eller vil denne bli integrert i organisasjonenes eksisterende dynamikk?

Ansvar for gjennomføring av pasientforløpene er plassert i flere klinikker, med flere lokalt ansvarlige, i tillegg til nye roller som skal ivareta helheten i forløpene. Formelt finnes et hierarki i sykehus. Det finnes en vertikal lederstruktur, men med profesjonsmakt tilstede, styres i praksis sykehus både ovenfra og nedenfra (NOU1997:2, 1997), illustrert som de grønne pilene i figur 1-1. En ny kommandolinje som går horisontalt og på tvers av allerede etablerte strukturer innføres med pakkeforløpene, illustrert som de røde pilene i figur 1-1. Det kan være utfordrende å etablere tilstrekkelig myndighet og legitimitet i rollen som ansvarlig for forløp (Axelsson et al, 2015), og dette kan ha betydning for implementeringen og hvordan forløpene fungerer.

Overordnet er pasientforløp et strategisk satsingsområde for St. Olavs, og vi ønsker å bidra med kunnskap til egen organisasjonen om utfordringer knyttet til implementering av slike. I denne avhandlingen har vi benyttet flere teoretiske innfallsvinkler, og prosesteori og institusjonell teori står sentralt.



Figur 1-1: Fra vertikal styring til horisontal flyt...?

1.1 Problemstilling

St. Olavs Hospital HF har siden 2013 hatt et overordnet fokus på standardiserte forløp som strategi for økt kvalitet, og for å imøtekomme krav om økt effektivitet fra eier (HMN-RHF,

2012). Sykehuset hadde derfor satt i gang arbeidet med å implementere flere kreftforløp før kravene om pakkeforløp kom.

I 2014 ble det en tydelig satsing på forløp også fra myndighetenes side. Helse og omsorgsdepartementet (HOD) (2013) ga i februar 2014 Helsedirektoratet (HDIR) i oppdrag å utarbeide pakkeforløpene for kreft. Til sammen har 200 fagpersoner, i tillegg til fastleger og brukere, utarbeidet 28 forløp for ulike kreftdiagnoser (HDIR, 2014). Forløpene er basert på faglige retningslinjer for de ulike kreftformene beskrevet i nasjonale handlingsprogram. Med utgangspunkt i pakkeforløpet, skal et individuelt forløp for hver enkelt pasient tilrettelegges (HDIR, 2014).

Et viktig mål med pakkeforløpene er at utredning og oppstart av behandling skjer innenfor bestemte tidsfrister formulert i oppdragsdokumentet. Det er også et mål at pasientene får såkalte pakkeforløpskoder, det vil si at de blir registrert *inn* i systemet som overvåker tidsfristene. Resultater for disse målene rapporteres fra myndighetene tilbake til sykehusene.

Hvert pasientforløp har en forløpsansvarlig, som har ansvaret for tidsfristene i det aktuelle forløpet, og for å identifisere og løse de utfordringer som måtte oppstå. Denne rollen innehas av en lege. Det praktiske arbeidet med pakkeforløpene er delegert til en pasientkoordinator. Avgjørelser om behandling tas ofte i multidisiplinære team (MDT), der teamene er satt sammen av de aktuelle fagspesialister knyttet til de ulike forløp.

Vår formening var at det i oppstartsfasen kunne være utfordringer i organisasjonen angående ansvar og rolleavklaringer for ulike aktører i pakkeforløp. Denne formeningen var basert på erfaringer fra egen klinikk, og samtaler med mange ansatte i ulike deler av organisasjonen. Noen av samtalene ble gjennomført som del av forberedelser til en mulig masteroppgave, andre samtaler var av mer uformell karakter. Det er interessant å se hvilke tiltak som er gjort i organisasjonen i forbindelse med implementeringen, og hvordan disse oppleves. I forbindelse med skriving av masteroppgaven i Master of Public Administration er det relevant å *se ledelse og organisering* i sammenheng med resultatene vi oppnår med pakkeforløp. Overordnet problemstilling har vi derfor formulert slik:

Hvordan løses organisatoriske og ledelsesmessige utfordringer ved implementering av pakkeforløp ved St. Olavs Hospital HF?

Å implementere kan bety iverksette og gjennomføre, og gjøre det som er nødvendig for å få «ting til å virke» (SNL, 2009). Med implementering menes i vår oppgave en bevisst prosess med utgangspunkt i gjennomtenkte strategier, som skal resultere i at arbeidet med pakkeforløp blir iverksatt og gjennomført. Oppgaven er avgrenset til å gjelde interne forhold på St. Olavs Hospital HF, og vi har hovedsakelig en kvalitativ tilnærming til problemstillingen.

1.2 Forskningsspørsmål

Vi har formulert fire forskningsspørsmål for å kunne besvare hovedproblemstillingen. I denne avhandlingen har vi valgt et overordnet rammeverk for å strukturere forskningsspørsmålene og presentere resultatene på en oversiktlig måte. Winter og Nielsens (2008) implementeringsmodell presenterer de ulike faser for iverksetting og gjennomføring av politiske vedtak, og forskningsspørsmålene i vår studie er knyttet til disse fasene. Den første fasen omfatter policy-utforming og virkemidler for implementeringen, og vi spør:

1) Hvordan kan policyutforming og virkemidler påvirke implementeringsprosessen?

Kildemateriale her vil være offentlige styringsdokumenter på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, sammen med intervju av aktører i pakkeforløpene. Resultatene blir drøftet ved hjelp institusjonell teori, og teori om evaluering av mål.

Den andre fasen i modellen er knyttet til intraorganisatoriske faktorer som påvirker selve implementeringsprosessen, og forskningsspørsmål 2 og 3 omfatter disse. I et hierarkisk sykehus der enhetene i stor grad er organisert etter funksjonalitet, vil innføring av pakkeforløp sette nye krav til organisasjonen. Resultater blir ikke lenger kun vurdert etter hvor godt de enkelte enheter leverer, det blir også satt krav til forløpene som flyter mellom enhetene i sykehuset. Vi ønsker å undersøke hva organisasjonen gjør for å tilpasse seg disse kravene, hvordan pakkeforløpene forvaltes og hvordan dette oppleves av de involverte:

2) Hvordan skjer organisatoriske endringer ved implementering av pakkeforløp?

Med spørsmålet ønsker vi å se på hvordan seksjoner, avdelinger og klinikker eventuelt restruktureres, og på hvilken måte nye roller blir utnevnt. Det kan også være interessant å studere om ressurser, både finansielle og humane, fordeles på en annen måte i forbindelse med implementeringen. Svar på dette hentes fra intervju med aktører i ulike roller, oppnevnt i forbindelse med pakkeforløp, og personer i linjeledelsen. Empirien drøftes med utgangspunkt i teori om organisering av prosesser versus organisering i hierarki.

I pakkeforløp oppnevnes leger som skal ha et overordnet ansvar for gjennomføringen av disse. Den medisinske fagprofesjonen er gjennom helselovgivningen i en særstilling med hensyn til rettigheter og plikter. Det er store muligheter for påvirkning og makt for profesjonene, noe som kan ha betydning både for horisontal og vertikal ledelse i forbindelse med implementeringen. Vi ønsker å avdekke hvordan denne nye ledelsesstrukturen fungerer i praksis, og har formulert følgende forskningsspørsmål:

3) Hvordan endres ledelsesdynamikken ved implementering av pakkeforløp?

Vi ønsker å se på hva som skjer i implementeringsprosessen når ansvar og myndighet forskyves fra den tradisjonelle linja og over til prosessforløpet. På hvilken måte utøver ledere i den formelle linjen og i pakkeforløpene ansvaret for å nå målene i organisasjonen? Innehar forløpsansvarlige de nødvendige rettigheter som trengs for å kunne gi sitt forløp nødvendig prioritet i sykehuset. På hvilket nivå løses utfordringer i forbindelse med forløpene?

Datakildene her er som i forgående spørsmål intervju, og i tillegg observasjon. Dette forskningsspørsmålet drøftes i lys av prosessledelse og ledelse i hierarkiske organisasjoner, samt maktteori.

Med det siste spørsmålet ønsker vi å undersøke måloppnåelse. Her ønsker vi å finne svar på om organisasjonen har lyktes med innføringen av pakkeforløp for de kvantitative målene som er satt som en form for prestasjonsmåling. I tillegg ønsker vi å undersøke om kvalitative mål oppleves som oppfylt.

4) I hvor stor grad oppnås målene, og hva mener ansatte om måloppnåelsen?

Her vil vi benytte kvantitative data fra registeringsverktøy både på regionalt og nasjonalt nivå, samt intervjuer. Resultatene drøftes i lys av institusjonell teori, og teori om evaluering.

1.3 Oppgavens videre struktur

Kapittel 2 presenterer det metodiske grunnlaget for oppgaven. Bakgrunn for valg av forskningsdesign og vitenskapelig ståsted blir beskrevet, og kapitlet gir videre en oppsummering av hvordan innsamling av data er gjennomført, og deretter analysert. Avslutningsvis diskuteres styrker og svakheter ved metodevalg og gjennomføring av studien.

Modeller og teorier brukt i avhandlingen blir gjort rede for i kapittel 3. Her blir også konseptet standardiserte pasientforløp presentert.

Kapittel 4 presenterer resultater fra dokumentstudiet og de empiriske funnene. Kapitlet er strukturert etter de fire forskningsspørsmålene. Iden (2013) presenterer en modell for å evaluere en organisasjons prosessledelseskapasitet. Til slutt i resultatkapitlet presenteres en samlet vurdering av prosessledelseskapasiteten ved St. Olavs Hospital basert på denne.

I kapittel 5 gjøres en teoretisk drøfting av noen av de viktigste funnene for de ulike forskningsspørsmålene.

Kapittel 6 inneholder en kort oppsummering av forskningsspørsmålene før hovedproblemstillingen svares ut. Deretter presenteres det kort hva funnene i studien kan bety for praksisfeltet.

2.0 Metode

2.1 Metodisk hovedtilnærming

Temaet for oppgaven vår er implementering av pakkeforløp, som er et politisk vedtak. Videre ser vi nærmere på organisatoriske og ledelsesmessige utfordringer knyttet til dette. Resultatene av et vedtatt politisk tiltak samsvarer ikke alltid med planleggingen og utformingen. Et tiltak kan få andre effekter enn forutsatt, av og til i strid med intensjonene. A er tenkt å skulle føre til B, men ofte kan det knyttes usikkerhet til hva som er A og hva som er B, og ikke minst forholdet mellom dem.

En av de store kontroversene i forskning på implementering av politikk er om prosessen bør sees «top-down», fra politikkkutformernes ståsted, eller «bottom up», fra aktørene som er nærmest problemet som skal løses (Winter og Nielsen, 2008). Å forske på forbedringstiltak i helsevesenet kan være krevende, og det kan være vanskelig å finne sikre sammenhenger mellom årsak og virkning, (Andersen et al, 2014). Walshe (2007) advarer mot forskning på dette området som legger opp til å finne ut «whether it works», fordi resultatet som regel vil være «yes, sometimes». Formålet må være å finne ut når, hvordan og hvorfor intervensjonen virker, og se dette i sammenheng med konteksten, innholdet, hvordan den blir applisert og det endelige resultatet. Han mener forskeren bør søke teoretisk heller enn empirisk generaliserbarhet.

2.1.1 Kvalitativ eller kvantitativ tilnærming

Det er mulig å studere implementering av pakkeforløp både med kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Ved å fokusere på kvantitative resultater med hensyn til måloppnåelse, kan dette gi interessant informasjon om ulike trender i og mellom forløp. Dypere innsikt i hvordan organisasjonen endrer seg, kan imidlertid være vanskelig å avdekke ved kun å fokusere på målbare funn. Vår overordnede problemstilling er åpen og eksplorativ, og ved å kombinere tre fortolkende forskningsspørsmål med ett som avdekker kvantitativ måloppnåelse, tilnærmer vi oss implementeringsprosessen på en bred måte. Vi studerer både mål og prosess, og dermed kan årsakssammenhenger lettere sannsynliggjøres.

2.1.2 Vitenskapsteoretisk tilnærming til problemstilling og metode

Ringdal (2009) tilnærmer seg begrepet vitenskap i sin enkleste form ved å definere det som systematiske studier av fysiske eller sosiale fenomener. Hvis man skal studere et fenomen må man ha en oppfatning om at fenomenet er virkelig. Ontologi handler om hvorvidt man mener det er en «virkelig verden» der ute, uavhengig av vår kunnskap om den, og som i liten grad påvirkes av at vi studerer den, eller om virkeligheten er subjektiv (Jacobsen, 2005). For å få

den kunnskapen vi søker, hvilken del av virkeligheten er vi ute etter? Er det den fysiske og målbare, eller er det en virkelighet som kun eksisterer mellom mennesker, som ikke nødvendigvis er målbar men som gir seg utslag i hvordan ting fungerer eller oppleves. Vår problemstilling og dertil forskningsspørsmål legger opp til at vi både studerer målbare data men også prøver å forstå hvordan forløp implementeres som et resultat av samspill mellom mennesker.

Det hermeneutiske og positivistiske ståstedet representerer to ytterpunkter. Hermeneutikk (Jacobsen 2005, Marsh og Furlong 2010), kan bety fortolkningskunst eller forståelselære. Hermeneutikk forkaster at det finnes en virkelighet uavhengig av vår kunnskap om den. Verden er sosialt eller diskursivt konstruert, og det finnes ingen objektiv virkelighet. Fra et hermeneutisk ståsted er virkeligheten avhengig av den som observerer og er dermed mangetydig og relativ, mens virkeligheten fra et positivistisk ståsted er entydig. Det er sentralt å presentere sitt ontologiske ståsted fordi det henger sammen med den metoden man anser som mest reliabel for å få sann kunnskap om et fenomen; er det elementer fra begge.

Epistemologi er læren om kunnskap og hvordan kunnskap tilegnes (Jacobsen, 2005). Hvilken type kunnskap er mulig og relevant å tilegne seg gjennom de vitenskapelige undersøkelsene man gjør? En forskers epistemologiske ståsted reflekteres gjennom hva som studeres, hvordan det studeres og hvilken status forskeren gir resultatene. En positivist ser etter kausale effekter, tenderer til å foretrekke kvantitative metoder og ønsker å produsere mest mulig objektive og generaliserbare funn (Marsh og Furlong, 2010). En forsker fra den fortolkningsbaserte tradisjonen vil konsentrere seg om forståelsen, ikke forklaringen, fokusere på betydningen handlingen har for aktørene, bruker kvalitative bevis og presentere funnene som en fortolkning av forhold mellom sosiale fenomen som er studert. Vi har åpnet for begge innfallsvinkler for å få en bedre forståelse av fenomenet vi skal studere. Samtidig understreker vi at det legges mest vekt på en fortolkningsbasert tilnærming.

Flere filosofer og forfattere presenterer tilnærminger som inneholder elementer både fra det hermeneutiske og positivistiske ståstedet. Jacobsen (2005) skisserer det han kaller en pragmatisk tilnærming, Yins (2014) bok om case-studier, som vi bruker videre i oppgaven, inntar et *realistisk* ståsted (realisme). Ontologisk inntar realismen et positivistisk ståsted når det gjelder den objektive verden, generalisering og det å finne kausaliteter. I motsetning til positivistene hevdes det imidlertid at ikke alle sosiale fenomen, og forholdet mellom dem, er mulig å observere direkte. Studier av fenomener som er observerbare, blir for overfladiske. Det finnes dypere strukturer som ikke kan observeres og det som observeres kan gi et feil bilde av disse fenomenene eller strukturene og deres effekter. Å hevde at strukturene eksisterer, kan likevel gi den beste forklaringen på den sosial samhandlingen som studeres (Marsh og Furlong, 2010).

Sosiale strukturer handler om at det er ulike posisjoner og sosiale mønstre som assosieres med bestemte roller. Virkeligheten består ikke kun av våre beskrivelser av den, og det er strukturer som styrer, samt mekanismer som utløser hendelser. Både aktører og strukturer ligger til grunn for hendelsenes forløp, og natur og kultur samspiller og påvirker ulike fenomener i ulik grad til ulik tid. Strukturer er altså sett av interne relasjoner som kan forårsake bestemte begivenheter; de har nødvendig årsakskraft. Hvorvidt de kausale kreftene faktisk realiseres eller ikke, er imidlertid avhengig av spesifikke, lokale forhold. De kan sies å være kontingente. Konteksten må derfor alltid tas med i vitenskapelige sammenhenger. Realisme har en klar metodologisk implikasjon idet realisme anerkjenner både en kvantitativ og en kvalitativ tilnærming som metode for forskning (Marsh og Furlong, 2010).

En holistisk tilnærming er ifølge Jacobsen (2005) kjennetegnet ved at fenomener må forstås som et komplekst samspill mellom enkeltindivider og sammenhengen de inngår i. Vi ønsker å studere tema og problemstillingen vår med en eksplorativ og åpen holistisk tilnærming. Vårt utgangspunkt i denne oppgaven er en oppfatning av at sykehuset er preget av en rasjonell logikk, men samtidig at hver enkelt i systemet er unik og preget av erfaringer gjort i interaksjon med konteksten de har tilhørighet til, og samfunnet utenfor.

Vi mener sosiale strukturer og maktstrukturer har betydning for hvordan et sykehus fungerer i praksis. Slike forhold vil være lokale og personavhengige. Hvordan ledelse utøves vil ikke bare være avhengig av organisasjonskart og profesjoner, men kan også avhenge av den enkelte leders faglige tyngde, ansiennitet og innstilling til ledelse. Ved at oppgaven har et realistisk ståsted, åpner vi for å studere underliggende strukturer i organisasjonen. Hvordan denne tilnærmingen påvirker generalisering av kunnskap, omtales senere i oppgaven.

Grunnleggende forskjeller mellom positivistisk og hermeneutisk metode, er hvilken strategi som er best egnet for å studere virkeligheten, det vil si metodologisk tilnærming (Jacobsen, 2005). En positivistisk tilnærming tilsier deduksjon, mens en fortolkningsbasert baserer seg ofte på en induktiv metode. Vi har ønsket å ha en åpen tilnærming til problemstillingen. Samtidig hadde vi allerede kunnskap om temaet, og det finnes tidligere forskning og teorier på området. Vi hadde dermed ikke en rent induktiv innfallsvinkel. Vi formulerte imidlertid ikke hypoteser som knytter teori direkte til våre forskningsspørsmål, og vi har dermed ikke et rent hypotetisk deduktivt design heller. Kunnskap om teori knyttet til ledelse og organisering har imidlertid blitt brukt indirekte i spørsmålene. Vi har også diskutert resultatene våre ut fra eksisterende teori. Som Jacobsen (2005) påpeker kan det være en glidende overgang mellom den induktive og deduktive tilnærming. Målet er å se hvordan våre funn samsvarer med eksisterende teorier og forskning på området. Ved en kritisk realistisk tilnærming skulle vi hatt framsatt en hypotese som skulle ta sikte på å falsifisere eksisterende teori på området. For eksempel at kunnskap om og fokus på prosesser *ikke* er viktig for å få pakkeforløp til å fungere. Imidlertid har vi en mer åpen tilnærming enn den hypotetisk-deduktive.

2.2 Design

Vitenskapelige studier bør ha en overordnet plan. Denne omfatter valg av design, forberedelser til datainnsamling, innsamling av data, analyse og en plan for publisering av resultat. Yin (2014) presenterer hvordan ulike forskningsdesign som eksperiment, spørreundersøkelse, dokumentanalyse, historisk analyse, case-studie og statistiske analyser passer for ulike situasjoner. Han tar utgangspunkt i hvordan problemstillingen er utformet, og om målet er å fremskaffe kunnskap av beskrivende, utforskende, eller forklarende art. Videre hvordan de ulike typer design forutsetter kontroll over forsøksbetingelsene, og hvorvidt studien fokuserer på hendelser i nåtid. I vår studie spør vi «hvordan», det vil si at vi i hovedsak har en utforskende problemstilling, vi har ikke kontroll over betingelsene, i første rekke adferden til mennesker og konteksten, og det er et fenomen som skjer i nåtid vi studerer. I slike tilfeller er case-studiet godt egnet som et intensivt design (Yin, 2014), og case-skildringen er sentral i å analysere prosesser i evalueringsforskningen (Almås, 1990).

Begrepet case-studie har ikke noen endelig definisjon. Yin sier at et case-studium brukes når man ønsker å studere et nåværende fenomen i sine naturlige omgivelser i dybden, og der grensen mellom fenomenet og omgivelsene er uklare. En case-studie håndterer en situasjon der variablene er flere enn datapunkter (eg. bare ett; caset). Den er kjennetegnet ved å kreve flere kilder for å kunne trekke slutninger, og bruker tidligere utviklet teori for å planlegge datainnsamling og analyse. Bruken av teori er det som skiller case-studiet fra andre kvalitative studier som feltstudier og «grounded theory». De sistnevnte vil ha et induktivt design der målet vil være å skape teori. I vårt case-studium vil teori være viktig for å lage spørsmål, og forklare resultatene. Yin (2014) forklarer hvordan teori også har en rolle for å gjøre analytiske generaliseringer fra funnene, og viser til at hans arbeid med å beskrive case-studier vitenskapsteoretisk er basert på et realist-perspektiv.

Et eksperiment, for eksempel en randomisert kontrollert studie kjennetegnes ved at når designet først er valgt, skal ikke dette fravikes nesten uansett hva som tilkommer av ny kunnskap og erkjennelser underveis i datainnsamlingen. Unntak er for eksempel medisinsk forskning der metaanalyser underveis kan gi informasjon om alvorlige og ukjente konsekvenser som medfører at studier stoppes. En case-studie vil på den andre siden være resultat av en iterativ prosess der de samme stegene som i et eksperiment gjennomføres, det er imidlertid gjennom hele prosessen mulig å endre og utvikle designet ved å bruke informasjonen ervervet underveis (hermeneutisk spiral). En kvalitativ case-studie med for eksempel intervju som metode, krever en spørrende tilnærming underveis i datainnsamlingen i motsetning til studier med en positivistisk tilnærming. Evnen til å lage og presentere gode spørsmål er en forutsetning for forskere som gjør case-studier. Datainnsamlingen fra case-studier kan følge en formell protokoll, men spesifikk informasjon som kan være relevant for

studien er ikke nødvendigvis enkel å forutsi (Yin, 2014). Et intervju kan gi svar som åpner opp for nye interessante perspektiv og initierer en designendring av case-studiet.

2.2.1 Case

Vårt case for analyse er implementering av pakkeforløp ved St. Olavs Hospital HF. Sykehuset for øvrig og myndighetene er konteksten.

St. Olavs er et universitetssykehus og et av Norges største helseforetak. Sykehuset disponerer knapt 950 senger, og beskjeftiger ca. 10 000 ansatte. St. Olavs eies formelt sett av Helse Midt-Norge, som igjen eies av staten. Sykehuset har regionansvar for de mest spesialiserte behandlingstilbudene, og har derfor pasienter hele Midt-Norge. Videre har St. Olavs Hospital HF enkelte landsfunksjoner, og er et også lokalsykehus.

For å styrke studien har vi valgt et replikerende design og har studert fire pakkeforløp. Ved å studere fire forløp parallelt, mener vi det er lettere å oppnå pålitelige data, og en av de usikre faktorene (ytre kontekst) er konstant for forløpene.

Det er stor variasjon mellom ulike forløp når det gjelder kompleksitet. Noen er innom få klinikker, andre går inn og ut av ulike avdelinger og klinikker. Antall pasienter i de ulike pakkeforløpene varierer også mye. Vi valgte ut fire etablerte forløp, det vil si at de formelt startet 1. januar 2015. Videre var det en forutsetning at de inkluderer et relativt stort antall pasienter. Forløpene som studeres her er pakkeforløp for brystkreft, prostatakreft, lungekreft og kolorektalkreft (tykk- og endetarmkreft). Tilsammen utgjør disse ca. 50 % av kreftpasientene.

2.3 Datainnsamling

Yin (2014) omtaler seks kilder for data i en case-studie, med sine fordeler og ulemper: Dokumentasjon, arkivdata, intervju, direkte observasjoner, deltakende observasjoner, og fysiske artefakter. Vi baserer oss på ulike typer kilder, og har samlet inn både primærdata og sekundærdata. Kildene er beskrevet nedenfor, og en oversikt over kilder til dokument, intervju og observasjon finnes i figurene 2-1 og 2-2.

2.3.1 Intervju

Det kvalitative forskningsintervju brukes når man ønsker kjennskap til den subjektive opplevelsen av et fenomen, altså hvordan mennesket selv erfarer og opplever dette fenomenet (Kvale og Brinkmann, 2009). Et godt intervju krever gode spørsmål som tolkes fortløpende, og en adaptiv innstilling fra en forsker uten fordommer, og med evne til å få med seg det uuttalte. Det som blir sagt eller oppfattet, må sammenholdes med informasjon fra andre

kilder. Forskeren må tenke og agere som en god detektiv for å finne og styrke bevis for sine konklusjoner.

Det kvalitative forskningsintervju er et åpent intervju, der målet ikke er å styre intervjupersonens svar, men vise åpenhet overfor nye og uventede fenomener og unngå ferdig oppsatte kategorier og tolkningsskjemaer. Dette i motsetning til det kvantitative intervju, som bruker et stramt strukturert spørreskjema. I følge Kvale (2009) vil det være mest relevant å bruke halvstrukturert intervju når fokuset er et bestemt tema. Dette for å få de mest valide svarene på problemstillingen og forskerspørsmål. Det halvstrukturerte intervjuet er delvis strukturert ved at man i forveien har formulert formålet med undersøkelsen. Det vil si at:

- Intervjuet fokuserer på bestemte temaer, og det er gjort en begrepsmessig og teoretisk forståelse av temaet som skal undersøkes
- Forskeren har formulert spørsmålsstillinger, en intervjuguide, men er ikke bundet til kun å holde seg til disse spørsmålene. Man kan utdype dem og stille uforberedte spørsmål
- Fokuset skal være på intervjupersonens livsverden, og det skal være åpent for intervjupersonens erfaringer

Et sentralt budskap i Kvales (2009) metodebok om intervju er at en vesentlig del av prosjektet bør være ferdig før man setter i gang båndopptakeren. For å kunne stille de riktige og viktige spørsmålene, er kunnskap om det aktuelle fenomenet nødvendig. Vi la derfor både teori og personlige erfaringer og kunnskap til grunn for ferdigstillelsen av den endelige intervjuguiden. Intervjuguiden ble delt inn i tema knyttet til forskningsspørsmålene, og er lagt ved i appendix D. Spørsmålene belyser direkte eller indirekte forskningsspørsmål og problemstilling, og tar delvis utgangspunkt i teori relevant for problemstillingen. Vi sørget for eksempel for at vi fikk besvart de ulike områdene i Idens (2013) modell for prosessledelseskapasitet.

Det finnes ingen gitte kriterier for hvor mange intervjuobjekter man trenger å ha med for at undersøkelsesgruppen er kvalitativt representativ. Ressurser som tid er avgjørende da transkribering og analyse av mange intervjuer tar lang tid. Man bruker ofte ”loven” om avtagende utbytte eller det som også kalles en ”metning” av funnene, som går ut på at når det ikke lenger dukker opp flere nyanser eller ny kunnskap i det innsamlede datamaterialet, er undersøkelsesgruppen stor nok. I følge Kvale (2009) ligger vanligvis antallet på omkring 15 ±10 intervjuer. I vår studie intervjuet vi til sammen 17 personer, hvorav 4 personer inngikk i et gruppeintervju.

Valget av intervjupersoner impliserer teoretisk og empirisk viten. Utvalget styres altså ikke av tilfeldigheter (statistisk representativitet), men er strategisk valgt ut på bakgrunn av forskerens vitenskapelige hensikter. Da vi har valgt et replikerende case design, så vi viktigheten av å

intervjue personer med samme funksjon knyttet til forløpene. Alle forespurte så nær som én sa seg uten videre interessert i å stille opp til intervju. Vi intervjuet forløpsansvarlige, forløpskoordinatorer, forløpsveileder, seksjonsledere, klinikk- og avdelingssjefer samt to overleger, alle knyttet til de fire forløpene. Noen av intervjuobjektene var kjente for begge to, andre kjente én av oss og seks var ukjent for oss begge. Vi stilte de samme grunnleggende spørsmål til alle informanter. Alle respondenter fikk tilsendt et samtykkeskjema der informasjon om studien ble gitt. I dette ble det også opplyst om at vi ønsket å bruke opptaker, men at opptaket ville bli slettet etter transkribering. Det ble informert om at intervjuet ville vare opp mot en time. Samtykkeerklæringen finnes i appendix B. Gjennomføring av intervjuet skjedde på avtalt sted, til avtalt tid og på intervjuobjektens premisser. Vi tok opp alle intervju digitalt. En av oss ledet intervjuet, mens den andre stilte oppfølgingsspørsmål og passet på at alle områder av intervjuguiden ble dekket. Intervjuene skjedde i løpet av arbeidsdagen, og varte i gjennomsnitt 53 minutter. Intervjuene skjedde i tilfeldig rekkefølge og var avhengig av respondentenes timeplan og muligheter for å sette av tid. En detaljert oversikt finnes i appendix F.

I den kvalitative tilnærmingen er forskerens person ansett som et viktig metodisk verktøy. Kvale (2009) hevder det ofte vil være fordelaktig å ha en litt famlende og spørrende stil. Det er intervjupersonen som er ekspert på eget liv, og forskeren vil lære om dette livet. Vi tok som nevnt utgangspunkt i intervjuguiden, fordi det var viktig å få stilt de samme spørsmålene til aktører i de ulike forløpene. Imidlertid tillot vi oss å forfølge nye og andre temaer hvis det ble brakt på banen, og var relevant for oppgaven.

Intervjuguiden ble testet på to kolleger vi kjente godt før vi gikk i gang med studien.

Vi fant det formålstjenlig å belyse problemstillingen ved å intervju et utvalg ansatte. Vi kunne også valgt en spørreundersøkelse som et mer ekstensivt design. Da har vi kunne fått oppfatningen til et større antall personer. Grunnen til at vi ikke valgte denne modellen er todelt. For det første gir dette færre muligheter for å gå i dybden, og eventuelt endre tilnærming for å finne svar på problemstillingen etter hvert som vi tilegner oss mer kunnskap. For det andre er det en kjensgjerning at ansatte på sykehus, og særlig leger og ledere, nærmest daglig blir invitert til å delta i spørreundersøkelser. Å svare på slike forespørsler er ikke en oppgave som blir prioritert, med mindre det følges tett opp av dem som står bak undersøkelsen. Det kan være vanskelig å oppnå høy deltakelse selv på undersøkelser som i utgangspunktet har betydning for den enkeltes hverdag, for eksempel knyttet til arbeidsmiljø. Å ha en høy svarprosent er avgjørende for å få pålitelige resultater.

2.3.2 Dokumentstudium

Skriftlige kilder og rapporter er brukt i ulike sammenhenger i denne studien. Vi brukte offentlig tilgjengelige dokument, men også data som vi har hentet fra interne system.

Vi har studert diverse Stortingsmeldinger og norske offentlige utredninger (NOU) relevante for pasientforløp. Styringsdokument med styringskrav og rammer fra Helse Midt-Norge var også viktig dokument i denne sammenheng. Via intranettet har vi hatt tilgang til dokumenter og referater fra klinikkens møter. Vi har lest dokumentene med et konkret mål for øyet, nemlig å forstå bakgrunnen for satsing på pakkeforløp for kreft i Norge, og hvordan man har tenkt å implementere disse. En oversikt over dokumenter er vist i tabell 2-1 og 2-2.

2.3.3 Observasjon

Fordi én av oss arbeider i et klinisk miljø, som behandler pasienter som inngår i ulike kreftforløp, har observasjon i en eller annen form vært en uunngåelig del av prosessen. Det å være på jobb har vært å betrakte som feltarbeid «undercover». Det kan være av interesse å gjøre bruk av hverdagsobservasjonene til mer vitenskapelig formål. Å være ansatt i et klinisk miljø og samtidig være studenter har gitt oss muligheten til å arrangere uformelle møter, og å delta på mer formelle møter og konferanser vedrørende pakkeforløp. Noen av disse er presentert i tabell 2-2 på neste side.

Vi har sannsynligvis hatt en fordel ved at vi relativt lett glir inn i de ulike klinikker og miljø, da vi deler både språk og kleskode. Det kan knyttes etiske problemstillinger til at vi bruker informasjon vi får tilgang til uten at miljøet nødvendigvis betrakter oss som forskere. I feltarbeid er kvaliteten av forskningen avhengig av forholdet mellom forsker og informant, og ved at vi har et nettverk har vi fått tilgang til mye relevant informasjon. Dette kan karakteriseres som skjult, deltagende observasjon. De data som er ervervet ved observasjon, både skjult og åpen, har vi imidlertid i all vesentlig grad brukt å bekrefte empiri vi har fått gjennom intervju og funnet i forskjellige dokument og systemer.

Vi planla å være en diskre observatør av det indre livet i egen organisasjon. Dette i motsetning til om vi planla vår studie som aksjonsforskning. I et slikt tilfelle ville vår rolle vært som en intern konsulent, med mål om å påvirke og endre organisasjonen parallelt med forskningsaktivitet (Coghlan, Brannick, 2010).

| Kilder i dokumentanalysen | | | |
|----------------------------------|---------------|--|--|
| NIVÅ | AKTØR | METODE | DATAKILDER |
| Nasjonalt | Politisk | Dok. studie | Meld. St. 1 (2010-2011) Prop. 1 S Statsbudsjettet 2011 |
| | Politisk | Dok. studie | Meld. St. 1 (2011-2012) Prop. 1 S Statsbudsjettet 2012 |
| | Politisk | Dok. studie | Meld. St. 16 (2011-2015) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) |
| | Politisk | Dok. studie | Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid |
| | Politisk | Dok. studie | NOU 1997:2 Pasienten først! |
| | Administrativ | Dok. studie | Nasjonal plattform for ledelse i Helseforetak (2012) |
| | Administrativ | Dok. studie | Helsedirektoratet. Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015 |
| | Politisk | Dok. studie | Sammen - mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017 |
| | Administrativ | Dok. studie | Erfaringer med kræftpakker. Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitutt for Kom. og Reg. |
| | Politisk | Dok. studie | Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge RHF 2010 |
| | Politisk | Dok. studie | Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge RHF 2011 |
| | Politisk | Dok. studie | Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge RHF 2012 |
| | Politisk | Dok. studie | Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge RHF 2013 |
| | Politisk | Dok. studie | Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge RHF 2014 |
| | Politisk | Dok. studie | Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge RHF 2015 |
| Politisk | Dok. studie | Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge RHF 2016 | |
| NIVÅ | AKTØR | METODE | DATAKILDER |
| Regionalt | Styresak | Dok. studie | Helse Midt-Norge RHF. Strategi 2020 |
| | Administrativ | Dok. studie | Helse Midt-Norge RHF. Styringskrav og rammer for St. Olavs Hospital HF 2010 |
| | Administrativ | Dok. studie | Helse Midt-Norge RHF. Styringskrav og rammer for St. Olavs Hospital HF 2011 |
| | Administrativ | Dok. studie | Helse Midt-Norge RHF. Styringskrav og rammer for St. Olavs Hospital HF 2012 |
| | Administrativ | Dok. studie | Helse Midt-Norge RHF. Styringskrav og rammer for St. Olavs Hospital HF 2013 |
| | Administrativ | Dok. studie | Helse Midt-Norge RHF. Styringskrav og rammer for St. Olavs Hospital HF 2014 |
| | Administrativ | Dok. studie | Helse Midt-Norge RHF. Styringskrav og rammer for St. Olavs Hospital HF 2015 |
| | Administrativ | Dok. studie | Helse Midt-Norge RHF. Styringskrav og rammer for St. Olavs Hospital HF 2016 |
| | Administrativ | Dok. studie | Helse Midt-Norge RHF. Standardiserte pasientforløp. Veiledningshefte i forløpsmetodikken |
| | Administrativ | Dok. studie | Regional handlingsplan for strategisk HR 2008-2013 Helse Midt-Norge |
| | Administrativ | Dok. studie | Regional HR-handlingsplan for Helse Midt-Norge 2015-2016 |
| | Administrativ | Dok. studie | Strategi for utdanning og kompetanseutvikling i Helse Midt-Norge 2015-2020 |
| | Styresak | Dok. studie | Helse Midt-Norge. Sak 49/12. Regional plan for kreftomsorgen i HMN 2012-2020 |
| | Konferanse | Observasjon | Regional erfaringskonferanse pakkeforløp for kreft arrangert av Helsedirektoratet, 12.10. 2015 |

Tabell 2-1: Kilder i dokumentanalysen fra nasjonalt og regionalt nivå.

| Kilder i dokumentanalysen | | | |
|---------------------------|-----------------|---|--|
| NIVÅ | AKTØR | METODE | DATAKILDER |
| Lokalt | Masterstudenter | Kvalitative int. | 2 intervju med sentrale aktører med ansvar for alle pakkeforløpene |
| | Masterstudenter | Kvalitative int. | 4 intervju med forløpsansvarlige for de 4 største forløpene. |
| | Masterstudenter | Kvalitative int. | 2 intervju med seksjonsoverleger med ansvar for flere pakkeforløp |
| | Masterstudenter | Kvalitative int. | Intervju med informant fra Kreftklinikkenes leger |
| | Masterstudenter | Kvalitative int. | 3 intervju med kliniksjefer |
| | Masterstudenter | Kvalitative int. | Gruppeintervju med forløpskoordinatorene for de fire største pakkeforløpene (4 personer) |
| | Administrativ | Dok. studie | St. Olavs Hospital HF. Hovedprogram for forbedring 2011-2016 |
| | Administrativ | Dok. studie | St. Olavs Hospital HF. Forbedringsprogram 2013 |
| | Administrativ | Dok. studie | St. Olavs Hospital HF. Forbedringsprogram 2014-2016 |
| | Administrativ | Dok. studie | St. Olavs Hospital HF. Fremragende behandling. Strategi 2015-2018 |
| | Viseadm. dir. | Arb. Seminar | Referat arbeidsseminar. Sikre regional forankring og deltagelse i impl. av st. pasientforløp |
| | Viseadm. dir. | Arb. Seminar | Referat arbeidsseminar. Evaluering av arbeidet med Forbedringsprogrammet 2014-2016 |
| | Hovedledelsen | Dokumenter | Hovedledelsen. Sak 46/14. Plan for lederutvikling ved St. Olavs Hospital HF |
| | Hovedledelsen | Dokumenter | Hovedledelsen. Sak 48/15. Koding av nasjonale pakkeforløp kreft |
| | Masterstudent | Observasjon | Deltatt på møte ifm rapporterte tall fra Norsk pasientregister (NPR) |
| Masterstudenter | Møte eSP | Flere møter med utviklingsansvarlig arkitekt eSP. HEMIT | |
| Administrativ | Dok. studie | Arbeidsmiljøutvalget. Sak 29/13. Oppfølging Nasjonal lederplattform | |

Tabell 2-2: Kilder i dokumentanalysen fra lokalt nivå.

2.3.4 Kvantitative data

For å besvare det fjerde forskningsspørsmålet er data fra det regioninterne datasystemet «Elektronisk standardiserte pasientforløp» (eSP), og Helsedirektoratets «Sentrale indikatorer for organspesifikke pakkeforløp» analysert (HDIR, 2016). Det er Norsk pasientregister (NPR) som har ansvaret for sistnevnte, vi benevner derfor disse dataene som data fra NPR. Dataene avdekker om vi når de kvantitative målene satt i forbindelse med implementering av pakkeforløp. Begge systemene henter spesifikke data for pakkeforløp som finnes i det pasientadministrative systemet (PAS) på sykehuset. Disse dataene er manuelt kodet inn i PAS som såkalte pakkeforløpskoder.

Data fra NPR har vært tilgjengelig i ulik form siden oppstart av denne studien. Da vi gjorde intervjuene, hadde vi kun data som vi hadde fått via aktører i forløpene. I starten var dette store Excel-filer som opplevdes nokså u håndterlige, i følge aktørene. Mot slutten av 2015 ble det lansert verktøy åpnet på HDIR`s sider, hvor man enkelt kan se sitt eget foretak i relasjon til andre i regionen og landet for øvrig. Dette gjelder både hvor mange som blir kodet inn i

forløp (får pakkeforløpskoder), og hvor mange som blir utredet innenfor de ulike fristene. Det er mulig å eksportere data fra ulike forløp, sykehus og foretak og sammenstille disse slik man selv ønsker. Vi har konsentrert oss om spesielt de fire pakkeforløpene vi studerer, og data fra St. Olavs er sammenlignet med resten av landet for å ha et referansegrunnlag. Data fra NPR presenteres etterskuddsvis og kvalitetssikres forløpende (HDIR, 2016), men de er avhengig av de enkelte sykehus sin kodepraksis.

Det regioninterne dataprogrammet eSP er også utviklet vesentlig i løpet av 2015. Først forelå det kun data fra de fire store pakkeforløpene, men nå inkluderer programmet alle forløp. Datainnholdet oppdateres hver natt. For hver enkelt pasient kan man nå få oversikt over hvor mange dager hver fase utredningen tar. Data kan også aggregeres på pakkeforløpsnivå. eSP gir ennå ikke mulighet for å se hvor mange av kreftpasientene som er kodet inn i programmet med en pakkeforløpskode. Dette betyr at det ikke er mulig å trekke noen sikre slutninger for dette basert på dataene i systemet.

2.4 Dataanalyse

2.4.1 Intervju

Etter å ha gjennomført de planlagte intervjuene, transkriberte vi disse selv. Analyse av data innebærer eksaminering, kategorisering, tabulering og å kombinere bevis på ulike måter (Yin, 2014). Ved analysering av et kvalitativt forskningsintervju finnes det ingen standardmetoder som ved statistisk analyse.

En induktiv analyse starter uten noen ide om hva man skal se etter på forhånd. Lesingen fører til utvikling av tema eller kategorier; Yin (2014) kaller dette å leke med dataene. I en deduktiv analyse har det teoretiske grunnlaget bidratt til å forme og påvirke hvilke data som er samlet inn, og spiller derfor også en rolle i forbindelse med analysen. Yin (2014) kaller denne strategien «relying on theoretical propositions».

I analysefasen har vi hatt en viss veksling mellom deduktiv og induktiv innfallsvinkel. Vi har som nevnt tidligere brukt forhåndsbestemte tema som en måte for å kategorisere data. Idens rammeverk for prosesslederkapasitet presentert i kapittel 3.5 inneholder relevante kategorier. Innen disse kan ulike ledelsesmessige og organisatoriske utfordringer identifiseres, og analyseres med tanke på hvordan de løses. Dominerer de etablerte strukturer og former for ledelse og makt, eller er organisasjonen i ferd med å få et prosessfokus?

Samtidig var vi bevisst på at det kan foreligge data som ikke nødvendigvis passer inn i en av disse kategoriene, men som er viktig for å forstå hvordan ting henger sammen, jfr skjulte strukturer under kapitlet om vitenskapsteori. Disse kunne identifiseres ved den induktive tilnærmingen.

Fordi vi spør etter informantenes egne opplevelser og meninger, kan det være behov for å bruke Kvaales (2009) tre analysenivåer for analyse av et transkribert intervju: selvforståelse, «common sense» og teoretisk tolkning.

Den første fortolkningen er selvforståelse. Fortolkeren forsøker her å formulere det intervjuobjektet selv oppfatter som meningen med sine uttalelser. I denne avhandlingen har vi delvis sitert objektene direkte.

Den andre fortolkningen er kritisk forståelse basert på sunn fornuft. Tolkningen går her lenger enn til intervjuobjektet selvforståelse, men holdes innenfor konteksten av det som er en allment fornuftig tolkning. Tolkning på dette nivået innebærer en videre ramme av forståelse, enn det intervjuobjektet selv uttrykker. Forskeren kan her stille seg kritisk til intervjuobjektets uttalelser, og kan fokusere på innholdet i det som blir fortalt, eller på personen som kommer med uttalelsene. Dette har vi presentert som empiriske analyser.

Den tredje fortolkningen er teoretisk forståelse. Analysen på dette nivået forsøker å gå lenger enn til intervjuobjektet selvforståelse og analysen basert på sunn fornuft. Her benyttes litteratur og teoretisk rammeverk ved tolkningen av utsagn i en drøfting.

Kvale (2009) gir retningslinjer for rapportering av intervjusiter og disse har vi benyttet.

Intervjuguiden var delt inn i hovedområder knyttet til de ulike forskningsspørsmålene. Spørsmålene i guiden dannet utgangspunktet for videre koding av sitater. I tabell 2-3 på neste side er det gitt en oversikt over hvordan ulike kategorier som endelig er dannet ut fra intervjuprosessen brukes til å besvare de fire forskningsspørsmålene.

| Forskningsspørsmål 1 | Forskningsspørsmål 2 | Forskningsspørsmål 3 | Forskningsspørsmål 4 |
|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| Målene med implementeringen | Endringer | Makt og myndighet | Opplevelse av måloppnåelse |
| Utforming av forløp | Etablering av prosess eierskap | Ledelse av profesjoner | Kvalitet pasientbehandling |
| Organisering av forløp | Innhold i prosessroller | Handlingsrom | |
| | Overvåking av prosess | Profesjoner og ledelse | |
| | Forvaltning av forløp | Endringsledelse | |
| | Insentiver | Ledelse på tvers, målrollekonflikter | |
| | Flaskehals | Toppledelens engasjement | |
| | Koordinering av arbeid på tvers | Endringsorientert kultur | |
| | Kvalitet data i Esp | Kompetanse | |
| | | Lederutvikling | |

Tabell 2-3: Oversikt kategorier under de enkelte forskningsspørsmål

For å kategorisere de relativt store mengdene data fra transkriberingen, laget vi et Excel-ark for å systematisere disse. I figur 2-1 er en skjermdump av et utsnitt vist.

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I |
|---|----|--------|------------------|---|--------|----------------|--|-----|--------------------------------|
| 1 | ID | Forløp | Rolle | E | Ansatt | Stilling siden | Sitat | Kat | Kategori org |
| 2 | 8 | Uro | Forløpsansvarlig | | 2000 | 2011 | Fremfor alt så er det jo at pasientlogistikken skal flyte bra, men det overordnet målet er jo fra HDIR at pasienten skal være tryggere egentlig ikke at overlevelsen for prostatakreft skal bli redusert. Pasienter med kreft skal føle at når man er inne i et system så er alle datoer og avsatte tidspunkt for utredning fastsatt slik at man...så har vi en oversikt... mange har følt at ventetider har blitt slitsomt, og det kan man jo enkelt forstå. Det hadde egentlig en ganske stor utfordring til å begynne med fordi at vi viste at vi hadde noen flaskehals allerede når vi begynte. St. Olavs gikk jo ut før PKF ble implementert ut med sine SPF så da hadde vi jo egentlig identifisert de flaskehalsene. Det gikk på bildediagnostikk og det gikk på patologi. Så var det da å ha møter og prøve å finne ut hvor lang tid til alle disse stasjonene tror vi at vi kommer at kunne klare å få StOlav er som et sånn tankskip, det går i en retning og så prøve da å bare snu en litt... og tenke at...vi har jo det i kjeden, bare å legge det først, men det er masse ting som skal til for å få det der til å snu da. Prostatakreft er en generell urologisk, alle urologer mer eller mindre møter jo prostatakreftpasientene, så man kan liksom ikke si at man nå skal vi ta ut og bare et fåtall skal kunne utrede dette her, alle skal gjøre det på Altså struktur...man får jo egentlig skille på...internt så har vi allerede en struktur og den har vi hatt, det vi si at vi har vært inndelt i små grupper internt på urologen. De som jobber med prostatakreft blir jo naturlig nok jo den som leder det forløpet, og dem som jobber med nyrekreft blir jo naturlig nok leder for nyrekreft PKF, så internt har det ikke forandret strukturen på vårt sett å jobbe men, sett utenfra så har jeg i hvert fall merket en Jeg tror at det noen ganger har fått det på mange steder der man, for det er avhengig av hvordan man var organisert før. Det finnes mange som organiserer seg mer til metoden hvordan en kirurg opererer, kan du operere med robotkirurgi så har det vært liksom den gruppen, er du en mer endoskopør så er du i den gruppen og ikke på fag da, sånn prostata, nyre og blære. Der tror jeg at man har hatt en organisatorisk forandring, og jeg | | 12Målene med implementeringen |
| 3 | 8 | Uro | Forløpsansvarlig | | 2000 | 2011 | | | 10Flaskehals |
| 4 | 8 | Uro | Forløpsansvarlig | | 2000 | 2011 | | | 2Endringer |
| 5 | 8 | Uro | Forløpsansvarlig | | 2000 | 2011 | | | 5Etablering av prosesseierskap |
| 6 | 8 | Uro | Forløpsansvarlig | | 2000 | 2011 | | | 2Endringer |
| 7 | 8 | Uro | Forløpsansvarlig | | 2000 | 2011 | Min rolle, FA...det har jo vært egentlig å implementere HDIR anbefalinger i klinikken. FK er jo dem som skal holde styring på kodingen, det har jo vært et stort arbeid, og kanskje vanskeligere en hva vi trodde til å begynne med. Så er det sentralt på St.Olavs ansatt noen i sentral stab da som jeg kanskje har jobbet mer ned no em jeg gjorde for det... Ia, her i alle fall ikke oppløst at jeg møter noen... Når du står horisontalt så | | 6Innhold i prosessroller |

Figur 2-1: Eksempel på koding av data fra transkriberte intervju

Hvert intervju ble gitt ett unikt nummer 1-15. Videre ble det gitt en kode for hvilket forløp aktøren representerte, hvilken rolle(r) vedkommende har, hvor lenge intervjuobjektet har vært ansatt på St. Olavs og hvor lenge vedkommende har vært ansatt i nåværende stilling. Svar på spørsmål vi stilte fra intervjuguiden og andre kommentarer ble så satt inn i celler i regnearket og kategorisert i henhold til kategorier i tabell 2-3. I regnearket ligger det filterfunksjoner som gjør at vi etterpå kunne filtrere på alle sitat som for eksempel handlet om mål med implementering, kompetanse, datakvalitet etc. Selv om vi hadde et relativt stort antall kategorier, risikerer vi at interessante betraktninger fra intervjuobjektene ikke passer inn i de kategoriene vi har definert og dermed ikke blir tatt med videre i analysen. Dette har vi forsøkt å ta hensyn dels ved å være å være romslige med hva vi satte inn under de ulike kategorier og delvis ved å gjøre notater av viktige funn parallelt med kodingen.

Funnene fra intervjuene presenteres, og sammenstilles i empiriske analyser i kapittel 4, og drøftes videre mot overordnede teori, annen relevant litteratur, resultat fra de andre undersøkelser og egne erfaringer i kapittel 5.

2.4.2 Dokument

Kjeldstadli (2007) sammenfatter kildegransking til å finne svar på tre spørsmål:

Hva er egentlig materialet man undersøker, og hvordan påvirkes materialets karakter informasjonen som kan hentes ut? I vår oppgave presenterer vi hvilken type dokumenter dette er, og for hvilke formål det er skrevet. Her har det betydning i hvilket stadium av prosessen med etablering og implementering av pasientforløp dokumentene ble skrevet.

Hva står det egentlig i kilden; hva betyr den? Et utgangspunkt her kan være en kommunikasjonsanalyse av formen «forfatter - innhold/form i tekst – leser». Det første forskningsspørsmålet handler om policyutforming og virkemidler. Vi har vært spesielt opptatt av å forstå og tolke målene som er presentert i dokumentene, og hvordan disse kan forstås eventuelt misforstås, og hvordan virker dette på aktørene.

Hvordan kan opplysningene brukes til å besvare problemstillingen? Selv om arbeid og mål er skriftliggjort som en prosedyre eller handlingsplan, er ikke det det samme som at dette blir prioritert eller gjort. Vi har sett på dokumenter knyttet til pasientforløp og sett på hvordan disse har kunnet påvirke utfallet for implementering av pakkeforløp.

Dokumentene blir presentert i kapittel 4.1 og diskutert i kapittel 5.1.

2.4.3 Kvantitative data

Data fra NPR og eSP er fremstilt grafisk i diagrammer ved hjelp av Excel. I alle figurer er måloppnåelse i prosent vist som funksjon av tid.

For analyse av den totale prosessledelseskapasiteten i organisasjonen, har vi fremstilt dataene grafisk ved hjelp av et «spider-chart» diagram i Excel. Vi har selv tolket kvalitative data innenfor åtte områder eller variabler for prosessledelseskapasitet, og gitt disse en score høy, medium eller lav. Denne scoringen danner utgangspunktet for figur 4-6.

Figurene blir presentert som resultater i kapittel 4.

2.5 Kvalitetssikring

Metode betyr egentlig «veien til målet» (Kvale og Brinkmann, 2009), en vei som må være preget av reflekterte valg og gode begrunnelser. Det er dessuten viktig at alle trinn i undersøkelsen henger sammen. Yin (2014) skisserer fire tester som han anbefaler for å bedømme kvaliteten i et case-studium, og grep som kan gjøres for å øke denne. Vi presenterer relevante begrep knyttet til validitet og reliabilitet, og skisserer hvordan vi har sørget for

adekvat kvalitet. Noen refleksjoner rundt dette er presentert i tidligere kapitler, for eksempel under intervju og observasjon, og da gjentas ikke de her.

Gyldighet (validitet) i en undersøkelse dreier seg om undersøkelsen måler det den har til hensikt å måle, og i hvilken grad den metodiske tilnærming er tilfredsstillende, og om dataene er relevante eller gyldige for problemstillingen:

2.5.1 Begrepsvaliditet

Begrepsvaliditet handler om målemetodene har klart å fange inn det som det er ønskelig å måle. Yin (2014) beskriver dette som krevende i case-studier. Høy validitet betinger at man har valgt ut de riktige parametere, som videre skal studeres for å besvare en problemstilling. Her er det en risiko for å bli for ensidig eller snever. For å få fram et mer sikkert resultat er det sterkt anbefalt å bruke flere kilder som på ulike måter kan bidra til evidens for eksempel gjennom triangulering. Triangulering kan skje ved at ulike datakilder blir brukt, flere forskere bidrar, teoritriangulering og metodetriangulering. Vi har benyttet disse foreslåtte innfallsvinklene for å øke validiteten. Som tidligere nevnt har vi brukt både intervju, dokument og observasjon som kilder. Vi har vært to som har gjennomført alle deler av studien sammen, og har gjort uavhengige tolkninger av resultat. Vi har brukt flere teorier og modeller, og endelig har vi brukt både kvantitative og kvalitative data for å belyse problemstillingen. I drøftingen har vi tatt inn annen forskning på området.

En annen måte for å høyne validiteten, er å legge fram resultatene, det vil si tolkningene, for informantene som bidro (Yin 2014, Jacobsen 2005). Nøkkelpersoner får dermed en anledning til å godkjenne funnene, og tilbakemeldinger kan føre til at forslagene til konklusjoner blir endret. Å sette i gang en slik prosess kan imidlertid forlenge tiden før rapporten kan ferdigstilles. Vi har av den grunn kun diskutert arbeidet med én representant ved St.Olavs som ikke er en av intervjuobjektene, men som kjenner implementeringen godt.

Utvelgelsen av informanter til intervju har betydning for validiteten til studien. Et problem med rekruttering av informanter er at man ikke har kontroll over hva personene som ikke deltar i studien ville ha sagt i et intervju. Akkurat i denne studien mener vi at det er opplagt å velge forløpsansvarlige, berørte klinikkssjefer og andre aktører som er tett på pakkeforløpene som intervjuobjekter. Hvis vi hadde intervjuet mer perifere aktører, kan det hende at svarene hadde blitt annerledes, men vi tror likevel hovedkonklusjonene ville holdt. Én som ble forespurt om intervju ønsket ikke å delta. Denne mente at implementeringen var kommet for kort til at det var mulig å få noen sikre resultat av en slik undersøkelse, og forsto derfor ikke vitsen med å delta.

2.5.2 Intern validitet

Intern validitet er avgjørende hvis målet er å finne årsakssammenhenger. Dette kan være mindre aktuelt i case-studier (Yin, 2014). Imidlertid kan vi finne samvariasjon mellom fenomen, og intern validitet er graden av tillit til det tilsynelatende forholdet mellom årsak og virkning. Det sentrale spørsmålet er: «Kan det være en alternativ årsak eller årsaker, som forklarer mine observasjoner og resultater?» Vi har hatt mulighet til å framskaffe måleresultat som har avdekket hvordan vi lyktes med gjennomføringen av pasientforløp, og har beskrevet graden av prosesslederkapasitet som finnes i organisasjonen. Vi mener at vi har hatt en bred tilnærming til oppgaven, nettopp for å unngå at vi utelukker viktige årsaksfaktorer. Når resultater fra undersøkelser av flere forløp er konsistente, vil det kunne styrke en (lokal) forklaringsmodell. Imidlertid er vi åpne for at det kan finnes ikke-målbare strukturer i konteksten som gjør at vi får uventede resultat eller ikke stoler på resultatene. Slike fenomen prøver vi å avdekke ved hjelp av en fortolkende tilnærming. Hvordan vi utfører analysen, vil kunne øke den interne validiteten. Yin (2014) foreslår å se etter mønster, bygge opp forklaringer, og adressere rivaliserende forklaringer. Egne funn og konklusjoner bør valideres opp mot andre undersøkelser på samme tema.

2.5.3 Ekstern validitet, overførbarhet

Overførbarhet eller generaliserbarhet er en tredje parameter på forskningens kvalitet. Jacobsen (2005) påpeker at målet ikke trenger å være at undersøkelsene skal føre til revolusjonerende ny teori eller kunnskap, men at resultatene blir et supplement til eksisterende kunnskap og ikke minst frambringe ny, lokal kunnskap. Forskning skal likevel gjerne ha et snev av originalitet over seg. De enkleste undersøkelser vil ha som mål å beskrive fenomen, høyere kredibilitet oppnås hvis sammenhenger kan forklares, eventuelt predikeres. I vår oppgave vil vi påstå at det er teorivalg sammen med ny, konkret kunnskap om måloppnåelse som gjør at oppgaven er interessant og tilfører noe nytt.

I kvalitativ forskning er det en erkjennelse at forskningen må ses i lys av sin kontekst, men at ens forskningsfunn til en viss grad er overførbare til andre tilsvarende forskningsprosjekter, så langt en tar høyde for de kontekstuelle forutsetningene. Yin (2014) argumenterer for at forskere kan trekke kvalifiserte konklusjoner fra casestudier ved analytisk eller teoretisk generalisering, hvor caset studeres i lys av teori for å vurdere om det støtter opp om teorien eller motsier den. Den analytiske generaliseringen impliserer en større oppmerksomhet mot det kontekstuelle enn statistisk generalisering, og betinger at vi gjør en veloverveid vurdering av hvorvidt konklusjonene i studiet er anvendbare i tilsvarende studier (Kvale og Brinkmann, 2009). I følge Yin (2014) kan konklusjonene bidra i utviklingen av begreper og teori, og generere nye spørsmål.

I samfunnsvitenskapen er det ofte mennesket som tenkende og handlende vesen som studeres, mens naturvitenskapen i hovedsak studerer fysiske objekter. Dette gjør vitenskapene prinsipielt forskjellige. Består sosiale systemer, det vil si mennesker som samhandler, av lovmessigheter, eller er alt unikt? Finnes det generelle lover i sosiale system slik det gjør i fysikken? Et positivistisk syn tilsier at vi kan studere en objektiv virkelighet ved objektive metoder og at resultat kan kobles slik at en stadig får bedre forståelse av de lovmessigheter samfunnet styres av, det vil si at kunnskapen kan brukes kumulativt. En hermeneutisk tilnærming er avvisende til dette. Filosof Karl Popper sier at det også i sosiale system vil kunne observeres regelmessigheter, men at de ikke vil være like forutsigbare som visse naturlige fenomen (Jacobsen, 2005).

Kumulativ kunnskap bidrar til at vi kan beskrive antatte lovmessigheter som teorier. «If I have seen further, it is by standing on the shoulders of giants», skrev Isaac Newton. Hans lover fra fysikken stod fjellstøtt helt til Albert Einstein oppdaget at de under visse forutsetninger er ugyldige. Han stod altså igjen på skuldrene til Newton da han utviklet relativitetsteorien. Dette sier noe om verdien av kumulativ kunnskap, men også om verdien av å tørre å utfordre etablerte sannheter (Hawking, 1988). Nesten uansett hvor mange ganger resultater av eksperimentene sammenfaller med teorien, kan man ikke være sikker på at resultatene vil være de samme ved neste forsøk. Karl Popper karakteriserer en god teori ved at den gjør en rekke spådommer som kan motbevise, eller at man klarer å bevise en påstands feilaktighet (falsifisere) (Ringdal, 2013). Hver gang nye eksperiment eller ny forskning blir funnet å stemme overens med teorien, styrkes tiltroen til denne. Hvis en ny observasjon blir funnet å ikke overensstemme, må vi modifisere eller gå bort fra teorien. Denne filosofien mener at alle undersøkelser likevel bør bygge på den kunnskap som allerede finnes fordi vitenskapelig kunnskap skapes i et samspill mellom teori og observasjon (Ringdal, 2013). I vårt arbeid utfordrer vi i første rekke teorier om prosessledelse og hierarkiske organisasjoner. I følge Eikebrokk et al (2011) er det et behov for å utvikle teorier knyttet til prosessledelse, og hvordan prosesser adopteres og aksepteres i organisasjoner.

Studiens overførbarhet avhenger av utvalg av informanter, kontekst og målemetoder. Replikasjon er brukt i denne studien for å styrke studien. I utgangspunktet tror vi at resultater fra vår undersøkelse kan overføres til implementering av pakkeforløp der andre avdelinger og klinikker enn de vi har studert, er involvert. Selv om sykehus har mange like trekk, vil nok konteksten i hvert enkelt sykehus ha betydning for implementeringen. Denne må nøye beskrives hvis en skal prøve å overføre resultatene til andre sykehus.

2.5.4 Pålitelighet/reliabilitet

Reliabilitet handler om hvorvidt en kan stole på resultatene av undersøkelsen, og om resultatene kan betegnes som nøyaktige og pålitelige (Jacobsen, 2005), og utgjør Yins (2014) fjerde kriteria for kvalitet. Det vil si å sikre at dersom en annen forsker hadde fulgt samme

metodikk som vi beskriver, så ville forskeren ha kommet fram til de samme funn og konklusjoner. For et eksperimentelt oppsett ville vi ha avkrevd samme resultat, men i en tversnittstudie av en implementeringsprosess slik tilfellet er her, gir det ikke samme mening å kreve at resultatene skal kunne reproduseres fullt ut. Vi har likevel forsøkt å fremme studiens reliabilitet ved at forskingsdesign og metode blir forsøkt gjengitt så detaljert som mulig. Det første som må foreligge er en detaljert case-study protokoll (Yin, 2014). Det er viktig at vi begge gjennom hele studien har vært innforstått med valgt metode. Det er videre en forutsetning at alt som blir gjort, blir nøyaktig utført og godt dokumentert. Den ferdige intervjuguiden er lagt ved masteroppgaven som et appendiks for å få et bedre innblikk i hvordan data fra intervjuer ble samlet inn.

En rekke aspekter kan imidlertid true studiens reliabilitet. Intervjusituasjonen er krevende, og respondenter kan avgi tilfeldige eller uriktige svar grunnet kunnskapsmangel eller manglende motivasjon for tema. Undersøkeren kan ha effekt på det fenomenet som studeres, særlig kan det være relevant i en intervjusituasjon. Vi har spurt de aktuelle informantene direkte, og ikke tilfeldig rekruttert hvem som ønsker å bidra. Vi hadde en formening om at det var blandede følelser knyttet til implementeringen av pakkeforløp, og ønsker å unngå en seleksjon av respondenter som ønsker å bruke intervjusituasjonen som en mulighet til å få snakke ut.

En vanlig bekymring ved intervju er bruken av såkalte ledende spørsmål. I følge Kvale (2009) er det prinsipielt umulig å unngå ledende spørsmål i et intervju, da fokuset er å lede respondenten mot bestemte temaer i hans livsverden. Man skal derimot unngå å lede til bestemte meninger om disse temaene. I følge Kvale (2009) har temaet fått en overdreven oppmerksomhet i de tradisjonelle metodebøkene. Det avgjørende er ikke hvorvidt man skal lede eller ikke lede, men hvor spørsmålet leder. Spørsmålet er altså om våre intervju- og forskningsspørsmål ledes i retninger som kan gi ny og betydelig kunnskap. En intervjuer som vet hva han eller hun skal spørre om, og hvorfor dette er relevant å spørre om, vil i intervjustadiet nettopp skape et bedre og mer pålitelig utgangspunkt for den senere analysen.

En utfordring med intervju er at intervjuanalysens objektivitet er generelt vanskelig å bevise. Det vil være vanskelig å bevise at våre tolkninger ikke har vært overfladiske, ensidige og fordreide.

Fordi kvalitative metoder er avhengige av og følsomme overfor konteksten, er det viktig med mest mulig åpenhet. Vi har eksplisitt formulert hvilke metoder vi har brukt, og har i avhandlingen eksplisitt reflektert over hvordan disse kan ha påvirket resultatet. Dette gjelder både for validitet, overførbarhet og reliabilitet av resultatene.

2.5.5 Refleksjon, å studere egen organisasjon. Utfordringer med validitet og reliabilitet

Å gjøre undersøkelser og forske i egen organisasjon byr på både muligheter og utfordringer. Mange av våre grunnleggende verdier og store deler av vår kulturelle kunnskap er uuttalt og ubevisst. Et grunnleggende problem ved å studere egen kultur, er nettopp det at vi tar mye for gitt. Paulgaard (2007) peker på at det hun kaller kulturfortrolighet kan følge til kulturblindhet. En som er innenfra vil ha problemer med å se og artikulere det selvsagte og underforståtte, det som tas for gitt. Selektiv persepsjon er en årsak til at det er vanskelig å studere egen virksomhet. Ens perspektiv kan bli begrenset av sosialisering. På den annen side kan forskerens subjektive forforståelse sees på som en forutsetning for innsikt. Disse betraktningene gjelder både i intervjusituasjonen, ved observasjon og i analysen.

I følge Paulgaard (2007) er det nødvendig for forskeren å innta nye posisjoner, og å reposisjonere seg for å få adgang til arenaer der man ikke hadde adgang før. I vårt tilfelle er vi to, med forskjellig bakgrunn og ståsted i organisasjonen, som sammen tar del i hele prosjektets gang. Dette vil sannsynligvis styrke validitet og reliabilitet.

Det er ikke mulig å produsere samfunnskunnskap som er upåvirket av forståelsesrammene til den som skaper og formidler kunnskapen (Aase og Fossåskaret, 2007). Når forskeren har hatt en lokal posisjon i et felt, har vedkommende også med seg en forhåndskunnskap som en forsker utenfra ikke har. Vi har begge relativt lang fartstid innen sykehuset, og har hatt ulike stillinger gjennom årene. Samlet har vi erfaring fra arbeid knyttet direkte opp mot pasientbehandling, erfaring som leder på seksjons- og avdelingsnivå, som personalrådgiver i ulike klinikker og arbeid med organisasjons- og lederutvikling. Dette har gitt oss innsyn i hvordan ulike deler av sykehuset er organisert, opplevelsen av ulike kulturer og forskjellig fokus innad i organisasjonen. MPA-studiet har gjort oss i stand til å sette våre erfaringer i et større teoretisk perspektiv og forstå betydningen av profesjoner, gjennomførte reformer, krav og forventinger som stilles. Samlet mener vi at vår erfaring og kunnskap kan gjøre oss i stand til å identifisere sentrale problemstillinger, og gi et godt utgangspunkt for å analysere disse.

Forskeren som kommer helt utenfra, må sette seg inn i feltet og forsøke å skaffe seg denne forkunnskapen. Innsideforskeren har allerede gjort unna viktig research for å skaffe seg kunnskap og oversikt. Den innsikten en forsker har ervervet seg gjennom flere års utøvende virksomhet i et fagfelt eller en profesjon, er nærmest umulig å oppnå gjennom noen få intervju i et ukjent felt (Aase og Fossåskaret, 2007). Forkunnskapen har gjort oss bedre i stand til å forstå feltet, og den har gjort det lettere å unngå misforståelser. Nærheten kan dermed betraktes som en fordel for å oppnå forståelse og innsikt.

Det kan ligge en fare i at den som forsker i kjent terreng, også har gjort seg noen konklusjoner på forhånd, og leter etter det som bekrefter de erfaringene forskeren gjorde seg som praktiker. Nilsen (2007) understreker viktigheten av å bruke teori for lettere å kunne se forhold utenifra. Gjerne flere teorier som konkurrerer eller supplerer hverandre. En bør velge teorier som i utgangspunktet ikke vil bekrefte egne forestillinger eller hypoteser. Man må også unngå tilbøyeligheten til å finne data som passer ens teorier, hypoteser eller eventuelle fordommer. Vi har prøvd å være bevisst på dette når intervjuguide ble laget, og ved gjennomføring og dataanalyse.

Ingen av oss har bakgrunn fra de sentrale helseprofesjonene på et sykehus (sykepleier og lege). Dette gir oss en viss distanse til utfordringer som disse møter i hverdagen. Når det gjelder innføring av standardiserte pasientforløp og pakkeforløp ved St. Olavs, har vi hatt en perifer rolle. En av oss leder en avdeling der behandlingen som tilbys er en del av mange kreftforløp. Slik sett er vi kjent med de praktiske utfordringene som koordinering av forløp kan by på, og i ytterste konsekvens kan dette ha gjort oss forutinntatt. Imidlertid har vi gjennom arbeidet ned oppgaven fått nyansert oppfatningene vi hadde på forhånd.

Nilsen (2007) peker på at det kan være vanskelig å få valide data i en hierarkisk organisasjon når man selv er aktør i denne. Det er en risiko for at objektet svarer det man tror man ønsker at intervjueren vil høre hvis vedkommende er i en maktposisjon, eller at man bare er en tidstyv hvis man ikke har makt. Dette tror vi kan være reelt ved St. Olavs. Å skaffe sann informasjon om konfliktfylte tema kan også være utfordrende. Implementering av pakkeforløp medfører endringer i organisasjonen. Dog er ikke endringene av en slik art at omstillingen medfører nedbemanning og store nedskjæringer. Vi har heller ikke avdekt konfliktskapende forhold vedrørende fordeling av totale ressurser eller endring av ansvarsforhold. Vi tror at de vi intervjuet svarte ærlig om det som er opplevd av både av positiv og negativ art.

I det konkrete møte, og i intervjusituasjonen, kan kollegastatusen også gjøre det vanskeligere å stille «naive» oppfølgingsspørsmål til informantene, fordi informantene vet at forskeren kjenner feltet godt. Det kan oppleves kunstig for informantene å forklare og beskrive helt hverdagslige rutiner fra yrkeshverdagen, når de vet at dette er kunnskap forskeren allerede har. Dette opplevde vi ikke som noe problem. Alle intervjusituasjonene bar preg av en uformell setting, slik at det ikke var noe filter fra vår side når det gjaldt å stille «dumme» spørsmål. Samtidig er vi så godt kjent i organisasjonen at når tidligere hendelser, navn og fagsjargong blir brukt, hadde vi ikke problem med å henge med.

2.5.6 Etikk

Et viktig prinsipp i forskning er at alle prosjekter som inkluderer personer, kun kan igangsettes etter deltageres informerte og frie samtykke. Deltagerne skal informeres om at de når som helst kan avbryte sin deltakelse uten noen forklaring. Informantene har krav på at all informasjon blir behandlet konfidensielt, med mindre annet er avtalt. I denne studien fikk samtlige informanter utlevert informasjonsskriv og samtykkeerklæring i forkant av intervjuene. Personopplysninger skal indirekte registreres i prosjektet, og prosjektet faller innunder meldeplikten, slik vi så det. Vi søkte derfor Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD), og godkjenningen er vedlagt som appendix C.

Det ble ikke oppgitt navn på informantene verken i opptakene eller i det skriftlige materialet. Etter transkribering av intervjuene slettet vi lydopptakene, og i fremstillingen av resultater har vi der det har vært nødvendig, lagt vekt på å generalisere uttalelser slik at det ikke er mulig å forstå hvem som har sagt hva.

Ved publisering av forskning er det nødvendig å oppgi potensielle interessekonflikter. Som ansatt i sykehuset finnes det her et bånd mellom forsker og forskningsobjekt. Vi mener likevel at vi uten hindring har stilt de spørsmål som er relevant for å få avdekket så mye informasjon som mulig. I presentasjonen av funn og konklusjoner har vi ikke holdt noe informasjon tilbake slik at vi ikke ser grunn til å oppgi noen interessekonflikt.

3.0 Teoretisk fundament

I dette kapittelet presenteres teori, modeller og annen forskning som kan belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene.

HOD`s overordnede initiativ til pakkeforløp (HOD, 2013) faller sammen med satsing på *standardiserte pasientforløp* internt i St. Olavs Hospital HF (2015). Innledningsvis presenteres derfor denne metodikken i kapittel 3.1.

Metodikken knyttet til utforming, implementering og forvaltning av standardiserte forløp kan betraktes som en prosessorientert måte å arbeide på. Et mål i denne oppgaven er å undersøke om St. Olavs Hospital HF, i forbindelse med implementering av pakkeforløp, utvikler denne arbeidsformen. Hvilke faktorer kan hemme eller fremme mulighetene for dette? For å undersøke dette har vi studert de ulike fasene av implementeringsprosessen som vi mener kan påvirke dette. I avhandlingen har vi valgt et overordnet rammeverk for å kunne designe studien og presentere resultatene våre på en oversiktlig måte. Winters implementeringsmodell gir et rammeverk der hvert forskningsspørsmål i vår studie er knyttet til en fase av denne. Denne modellen har et eklektisk forhold til teori, og åpner for ulike teoretiske innfallsvinkler for å forklare og forstå funnene (Winter og Nielsen, 2008). Modellen åpner for å studere implementering både med et «top-down» og et «bottom-up»- perspektiv, og presenteres i kapittel 3.2.

Videre presenteres teori om evaluering av mål (Almås, 1990) i kapittel 3.3, og denne sammen med institusjonell teori i kapittel 3.4 danner basis for en teoretisk drøfting av forskningsspørsmål 1 og 4, som omhandler henholdsvis policyutforming og virkemidler, og evaluering av måloppnåelse.

Deretter presenteres Idens modell (2013) for prosessledelseskapasitet i kapittel 3.5.

Fordi vi ønsker spesielt å se på organisasjonenes prosesskapasitet, kobles litteratur som omhandler organisering av prosesser (Jeston og Nelis, 2008; Iden, 2013) med litteratur som omhandler organisering av hierarkisk oppbygde organisasjoner (Mintzberg, 1993) i kapittel 3.6. Dette danner grunnlaget for drøfting av forskningsspørsmål 2, som omhandler organisasjonsendringer.

Tilsvarende kombineres teori om ledelse av prosesser med teori om ledelse i hierarki i kapittel 3.7 med tanke på forskningsspørsmål 3 om ledelsesdynamikk. Litteratur som gir oss muligheten til å forstå eventuelle særtrekk som kan prege organisering og ledelse i et relativt stort universitetssykehus som St. Olavs Hospital HF, tas også inn i dette kapittelet. Videre presenteres ulike former for makt som kan finnes i en organisasjon (Christensen og Daugaard, 2013).

Den overordnede problemstillingen blir besvart av resultat fra forskningsspørsmål 1-4, og drøftes med bakgrunn i Idens modell for prosessledelseskapasitet og institusjonell teori.

3.1 Standardisering av pasientforløp

I litteraturen finner vi mange ulike begrep som omhandler prosess-styrte helsetjenester. På engelsk snakker man for eksempel om *clinical pathways* eller *standardized pattern of care*. Tankegangen er ikke ny i helsevesenet, og den er kjent fra bruk i forbindelse med utredning og behandling av andre diagnoser enn kreft.

Avansert kreftbehandling krever et tett samarbeid mellom ulike medisinske spesialiteter og mellom ulike profesjoner. Innføring av standardiserte pasientforløp medfører at pasienten skal flyte horisontalt gjennom flere klinikker og avdelinger etter en bestemt plan. Begrepene pasientforløp, standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer brukes mye om hverandre, og det kan være vanskelig å orientere seg blant de ulike begrepene.

Alle pasienter opplever et pasientforløp. Dette kan beskrives som «...den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov.» (St. meld. 47, 2009)

European Pathway Association (EPA) sin definisjon av *care pathway* fremhever følgende viktige kriterier for et standardisert pasientforløp (Grong og Hegstad, 2015)¹:

1. Et standardisert pasientforløp er en *koordinert tverrfaglig behandlingsprosess*, som følger en *normativ beskrivelse* i et eller flere dokumenter.
2. *Mål* for forløpet skal angis, samt hvilke *tiltak* som må til (standardiseres) for å nå målene. Både mål og tiltak skal bidra til å gi pasientene et så godt forløp som mulig innenfor deres ressursrammer og mulighetsrom som finnes i de respektive enhetene. Tiltakene er tverrfaglige og skal være koordinerte. Det er derfor svært viktig at det angis tidspunkt for, og utpekes en ansvarlig for hvert tiltak. Tiltakene kan være alt fra administrative gjøremål til informasjon, medisinske intervensjoner, sykepleieprosedyrer.
3. Forløpet skal gjelde en *definert pasientgruppe*, dvs. at en må identifisere kriterier for hvilke pasienter som skal inkluderes eller ekskluderes.
4. Videre skal det gjelde for en avgrenset periode med avklart *start- og endepunkt*.
5. Tiltakene skal være forankret i *faglig evidens* og *god klinisk praksis*, og dermed fremme *pasientsikkerhet* og *gi målbare resultater* som monitoreres og evalueres regelmessig.

¹ <http://e-p-a.org/care-pathways/>

6. Forløpet må også imøtekomme pasienter og pårørendes forventninger til eget pasientforløp, og på en slik måte *fremme samhandling* (mellom helsepersonell og med pasient) *og pasienttilfredshet*.
7. Videre må forløpet som helhet organiseres slik at alle involverte parter opplever det som helhetlig, ved at det sikrer kontinuitet og god informasjonsflyt, og gir en *effektiv ressursutnyttelse*.

3.1.1 Definisjon av standardisert pasientforløp i henhold til regional metodikk

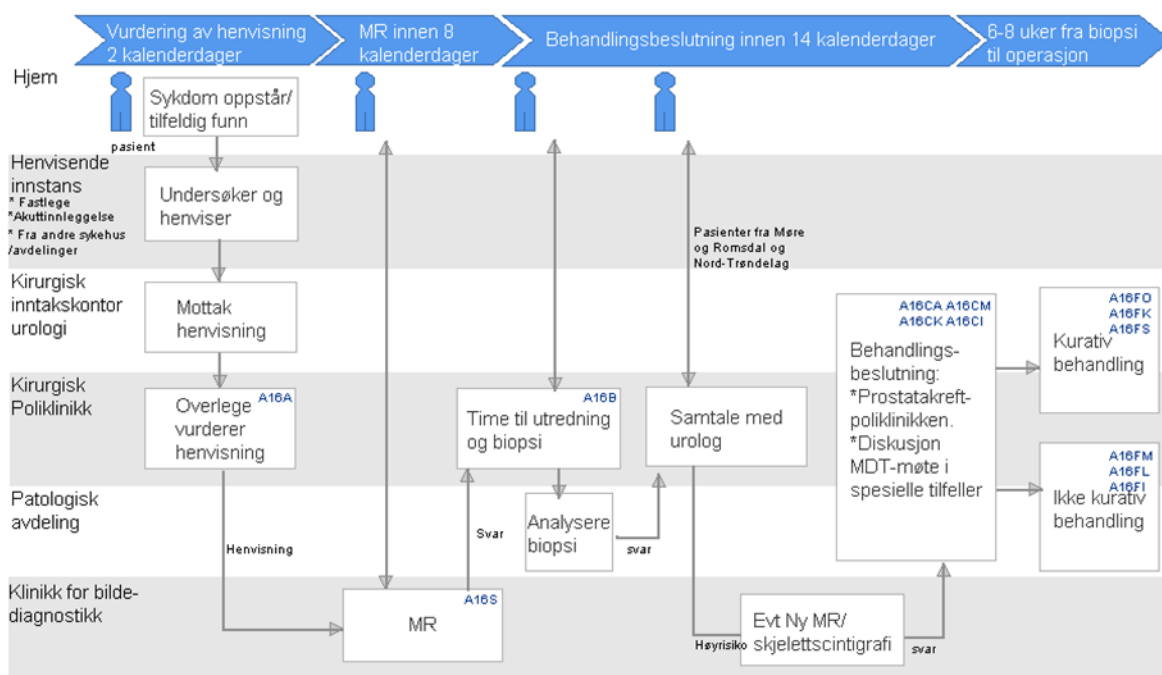
Betegnelsen standardiserte pasientforløp er i praksis den lokale operasjonaliseringen av de overordnede *pakkeforløpene*, med sine spesifikke krav og retningslinjer, og som blir studert i denne avhandlingen.

Helse Midt-Norge definerer et standardisert pasientforløp slik (St. Olavs 2015):

- *En koordinert tverrfaglig prosess for en definert pasientgruppe, som kan omfatte utredning, behandling, oppfølging og omsorg.*
- *Diagnostikk, behandling og oppfølging skal være evidensbasert og skal føre til kunnskapsbasert praksis.*

Målet med standardiserte pasientforløp er å sikre forutsigbarhet for både pasienter og helsepersonell, effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater.

For hvert utarbeidet standardiserte forløp finnes det et flytskjema som gir oversikt over pasientens vei gjennom hele forløpet (HMN-RHF, 2016). Av dette skal det også gå fram hvem som er ansvarlig for de beslutninger som tas underveis, og at forløpstiden overholdes. Figur 3-1 viser forløpet for utredning ved mistanke om prostatakraft ved St. Olavs. Illustrasjonen viser gangen mellom enheter, og med tidsfrister øverst i bildet. Forløpet i sin helhet med videre behandling og oppfølging er vist i appendix A.



Figur 3-1: Standardisert pasientforløp, utredning ved mistanke av kreft i prostata

Sentralt i forløpene for kreft er forløpstider som i praksis er tidsfrister. Disse beskriver det maksimale antall dager de ulike fasene i et forløp skal ta, for eksempel vurdering, utredning og total tid til behandlingens start. Disse vil være avhengig av diagnose. At forløpstidene overholdes er viktig for pasienten psykisk, ved at en periode med usikkerhet i forbindelse med utredning blir redusert, men også for utfallet av behandlingen. Forlenget tid fra diagnose til oppstart behandling er for noen kreftformer negativt korrelert med overlevelse (Neal et al, 2015). Når et pakkeforløp integreres i et standard pasientforløp, skal det faktiske tidsforløpet registreres med pakkeforløpskoder. Koder for ulike hendelser mates inn manuelt for hver enkelt pasient. Når dette skal gjøres og hvilken kode som skal settes, er for eksempel vist i fig. 3-1 med en kode «A16A» i boksen for «MR». Denne indikerer da at ett visst punkt i utredningen er nådd på en bestemt dato. For hver del av utredningsløpet skal det finnes en kode. Til sammen finnes 15 ulike koder for hvert pakkeforløp.

I pakkeforløp, og dermed i standardiserte forløp, skal ulike roller og funksjoner utnevnes (HDIR, 2014). Her presenteres de som finnes på lokalt nivå i sykehuset; i tillegg finnes tilsvarende funksjoner på regionalt nivå.

Forløpsansvarlig:

Forløpsansvarlig lege pekes ut av klinikkssjef/avdelingssjef i de respektive HF. Denne har hovedansvaret for å beskrive, implementere og følge opp det standardiserte pasientforløpet.

Forløpsansvarlig må videre ha stor gjennomføringskraft i eget fagmiljø, og er leder av tverrfaglig team.

I alle typer forløp hvor forskjellige behandlingsalternativer ivaretas av ulike klinikker, skal det oppnevnes forløpsansvarlig for hvert delforløp.

Forløpsveileder:

Forløpsveileder er en ressursperson og pådriver, og skal sikre at vedtatt metodikk og fremdriftsplan følges. Denne får hovedansvaret for dokumentering av pasientforløpet, herunder at måleparametere er spesifisert. Forløpsveileder er å betrakte som spesialist i metodikken og har omfattende kunnskap om Electronic Quality System (EQS) – kvalitetssystem. Disse har i praksis en sykepleiefaglig bakgrunn.

Forløpskoordinator:

I alle standardiserte pasientforløp skal det utpekes forløpskoordinator som skal være med å sikre et forløp uten unødig venting for den enkelte pasient. I komplekse forløp, som for eksempel et kreftforløp, kan det være behov for flere forløpskoordinatorer. Antall forløpskoordinatorer må avklares i de enkelte forløp. Det kreves grundig kjennskap til det standardiserte pasientforløpet for å inneha denne rollen. Forløpskoordinator må ha myndighet og kompetanse til å bestille undersøkelser i henhold til det aktuelle forløpet, det kan derfor være hensiktsmessig å peke ut forløpskoordinator ved oppstart av utvikling av forløp, slik at de er med i hele prosessen. Forløpskoordinator skal arbeide tett sammen med forløpsansvarlig, og det må vurderes om det er hensiktsmessig at de deltar i tverrfaglig team. Der flere koordinatorer bidrar i samme forløp, forutsettes uansett tett kontakt mellom disse på tvers av enheter. Oppgavene for forløpskoordinator vil kunne variere mellom forløp/avdelinger, og det må tydeliggjøres i det enkelte forløp/avdeling forløpskoordinatorens spesifikke rolle. Forløpskoordinator er i praksis sykepleier, men kan i henhold til implementeringsveilederen for pakkeforløp også være lege eller helsesekretær.

Multidisiplinære team:

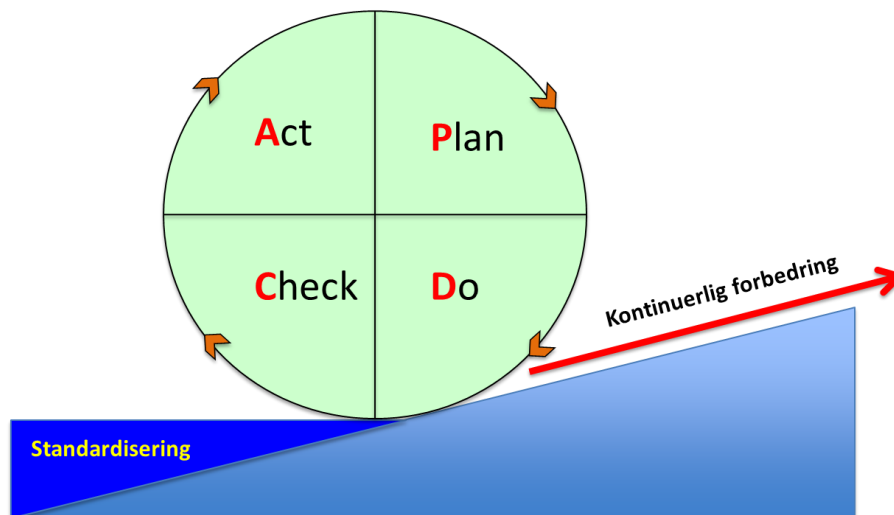
Kliniske beslutninger vedrørende pasientene tas når de multidisiplinære teamene (MDT) møtes. Kriterier for hvor og når en pasient skal tas opp i MDT møter skal være i tråd med standarder for pakkeforløpene, og nasjonale handlingsprogrammer for kreft. I de regionale planene beskrives hvem som skal delta, og hvor ofte møtene skal avholdes. Erfaring både fra Norge og Danmark tilsier minst ukentlige møter. Planen bør beskrive hvem som er ansvarlig for innkalling og forberedelser, hvem er ansvarlig for beslutningsreferat og for at beslutningene effektueres.

De multidisiplinære teamene må ha tilgang til patolog. Videre er det spesifisert hvilken kompetanse som skal være til stede i MDT møter ved vurdering av kurativ behandling. Før innføring av pakkeforløpene bør sykehusavdelinger og klinikker som utreder og behandler kreft, se om eksisterende organisering av diagnostisering, utredning og behandling sikrer at utredning og behandlingsstart kan skje innenfor anbefalte forløpstider.

3.1.1.1 Metodikk

Metoden som brukes når standardiserte pasientforløp utarbeides ved St. Olavs Hospital HF er utviklet gjennom flere år, og har vært revidert flere ganger. Metoden bygger på en rekke prosessforbedringsverktøy, deriblant Lean healthcare (St. Olavs Hospital HF, 2013).

Metodene tar utgangspunkt i horisontale prosesser, og har fokus på endring og forbedring på det operasjonelle nivået. Metodene bygger på William E. Demings sirkel som beskriver en kontinuerlig, sirkulær modell for forbedring (Rolfsen, 2014). Elementene i sirkelen er planlegging (plan), utføring (do), kontroll (study) og korrigering/standardisering (act).



Figur 3-2: Demings sirkel (Rolfsen, 2014)

Lean er opprinnelig en virksomhetsorientert produksjonstankegang som har røtter i japansk bilindustri. Det er et verktøy som fokuserer på å redusere variasjon, fjerne sløsing og skape en praksis for kontinuerlig forbedring (Rolfsen, 2014). Lean i helsevesenet omfatter metoder og verktøy som først og fremst setter pasienten i sentrum. «Organisatorisk svinn» av ressurser minimeres for å sikre optimal pasientflyt på tvers av avdelinger, faggrupper og nivåer. Hovedprinsippene i Lean er i utgangspunktet enkle og handler om å gjøre tingene riktig, og i riktig rekkefølge. Det er viktig å ha en felles forståelse for kompleksiteten og alle delprosesser som et effektivt og pasientorientert forløp forutsetter. Metoden omfatter kartlegging av dagens situasjon og søk etter bedre, mer effektive arbeidsmåter. Lean i helsevesenet har et sterkt prosessfokus (Rolfsen, 2014).

3.1.2 Resultater fra standardiserte forløp

Beslutninger i sykehus har utviklet seg fra å være meningsbasert til å bli basert på solid vitenskapelig dokumentasjon (Rotter et al, 2010). Dette er anerkjent som evidensbasert praksis. Standardiserte pasientforløp er dokumentbaserte verktøy som gir en kobling mellom den beste tilgjengelige dokumentasjon og klinisk praksis. De gir anbefalinger, prosesser og tidsrammer for forvaltningen av spesifikke medisinske tilstander eller intervensjoner.

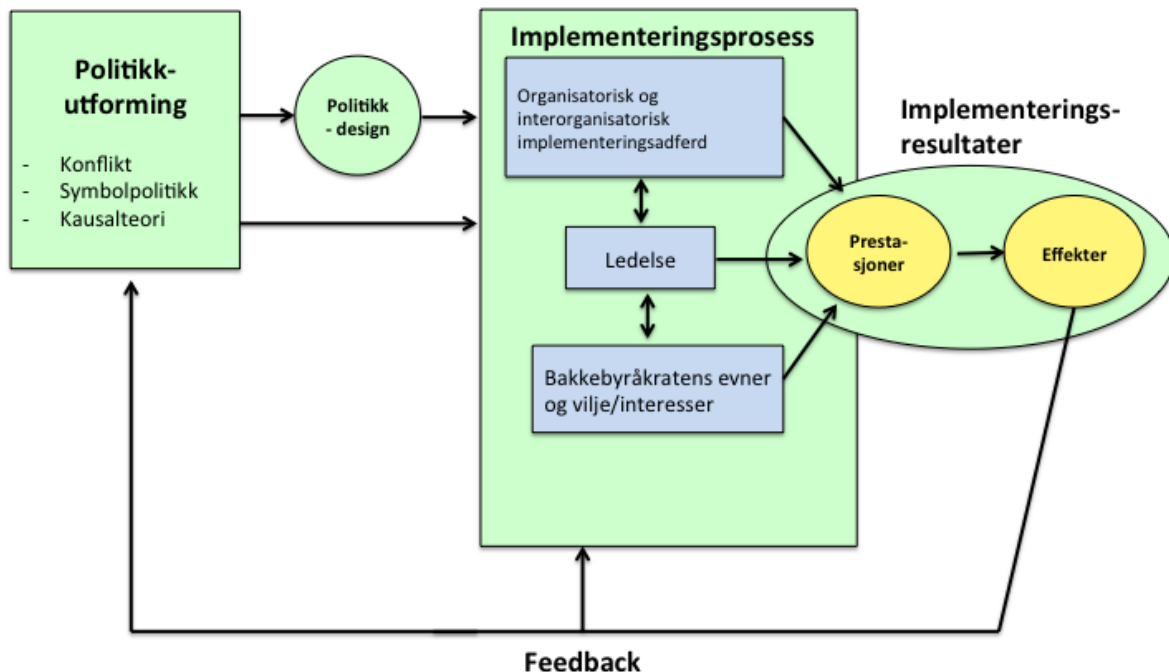
Standardiserte forløp er iverksatt i en rekke land, men enkeltstudier viser motstridende resultater. I en artikkel fra 2010 oppsummerer Cochrane² evidensen og vurderer effekten av standardiserte pasientforløp på profesjonell praksis (f.eks kvaliteten på dokumentasjon), pasientutfall (f.eks dødelighet, komplikasjoner), lengde på sykehusopphold og sykehuskostnader (Rotter et al, 2010). Av 3000 studier om emnet ble 27 studier inkludert for analyse. De viktigste resultatene var en reduksjon i sykehuskomplikasjoner og bedre dokumentasjon etter innføring av forløp. Vurderte komplikasjoner inkluderte sårinfeksjoner, blødning og lungebetennelse. De fleste studiene rapporterte om redusert liggetid og reduksjon i sykehuskostnader etter implementering. Stor variasjon i studiedesign og forutsetningene hindret statistisk pooling av resultater knyttet til lengden på sykehusoppholdet og dertil kostnader. Generelt dårlig rapportering hindret identifisering av egenskaper som er felles for vellykkede forløp. Forfatterne konkluderte imidlertid med at det er en statistisk signifikant sammenheng mellom standardiserte pasientforløp og færre komplikasjoner oppstått i sykehus.

Innføring av såkalte «kræftpakker» for kreftpasienter i Danmark, og den påfølgende rapportering om suksess, har vært en viktig faktor for satsingen på pakkeforløp i Norge. Danskene rapporterer om en signifikant redusert ventetid for kreftpasienter som følge av en vellykket implementering (Dyrop et al, 2013). Sterk politisk vilje sammen med en sterk og vedvarende dedikasjon fra administrasjon så vel som fra helseprofesjonene var avgjørende for å lykkes (Probst, 2012). Toppleidelsens vilje til å følge opp kravene og ikke minst sette inn nødvendige ressurser for å oppnå ønskede mål blir sett på som en forutsetning for suksessen (NAFKR, 2012).

² The Cochrane Collaboration er en internasjonal organisasjon for medisinsk forskningssamarbeid som har som mål å hjelpe klinikere, brukere og politikere til å ta velfunderte beslutninger om helsetjenester ved å lage, oppdatere og distribuere systematiske oversikter om effekten av tiltak innen helsetjenesten. Cochrane-samarbeidet representerer en måte å skape systematikk og orden i foreliggende medisinsk litteratur.

3.2 Winters modell for implementering av politikk

Winters (2008) implementeringsmodell er en helhetlig modell som tar høyde for både «bottum-up»- og «top-down», det vil si både et mål- og prosessperspektiver på implementering. Vi har modifisert og tilpasset modellen til vårt tema og problemstilling.



Figur 3-3: Modell for implementering av politikk, etter Winter og Nielsen (2008)

Den integrerer noen av de viktigste elementene i implementeringsforskningen i et felles rammeverk. Gjennom denne modellen kan vi se implementeringen av et vedtak med et helhetlig blikk, med flere perspektiver samtidig, og se på hvilke faktorer som påvirker resultatene av implementeringsprosessen. Den integrerte implementeringsmodellen er ikke en streng kausal modell, der årsak og virkning følger i logisk rekkefølge. Den er i større grad en operasjonalisering av og et rammeverk for vurdering av de ulike nøkkelfaktorene og mekanismene som påvirker både effektene og resultatene av en implementeringsprosess.

De første to faktorene som påvirker resultatene av en implementeringsprosess er politikktutformingsprosessen og designet på den politikken som skal implementeres. Godt designet politikk er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å sikre et godt resultat (Winter og Nielsen, 2008). Hvorvidt det er grunn til å anta sammenheng mellom effekt og innsats (kausalteori) og grad av potensielle målkonflikter kan ha betydning. Politikkdesignet inneholder et sett med mål, flere verktøy for å nå målet, en beskrivelse av hvem som skal gjennomføre politikken og ressurser til å innføre den (Winter og Nielsen, 2008). Det andre settet av faktorer fokuserer på hvordan implementeringsprosessen påvirker resultatet.

Implementeringsprosessen er kjennetegnet av organisatorisk og interorganisatorisk atferd som representerer ulike grader av engasjement og koordinering.

«Bottom up»-perspektivet er opptatt av aktørene og deres påvirkning på hvordan politikken utføres, og de beslutninger som blir tatt i forhold til hvordan endringer implementeres i organisasjonens eksisterende aktiviteter. Derfor vil det ofte være et hovedfokus på barrierer og organisatoriske, prosessuelle mekanismer som hemmer målrealiseringen.

Lipskys «bakkebyråkrater» (Winter og Nielsen, 2008) er av de mest kjente teoriene innenfor «bottom up»-perspektivet. En bakkebyråkrat innehar en stilling med rom for skjønn, og dermed en selvstendig rolle i forhold til resultatene som leveres. Lipsky fokuserer på de skjønnsmessige beslutningene som hver enkelt bakkebyråkrat gjør i forhold til individuelle borgere når politikken praktiseres (Winter og Nielsen, 2008). Bakkebyråkraterne blir slik sett stående mellom kravene fra politikerne på den ene siden og kravene fra innbyggerne på den andre siden, og forsøker å tilfredsstille alle parter i tillegg til å utøve sitt vanlige arbeid.

I implementeringsmodellen har ledelse en selvstendig betydning når overordnede mål skal omsettes til handling blant bakkebyråkraterne. I vår modell har vi utelatt målgruppedferd og sosioøkonomiske omgivelsene. Målgruppen, som vil være pasientene, kan ha en viss effekt på prestasjoner og effekter, men vi har ikke fokusert på dette i denne oppgaven og den aktuelle problemstilling. Dette gjelder også de sosioøkonomiske omgivelsene.

Sammenhengen mellom politikkkutformingsprosessen, politikkkdesignet og implementeringsprosessen må konseptualiseres i en evaluering. Evaluering av prestasjoner og effekter i modellen blir diskutert i neste kapittel.

3.3 Evalueringsforskning og målevaluering

Evalueringsforskningen opererer med to hovedtilnærminger: målevalueringer, «top-down», og prosessevalueringer, det vil si «bottom-up» (Almås, 1990). En målevaluering kan fortelle *om* og *i hvilken grad* formulerte mål er oppfylt, mens en prosessevaluering kan vise *hvorfor* – hvilke institusjonelle betingelser eller barrierer som gjorde at måloppfyllelsen kom i stand, eller ikke.

Implementeringsresultat finner vi igjen som prestasjoner og effekter i Winters figur 3-3. Målevalueringer betegnes ofte også som prestasjons- eller effektevalueringer. Målevalueringer dreier seg om vurdering av *om* og *i hvilken grad* prestasjonene eller resultatene er oppnådd, eller om de ønskete effektene er innfridd. Innenfor helse kan prestasjonsbegrepet brukes i forståelsen av forholdet mellom ressursbruk og helsetjenester,

mens effektbegrepet kan knyttes til ressursbruk og *helse*, det vil si et mål på om pasienten faktisk kureres. Opplevd brukertilfredshet kan også kategoriseres som et mål på effekt.

Grad av måloppnåelse er et «top-down»-perspektiv som betrakter implementering som et styrings- og kontrollproblem (Winter og Nielsen, 2008). Utfordringen med dette perspektivet er at det ofte kan være vanskelig å vite hva målene faktisk er. Både de som skal innføre disse i sitt daglige virke og forskerne som skal evaluere resultatene, må på et eller annet vis operasjonalisere målene. Men ulike aktører har ulike kontekster de tolker reformen inn i, og man er på ingen måte garantert at operasjonaliseringen blir den samme for ulike aktører (Winter og Nielsen, 2008).

En prosessevaluering derimot, fokuserer på det som skjer underveis i arbeidet med å nå målene, ikke minst for å kunne forklare at utfallet ble som det ble. Dette blir et «bottom up»-perspektiv på implementering som gir et bredere perspektiv på implementeringsprosessen. Fokuset i en evaluering vil da ligge på i hvilken grad aktørene har løst problemene reformen ble satt i verk for å løse, og de prestasjoner som aktørene gjør (Winter og Nielsen, 2008). I motsetning til en mål- eller resultatevaluering som vurderer virkningene av innsatsen, dokumenterer prosessevaluering hva innsatsen går ut på, og om programmet eller tiltaket går eller blir gjennomført som planlagt. Prosessevaluering gjennomføres ofte for å finne ut om og sikre at en har valgt riktig kurs og er på rett vei.

En analyse av måloppnåelse tar sikte på å sammenligne den endelige effekten med de mål som var formulert i utgangspunktet. En måloppfyllingsanalyse sammenligner ideal og realitet. Almås (1990) beskriver forskjellige typer mål. Det kan være et overordnet mål, som igjen blir spesifisert i ulike delmål. En kan også skille mellom umiddelbare, mellomliggende, og overgripende mål. Et mellomliggende mål kan gi oppdragsgiver raske tilbakemeldinger hvis dette er knyttet til en tidsperiode.

Idealsituasjonen er når oppdragsgiver og utøver er enige om målet og når verktøyene finnes så det er mulig å nå målene. I den virkelige verden kan det være mer komplisert. Iverksetting av et prosjekt kan skape reaksjoner i omgivelsene som gjør det mer utfordrende å forstå og nå målene. Under en evalueringsprosess kan det avdekkes utfordringer. Det kan dukke opp nye mål, konkurrerende mål, noen mål vil bli justert eller endret, målforskyvning, og det kan være flere som arbeider mot de samme målene samtidig.

Under evaluering av måloppnåelse kan man avdekke utilsiktede mål, som eventuelt er i konflikt med andre mål. Manifeste målsetninger som finnes formulert i dokument kan være forskjellige fra latente mål. Almås (1990) skriver at en dyktig evaluator alltid må lete etter latente mål, som finnes i de fleste sosiale sammenhenger. Det kan være ulike grunner til å disse oppstår. Det kan være et behov for å ha et legitimt mål når man er usikker på om de latente målene er akseptable. En annen grunn kan være å tilpasse seg de rådene politiske

oppfatninger som gjelder på tidspunktet. Forsøk på å få til omstilling i et stivnet system fører også til en dobbelt bokføring av målsettinger. Funn av tilsiktede, uventete og uønskede mål bør det være rom for i en evaluering.

3.3.1 Evalueringer i helsevesenet

De siste 20-30 årene har offentlig sektor vært preget av endringer og forsøk på effektivisering. Sykehusreformen ble innført 1. januar 2002 (Ot.prp. nr. 66, 2001), og de offentlige sykehusene i Norge har siden blitt styrt gjennom de regionale helseforetakene (RHF). Helsepolitikkenes iverksetting er etter helsereformen ment å foregå i en administrativ foretaksstruktur preget av mest mulig distanse til politikkenes vesen, interessegrupper og medier, med administrative og faglige hensyn som dominerende beslutningspremisser. For å overvåke og drive foretakene brukes ulike prinsipper som kan forankres i samlebegrepet New Public Management (NPM). Dette regnes som en motsats til byråkratisk eller fagstyrt ledelse, og omfatter for eksempel konkurranseutsetting, bruk av standarder og prestasjonsmål, større vekt på resultatkontroll og bruk av ledelseskonsepter fra privat sektor (Busch et al, 2011). Elementer fra NPM som måling av ventetider og fristbrudd, score knyttet til ulike kvalitetsindikatorer, måling av behandlingseffekt og av pasienttilfredshet, er alle sentrale begrep på agendaen for ledelse og styring av sykehus i dag.

Helsevesenet har derfor en viss tradisjon for å gjøre målinger. Målinger oppfattes som viktige blant annet for å gi et bilde av de tjenestene som ytes. Helsedirektoratet (2015) peker på at målinger er en grunnleggende forutsetning for å lykkes med forbedringstiltak. For å vite om endringer faktisk fører til forbedring, er det avgjørende at målinger gjøres før, under og etter at tiltak er iverksatt.

For å evaluere et tiltak kan det være nødvendig å operasjonalisere målene. Dette kan føre til at det fokuseres på indikatorer, som et surrogat for det eller de endelige målene.

En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i et eller flere av dimensjonene av kvalitet og kan for eksempel måle helsetjenestens tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultat av helsetjenestene for pasientene. Kvalitetsindikatorer bør ses i sammenheng og kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten³.

Det er vanlig å dele inn i tre typer indikatorer:

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

³ <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

- Resultatindikatorer (overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m.)

Å sette målinger for prestasjoner og effekter ut i livet er ikke nødvendigvis enkelt. Det er en rekke utfordringer i utviklingen av målinger i sykehus. Dette gjelder også for mål knyttet til standardiserte pasientforløp (Albach et al, 2016). De fleste indikatorer i sykehus er ikke prosessorienterte, og kan ikke hjelpe helsetjenesten i å synkronisere pasienter og informasjon på en bedre måte. Det er mange interessenter på et sykehus som påvirker prestasjonen for ulike flytprosesser i helsetjenesten. Dette kan være leger, sykepleiere, ledere, pasienter etc. Alle har sitt syn på hva som er en god prestasjon og bruker ulike mål på dette. Dette fører til et stort antall potensielle indikatorer. Det er derfor avgjørende å ha en pålitelig metode for å velge ut nøkkelindikatorer som virkelig er i stand til å styre flyt og prosesser i helsetjenesten.

Som et resultat av utilstrekkelige informasjonssystemer og mangel på verktøy for prestasjonsmålinger innen helsesektoren, blir ikke alltid målingene komplette og nøyaktige. Ukritisk tillit til prestasjonsmålinger kan føre til ikke-planlagte uønskede konsekvenser (Albach et al, 2016).

3.4 Institusjonell teori

Det institusjonelle perspektivet understreker viktigheten av den sosiale konteksten organisasjoner virker innenfor (Scott, 2014).

Selznick skiller mellom en organisasjon som «the structural expression of rational action», som et mekanisk instrument for å oppnå spesifiserte mål, og organisasjonen sett som et adaptivt, organisk system, påvirket av sosiale karakteristikk av deltakerne i denne, og ulikt ytre press fra omgivelsene. Når en organisasjon etter hvert inkorporerer et sett av verdier vil organisasjonen få en distinkt identitet og den får trekk av en institusjon (Scott, 2014).

Scott (2014) knytter institusjoner til tre såkalte pilarer; en regulativ, en normativ og en kognitiv, som han mener institusjoner handler etter for å oppnå legitimitet i de institusjonelle omgivelsene. Innholdet i disse pilarene beveger seg fra det bevisste til det ubevisste; fra lovpålegg til det som er tatt for gitt i en organisasjon. De regulative, normative og kognitive elementene er sentrale byggesteiner i institusjonene, og strukturerer, bestemmer handlingsmønstre og motsetter seg endring.

Den regulative pilaren

Alle institusjoner begrenser og regulerer oppførsel. Den regulative pilaren uttrykker de formelle lover og regler som institusjoner må følge, og hvor ikke-konformitet sanksjoneres. Denne prosessen kan være helt formell, som for eksempel eksterne pålegg gjennom offentlige lover og reguleringer, eller internt i bedriften i form av reglement, etc. Stilt overfor et regulativt press vil en spørre seg: «Hva er min interesse i denne situasjonen?». Adferd forklares i denne modellen ut fra en rasjonell og økonomisk tankegang. Organisasjonen drives av en konsekvensorientert formålsrasjonalitet, «The logic of consequence». Antagelsen om den instrumentelle mål - middel logikken er et sentralt kjennetegn ved dette perspektivet.

Den normative pilaren

Den normative pilaren tar for seg hvordan det sosiale liv er preget av at normer og verdier former oppførsel og handlinger, hvordan normative systemer både definerer hvilke mål og hvilke veier mot målet som er akseptable (Scott, 2014). Scott definerer normer og verdier på følgende måte: Normer sier noe om hvordan ting bør gjøres og de definerer legitime verktøy for å oppnå visse mål. Verdier er begrep om hva som er foretrukket og ønskelig, ett sett med «standarder» som handlinger kan sammenlignes og vurderes opp mot. Normer og verdier skaper forventninger til hvordan organisasjoner og individer internt i organisasjonene skal oppføre seg.

Noen normer og verdier er felles for alle, mens noen gjelder bare for enkelte, som er i spesielle posisjoner eller situasjoner. Det spesielle med normative forventninger er at det dannes egne roller for disse posisjonene eller situasjonene, roller som oppleves som eksternt press eller eksterne forventninger (Scott, 2014). Stilt overfor et normativt press vil en spørre seg: «Hva forventes av meg i denne situasjonen?» eller «The logic of appropriateness». Normative systemer både begrenser og åpner for muligheter for individer og organisasjoner i sosiale sammenhenger. Den normative dimensjonen formidles gjennom verdier og forventninger, autoritetssystemer, stillinger og roller og artefakter som møter visse standarder.

Den kognitive pilaren

Den kognitive pilaren baserer seg på de kulturelle-kognitive elementene til institusjoner, hvordan felles oppfatninger og forståelser bestemmer sosial interaksjon og de sosiale rammene (Scott, 2014). Den kognitive pilaren uttrykker symboler, rutiner og tatt-for-gitt oppfatninger, «the way we do these things» (Scott 2014). En annen måte å agere på faller en ikke inn. Sosiale roller oppstår i denne sammenheng ikke som et resultat av eksternt press, men fordi det med visse roller følger visse handlingsmønstre. Den kognitive dimensjonen «formidles» gjennom forbilder og kategorier, identiteter, handlingsmønstre og artefakter som har symbolsk verdi (Scott, 2014). Kulturperspektivet fokuserer på verdier og normer som har

grodd fram over lang tid i organisasjonen, og der kulturelt mangfold fører til at organisasjoner over tid blir stadig mer ulike hverandre.

Stabilitet og motstand mot forsøk på endring er noen av den institusjonaliserte organisasjonens sentrale kjennetegn (Brunsson og Olsen, 1993 i Buland, 2011). Organisasjoners innebygde treghet framstilles ofte som et sentralt problem i studiet av implementering av politiske tiltak. Endring er nok mulig, men bare i begrenset omfang. Reformen som samsvarer godt med de berørte organisasjonenes identitet, det vil si deres grunnleggende verdier, interesser og holdninger, er relativt lette å gjennomføre, og vil ofte inngå som en integrert del av organisasjonsmønsteret. Andre lar seg derimot vanskeligere gjennomføre og styre. Lokal autonomi gir dessuten rom for at historisk utviklede handlingslogikker får utløp i iverksettingsprosessen. Et sentralt element i det institusjonelle perspektivet er hvorvidt det er samsvar mellom institusjonens grunnleggende identitet, verdier og normer og den atferd en søker å oppnå gjennom formell struktur (Brunsson og Olsen, 1993 i Buland, 2011). Jo større rom for fortolkning og skjønn det er i den formelle strukturen, dess mer sannsynlig er det at aktørene fortsetter å handle ut fra en innarbeidet institusjonell handlingslogikk. De endringene som finner sted, skjer derfor innenfor den institusjonelt opptrukne stien; sti-avhengighet (Scott, 2014). I henhold til institusjonell teori vil graden organisasjonen imøtekommer kravene om endring på være avhengig av måten kravene blir gitt på, og graden av samsvar med institusjonens normer og verdier. Hvis kravene er formulert i lovpålegg eller i form av forskrifter, vil de bli lettere å gjennomføre enn om det finnes et rom for å tilpasse kravene til de institusjonaliserte omgivelsene.

3.4.1 Legitimitet, organisasjonsoppskrifter og isoformi

At noe har legitimitet, vil si at det er bredt akseptert, enten fordi det er godkjent i lov eller fordi det av andre grunner anses rettmessig eller rettferdig (SNL, 2009). I motsetning til en formell, instrumentell organisasjon, som får legitimitet gjennom hva den gjør, får en institusjon med kulturelle trekk legitimitet gjennom hva den er. Man gjør ikke først og fremst det som lønner seg, men det som sømmer seg. Enhver organisasjon har ut fra dette resonnementet to sett av omgivelser, de tekniske og de institusjonelle omgivelser. De tekniske er rettet inn mot instrumentell beslutningsaktivitet.

Offentlige organisasjoner befinner seg i institusjonelle omgivelser der de konfronteres med sosialt konstruerte normer og oppskrifter på hvordan de bør være utformet, og hvordan de bør fungere. Slike normer og oppskrifter kalles myter (Christensen et al, 2013). For å oppnå legitimitet vil organisasjoner inkorporere institusjonaliserte regler og mønstre i egen virksomhet og dette vil gi en ramme for utvikling av formelle organisasjoner. Ny-institusjonell teori har spesielt fokusert på hvordan organisasjoner tilpasser seg sine institusjonelle omgivelser, og både Meyer og Rowan (1977) og DiMaggio og Powell (1983)

hevder at isomorfisme, at organisasjoner i de samme institusjonelle omgivelser tenderer til å bli like, er en sentral prosess.

Røvik (2007) benevner disse mytene som standard organisasjonsoppskrifter, det vil si at de gir retningslinjer for hvordan en organisasjon skal utforme strukturer og prosedyrer i egen virksomhet. Røvik (2007) hevder at begrunnelsen for mange av endringene innenfor offentlig sektor synes å ligge et sted mellom behovet for å øke produktiviteten og behovet for å vise handlingskraft og handlingsvilje, det vil si at endringene har både et symbolperspektiv og et verktøyperspektiv. Dette kan oppleves som et dilemma i offentlige virksomheter som utsettes for press fra omgivelsene (Busch, 2004). Det forventes at organisasjonen ivaretar tjenesteproduksjonen med høy effektivitet og samtidig har en struktur som er ideologisk korrekt. I følge Røvik (2007) kan de fleste konseptene innenfor NPM danne grunnlaget for et slikt dilemma, de implementeres både for å skape effektivitet og legitimitet.

Det har vært pekt på tre ulike grunner til at organisasjoner henter inn populære myter (DiMaggio og Powell, 1983). Den første er tvangsmessig adoptering, hvor organisasjoner gjennom lover og forskrifter pålegges å innføre bestemte oppskrifter. Den andre er en normativt basert adoptering, der spredningen skjer som følge av ulike faggruppers og profesjoners felles normer, verdier og kunnskaper. Den tredje er mimetisk adoptering, hvor organisasjoner forsøker å etterligne andre så godt de kan, det handler om å reproducere eller kopierer et originalprodukt. Dette er analytiske kategorier, og i det praktiske reformarbeidet vil vi ofte se innslag av alle tre.

Å organisere helsetjenester i forløp og prosesser kan sees på som en organisasjonsoppskrift som er på moten i Norge nå. I «Produktivitetskommissjonens» rapport som ble publisert i januar 2015 ble dette trukket fram som en metode for å øke produktivitet og effektivitet i offentlig sektor (NOU 2015:1, 2015). At oppskrifter formelt blir hentet inn eller adoptert, betyr imidlertid ikke at de blir iverksatt og får styrende virkning på aktiviteter i organisasjonen. Reformen, eller politikken praktiske form og resultat, er ofte like mye et produkt av de aktører som skal operasjonalisere og sette den ut i livet, som av de som har utformet og/eller vedtatt politikken. Ulike institusjoner og aktører, med ulike virkelighetsforståelser, scenarier for utvikling, interesser, målforståelse, rutiner, arbeidsmåter og virkemidler, vil sette sitt distinkte preg på den politikken de får i oppgave å iverksette (Winter og Nielsen, 2008).

Ulike former, det vil si filosofier eller teknikker, for ledelse og styring er fundert på et antall forutsetninger som beskriver rollemønstre og maktfordeling mellom de sentrale aktørene i organisasjonen. Disse forutsetningene kan identifiseres gjennom å analysere diskursen som omgir den aktuelle teknikken. Lozeau et al (2002) studerte implementering av to teknikker, strategisk planlegging og *total quality management* (TQM), i ulike offentlige sykehus i Canada. TQM bygger på de samme prinsippene som ligger bak standardiserte forløp. Den

teoretiske bakgrunnen og forutsetningene for disse teknikkene ble studert i sammenheng med det eksisterende mønsteret av roller og maktstrukturer i den aktuelle del en av organisasjonen. Differansen benevnte forfatterne som et kompatibilitetsgap (Lozeau et al, 2002). Hva skjer i organisasjonen når disse inkompatible kreftene møtes, det vil si hvordan lukkes dette gapet?

Lozeau et al (2002) konseptualiserer dette i fire scenarier der man finner basis i i ny-intensjonell teori, og særlig innen den skandinaviske retningen (Lozeau et al, 2002). Organisasjonsoppskrifter kan påvirke organisasjonen, men organisasjonen kan også påvirke oppskriftene (Scott, 2014; Christensen et al, 2013). Når organisasjonen omformer eller bearbejder oppskriftene, er dette del av det som kalles oversettelsesteori.

For det første kan den nye teknikken transformere organisasjonen slik at måten den fungerer på passer til teorien bak. Kompatibilitetsgapet lukkes ved at organisasjonen beveger seg mot den nye filosofien eller teknikken for ledelse og organisering. Dette kan kalles «rask tilkobling».

For det andre, teknikken kan tilpasses slik at den oppleves mer kompatibel, men uten at målene med teknikken blir ødelagt. Her lukkes gapet ved at organisasjonen adopterer teknikken og justerer seg. Dette kan også være en annen definisjon av imitasjon; det er en prosess hvor noe skapes og transformeres gjennom kjeder av oversettere, det vil si en redigering eller kombinerings (Christensen et al, 2013).

Den tredje måten er at teknikken blir adoptert kun overflatisk, slik at den bare har funksjon som et ritual. Konsekvensen av dette kan i følge Meyer og Rowan (1977) være at konsepter som introduseres for å øke organisasjonens legitimitet kan dekobles fra den daglige aktivitet i virksomheten. Dette kan kalles en *løs kobling* fordi det representerer bevaring og toleranse av gapet. Den formelle strukturen frikobles fra det som skjer i praksis, der den formelle lett kan endres når normer, lover eller moter forandres. Oppskriftene blir noe som ligger på overflaten i organisasjonen, men praksis endres ikke i særlig grad.

Til slutt kan teknikken bli tatt opp i organisasjonen, men slik at den reproducerer eksisterende roller og strukturer. Lozeau kaller dette «*co-optation*», eller mer provokativt «*corruption*» av teknikken (Lozeau et al, 2002). Gapet lukkes her ved å bringe teknikken nærmere de eksisterende mønstre i organisasjonen. Lozeau og hans kolleger fant eksempler på alle disse scenarioene i sin forskning.

Hvordan ser dette kompatibilitets-gapet ved St. Olavs Hospital HF ut, når prosess-tenkning i forløp introduseres i et hierarkisk, høy-spesialisert sykehus? Hvilket av disse fire scenarier, hvis noen, kan vi identifisere og hvilken betydning har dette?

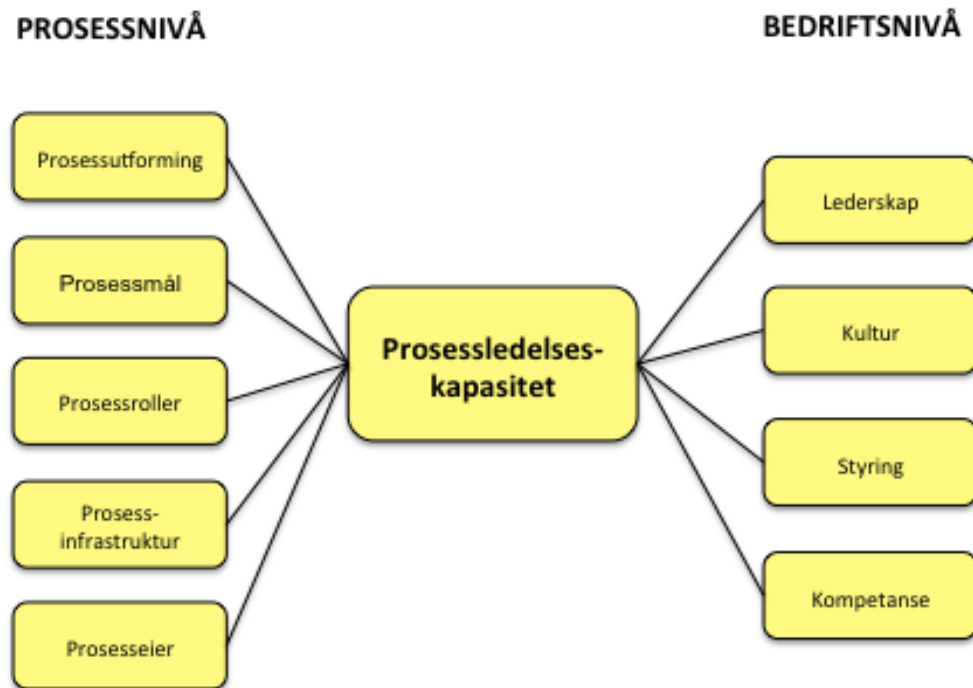
Selv om sykehus har mange fellestrekk, peker Røvik på viktigheten av å ha det han kaller oversetterkompetanse ved innføring av reformer eller organisasjonsutvikling basert på suksess

i andre organisasjoner (Røvik, 2007). Det er vesentlig å ta hensyn til den lokale konteksten. Selv om «alt blir gjort riktig», så kan det være store utfordringer knyttet til implementering av prosess-tankegang. Oversettelser kan også skje uintendert, som for eksempel følge av ufullstendig kunnskap om konseptets innhold. I rapporten om ny organisering av pasientflyt i Helse Sørøst konkluderes det med at «toppstyrte store reformer ikke bør innføres før sykehus i større grad har den nødvendige organisasjons- og ledelseskompetansen på plass i alle ledd» (Lippestad et al, 2011).

3.5 Prosessledelseskapasitet

For å skape en effektiv og konkurransedyktig virksomhet mener Jeston og Nelis (2008) at det er viktig å ha fokus på flere områder samtidig. Med en prosess-styrt tilnærming beskriver de hvordan både strategi, prosjekt- og prosessutførelse bør skje samtidig: Strategien til virksomheten skal utvikles med tanke på konkurransefortrinn, prosessene er en bedrifts kjerneaktivitet, prosjektene utgjør områdene som skal utvikle bedriftens konkurransefortrinn. I følge Jeston og Nelis (2008) er både prosess- og prosjektutførelsen avhengig av hvor dyktig man er i prosessarbeid, samt aktørenes dyktighet og endelig teknologi. Nedenfor redegjøres det for sentrale forutsetninger for dette.

Iden (2013) presenterer et system for å vurdere prosesslederkompetansen i en bedrift. Prosessledelseskapasitet er organisasjonens samlede evne til prosessledelse. Denne evnen kan organisasjonen utvikle. Prosessledelseskapasiteten kan sees på som en aggregering av kapasiteten til de involverte rollene: ledelsen, prosesseierne, prosessroller og prosess-senter. Prosesslederkapasitet handler også om hvor velutviklet og etablerte styringsstrukturer, metoder, teknikker og IT-systemer organisasjonen benytter seg av er. Kapasiteten er også avhengig av organisasjonenes kultur og verdier. Iden (2013) presenterer en modell som angir kapasiteter på to nivåer; prosessnivå og bedriftsnivå, disse omtales i senere avsnitt. Det er angitt fem kapasiteter for ledelse og organisering på prosessnivå, og fire kapasiteter på bedriftsnivå som er avgjørende for organisasjonens evne til samlet å lede prosesser, se figur 3-4.



Figur 3-4: En organisasjons samlede prosessledelseskapasitet består av ulike kapasiteter på prosess- og bedriftsnivå, fra Iden (2013)

Iden (2013) beskriver videre hvordan man kan angi nivå for den enkelte kapasitet, prosessutformingskapasitet, prosessmålskapasitet, prosessrollekapasitet osv, og dermed få et bilde av hvordan organisasjonen er utviklet på de ulike områdene. Kapasitetene påvirker hverandre. Hvis en av kapasitetene er mindre utviklet enn de andre, vil de kunne redusere effekten av de andre. Det er derfor den samlede styrken av kapasitetene som avgjør bedriftens prosessledelseskapasitet.

3.6 Organisering i sykehus

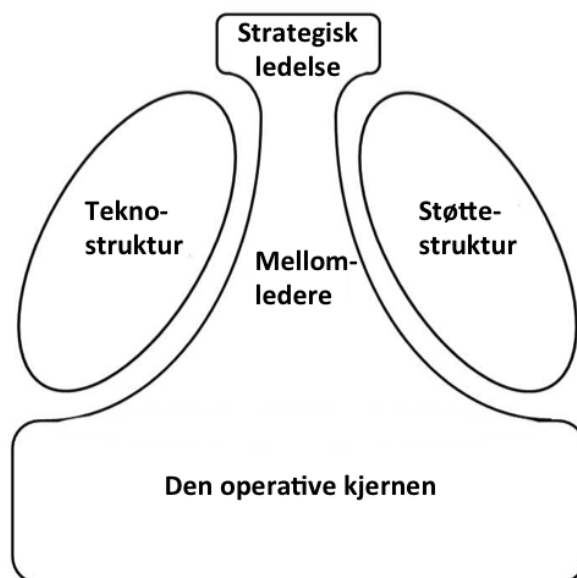
Sykehuset må sannsynligvis adoptere element fra prosessteori for å kunne nyttiggjøre seg pasientforløp fullt ut, og det andre forskningsspørsmålet søker å belyse hvordan disse organisatoriske endringer skjer ved implementeringen. I dette avsnittet presenteres klassisk strukturteori versus prosessteori for å avdekke forskjeller i ulik organisering som igjen kan gi utfordringen med hensyn på komabilitets-gapet introdusert i 3.4.1. Dette rammeverket brukes videre i en teoretisk drøfting av forskningsspørsmål 2.

Det finnes føringer for hvordan et sykehus er organisert. I oppdragsdokumentet som St. Olavs Hospital HF mottar fra det regionale helseforetaket er det skissert hvilke tjenestetilbud og behandlinger som skal tilbys pasientene, noe som kan påvirke hvordan organisasjonskartet

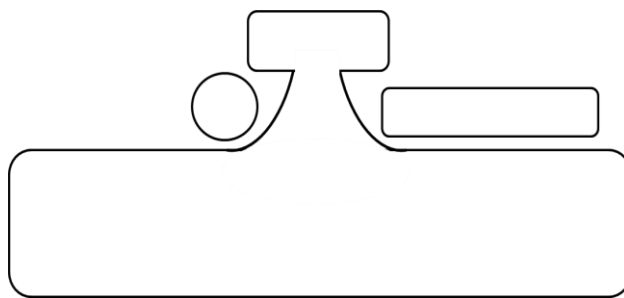
skal se ut (HOD, 2014, HMN-RHF, 2014). St. Olavs Hospital har 19 klinikker med hver sin hovedspesialitet som for eksempel Klinikk for hjertemedisin, Kreftklinikken, Medisinsk klinikk og så videre. De ulike klinikkene varierer mye i størrelse og kompleksitet. Hver klinikk har avdelinger og seksjoner som har sitt eget budsjett for salgs- og driftsinntekter, varekostnader, lønnsutgifter og internavregninger. Lederne for disse enhetene er nesten uten unntak rekruttert fra helseprofesjonene, som for eksempel leger, sykepleiere, fysioterapeuter og radiografer. Det er fire ledelsesnivå totalt, inkludert direktør. På hvert nivå skal det være enhetlig ledelse med et totalansvar som innebærer ansvar for personal, økonomi og fag.

Mintzberg (1993) har presentert et kjent rammeverk der han har delt organisasjoner inn i strukturelle typologier, figur 3-5. Mintzberg argumenterer for at alle organisasjoner i varierende grad består av fem hoveddeler:

- Den operative kjernen er den delen som gjør det arbeidet som må utføres for å realisere de overordnede mål. Her finnes alle produksjonsrelaterte aktiviteter.
- Mellomledelsen har hovedansvar for å føre tilsyn med og koordinere produksjonen. Fungerer også som en informasjonskanal mellom den operative kjernen og ledelsen.
- Toppledelsen har det øverste administrative ansvaret.
- Teknostrukturen består av en gruppe som ikke inngår i selve produksjonen, men som påvirker denne gjennom å utforme planer, sette opp rutiner og lignende.
- Støttestrukturen inngår heller ikke i selve produksjonen, men er nødvendig for at organisasjonen skal fungere. For eksempel kantine, rengjøring og lønnsutbetaling



Figur 3-5: Mintzbergs byråkratimodell

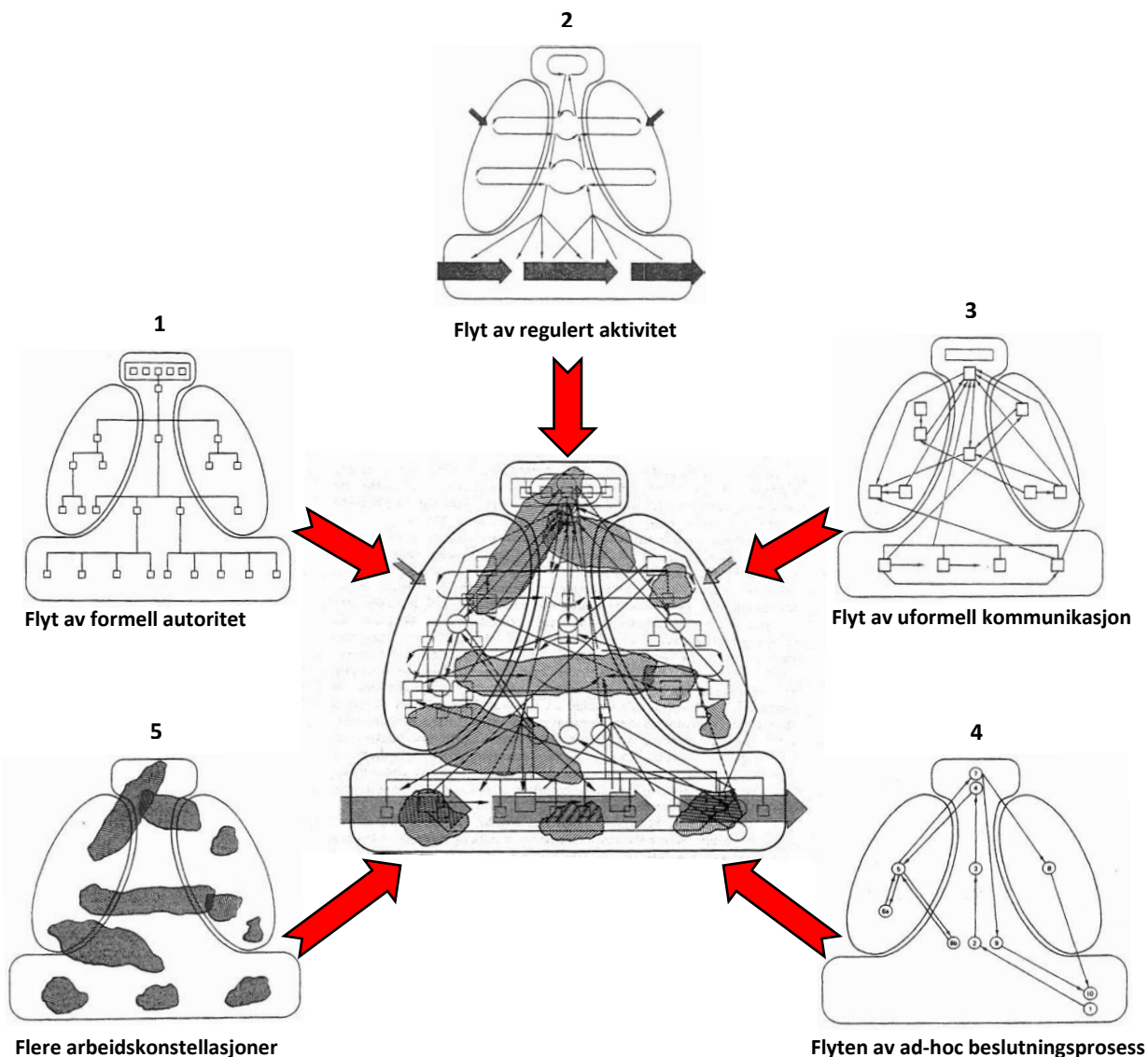


Figur 3-6: Mintzbers profesjonelle byråkrati

Mintzberg beskriver ulike organisasjonsformer og sykehus faller typisk inn under kategorien profesjonelt byråkrati, eller fagbyråkratiet, som vist i figur 3-6. Mintzbergs profesjonelle byråkrati er byråkratisk uten å være sentralisert. Den operative kjernen er stor sammenlignet med de øvrige delene av strukturen, særlig teknostrukturen. Det profesjonelle byråkratiet reagerer langsomt på endringer i omgivelsene, og reformbølger gjør som regel lite inntrykk. Fagfolkene oppfatter ofte endringer i omgivelsene bare som et irriterende uromoment (Bolman og Deal, 2009). Arbeidet i det profesjonelle byråkratiet kjennetegnes av at det er forutsigbart og standardisert, men med en kompleksitet som gjør at det kontrolleres direkte av de som utfører det (Mintzberg, 1993). Profesjonene utøver stor grad av autonomitet og tar beslutninger basert på høy faglig kompetanse.

Arbeid i organisasjoner kan generelt koordineres på ulike måter, gjennom overvåking, standardisering av arbeidsprosesser eller standardisering av output. Mekanismen for koordinering av arbeidet i det profesjonelle byråkratiet er standardisering av ferdigheter gjennom en profesjonsutdanning.

Mintzberg (1993) har også beskrevet hvordan organisasjonen fungerer gjennom fem ulike modeller, vist i figur 3-7. Den første beskriver hvordan den formelle autoriteten flyter i organisasjonen gjennom et hierarki. Den andre modellen viser hvordan flyten av regulerte tjenester går. Den tredje viser uformell informasjon, den fjerde hvordan ad hoc beslutninger som kreves involvering fra flere nivåer går på kryss og tvers, og den femte og siste viser arbeidskonstellasjonene.



Figur 3-7: A combined overlay: the function of the organization (Mintzberg, 1993)

Mintzberg peker på at alle er en grov forenkling av organisasjonens virkelighet. Ved å legge fem over hverandre, begynner vi å se konturene av den virkelige kompleksiteten i organisasjonen.

Sykehus er tradisjonelt gruppert etter kunnskap og ferdigheter i ulike klinikker. Standardiserte pasientforløp er eksempel på prosesser i helsevesenet som fordrer en organisering som også ivaretar flyt. Begrepet prosess kan forstås på flere måter. En prosess kan betraktes som et sett av aktiviteter som til sammen produserer et produkt eller tjeneste. En grunnleggende forutsetning for at prosesser oppstår, er spesialisering og fordeling av arbeid. Jo større grad av spesialisering, desto flere personer fordeles aktivitetene i en prosess på, og desto større er behovet for koordinering og samordning mellom deltakerne i prosessene. Prosesser kan også sees på som et konsept for organisatorisk orden. En definert prosess strukturerer og regulerer dermed enkeltindividers adferd, og hvordan enkeltindivider forholder seg til hverandre (Iden, 2013).

En høy *prosessutformingskapasitet* fordrer en standardisering av arbeidsprosesser ved at prosesser utformes i henhold til en felles standard som beskriver hele verdikjeden. I vårt tilfelle vil dette være beskrevet av de standardiserte pasientforløpene. I utformingen er det i organisasjoner med høy *prosessutformingskapasitet* tatt hensyn til hvordan de ulike prosessene best mulig skal samhandle. Det anbefales å opprette et *prosess-styre*, samt en helhetlig styringsstruktur hvor prosessmåling og rapportering inngår. En styringsgruppe som består av prosesseiere og toppledelse bør etableres. Denne bør koordinere og håndtere utfordringer knyttet til blant annet avhengigheter og prioriteringer. Spesielt i selve overgangen til prosessledelse kan en egen kompetanse- og koordineringsenhet med fordel opprettes for å lede endringsarbeidet (Iden, 2013).

Et profesjonelt byråkrati er kjennetegnet ved en hierarkisk beslutningsstruktur. Strukturen har klare ansvarsforhold, og beslutningsmyndighet i den enkelte enhet for å sikre rask saksbehandling og løsning på problemer. Strukturen i en prosess utgjøres av arbeids- og informasjonsflyten. En prosess skal videreutvikles og forvaltes, derfor må noen være ansvarlig for prosessen som helhet; *prosseiseieren* (Iden, 2013). Prosesser må på samme måte som en organisatorisk enhet ledes, og kan derfor oppfattes som en. En prosess er i følge Iden (2003) ikke bare en sekvens av aktiviteter, men et selvstendig styringsobjekt i organisasjonen. Prosesseierens ansvarsområde kan berøre flere enheter eller avdelinger i denne. Høy prosessledelseskapasitet tilsier formelt utnevnte prosesseiere og at prosesseierskapet er etablert i praksis. Det skal gå tydelig fram hva som er prosesseiers ansvar og myndighet. Prosesseiere bør delta i ledermøter, og ha jevnlige møter med andre prosesseiere, der prosessen blir diskutert. Prosesseieren har ideelt sett innflytelse på hvem som ansettes i prosessen, og dens utforming og måloppnåelse. En situasjon der en linjeleder først og fremst er opptatt av den delen av prosessen som utføres i sin enhet, kan føre til en lav prosesseierkapasitet (Iden, 2013).

Ett kjennetegn ved det profesjonelle byråkratiet er at det reagerer langsomt på forandringer i omgivelsene. Fagfolkenes selvstendige arbeidssituasjon og manglende tilpasningsevne gjør det ofte svært vanskelig for organisasjonen å foreta systematiske endringer i organisasjonsstrukturen. Det profesjonelle byråkratiet har en lite fleksibel struktur og den er i utgangspunktet ikke konstruert for å løse nye problem. Dette er i motsetning til prosess-tankegangen. Her forventes et fokus på stadig utvikling av, og forbedring av prosessene. Ansatte som jobber i prosessene sies å ha *prosessroller*. I en organisasjon som har høy prosessledelseskapasitet vil disse medarbeiderne kunne redegjøre for hele prosessen, forstå hvordan deres arbeid påvirker prosessens mål og resultat. De involverte er opptatt av prosessen de er del av som helhet, og er aktiv i forbedringsarbeid knyttet til prosessen.

I Mintzbergs modell (1993) finnes det i tillegg til den vertikale linjen en teknostruktur og en støttestruktur. Disse har i oppgave å standardisere arbeid gjennom overvåkning og kontroll,

samt utføre arbeid nødvendig for at organisasjonen skal fungere. I et profesjonelt byråkrati spiller disse systemene en rolle, men de er adskilt fra arbeidet i linja og inngår ikke i produksjonen. Prosesser som går horisontalt i organisasjonen er avhengig av god *prosessinfrastruktur*. Med dette menes at støttesystem og støttedfunksjoner i organisasjonen også må være prosessorienterte. En forutsetning for prosessarbeid, slik både Iden (2013) og Jeston og Nelis (2008) fremstiller det, er nødvendige verktøy slik at prosesseier og prosessroller kan måle og overvåke viktige parametere. Adekvate IT-systemer er fremhevet som et viktig redskap. En annen støttedfunksjon er personalavdelinger eller organisasjonsavdelinger. Opplæring, insentiver og belønningssystem og karriereplanlegging bør ikke bare skje innenfor det funksjonelle organisasjonshierarkiet (Iden, 2013).

Jeston og Nelis (2008) beskriver idealsituasjonen for en effektiv og konkurransedyktig bedrift der de funksjonelle enhetene med en vertikal, hierarkisk organisering er vevd sammen med bedriftens prosesser som går horisontalt, og som bruker ressurser fra de funksjonelle enhetene. Det er et viktig poeng at verken den funksjonelle eller prosessorienterte strukturen får dominere fordi dette kan svekke helheten.

Kommunikasjon er navet for alle aktiviteter knyttet til prosesser (Jeston og Nelis, 2008). Roller og ansvar, prosessedokumentasjon, formulerte mål, data fra prosessen og planlagte handlinger i fortsettelsen må kunne kommuniseres ut til alle involverte parter på en enkel og forståelig måte. Jeston og Nelis (2008) framholder at dette ikke bare må foregå på ledernivå. De ansatte er også del av prosessen og er kritiske i en effektiv kommunikasjonsstrategi. Figur 3-7 viser ulike elementer som gjør at det er utfordrende å ha fullstendig oversikt over hvordan en organisasjon fungerer (Mintzberg, 1993), og som også kan ha påvirket en effektiv kommunikasjon.

3.7 Ledelse i sykehus, strukturteori versus prosessesteori

Ledelse kan oppfattes på flere måter, som en rolle, som adferd, som en prosess. Erik Johnsen sier at ledelse er en målformulerende, problemløsende og språkskapende prosess i samspill med andre (Busch et al, 2007). I oppgaven blir dette satt i sammenheng med etablering og gjennomføring av pakkeforløp. Det tredje av forskningsspørsmålene er knyttet til ledelsesdynamikk og dette kapitlet gir bakgrunn for å forstå ledelsesmessige utfordringer ved implementering av pasientforløp. Kapitlet gir en bakgrunn for den teoretiske drøftingen av dette spørsmålet.

Det profesjonelle byråkratiet fremstår som demokratisk ved at det avgir makt nedover i systemet til de profesjonelle, noe som gir dem stor grad av autonomi og innebærer at kvaliteten på tjenestene bestemmes på det laveste nivået i systemet i den daglige

pasientbehandlingen. Dette er en styrke ved det profesjonelle byråkratiet, samtidig som det også medfører flere problemer. En stor grad av skjønn utvises av de profesjonelle. Dette er av stor betydning for eksempel i helsesektoren. I møte med klientene er det de profesjonelle, eller bakkebyråkratene, som til syvende og sist bestemmer ressursbruken. Profesjonene setter klientens behov først, også foran organisasjonens mål, hvis disse er motstridende (Eriksen, 2009).

I et profesjonelt byråkrati kan det være subkulturer som skaper utfordringer. Den enkelte spesialist blir så opptatt av egen oppgave at en ikke ser sin rolle i det større bildet, og ikke tar ansvar for det som er organisasjonens overordnede mål. Dette kan føre til koordinerings- og samarbeidsproblemer på tvers innad i organisasjonen som kan gå utover effektiviteten. Profesjonen identifiserer ikke behovet til klienten/kunden og organisasjonen i like stor grad som behovet for å ivareta egne standarder og ivareta egen profesjon. De ser ikke seg selv som del av et team, og organisasjonen betraktes som et tilfeldig, men velegnet sted for å utøve sin profesjon. De er lojale mot profesjonen, ikke mot organisasjonen de utøver profesjonen sin i. Organisasjonen på sin side trenger lojaliteten fra profesjonen.

I en organisasjon der standardiserte pasientforløp skal utgjøre fundamentet i utredning og behandling er det visse premisser som blir viktige. Det må være enkelt å dele kunnskap om felles pasienter og oppgaver. Videre må oppgaver koordineres, hvem gjør hva og når. For dette trengs et verktøy som kan støtte flyt- og kapasitetsstyring og som kan fortelle aktørene hvor pasientene er, når og hvorfor, og hvilke ressurser krever det i organisasjonen? I dette bildet er ledelse på tvers viktig. Overgangen mellom nivå og enheter er sårbare steder for sikkerhet, pasientens opplevelse, koordinering og effektivitet (Statens Helsetilsyn, 2010). Koordinering og ledelse på tvers kan skape en organisatorisk sammenheng.

Et moment i helsereformen fra 2002 (Ot.prp. nr. 66, 2001), da staten overtok ansvaret for sykehusene, var å myndiggjøre ledere. Helsereformen inneholdt mål om å heve rolleforståelse, kompetanse og gjennomføringsevne. En praktisk konsekvens var at det skulle være enhetlig ledelse på alle nivå i sykehuset. Dette betød at en person i hver enhet har et totalansvar for fag, personell og økonomi. I en stor undersøkelse blant ledere i sykehus 10 år senere, finner forskerne at reformen har styrket lederfunksjonen i sykehus (Hippe og Trygstad, 2012). Imidlertid har ikke helseforetaksreformen ført til noe gjennombrudd for ledelse som eget fag i sykehusene, men har i stedet ført til en befestning og styrkning av det profesjonelle selvstyret. Mellomledere opplever likevel at handlingsrommet har krympet i de siste årene. Grunnen til dette er at det har kommet flere pålegg og krav ovenfra, og at støttesystemene beskrives som for dårlige. Dette reduserte handlingsrommet påvirker betingelsene for å utøve ledelse, ifølge rapporten. At lederfunksjonen er styrket, støttes av forskning av Kjekshus og Harsvik (2007) som finner at økt ansvarliggjøring og delegering av

myndighet til avdelingsnivået er et av de mest åpenbare endringstrekkene ved sykehusene i perioden 1999-2005.

Styrket lederfunksjon krever ledere på mellom-nivået som er interessert i ledelse og er kompetent til jobben. Profesjonenes vilje til å lede er ofte problematisert. Det kliniske arbeidet og fagledelse er ofte betraktet som viktigere enn den mer administrative delen. Erfaringer fra store endringsprosjekt i Helse Sør-Øst viser at det er vanskelig å mobilisere legene i organisasjonsutviklingsprosesser (Lippestad et al, 2011). Dette kan skyldes tradisjonen fra den tidligere todelte ledelsen ved sykehus. En omorganisering i 2006/2007 vektla nye prinsipper for inndeling i organisatoriske enheter, organisering av pasientflyt og den enkelte ansattes arbeid i hverdagen. Legelederne konsentrerte seg imidlertid i hovedsak om det kliniske arbeidet, mens ledelse og administrative oppgaver ble overlatt til sykepleielederne. Administrativt arbeid har generelt lavere status i legegruppen (Lippestad et al, 2011). Denne adferden kan ha betydning for hvordan standardiserte pasientforløp blir mottatt, og om det lykkes å implementere de overordnede føringene som følger med.

I et profesjonelt byråkrati kan det som nevnt oppstå utfordringer knyttet til koordinering og utøvelse av skjønn. Utenifra kan det virke som om problemene oppstår som en følge av manglende ekstern kontroll av profesjonene og det profesjonelle arbeidet. Imidlertid har det vist seg at ulike måter å tilegne seg kontroll på, ikke har lyktes i særlig grad. Endinger i det profesjonelle byråkratiet skjer ikke nødvendigvis som en følge av at administratorer annonserer nye reformer eller at styringsmaktene prøver å innføre kontroll ved hjelp av teknostruktur (Mintzberg, 1993).

Det finnes rammeverk og modeller for hvordan en bedrift på best mulig måte kan lede sine prosesser. Som tidligere beskrevet er en effektiv og konkurransedyktig bedrift kjennetegnet av at de funksjonelle enhetene er vevd sammen med bedriftens prosesser. De ansatte må arbeide innenfor tosidig autoritetsstruktur og må balansere krav fra produktenhetene og funksjonsenhetene. Dette kan være en kilde til målkonflikter og rollekonflikter. Koordineringen kan være tidkrevende og stiller krav til ansattes evne og vilje til samarbeid. Fokus på prosesser er egnet til å styrke organisasjonens kompetanse, fremme en faglig ensartet praksis og legger til rette for utvikling og innovasjon. Ulemper kan være økt grad av profesjonskamper og styringsproblemer. Iden (2013) påpeker at i de fleste bedrifter lever prosessene og de funksjonelle enhetene side om side. Prosessledelse utøves i en matriseorganisering der funksjonene utgjør den ene dimensjonen og prosessene den andre.

Iden (2013) beskriver kapasiteter på bedriftsnivå som styrker prosessene. Toppledelsens engasjement (*lederskap*) er en forutsetning for å introdusere prosessledelse i en organisasjon. Høy prosesslederskapskapasitet krever en toppledelse som viser entusiasme for prosessledelse. Det er bare toppledelsen som kan beslutte at nødvendige ressurser settes av og

at nødvendige endringer gjennomføres. For å drive prosessledelse må det videre på prosessnivå foreligge *mål* for prosessens ytelse og resultater.

Prosessledelse forutsetter at ansatte på alle nivåer er komfortable med å arbeide tverrfunksjonelt og være villig til å akseptere endringer, det vil si at *kulturen* er endringsorientert. Den raske medisinske utviklingen tilsier stadig endring av behandlingsregimer og at de ansatte er vant til endring. Når det gjelder organisatoriske endringer kan det være mer utfordrende, særlig hvis disse medfører mer administrasjon. Selv om den enkelte lege nødvendigvis ikke misliker administrative oppgaver i seg selv, kan utførelsen av slike oppgaver stå i kontrast til forventningene om hva en lege skal gjøre (Lippestad et al, 2011).

Prosessledelse og prosessorientering krever spesiell *kompetanse* hos ansatte og ledelse. Dette dreier seg om evnen til å designe og implementere prosesser som er direkte knyttet til måloppnåelse. Helsesektoren og spesialisthelsetjenesten har ikke noen tradisjon for å utdanne fagprofesjonene innenfor organisasjonsutvikling og ledelse. Dette kommer tydelig frem i den Nasjonale plattform for ledelse fra HOD som først nå har satt fokus på lederutdanning (Helse Midt-Norge, 2012).

3.8 Perspektiver på makt

Begrepet makt utgjør en sentral inngang til å forstå hvordan en organisasjon eller et samfunn fungerer. I boken «Kontrol i det stille» skriver Christensen og Daugaard (2013) «*Forfølg makten hvis du vil forstå eller avdekke hvorfor din arbeidsplass fungerer som den gjør*». Maktfenomener ansees å være nødvendige og uunngåelige i alle sosiale samspill. Makt er evnen til å nå mål, om så mot andres vilje og interesser. Makt kan også beskrives som muligheten til å påvirke, altså det å være med på å bestemme og oppnå resultater gjennom beslutningsprosesser (NOU 2003:19, 2003).

Mintzberg (1993) omtaler profesjonenes makt i et profesjonelt byråkrati, og at det finnes en pluralistisk maktstruktur. Profesjonelle som tar på seg lederansvar vil ha makt i et profesjonelt byråkrati. Lederen vil fortsatt ha øverste beslutningsmyndighet og være den mest innflytelsesrike, men utfordringen er at den formelle makta kan bli utfordret av den kollektive makta som ligger i den profesjonelle, operative kjerne, det vil si fagmakta (Eriksen, 2009).

I Christensen og Daugaard (2013) belyses flere typer makt, og forfatterne skiller i sin maktanalyse mellom ulike former for maktutøving. Boken er fundert på sentrale teoretiske perspektiver fra maktlitteraturen, og modellene baserer seg på empiriske undersøkelser.

Direkte makt er makt som for eksempel finner sted i vedtaksprosesser og er basert på en rasjonell tilnærming.

Indirekte makt fokuserer på makt som finner sted når man for eksempel fastsetter dagsorden på et møte. Interessegrupper med makt kan bestemme og la være å fremme enkeltsaker som innebærer en trussel på dagsordenen, eller de kan være i en posisjon som kan forhindre at bestemmelser blir implementert. Fenomenene blir beskrevet som filtre i en beslutningsprosess, det første filteret bestemmer hvilke saker eller utfordringer som når fram til beslutningsarenaen, det andre filteret avgjør hvilke beslutninger som faktisk blir implementert.

Den institusjonelle makten skiller seg fra de andre formene for makt ved at den kommer til uttrykk i den menneskelige atferd gjennom normer, rutiner og strategier. Den institusjonelle makt inneholder mentale forestillinger om hvordan ting skal være, hva en må og ikke må, og hva en kan, og ikke kan gjøre. Slike institusjonaliserte mekanismer finner vi i daglige rutiner og normer som regulerer atferd i sosiale system, og i de kulturer og myter som finnes i organisasjonen. Disse fenomenene, rutinene og normene regulerer og styrer mye av atferden til mennesker i en organisasjon, de fleste er aksepterte og blir utøvd daglig. Organisasjoner utvikler ofte sin egen form for maktutøving som foregår innenfor rammene av denne særegne kulturen.

Internt i en organisasjon kan en finne mange formelle og uformelle maktposisjoner som en person kan ha over en annen person. Makt er ikke likt fordelt og for eksempel har den formelle ledelsen, gjennom formelle fullmakter, legitim rett til å utøve makt over de ansatte. I et sykehus blir mange beslutninger tatt i kraft av ekspertise. Dette er en type legitim makt forankret i personer, og henger tett sammen med profesjonene. Denne muligheten for påvirkning kan utøves som indirekte makt. Videre blir beslutninger også ofte tatt basert på bakgrunn av prosedyrer, rutiner og normer. Dette er en type makt forankret i regler og posisjoner i formelle hierarkier, og ikke personer, og er institusjonell makt.

3.9 Oppsummering teoretisk analyseverktøy

I dette kapittelet har vi presentert ulike teorier som kan brukes til å forklare og forstå funnene i resultatkapittelet, og svare ut den overordnede problemstillingen.

Winter og Nielsen (2008) peker på viktigheten av å forstå at implementering av politikk er en prosess der det er flere faser, og mange aktører, som kan virke inn på resultatene. Ved å studere implementering med en «bottum-up»-tilnærming av disse prosessene, får vi tilgang til forståelse av hvorfor tiltak virker slik som planlagt, eller eventuelt hvorfor de ikke virker. Med et «top-down»-perspektiv som kun fokuserer på måloppnåelse, mister man disse perspektivene. Almås (1990) beskriver hvordan en målevaluering av et vedtak kan forstås på samme måte. Enten kan man fokusere på resultatet, som kan finnes som kvantitative mål, som for eksempel i denne oppgaven i form av indikatorer. En annen måte vil være en prosessevaluering der Winter og Niensens «bottum-up»-perspektiv er et eksempel på dette.

En implementering skal som regel medføre en planlagt endring. Fra Scott (2014) og institusjonell teori har vi en oppfatning av at utfordringer knyttet til endringer kan forstås gjennom hvordan den regulative, den normative og den kognitive søylen preger den aktuelle institusjonen. Den regulative søylen er aktuell fordi pakkeforløp er et pålegg, og det er knyttet overvåkning av tidsfrister i pakkeforløpene fra myndighetens side. Hvordan vil de ulike helseprofesjonene forholde seg til dette fra et rasjonelt perspektiv? Og hvordan kan verdier, normer og kultur være i konflikt eller støtte opp under forløpstankegangen? Dette vil være bestemmende for hvordan St. Olavs Hospital HF endelig forholder seg til pakkeforløp, og dermed resultatene. Vil organisasjonen virkelig institusjonalisere endringene, eller er det kun på papiret disse skjer? Teori om adoptering og oversettelser av organisasjonsoppskrifter vil kunne bidra til å forklare dette.

St. Olavs er organisert som et hierarki, og fungerer mer og mindre som det Mintzberg (1993) kaller et profesjonelt byråkrati. Disse er karakterisert blant annet ved autonome profesjoner som igjen kan føre til ulike typer makt i organisasjonen (Christensen og Daugaard, 2013). Med pakkeforløpene utfordres både ledelse og organisering for å skape det nødvendige fokus på prosesser som går på tvers i dette formelle hierarkiet. Idens (2013) modell for prosesskapasitet, og Jeston og Nelis (2008) beskrivelse av en organisasjon som har balanse mellom funksjonelle oppgaver og prosesser, danner et bakteppe for å analysere hvordan St. Olavs agerer i møtet med pakkeforløpene.

4.0 Resultater

4.1 Hvordan kan policyutforming og virkemidler påvirke implementeringsprosessen?

Den første fasen i Winter og Nilsens modell (2008) omfatter policy-utforming og virkemidler for implementeringen. I dette kapittelet ser vi først på historien forut for pakkeforløpene. Denne kan være med på å belyse utformingen av vedtaket gjort av myndighetene, og forståelsen av kravene sett fra organisasjonens side. Dette mener vi gir et bakteppe for å forstå de endringene som skjer, og eventuelt ikke skjer, i organisasjonen.

Dokumentstudiet inneholder på et overordnet politisk nivå ulike strategier, offentlige utredninger, planer og skriv. Videre har vi studert «Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge» i perioden 2010-2016, som igjen har dannet grunnlaget for dokumentene «Styringskrav og rammer for St. Olavs Hospital HF» i samme periode. Studien inneholder også dokumenter som har blitt utarbeidet internt ved St. Olavs Hospital HF slik som «Program for forbedring 2011-2016» (St. Olavs Hospital HF, 2010), i senere versjon kalt «Forbedringsprogram 2013» (St. Olavs Hospital HF, 2012), og nå i siste utgave «Forbedringsprogram 2014-2016» (St. Olavs Hospital HF, 2013). Disse er de mest sentrale dokumentene i vår studie sammen med «Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015» (HDIR, 2014). Samtidig har det vært viktig å se nærmere på blant annet styre- og møteprotokoller relatert til implementering av forløp.

Helsedirektoratet har i sin implementeringsplan satt særskilt fokus på ledelse og ledelsens betydning for å kunne lykkes med implementeringsarbeidet. Vi ønsker derfor også å se om dette blir trukket fram i oppdragsdokument videre inn i styringsdialogen med sykehusets ledelse gjennom dokumentet «Styringskrav og rammer for St. Olavs Hospital HF».

4.1.1 Funn fra dokumenter

Vi ønsker å studere om de vedtatte dokumentene har tydelige mål, eventuelt delmål, og hvorvidt dokumentene gir sterke føringer med tanke på implementering og dertil tilhørende virkemidler.

Datamaterialet er stort. Vårt hovedfokus har fulgt den vertikale linjen fra politisk nivå ved Helse og omsorgsdepartementet (HOD) til vårt regionale helseforetak og videre inn i St.

Olavs Hospital HF, med fokus på pasientforløp. Vi har funnet forskjellige dokumenter som representerer alt fra offentlige styrevedtak, handlingsplaner, utredninger og strategier på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå som bidrar til hvordan forløpene skal oppfattes og jobbes med for å bli best mulig for pasienter, pårørende og ansatte. Vi har tatt med de dokumenter som er de viktigste bidrag til å påvirke og forstå denne prosessen, sammen med intervju av aktører i pakkeforløpene.

4.1.1.1 Utforming av politikk

I dette kapittelet vil vi redegjøre for de funn vi har gjort i ulike policy-dokumenter. Dette er politiske dokumenter som er utarbeidet på nasjonalt nivå.

Norsk Offentlig Utredning (NOU) 1997:2. Pasienten først!

Denne utredningen kan sies å være en av de første som satte fokus på pasienten og hvordan pasientens forløp må være for å ivareta hele mennesket.

Ivaretagelse av helhetsperspektivet i en pasients sykdomsperiode kan best ivaretas ved å ha et nært, gjerne formalisert samarbeid mellom primærhelsetjeneste og sykehus, og at sykehusene tar hensyn til dette gjennom i større grad å føre tjenester og spesialister til pasientene, mens pasientene får være mer i ro. Videre at det tverrfaglige samarbeid utvikles og systematiseres innen alle spesialiteter (NOU, 1997:2).

NOU-utvalget legger avgjørende vekt på den betydning som ledelse har for at sykehusene konsekvent skal virke i et pasientperspektiv. Utvalget understreker at de foreslåtte endringene i stor grad skaper en ny lederrolle i sykehusene.

«Det viktigste bidraget for at framtidens sykehus skal virke til pasientenes beste, er at ledelsene gis riktig ansvar og fullmakter/virkemidler, og at ledelsene har holdninger som tilstreber tverrfaglig samarbeid med fokus på pasientenes behov. Dette fordrer både holdningsendringer hos de som skal være ledere og blant de som blir ledet, og at sykehusene må legge til rette for ledelse på en annen måte enn de gjør i dag.»

St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen.

Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Samhandlingsreformen omtales som en av de største helsereformene i nyere tid.

Samhandlingsreformen skal både svare på pasientens behov for koordinerte tjenester, og på store samfunnsøkonomiske utfordringer i tiden framover.

Det er utfordringer knyttet til samhandling, noe som har vært erkjent i helse-Norge gjennom mange tiår. Helsetjenestene er fragmenterte og lite koordinerte, og det finnes i liten grad systemer rettet inn mot pasientens samlede behov. Kjernen i Samhandlingsreformen er derfor at tjenester som leveres fra helsetjenesten i stat og kommune inngår i en helhetlig oppfyllelse av den enkelte pasients eller brukers behov (St.meld. 47, 2009).

En større satsing på kommunehelsetjenesten betyr ikke at spesialisthelsetjenesten svekkes, men rollene og oppgavene vil endres. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning i kombinasjon med vekt på standardiserte pasientforløp og pasientens behov for koordinerte tjenester. Sykehusene skal være et ledd i en ubrutt tiltakskjede fra sentrale myndigheter til kommunene, hvor de har oppgaver å løse både internt og eksternt. En framtidig situasjon der sykehusene i større grad enn i dag rendyrker oppgaver av spesialisert karakter, gir nye muligheter for strategisk utvikling av spesialisthelsetjenesten som må utnyttes på en systematisk måte. Dette skal gi sykehusene bedre muligheter til å prioritere og videreutvikle sine faglige og organisatoriske konkurransefortrinn, som er å levere spesialiserte helsetjenester av høy internasjonal kvalitet (St.meld. 47, 2009).

Prop. 1 S (2010-2011) og (2011-2012) Statsbudsjettet

I statsbudsjettet for 2011 (St. meld. 1, 2011) er det en kort omtale av Helsetilsynets risikorapport fra 2010, og departementet varslet der at de i oppdragsdokumentet for 2011 ville ha fokus på en videre utvikling av kreftområdet, med særlig vekt på risikofaktorene som ble avdekket. I rapporten vises det til Norsk pasientskadeerstatnings «Statistikk for de regionale helseforetak – 2008», der ett av temaene er svikt i diagnostikk. Det framgår av denne statistikken at av alle medholdsaker om svikt i diagnostikk, utgjorde svulster og kreftsykdommer 26 % av alle fagområder. Helsetilsynets konklusjon var at risikonivået i norsk kreftbehandling er for høyt. Det ble identifisert 16 uønskede hendelser/forhold, hvorav de fire viktigste ble pekt ut til å være utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt, kontinuitet og komplikasjons-overvåkning (Statens Helsetilsyn, 2010).

I statsbudsjettet for 2012 (St. meld 1, 2012) er kreftbehandling omtalt under særskilte satsingsforslag, og det vises til Helsedirektoratets (HOD, 2011) publisering av anbefalte forløpstider for kreft med mål om at 80 % av kreftpasientene skal komme innenfor foreslåtte forløpstider. Kreftpasienter skal starte behandling innen 20 virkedager etter at henvisningen er mottatt. Videre står det at:

«Forløpstidene vil være førende for helseforetakenes organisering og logistikk og vil gjøre det nødvendig at helseforetakene har fokus på og treffer tiltak for å fjerne flaskehalsen. Forløpstidene til første behandling for tykktarmskreft, lungekreft og brystkreft er styringsparametere i oppdragsdokumentet for 2011.»

Sammen - mot kreft. Nasjonal Kreftstrategi 2013-2017

Dokumentet bygger på tidligere «Nasjonal kreftplan (1999-2003)» og «Kreftstrategien for 2006-2009», forlenget senere til 2011. Dokumentet setter for alvor fokus på organisering av standardiserte pasientforløp.

«Nasjonal kreftstrategi 2013-2017» (HOD, 2013) har satt seg som et av flere hovedmål at Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp. Pasientene skal oppleve at tjenestene henger sammen uten unødige forsinkelser. I dette dokumentet finner vi igjen de krav og mål som er stilt gjennom ulike «oppdragsdokument» og «styringskrav og rammer» for St. Olavs Hospital HF.

«Nasjonal Kreftstrategi 2013-2017» (HOD, 2013) har som mål at godt organiserte standardiserte pasientforløp med anbefalte forløpstider, skal sikre pasienten et raskt, forutsigbart og helhetlig forløp gjennom diagnostikk, utredning, behandling og oppfølging. Innholdsmessig vil de ha klare likhetstrekk med den danske modellen med «pakkeforløp» for kreftbehandling, tilpasset organiseringen av den norske helsetjenesten. Standardiserte pasientforløp skal vurderes lagt inn som en del av handlingsprogrammene for ulike kreftsykdommer.

I dette dokumentet gjentas målet med at 80 % av kreftpasienter skal starte behandling innen 20 virkedager etter at henvisningen er mottatt (HOD, 2013). I denne sammenheng kan utvikling av standardiserte pasientforløp som del av de nasjonale handlingsprogrammene bidra til å bedre logistikk og samhandling, redusere risikonivået og øke pasientsikkerheten.

For å nå hovedmålet om at Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp har «Nasjonal Kreftstrategi 2013-2017» satt seg som delmål blant annet å etablere funksjoner som koordinatorene for pasienter innen de store kreftgruppene ved alle sykehus som utreder og behandler kreft (HOD, 2013).

4.1.1.2 Politikkdesign

I dette kapitlet vil vi redegjøre for funn i ulike planer, oppdrags- og styringsdokumenter, samt andre administrative dokumenter som er knyttet til forskningsspørsmål 1. Her presenteres dokumenter fra både nasjonalt, regionalt og lokalt forvaltningsnivå.

Nasjonalt

Sentralt i vår studie står dokumentet «Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015» (HDIR, 2014). Dokumentet må sees som en håndbok og veileder til helseforetakene i hvordan man skal gjennomføre og lykkes med implementering av pakkeforløp for kreft. Det er utarbeidet av Helsedirektoratet etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Planen inneholder blant annet beskrivelser av bakgrunn for oppdraget,

erfaringer fra Danmark, implementeringstiltak i de regionale helseforetakene og sykehusene, samt utfordringer knyttet til koordinering og ledelse i implementeringsfasen (HDIR, 2014).

Implementering av pakkeforløp for kreft. Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015

Helsedirektoratet fikk i oppdrag fra HOD å utarbeide pakkeforløp for kreft og diagnoseveiledere for fastlegene i 2014. Pakkeforløpene skulle implementeres i helsetjenesten i 2015. I arbeidet med pakkeforløpene har tilsammen 21 arbeidsgrupper utarbeidet 28 pakkeforløp og diagnoseveiledere for kreft etter dansk modell (HDIR, 2014).

Arbeidsgruppene har vært bredt faglig sammensatt med representanter fra ulike profesjoner, regioner og forvaltningsnivåer.

For å lykkes med implementering i sykehusene er ledelse og organisering av pakkeforløpene sentralt. Oppmerksomhet omkring flaskehalsar og konkrete, tilpassede tiltak for å håndtere disse betegnes også en forutsetning (HDIR, 2014).

I Norge blir pakkeforløpene beskrevet som nasjonale standardiserte pasientforløp som er faglig baserte, og som skal være normgivende. Implementeringsplanen peker på at implementeringen av pakkeforløpene må skje som en gradvis prosess, og det skal gjennomføres en trinnvis innføring i løpet av 2015 (HDIR, 2014).

Implementeringsplanen inneholder blant annet disse hoved- og delmål:

Hovedmål:

- Å sikre gode pasientforløp for kreftpasienter med rask diagnostikk og uten ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse og ventetid
- Et system for koding og monitorering av pakkeforløp for kreft er utviklet, etablert og iverksatt

Delmål:

- RHF-ene, HF-ene, sykehusledelse, helsepersonell og landets fastleger har fått nødvendig og tilstrekkelig informasjon og kunnskap om pakkeforløp og diagnoseveiledere og bruker diagnoseveileder og pakkeforløp aktivt i utredning, henvisning og oppfølging av pasienter og pårørende
- RHF-ene og HF-ene har utarbeidet planer, tiltak og systemer for pakkeforløp for kreft på alle nivåer, og har iverksatt tiltak og system for pakkeforløp regionalt og lokalt
- Digital publisering av resultater fra monitorering av pakkeforløpene
- Personell som skal registrere er opplært

- De pasientadministrative systemene er tilrettelagt for registrering av forløpstidene i henhold til kodeveilederne
- Helseforetakene har implementert rutiner for registrering av *Pakkeforløp for kreft* i henhold til kodeveilederne
- Helseforetakene bruker resultatene fra monitoreringen til systematisk forbedring og kvalitetsarbeid

For å sikre logistikk og kontinuitet i pasientforløpene har flere sykehus allerede ansatt forløpskoordinatorer og har god erfaring med dette. Ved innføring av pakkeforløp for kreft i 2015 skal alle sykehus som utreder og behandler kreftpasienter ha forløpskoordinatorer, plassert i et team. Implementeringsveilederen gir uttrykk for at det kan vurderes å etablere et samlet forum på sykehuset/ regionen for forløpskoordinatorer (HDIR, 2014). Roller og innhold i disse er beskrevet i kapittel 3.1.1.

Implementeringsveilederen (HDIR, 2014) understreker at rapporteringslinjer og mål, samt plan for implementering og operasjonalisering må følges opp aktivt på alle ledernivå. Det bør ikke være opp til lokale avdelingsledere alene å organisere implementering av pakkeforløpene. For at forløpskoordinatorer for eksempel skal kunne booke timer fra andre avdelinger for å sikre god pasientflyt, er det nødvendig med tydelig forankring i toppledelse på sykehus og klinikken, i tillegg til møtepunkter og avtaler mellom ulike enheter og nivåer. Det bør derfor etableres et system for ledelse og samordning på tvers av regioner og sykehus, og på tvers av avdelinger og fagområder i det enkelte sykehus, som er involvert i pakkeforløpet. Det er avgjørende med god ledelsesforankring på alle nivåer, herunder:

- Politisk ledelse
- Sentrale helsemyndigheter
- I RHF-ene
- I HF-ene
- I avdelinger som utreder og behandler kreft

Norge viser til og støtter seg til Danske Sundhedslædelse som fremhever særskilt fokus på ledelse i forbindelse med implementering av Kræftpakker (HDIR, 2014). Det var en skal-oppgave, med press fra departementet og eierne i regionene. Man fokuserte videre på tverrgående ledelse, herunder tverrgående organisering på tvers av nivåer i sykehus og avdelinger. Det ble også fokusert på ressurser for implementering, med den følge at det ble allokert ressurser til utstyr, lokaler og personale. De danske myndigheter øremerket ca 1,3 milliarder danske kroner over en periode på fem år (NAFKR, 2012).

Oppdragsdokumentene 2010-2016, fra HOD til Helse Midt-Norge RHF

Her følger et sammendrag av syv oppdragsdokumenter. Vi ser «Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015» opp mot disse dokumentene som igjen viser utviklingen av forløpstankegangen over mange år. Oppdragsdokumentet er eierne (departementet) sin bestilling av helsetjenester til de regionale helseforetakene.

Etter etablering av Helseforetakene i 2002 (Ot.prp. nr. 66, 2001) har Helse- og omsorgsdepartementet gjennom sitt eieransvar gitt de ulike regionale helseforetakene oppdrag gjennom det som tidligere ble kalt «Bestillerdokument», nå i senere år «Oppdragsdokument». Grunnlaget for Helse Midt-Norges inntekter er i all hovedsak bevilgningsvedtak i Stortinget gjennom Statsbudsjettet (St. meld. 1, 2014), og midler som overføres med grunnlag i disse vedtakene.

Det regionale helseforetaket skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen. Helse- og omsorgsdepartementet vil fortløpende informere det regionale helseforetaket om lov- og forskriftsarbeid som berører spesialisthelsetjenesten.

I «Oppdragsdokumentet fra 2010» (HOD, 2010) vises det til stortingsmeldingen Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid (St. meld. 47, 2009). Det trekkes frem viktigheten av at samhandlings- og koordineringsfunksjonen får en like tydelig ledelsesmessig og organisatorisk forankring som de spesialiserte helserelaterte funksjonene har i dag. Videre fremheves at det regionale helseforetaket skal sørge for at pasientperspektivet, gjennom utvikling av forløpstenkingen, ligger til grunn for utvikling av tjenester og for utarbeidelse av regionale planer. I dette oppdragsdokumentet finner vi de første beskrivelser av forløp, og forløpstankegang (HOD, 2010).

«Det regionale helseforetak skal tilby pasienter og brukere en helhetlig tjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet.»

I oppdragsdokumentet for 2010 (HOD, 2010) ble det gitt styringssignaler fra departementet til de regionale helseforetakene, i samarbeid med Helsedirektoratet om:

«å starte arbeidet med å utarbeide forslag til styringsvariable/indikatorer på gode forløp uten uønskede brudd og forsinkelser for pasienter med de hyppigste kreftformene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010, s. 11).

«Oppdragsdokumentet for 2011» (HOD, 2011) trekker frem særskilte satsingsområder, herunder ventetider, pasientforløp og fristbrudd. Som ledd i oppfølging av Samhandlingsreformen trekker «Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015» (St. meld.16, 2011) opp den overordnede politikken for sykehussektoren. Beslutninger om struktur skal derfor være i tråd med den til enhver tid gjeldende helse- og omsorgsplan. Tiltak for å nå målet skal iverksettes innenfor de vedtatte økonomiske rammer, aktuelle tiltak kan være økt utredningskapasitet og bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. Det er på sikt en målsetting at ventetidene skal ytterligere reduseres. Andelen fristbrudd i spesialisthelsetjenesten er for høy og fristbrudd for rettighetspasienter kan ikke aksepteres (St. meld. 16, 2011).

I departementets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene i 2011 (HOD, 2011), ble det fastsatt følgende normerte forløpstider: henvisningen skal være vurdert innen 5 virkedager, utredning skal være igangsatt innen 10 virkedager og første behandling skal starte innen 20 virkedager etter mottatt henvisning.

Oppdragsdokumentet trekker inn nye begrep som understøtter forløpstankegangen, spesielt fokus på å levere helsetilbudet innenfor foreskrevet tid. Det blir også satt fokus på IKT og bruken av de pasientadministrative systemer som kan bidra til bedre flyt av informasjon og pasienter sykehusene seg imellom.

«Det er et mål å få bedre oversikt over pasientenes bevegelser mellom institusjoner og nivå i helsetjenesten. Det bør framgå av pasientadministrative system og Norsk pasientregister hvilken instans, institusjon eller enkeltlege som har henvist pasienten til sykehus, og til hvilken instans eller institusjon pasienten skrives ut/overføres.»

I «Oppdragsdokument 2012» (HOD, 2012) bringes det ytterligere begrep inn som bygger opp under en utvikling av forløpstankegangen og da særskilt fokusert på kreftpasienten. Dette kommer til uttrykk gjennom ett av oppdragsdokumentets overordnede mål; høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer med etablering av gode og effektive pasientforløp for kreftpasienter (HOD, 2012).

Oppdrag er derfor gitt med henblikk på å gjennomføre tiltak for å redusere flaskehalser i forløpene for kreftpasienter og sørge for å nå målet om at 80 % av kreftpasientene skal vente maksimalt 20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling.

Oppdragsdokumentet innfører også forløpskoordinatorens rolle uten at den blir formalisert som en egen rolle i pasientforløpene (HOD, 2012).

«Pasienter som henvises med mistanke om kreft skal få utnevnt en egen kontaktperson. Kontaktpersonen er ment å bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om hva som skjer når, hvilke rettigheter og ventetider man kan forvente. Det vil ofte være hensiktsmessig at denne kontaktpersonen også har en aktiv rolle i å koordinere forløpet for pasienten.»

Resultater fra 2014 på landsbasis viser at andelen som fikk påbegynt behandling innen 20 virkedager var henholdsvis 55 % for brystkreft, 59 % for tykktarmskreft og 38 % for lungekreft på landsbasis, hvilket var et stykke unna måloppnåelsen.⁴ Vi har ikke forfulgt disse tallene videre i denne oppgaven.

I «Oppdragsdokument for 2013» (HOD, 2013) settes målet for gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten til å være under 65 dager. Pasientforløpet blir enda mer detaljert ved at det stilles klare mål om at pasienter som skal gjennom omfattende utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten skal få utarbeidet en behandlingsplan som dokumenteres i journal. Planen skal beskrive planlagt pasientforløp med tentative tidspunkter for de ulike delene av forløpet.

«Oppdragsdokumentet 2014» (HOD, 2014) inneholder lite nytt i forhold til dokumentet fra 2013 når det gjelder fokus på reduserte ventetider, gode og effektive pasientforløp samt at pasienter og brukere opplever god kvalitet og service. Tidligere oppdragsdokument har gitt HMN klare mål om å sørge for at gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager, i «Oppdragsdokumentet 2014» (HOD, 2014) kobles dette målet mot «Sammen - mot kreft. Nasjonal Kreftstrategi 2013-2017» (HOD, 2013). Det skal også etableres flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for de ulike fagområdene.

Implementering av pakkeforløp står sentralt i «Oppdragsdokumentet for 2015» (HOD, 2015). Her gir Helse- og omsorgsdepartementet Helse Midt-Norge i oppdrag å styrke kreftbehandlingen gjennom implementering av pakkeforløpene for kreft. Det fokuseres også på at ledere i sykehusene får ansvar for å identifisere eventuelle flaskehalsar i behandlingsforløpet (HOD, 2015).

Målene for 2015 (HOD, 2015) setter i likhet med foregående oppdragsdokument samme generelle krav til ventetider og fristbrudd. Videre fokuseres det på å etablere flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer. Nytt i dette dokumentet er kravene knyttet til pakkeforløpene for kreft som gir klare mål på inklusjon og forløpstider. Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp skal være 70 %, og andel

⁴ <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, avhengig av type pakkeforløp, skal være 70 % (HOD, 2015). Dette er en endring fra tidligere krav stilt i «Oppdragsdokumentet 2012» der tidsfristene var vesentlig knappere og ikke differensiert med tanke på diagnose. Forløpstidene er en rettesnor. Det lovmessige grunnlaget står beskrevet i pasientrettighets-loven §2-2 og forskrift om prioritering av helsetjenester, som omhandler pasientens rett til vurdering (Lovdata, 1999). Det er gjennom nasjonale faglige retningslinjer utarbeidet klart definerte forløpstider som er avhengig av diagnose (HDIR, 2016). Tabell 4-1 viser de fire pakkeforløpene som vi har studert, bryst-, lunge-, kolorektal- og prostatakreft. «Fra henvisning mottatt til start behandling» er den av forløpstidene som blir offentliggjort fra HDIR.

| FORLØPSBESKRIVELSE (Antall kalenderdager) | BEHANDLING | Bryst | Lunge | Kol. | Prostata |
|--|-------------------|--------------|--------------|-------------|-----------------|
| Fra henvisning mottatt til første fremmøte utredende avdeling | | 7 | 7 | 9 | 10 |
| Fra 1. fremmøte i utredende avd. til avsluttet utredning (beslutn.tas) | | 7 | 21 | 12 | 24 |
| Fra avsluttet utredning til start behandling | Kirurgisk | 13 | 14 | 14 | 32 |
| Fra avsluttet utredning til start behandling | Medikamentell | 10 | 7 | 14 | 3 |
| Fra avsluttet utredning til start behandling | Stråling | | 14 | 18 | 32 |
| Fra henvisning mottatt til start behandling | Kirurgisk | 27 | 42 | 35 | 66 |
| Fra henvisning mottatt til start behandling | Medikamentell | 24 | 35 | 35 | 37 |
| Fra henvisning mottatt til start behandling | Stråling | | 42 | 39 | 66 |

Tabell 4-1: Sammenstilling av krav til forløpstider, oppgitt i kalenderdager

Forløpskoordinatoren får en sentral rolle i å følge opp tidsplanen i det enkelte forløp og det fokuseres på at forløpskoordinatorene skal ha de nødvendige fullmakter. Det er verdt å legge merke til at det i dette dokumentet brukes begrepet forløpskoordinator når det i sykehusets hovedledelse ved St. Olavs har blitt gitt slike fullmakter til forløpsansvarlige.

Andre langsiktige mål knyttet til pakkeforløp setter fokus på ressurstilgang, rekruttering og kompetansedeling (HOD, 2015). Det er ikke satt fokus på ledelse som et satsningsområde. Dette er ikke i tråd med de anbefalinger som ligger til grunn for ledelse i «Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015» (HDIR, 2014).

I «Oppdragsdokument 2016» (HOD, 2016) stilles de samme kravene til vente- og behandlingstid knyttet til pakkeforløpene som i oppdragsdokumentet 2015. Strukturen på «Oppdragsdokumentet» er imidlertid endret hvor dokumentet nå inneholder flere linker til svært mange andre styrende dokumenter som understøtter oppdragene gitt i dokumentet.

Ett nytt og sentralt punkt er at HOD gir Helse Midt-Norge i oppdrag å etablere et sett av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet (HOD, 2016). De nasjonale

kvalitetsindikatorene skal være et «hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i tjenesten, og et grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter» (HDIR, 2016). Nasjonale kvalitetsindikatorer er et sett av indikatorer som sier noe om både strukturer, prosesser og resultater innen tjenesten, og til sammen skal de si noe om den samlede kvaliteten innen utvalgte områder av helse- og omsorgstjenesten (HDIR, 2016).

Indikatorsettet skal inneholde indikatorer som muliggjør sammenlikning av kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus og primært måles på nivået der pasientbehandlingen faktisk finner sted, for eksempel poliklinikk, avdeling, sengepost og operasjonsenhet. I tillegg skal helseregionene i fellesskap etablere et felles sett av slike indikatorer på tvers av regionene (HOD, 2016).

«Alle indikatorene skal etableres innen 1. juni 2016 og brukes i styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016.»

Det er heller ikke i dette oppdragsdokumentet satt fokus på ledelse og lederutvikling som et viktig satsningsområde innenfor kompetanseheving innenfor ledelse.

4.1.1.3 Regionalt

Med regionalt menes de dokumenter som Helse Midt- Norge Regionalt Helseforetak er utgiver og eier av, og som er relevant til vår dokumentanalyse.

Styringskrav og rammer 2010-2016 for St. Olavs Hospital HF

Her presenteres et sammendrag av syv dokumenter for styringskrav og rammer basert på de oppdragsdokumentene Helse Midt-Norge får årlig fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse Midt-Norge RHF har videreført de langsiktige mål og krav til tjenesteproduksjon knyttet til forløpstankegangen og utvikling av gode pasientforløp over i disse dokumentene. På den måten kan vi lese samme historiske utviklingen av oppdrag knyttet til forløp, forløpstankegang, standardiserte pasientforløp, og i de siste årene implementering av pakkeforløp.

Nytt i årets «Styringskrav og rammer» er at Helse Midt-Norge RHF gjennom «Oppdragsdokumentet 2016» er gitt i oppdrag å identifisere fagområder, pasientforløp og prosedyrer der det kan være unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse, innen egen helseregion og på tvers av regionene. Ut fra dette skal det etableres indikatorer som muliggjør sammenlikninger på tvers av sykehus og primært måles på det nivået der pasientbehandling finner sted. Oppdraget er gitt Helse Midt-Norge som gjennom «St. Olavs Hospital HF skal bidra i dette arbeidet (HOD, 2016).

«Helseforetaket skal bidra i dette arbeidet. Virkemidler i dette arbeidet vil være regionalt innsatsteam, Regionalt senter for helsetjenesteutvikling og arbeidet med standardiserte pasientforløp, kunnskap om variasjon i omfang og innhold i helsehjelp for utvalgte pasientgrupper mv.»

For personell, utdanning og kompetanse, så trekker HMN i sin styringsdialog frem behovet for å ha tilstrekkelig kvalifisert personell og kompetanse samt planlegge for bedre utnyttelse av de samlede personellressursene som er tilpasset aktiviteten (HMN-RHF, 2016).

I motsetning til i dokumentet Styringskrav og rammer for årene 2010-2015 er det i «Styringskrav og rammer 2016 for St. Olavs Hospital HF» (HMN-RHF, 2016) satt fokus på ledelse, lederutdanning og lederkompetanse i relasjon til alle forløp.

«Prioritere ledelse og lederutvikling som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og ha stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet, kompetanseledelse, kontinuerlig forbedring og innovasjon.»

De neste tre dokumentene presentert, «Regional handlingsplan for strategisk HR 2008-2013 Helse Midt-Norge» (HMN-RHF, 2008), «Regional HR-handlingsplan for Helse Midt-Norge for perioden 2015-2016» (HMN-RHF, 2015) og «Strategi for utdanning og kompetanseutvikling i Helse Midt-Norge 2015-2020» (HMN-RHF, 2015) må sees i sammenheng med dokumentene «Styringskrav og rammer for St. Olavs Hospital HF» i årene 2010-2016. Dokumentene er føringer Helse Midt-Norge gir helseforetakene som skal inkluderes i de kort og langsiktige mål gitt det enkelte helseforetak i styringsdialogen.

Regional handlingsplan for strategisk HR 2008-2013 Helse Midt-Norge

Den strategiske handlingsplanen setter fokus på hele HR området med særskilt fokus på ressursstyring, kompetanse og arbeidsmiljø. Handlingsplanen er bygd og støtter seg på HMN sin overordnede personalpolitikk som ble vedtatt i 2002. Personalpolitikken har vært grunnleggende i valg av strategier og tiltak for HR-området, ikke minst gjelder dette prinsippet knyttet til ansvarliggjøring av ledere (HMN-RHF, 2008).

Et av målene i handlingsplanperioden var fortsatt satsing på lederutvikling for å bidra til en stadig mer kompetent ledelsesfunksjon på alle nivå i foretaksgruppen, herunder sikre god internrekruttering av ledere (HMN-RHF, 2008). Den regionale handlingsplanen for strategisk HR 2008-2013 fremstår likevel som lite konkret hva gjelder lederutvikling. Dette er overlatt det enkelte foretak som en videre oppgave.

Regional HR-handlingsplan for Helse Midt-Norge for perioden 2015-2016

Regional HR-handlingsplan for perioden 2015-2016 (HMN-RHF, 2015) er forankret i HMN's strategi 2020 (HMN-RHF, 2010) og støtter opp under løpende styringsbudskap gitt av HOD gjennom oppdragsdokument og foretaksprotokoller. HR-handlingsplanen setter spesielt fokus på områder som kompetanse, ressursstyring, helse miljø og sikkerhet (HMS), personalforvaltning og ledelse.

Planen trekker frem at foretakene skal ha ledere som utvikler og fordeler ressurser slik at det oppnås resultater gjennom medarbeiderne. Videre skal ledere utvikle samhandlingskultur og effektive team, skape engasjement og positivt arbeidsmiljø og sørge for å gjennomføre nødvendige korrigerende tiltak (HMN-RHF, 2015).

«Å være leder i et helseforetak betyr å stå i et kontinuerlig krysspress mellom ulike forventninger. Det å sikre felles forståelse av utfordringsbildet og foreta ledelsesmessige prioriteringer med dette som utgangspunkt, er vesentlig for å lykkes. For å få til dette er det viktig å ha fokus på lederutvikling, lederstøtte og styringsinformasjon som gjør det mulig å drive systematisk forbedringsarbeid.»

Denne regionale HR-handlingsplanen inneholder mye fokus på kompetanseheving, lederstøtte og krav til god ledelse, men tar lite tak i hvordan våre ledere skal være best rustet gjennom konkrete lederutviklingsprogram.

Strategi for utdanning og kompetanseutvikling i Helse Midt-Norge 2015-2020

Dokumentet peker på hovedutfordringene ved at det mangler felles regional metodikk for strategisk kompetanseutvikling og tydelige beslutningsprosesser som sikrer riktige prioriteringer. Tilgang på personell med riktig kompetanse er en forutsetning for at Helse Midt-Norge nå og i fremtiden kan tilby pasientene gode og sikre helsetjenestetilbud. For å oppnå dette må foretaksgruppen jobbe systematisk med kompetanseutvikling (HMN-RHF, 2015).

Lederutvikling og kompetanse innen ledelse er ikke trukket frem i denne strategien. Dokumentet må også sees i sammenheng med de mål for kompetanseheving som beskrives i Regional HR-handlingsplan for Helse Midt-Norge for perioden 2015-2016 (HMN-RHF, 2015).

4.1.1.4 Lokalt

Med lokalt menes her de dokumenter som St. Olavs Hospital HF er utgiver og eier av. Disse dokumentene er ment å operasjonalisere de kort- og langsiktige målene som er gitt i styringsdokumentene fra Helse Midt-Norge RHF til sykehuset.

Forbedringsprogram utarbeidet ved St. Olavs Hospital HF.

Programmet ble innledningsvis kalt «Hovedprogram for forbedring 2011-2016» (St. Olavs Hospital HF, 2010), men skiftet i 2012 navnet til «Forbedringsprogram 2013» (St. Olavs Hospital HF, 2012).

I 2009 fikk St. Olavs Hospital HF ny administrerende direktør. Han og styret la en ny strategi for sykehuset hvor fokus på penger og økonomi skulle endres til fokus på kvalitet. Mottoet var «God kvalitet er god ressursutnyttelse». Programmet hadde som mål å skulle bygge en felles kvalitetskultur ved St. Olavs Hospital HF. En kvalitetskultur som innebar et systematisk og kontinuerlig kvalitets- og forbedringsarbeid basert på felles verdier, holdninger og normer.

Både Samhandlingsreformen (St. meld 47, 2009) og «Strategi 2020» fra Helse Midt-Norge RHF peker på viktigheten av å etablere gode pasientforløp. Administrerende direktør ved St. Olavs Hospital HF, Nils Kvernmo, skriver i «Forbedringsprogram 2013» at:

«Nasjonale myndigheter legger sterke føringer for kvalitet i helsetjenesten, at pasientene skal være sikre på at alle deler av pasientforløpet er kvalitetssikret, og at det ikke er unødvendig lang ventetid. Dette gjøres gjennom å utvikle standardiserte pasientforløp. For å oppnå gode pasientforløp må sykehuset ha god pasientlogistikk, samhandling og høy faglig kompetanse i alle ledd» (Kvernmo, 2012).

Viseadministrerende direktør var prosjektleder for det siste programmet som har fått navnet «Forbedringsprogrammet 2014-2016» (St. Olavs Hospital HF, 2013). Flere av sykehusets kliniksjefer har fremdeles ansvar for gjennomføring, noe som viser at det er godt forankret i sykehusets toppledelse.

«Forbedringsprogrammet 2014-2016» (St. Olavs Hospital HF, 2013) er laget for å sikre at ny kunnskap og metoder i pasientbehandlingen kvalitetssikres og innføres på en systematisk måte.

«Det er et overordnet mål at forbedringsprogrammet skal utgjøre en forskjell for pasientene, og at kvaliteten på hvordan pasientene møtes i sykehuset skal styrkes i alle faser av pasientbehandlingen.»

Pasientforløpene står helt sentralt og skal utgjøre «navet» i programmet. For å utvikle slike standardiserte pasientforløp trengs en spesifisert metodisk tilnærming hvor målet er å gi en konkret beskrivelse av typiske og representative pasientforløp på en måte som kan gi stor praktisk nytteverdi (St. Olavs Hospital HF, 2013).

Målet med forbedringsprogrammene har blant annet vært å sikre god pasientflyt, både internt i sykehuset og mellom nivåene i helsetjenesten gjennom innføring av standardiserte pasientforløp. Forløpstankegangen har derfor blitt innført gradvis som en måte for å finne gode logistiske løsninger i sykehuset.

For å understøtte arbeidet med de standardiserte pasientforløpene inneholdt forbedringsprogrammet arbeidsoppgaver som er gitt betegnelsen «arbeidspakker». De har hvert sitt fag- og ansvarsområde. «Arbeidspakkene» har følgende inndeling:

- Standardiserte pasientforløp – Utvikling og implementering.
- Pasienttilpasset beskrivelse av pasientforløpene – pasientinformasjon og kommunikasjon.
- Pasientsikkerhet, inkludert registrering av uheldige hendelser.
- Kunnskap – Kompetanseheving i forløpene og plan for opplæring.
- Lederutvikling for å sikre implementering og faglig oppfølging av forløpene.

Hver arbeidspakke skulle inneholde et overordnet mål og ett eller flere delmål. Det skulle utarbeides en detaljert metodebeskrivelse av hvordan de aktuelle målene kunne nås, hvilke tiltak som var nødvendige og en tidslinje for når de ulike elementene i programmet kunne implementeres i praksis (St. Olavs Hospital HF, 2013). Arbeidspakkene er delvis blitt ferdigstilt. Arbeidspakken som omhandlet lederutvikling, hadde et mandat som var vanskelig og levere på, og innholdet skal i følge RSHU ivaretas i annen sammenheng. Resten av arbeidspakkene har i følge RSHU levert dokumenter som skal innarbeides i metodikken for pasientforløp.

Det første forbedringsprogrammet, «Hovedprogram for forbedring 2011-2016» (St. Olavs Hospital HF, 2010), hadde fokus på lederutvikling med ulike prioriterte tiltak for å støtte opp om ledergjerningen rundt om på sykehuset. Dette ble i utgangspunktet ivaretatt i en av «arbeidspakkene» i dagens «Forbedringsprogram 2014-2016» (St. Olavs Hospital HF, 2013) hvor det var skissert og planlagt et eget utdanningsløp for ledere knyttet til pasientforløpene. Etter vår forståelse har dette arbeidet stoppet opp og aldri blitt utført. Det er heller ikke blitt koblet sammen med sykehusets øvrige planer for lederutvikling.

St. Olavs Hospital HF, Universitetssykehuset i Trondheim. Strategi 2015-2018 – Fremragende behandling.

Sykehusets visjon er å tilby «fremragende behandling» til befolkningen i Midt-Norge (St. Olavs Hospital HF, 2015). Det betyr at pasientene får den beste anbefalte behandlingen, utført av høyt kompetente medarbeidere som er kvalitets- og sikkerhetsbevisste. Alle pasienter og pårørende skal bli behandlet med respekt og oppleve åpenhet og god kommunikasjon i møte med sykehuset.

Strategien peker på at mange pasienter opplever helsetjenesten som fragmentert. Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten henger ikke godt nok sammen. For å møte utfordringene må det stilles økte krav til ledelse, organisering, samhandling, kompetanseplanlegging, kunnskapsbaserte prioriteringer og utnyttelse av ressursene (St. Olavs Hospital HF, 2015). Summen av faglig kvalitet på behandlingen, pasientenes tilfredshet og hvordan sykehuset bruker ressursene på beste måte, vil i følge «Strategi 2015-2018» (St. Olavs Hospital HF, 2015) gi fremragende behandling.

Det fremheves at standardiserte pasientforløp er stammen i sykehusets forbedringsprogram, og redskapet for å utvikle, implementere, lede og måle kvaliteten i behandlingen.

4.1.2 Kvalitative intervju - pakkeforløpene opplevd i organisasjonen

Gjennom de kvalitative intervjuene har vi forsøkt å kartlegge hvilken oppfatning de enkelte respondentene har med hensyn til målet med implementeringen av pakkeforløp. Disse funnene kan sees i relasjon til de føringer og klare målsettinger som er kommunisert gjennom de ulike dokumentene vi har presentert tidligere i oppgaven.

4.1.2.1 Målene med implementeringen

Hva som er målene med pakkeforløpene avhenger noe av hvem man spør i organisasjonen. De som sitter med det overordnede ansvaret for implementeringen formulerer målene mer likt formuleringene som står i Nasjonal plan for implementering. Dette gjelder prosessindikatorene, men også mål av mer kvalitativ art.

«...Myndighetenes mål er todelt. Punkt 1 ...at tilstrekkelig antall pakkeforløpaspasienter skal kodes som pakkeforløpaspasienter. Punkt 2 at tilstrekkelig antall av de kodede pakkeforløpaspasientene skal fullføre forløpet på normert tid. Det er de to uttalte effektmålene, og under der så ligger det et ønske om å bedre organiseringen og samhandlingen i helsetjenesten, gjøre det mer åpent og tilgjengelig for pasienten å forstå hva som foregår, og bedre forutsigbarheten.»

Pakkeforløpsfristene oppleves ikke som noe annet enn et mål om bedret logistikk. Samtlige av våre respondenter har vært tydelige på at det ikke foreligger noe evidens for at kvaliteten bedres med fokuset på indikatorene som måler pakkeforløpene.

«...det har vært en veldig tydelig føring på at det er noen måltall som skal oppnås. Så vidt meg bekjent så har det aldri vært vist at det egentlig er et reelt uttrykk for kvalitet.»

Målene med pakkeforløp blir av flere sett opp mot målene med de standardiserte forløpene. Pakkeforløpene har kommet i etterkant av de standardiserte pasientforløpene, som ivaretok hele forløp til pasienten fra start til mål.

«...et standardisert forløp er et utvidet begrep i forhold til pakkeforløp og vil sikre kvaliteten i større grad enn et pakkeforløp, tenker jeg, og så vil det sikre vår ressursutnyttelse og sikre en god flyt av pasienten.....»

Fordi kravene i pakkeforløp organiseres inn i de standardiserte forløpene, oppleves dette som en potensiell kvalitetsforbedring. Med disse mener aktørene at tilbudet blir mer likt på tvers av regionen, og at det i større grad er evidensbasert. En helsetjeneste hvor du utnytter ressursene bedre, og et mer forutsigbart og forståelig tilbud for pasientene, hvor ikke-medisinsk tidsbruk er redusert, er for intervjuobjektene assosiert med kvalitet. Det er imidlertid ingen som ser noen opplagt sammenheng mellom de eksplisitte målene i pakkeforløp og mål om for eksempel økt overlevelse.

Samtlige som ble intervjuet er godt kjent med kravene til tidsfrister. Dette kan ha sammenheng med at de gjennom de siste årene har vært et fokus på slike gjennom den tidligere 20 dagers fristen. Indikatoren som viser oversikt over hvor mange nye kreftpasienter som inngår i et pakkeforløp, er det mindre fokus på.

En forløpsansvarlig uttrykte:

«Målet med pakkeforløp, det virker jo som bare politikerne skulle slå seg litt på brystet og si at «Det her, det var svært....det her innførte vi, og nå skal det gå så veldig fort»....så det virket som det var målet utad...men de hadde vel en tanke om at det var enkelte plasser at det gikk veldig sakte, og at de ønsket å få et mer strømlinjeformet forløp for pasientene...»

Flere uttrykker at de opplever pakkeforløpet utelukkende som et ekstra lag byråkrati hvor spesielt koding og rapportering krever mye administrative ressurser.

«Pakkeforløp, det er noe som har kommet etterpå, etter at vi hadde utarbeidet standardiserte pasientforløp, så kommer de opp med en mal på rundingsbøystider når det gjelder utredning....og bare det.»

4.1.3 Empirisk analyse

I denne delen av undersøkelsen har vi prøvd å finne frem til hvordan policyutforming og virkemidler vi finner beskrevet i relevante dokumenter, kan påvirke implementeringsprosessen lokalt på sykehuset.

Angående forløpstankegangen, ser vi i dokumentene en rød tråd tilbake til den norske offentlige utredningen «NOU 1997, Pasienten først!». I denne ble det trukket opp nye retningslinjer av den gang Helse- og sosialdepartementet, som skulle sørge for at pasientens behov ble ivaretatt på en bedre måte. Tilgjengelighet, faglighet, ansvarlighet, punktlighet og helhet var noen av begrepene som gikk igjen. Utvalget la også avgjørende vekt på den betydning ledelse har for at sykehusene skulle fungere godt i et pasientperspektiv. Slik vår dokumentanalyse viser, har det skjedd en gradvis utvikling over år i satsing på forløp, for eksempel gjennom Samhandlingsreformen omtalt i kapittel 4.1.1.1. Selv om dette ikke har resultert i lovfestede pasientrettigheter, er oppdragene gitt i dokumentene av en slik art at organisasjonen ikke bare kan velge å ignorere disse. Når dokumentene blir sendt nedover i den vertikale linjen fra politisk til nasjonalt, regionalt og til slutt lokalt nivå, ser vi at innholdet, det vil si oppdrag og målsetting, videreføres i en stadig mer konkret bestilling. Denne bestillingen inneholder krav knyttet til pasientforløp som må innfris for å opprettholde sykehusets legitimitet overfor myndigheter, pasienter og interesseorganisasjoner.

Dokumentene bærer preg av et begrepsmessig mangfold. Slik figur 4-1 viser så eksister det ulike begrep knyttet til temaet forløp. Disse har over år blitt oversatt på ulike nivåer i forvaltningen, og internt i organisasjon. Ulike begrep kan vekke ulike assosiasjoner hos de ansatte og således virke inn på implementeringen lokalt. På St. Olavs har man utviklet en egen metodikk og begrepsapparat for standardiserte pasientforløp, og valgt å integrere pakkeforløpene i dette. Gjennom intervju får vi avdekket at denne metodikken virker godt kjent og er forankret i organisasjonen, det uttrykkes likevel frustrasjon knyttet til deler av denne fordi den er svært omfattende og arbeidskrevende.

| BEGREP | |
|--|--|
| Forløp | Pasientforløp |
| Standardiserte forløp | Nasjonale standardiserte pasientforløp |
| Standardiserte pasientforløp | Type I - Sykehusinterne forløp |
| Regionale standardiserte pasientforløp | Type II - HF-interne forløp |
| Pakkeforløp | Type III - RHF-interne forløp |

Figur 4-1: Begreper knyttet til pasientforløp

Studiet viser som nevnt at overordnede dokumenter inneholder krav relatert til implementering av forløp; standardiserte pasientforløp og pakkeforløp. Disse finner vi igjen i dokumenter hvor Helse Midt-Norge RHF gjennom «Styringskrav og rammer for St. Olavs Hospital HF» setter klare og tydelige mål for vårt sykehus. Det som en gang var en overordnet visjon, strategi eller formålsparagraf blir på regionalt og lokalt nivå brutt ned til flere delmål som igjen blir delt i kort- og langsiktige mål. Gjennom intervjuene avdekker vi at målene kan oppfattes ulikt, avhengig av i hvilken posisjon, og på hvilket nivå i organisasjonen man har sitt daglige virke. Flere respondenter mener at pakkeforløp er et politisk anliggende som ikke har betydning for kvaliteten på behandlingen som gis. Dette mener vi kan påvirke implementeringsprosessen fordi det kan føre til ulikt fokus og ulike prioriteringer vedrørende å oppfylle mål knyttet til pakkeforløp.

I dokumentene finner vi krav i form av maksimale ventetider for ulike faser knyttet til pasientforløpene. For kreftpasientene ble det i 2012 et krav om at utredningstiden skulle være maksimalt 20 dager. Fra medisinsk hold ble dette oppfattet som utelukkende et politisk mål. Innholdet i pakkeforløpene er derimot basert på at arbeidsgrupper arbeidet fram nasjonale standarder med hensyn til måltall for maksimale ventetider i ulike forløp. Dette måles gjennom ulike forløpsindikatorer. Vi har ikke funnet beskrevet noen form for sanksjoner ved mangel på måloppnåelse. Helsedirektoratet formidler imidlertid resultatoppnåelsen for de to forløpsindikatorene (inkludert og overholdelse av tidsfrist) for ulike sykehus og foretak åpent på sine hjemmesider på månedlig basis. Dette kan fungere enten som et utstillingsvindu, eller eventuelt som en offentlig gapestokk, og av den grunn oppfattes som et virkemiddel i implementeringen.

Dokumentene viser, slik vi ser det, et tydelig oppdrag om å implementere pakkeforløp for kreft, hvordan det er tenkt gjennomført, og hvilket handlingsrom det enkelte sykehus er gitt i den prosessen. Det er også klart formulert hvordan implementeringen skal foregå, med utnevning av roller med ulikt ansvar og myndighet. Dette virker å være grundigere planlagt fra myndighetens side enn da de innførte 20 dagers fristen. De kvalitative intervjuene avdekker imidlertid en oppfatning av at ressurser og handlingsrom er begrenset. Det vises til at opplæringen har vært mangelfull, og at det er forsvinnende lite øremerkete midler til implementeringen. Videre kan det nye horisontale fokuset i organisasjonen knyttet til pakkeforløp møte utfordringer når den møter den etablerte vertikale strukturen. Skal dette lykkes godt må det vies ekstra oppmerksomhet fra øverste ledelse og ned, nettopp slik den nasjonale implementeringsveilederen beskriver det.

4.2 Hvordan skjer organisatoriske endringer ved implementering av standardiserte pasientforløp?

Dette kapittelet fokuserer på organisatoriske endringer i forbindelse med pakkeforløpene, og henter data fra kategoriene som vist i tabell 2-3 og beskrevet i kapittel 2.5.1. I henhold til implementeringsveilederen skal det utnevnes en del roller med tildelt ansvar og myndighet. I denne beskrives også potensielle hindringer, det vil si flaskehals, knyttet til kapasitet for å sikre et strømlinjeformet forløp. Vi er interessert i å avdekke hvordan St. Olavs har organisert seg for å legge til rette for å løse utfordringene og nå målene som er formulert i tilknytning pakkeforløpene. Videre ønsker vi å undersøke hvilke systemer som er etablert for å forvalte pakkeforløpene når det gjelder monitorering og forbedringer, samt bruk av nye insentiver.

4.2.1 Organisatoriske endringer

Som beskrevet i dokumentanalysen, har både Helse-Midt RHF og St. Olavs Hospital HF hatt et fokus på standardiserte pasientforløp forut for pakkeforløpene. Under samtlige intervjuene kommer det raskt frem at dette har hatt stor betydning for hvordan pakkeforløpene fungerer i dag. En klinikkjef beskriver hvordan det mer eller mindre kontinuerlig skjer organisatoriske endringer for å tilrettelegge for ulike behov og krav som pålegges, og at det kan være vanskelig å plukke ut hva som er gjort spesifikt for pakkeforløpene.

«....det startet med de standardiserte pasientforløpene... da ble vi på en måte nødt til å sette oss ned og se på det der....vi satt alle klinikkene på noen første møter og kranglet litt om hvem sin feil det var at ikke ting gikk bra, for vi hadde litt ulik virkelighetsforståelse av det i starten. Det fikk vi ryddet vekk etter hvert med de første møtene og sa hva er det som ikke fungerer.....»

Klinikkene knyttet til de fire store forløpene har gjort ulike endringer på ulike tidspunkt for å tilpasse seg forventende utfordringer knyttet til logistikk, dette gjelder særlig krav til fristbrudd og ventetider. I Klinik for lunge- og arbeidsmedisin ble det gjort endringer tilbake i 2008 som de mener understøtter dagens krav til forløp. En lokal pasientkoordinator ble utnevnt samtidig med en reorganisering av dagbehandlingen. På Kirurgisk klinikk ble det gjort endringer i 2013-2014 ved å etablere en ny logistikkenhet. I organiseringen av denne har det vært en tilført flere personer, samt at arealet ble utvidet.

Ved først å måtte forholde seg til 20 dagers fristen i 2012, og parallelt arbeide med de standardiserte forløpene, er flaskehals allerede identifisert og håndtert. Disse har vært tjenester innen patologi, røntgen, MR og coloskopi. Med pakkeforløpene kom et ekstra insentiv for å utnytte kapasiteten best mulig. I Klinik for bildediagnostikk ble det satt i gang prosjekt for å se på utnyttelse av eksisterende kapasitet og utvidelse av denne. Ved å

utnytte nytt utstyr optimalt, samle undersøkelser og utvide åpningstiden noe, klarte man å øke produksjonen på noen modaliteter med 10 %, med kun en beskjeden økning i personalressurser. Tilgangen til mammografiundersøkelser i brystforløpet er imidlertid ett område som fremdeles blir omtalt som utfordrende.

Den samme effektiviseringsprosessen har Kirgisisk klinikk vært gjennom for sin operasjonsstuekapasitet. Utnyttelsen har økt ved at dødtid på slutten er utnyttet bedre ved å øke åpningstiden litt, og dermed få plass til én operasjon som krever relativt lengre tid. Slik har inntjeningen også blitt bedre, og dette har blitt brukt til å sikre produksjonslinjen. Også her er man nå enda mer nøye på planlegging av operasjonsprogrammet for å sikre full utnyttelse av ressursene. Arbeidet knyttet til logistikk beskrives som et komplekst puslespill der hvem som skal operere, nødvendig tid tilgjengelig, bemanning for øvrig etc, er brikker som må snus flere ganger.

Tidligere ble undersøkelsene i en utredning sekvensielt utført, det er nå mer utstrakt bruk av simultane timebestillinger enn tidligere. For å sikre at fristene blir overholdt i pakkeforløpene er det satt av faste timer hver dag på modalitetene for diagnostikk i ulike forløp, avhengig av forventet behov. Dette sparer inn dager, men kan potensielt føre til at unødvendige undersøkelser blir tatt eller at pasienten blir satt opp til en time som ikke benyttes og dermed blokkerer for andre. Den siste utfordringen er løst ved at det er allokert to merkantile stillinger til å ringe pasienter på andre ventelister og tilby time til undersøkelser på kort varsel. På denne måten får man ifølge informanten utnyttet alle timer:

«Vi hadde en logistikk tidligere da vi fikk henvisningen så gjorde vi noe, så bestemte vi hva vi skulle gjøre deretter, og da gikk det en dag og halvannen hele tiden, når de sitter med henvisningen nå så bestemmer vi mange av tingene i forløpet allerede daSå dette er nytt i forbindelse med pakkeforløpene. Den «pakken»».

Tverrfaglige møter ligger implisitt i pakkeforløp og disse har eksistert forut for pakkeforløpene. En informant mener at disse møtene er kanskje mer formalisert og strukturert nå enn før sykehuset ble pålagt å innføre pakkeforløp. MDT-møtene kan også være en flaskehals. Både Klinikk for arbeids- og lungemedisin og Kirurgisk klinikk har økt frekvensen av disse. En forløpsansvarlig beskriver denne prosessen som krevende fordi den grep rett inn i klinikerens arbeidshverdag. Når den nye organiseringen har satt seg, fungerer dette etter informantens mening utmerket.

I Kirurgisk klinikk er møtestrukturen endret til å være mer forløpsorientert, og aktører knyttet til et fagområde, for eksempel urologi, møtes. I møtene avgis statusrapport, med ansatte fra avdeling for pasientlogistikk, sengepost, operasjonsstue og leger representert. Disse vurderer sammen fristbrudd og ventetider.

Selv om deler av pakkeforløpene medfører mer byråkrati, er samtlige respondenter enige om at det å organisere seg i forløp gir en sikrere gang for pasienten gjennom systemet og en harmonisering som gjør at arbeidet flyter lettere. Gjennom pakkeforløpene har det dessuten blitt et større fokus på det regionale ansvaret. Det er utnevnt forløpsansvarlige i hvert helseforetak, i tillegg til en regional ansvarlig for hele Helse Midt-Norge RHF. Standardiserte pasientforløp fanger opp pasienten ved at det blir laget en helhetlig plan for denne. Tidligere var dette opp til den enkelte lege som behandlet pasienten. Dermed kunne man risikere at pasienten havnet mellom to stoler når henvisninger nødvendigvis måtte gå mellom mange enheter. Det var den legen som var første kontakt som hadde ansvaret for å koordinere arbeidet videre, og det ble gjort veldig individuelt.

Selv om sykehuset fortsatt er organisert i ulike klinikker, oppleves det at det er et utstrakt samarbeid mellom disse.

«Organisasjonen har ikke blitt endret, men jeg synes at det er lettere å ha kontakt med de ulike delene i organisasjonen...»

Utsagnet antar vi kan skyldes fokuset på forløpsarbeid de siste årene. En forløpsansvarlig mener at organisasjonen er mer effektiv nå etter kravene om pakkeforløp, men har likevel et lite hjertesukk:

«...dette skulle vi fått til av oss selv, dette skulle det bare vært satt av tid til, det behøver en logistikk og at ikke legene fikk det til får vi ta som en sånn tillitsfallitt eller kritikk på oss selv da.»

Visse endringer har altså blitt gjort i forbindelse med forløpstankegangen. En overlege bemerker at litt av utfordringen er at organisasjonen ikke endrer seg *nok*. For noen kreftdiagnoser utgjør pasientene en stor gruppe. I følge denne informanten skulle en ha laget et forløp basert på fagmiljøets anbefalinger og så organisert sykehuset rundt det. De største pasientgruppene legger beslag på mye av sykehusets ressurser, og da kunne det vært naturlig at man har en egen organisasjon for det, et senter. For andre, mer sjeldne sykdommer, er ikke dette aktuelt. Hvis man skulle gjøre noe sånt så måtte man omorganisert deler av sykehuset. Eventuelt måtte man terminert klinikker og organisert enheter som var bygd rundt pakkeforløp, for eksempel slik at kirurger og onkologer hadde den samme lederen og var i den samme organisatoriske enheten.

Men hensyn til å gjøre overgripende endringer for å kunne arbeide enda mer effektivt, oppleves sykehuset ikke uventet som nokså konservativt.

«Det har jo med at når du utfordrer klinikkens sammensetting av antall leger og senger.....så stopper det opp...tradisjonelt. Det skal veldig mye til å allokere legerressurser og sengeplasser...har jeg forstått da, mellom klinikker.... en tar ikke

skrittet fullt ut og da blir det sånn...man prøver å lappe på en gammel organisasjonsstruktur i stedet for å tenke nytt og mer dynamisk for å tilpasse seg.»

En forløpsansvarlig mener hele tankegangen bak pasientforløp har vært kjent og utviklet i Norge siden tidlig på 1990-tallet, der initiativet kom fra fagmiljøet selv. Da begynte man å etablere brystkreftdiagnostiske senter for å effektivisere utredningen. Flere kommer inn på at dette er en måte å organisere seg på, nemlig gjennom senter-tenkning, også for andre forløp.

4.2.2 Endringer av roller

Rollene som forløpsansvarlig og pasientkoordinator var på plass før 2015. Flere forløpsansvarlige bemerker at fokuset på pakkeforløp har forsterket og tydeliggjort rollene som allerede ble utnevnt ved de standardiserte forløpene. Det var en forventning om at forløpsansvarlige fortsatte i rollene, og i starten medførte implementering av pakkeforløp ekstra arbeid. Den praktiske overgangen for forløpsansvarlig opplevdes av flere som travel.

«Jeg fikk jo bare beskjed fra leder av pakkeforløp at nå har vi tidsfrist sånn eller sånn....da må det være på plass. Så jeg føler jo det at det å få gjort det, henger jo veldig mye på det at man bare må prøve å finne tid til det uten at man har lagt forholdene til rette for det.»

Forløpsansvarlige pekes ut av klinikkssjef eller avdelingssjef og skal som regel være lege. Denne har hovedansvaret for å beskrive, implementere og følge opp det standardiserte pasientforløpet. Våre funn viser samtidig at det som før var en mer uformell rolle som forløpsansvarlig, nå har blitt formalisert og tildelt klarere ansvar, men ikke like klar myndighet. I praksis har sykehuset innført en slags matrisestruktur som organisasjonsform. I denne vil de ansatte forbli under linjelederens kontroll, mens forløpsansvarlig dedikeres til å ha oversikt over forløpet på tvers av klinikkstrukturer. Det er uttrykt at forløpsansvarlig må ha stor gjennomføringskraft i eget fagmiljø, og skal være leder av tverrfaglig team. Ofte er disse engasjert nasjonalt i faglige råd og utvalg, og flere har vært med på å utvikle de nasjonale retningslinjene. Alle forløpsansvarlige for de fire store pakkeforløpene kan sies å oppfylle forventningene som stilles faglig sett. Alle er spesialister og alle har en PhD innen sitt fagfelt. Det er forløpsveilederne som har størst kompetanse på metodikken. Disse har avhjulpet de forløpsansvarlige med hensyn på å utarbeide forløpene.

«..disse forløpsveiledere som er ansatt sentralt på St. Olavs Hospital har veldig viktig rolle. Uten dem så har vi ikke hatt driven til å utvikle disse forløpene. De er jo ansatt i RSHU, og har sin jobb der....de er en hel gjeng som jobber etter en fast metodikk på en strukturert måte.»

Pasientkoordinator blir trukket fram som en svært sentral aktør i pasientforløpene. I henhold til planen skulle disse være på plass før implementeringen av pakkeforløp. Allerede i

forbindelse med satsingen på standardiserte pasientforløp, og i én klinikk enda tidligere, hadde det blitt utnevnt pasientkoordinatorer, bortsett fra på Kreftklinikken. Denne rollen ble savnet av de pasientkoordinatorerne i de andre forløpene, fordi denne har stor betydning for pasientflyt og ikke minst å bidra til at pasientene får pakkeforløpskoder. Denne stillingen kom imidlertid på plass ultimo 2015.

Roller til forløpskoordinator er å koordinere den enkelte pasient sitt forløp, slik at det er forhåndsbestilt timer til røntgen og MR, at overgangen går i henhold til de avtalene som er gjort, at tidsfristene blir overholdt. St. Olavs har strevd med å allokere nok ressurser til koordinatorrollen. I følge ansvarlige for implementeringen er dette en følge av at da helseministeren og statsministeren forespeilet forløpskoordinatorer i alle helseforetak, så fulgte det ikke med ressurser til nye stillinger. Det betyr at man har måttet ta folk som allerede sitter ute i tjenesten som synes de har mer enn nok å gjøre fra før av, og prøve å få de til å innta denne rollen. Dette handler etter vår oppfatning imidlertid også om hvordan de midlene som tross alt var bevilget fra helseforetaket ble brukt. Vi har ikke kjennskap til at de var øremerket slik at de ikke kunne brukes til å prioritere koordinatorrollen.

En enhetlig instruks for pasientkoordinator foreligger ikke. Fokuset på å sette riktige koder er stort, men engasjementet oppleves ikke alltid like stort fra alle profesjoner. Dette medfører at man sitter nokså alene om ansvaret, og samarbeidet med de forløpsansvarlige er avgjørende.

«Vi har en stor rolle, synes jeg. Veldig stor rolle. Vi skal både passe på pasientene og så skal vi passe på legene. Latter.»

4.2.3 Overvåkning av forløp

Datasystemene i regionen har vist seg lite egnet for å understøtte pasientflyten. I forbindelse med «Forbedringsprogrammet 2014-2016» (St. Olavs Hospital HF, 2013) var tanken å utvikle et eget datasystem for monitorering av forløp. Sykehusets egne system gav på ingen enkel måte oppdatert og samlet informasjon om ventetider for pasienter under utredning og behandling. eSP (elektronisk standardisert pasientforløp) ble initialt utviklet for å støtte de standardiserte pasientforløpene, men da pakkeforløpenes frister ble en realitet, ble disse inkorporert. Fra Helse Midt-Norge IT (Hemit) har det stadig kommet nye versjoner av eSP. Det viste seg å være utfordrende å håndtere både standardiserte forløp og pakkeforløp i samme program, og 21. september 2015 ble en versjon der de fire største pakkeforløpene ble monitorert. Siden har eSP utvidet til å støtte hele regionen og støtter nå alle pakkeforløpene.

Håpet er at monitorering av forløp generelt kan gi informasjon om hvor det er behov for ressurser, uten ytterligere påpeking. Verktøyet vil synliggjøre utfordringer når det gjelder kapasitet. Forløp som ikke monitoreres står ifølge en respondent i fare for å bli nedprioritert i forhold til andre der overskridelser av tidsfristen blir gjort synlig. Akkurat dette tror vi vil bli

et mindre problem når alle pakkeforløpene og monitorering av disse er iverksatt. Fortsatt vil det bli nødvendig å prioritere, men da på mer like vilkår enn i oppstartsfasen.

Ledere og ansatte forholder seg allerede til ulike kvalitetsindikatorer, og implementering av pakkeforløp medfører nye tall å forholde seg til. I tillegg til et eget regioninternt system som skal kunne rapportere på resultat for måloppnåelse, eSP, mottar sykehuset månedlig data fra norsk pasientregister. Som beskrevet i kapittel 4.4.1 har det vært sprik mellom data som har kommet fra NPR og data fra eget system, eSP.

Koding er en ny arbeidsoppgave som kom med pakkeforløpene. Uten at dette blir gjort riktig, kan man ikke stole på tall verken fra eSP eller NPR. Oppgaven blir i praksis gjort av sekretær- eller sykepleietjenesten, basert på informasjon fra henvisninger, beslutninger i møter og informasjon i booking- og journalsystem. Korrekt koding er derfor avhengig av flere profesjoner. Pasientkoordinatorene har fått en svært sentral rolle i det manuelle kodearbeidet. Koder for pakkeforløp må mates inn som ekstra koder i det pasientadministrative systemet, og automatisk datafangst av allerede eksisterende data er ikke mulig. PAS er utviklet slik at hendelser er knyttet til reelle pasientoppmøter (for eksempel timebestillinger). Fordi beslutninger knyttet til pakkeforløp skjer i fora uten nødvendigvis at pasienten er til stede, må man blant annet opprette egne avtaler som fremfor alt tar tid. Den merkantile utfordringen med kodearbeidet ble ikke forutsett. Internt på St. Olavs ble det formidlet at koding ikke skulle prioriteres ved implementering av forløp, da Helsedirektoratet hadde uttalt at tall fra første tertial 2015 ikke skulle offentliggjøres. Resultatene ble likevel gjort kjent fra myndighetene.

Legene på sin side er ikke nødvendigvis så interessert i å holde på med koding.

«du legger på et nytt lag med byråkratisk ting som de legene ikke skjønner hvorfor vi skal drive med for det har vi fått til før»

Legens fokus er på pasienten, ikke nødvendigvis på å fylle ut enda en kode på noe som oppleves som meningsløst. Det er etablert rutiner slik at sekretær på egen hånd kan kode ut fra hva som sannsynligvis blir riktig. Fordi tallene kan ha betydning for fremtidige prioriteringer, er det viss erkjennelse av at man må omfordele ressurser internt slik at kodingen kommer på plass.

«...da må jo vi faktisk bruke noen av de ressursene til å styrke merkantilt personell bare for å kunne levere på pakkeforløpkodingen, hvilket sett fra et klinisk ståsted er sjanseløs ressursbruk selvfølgelig, fordi det er ikke dette som har betydning for om pasienten får god behandling.»

Under intervjuene kommer det unisont frem at ingen stoler på data fra eget system. Det er store utfordringer med å få lagt inn riktige data, det vil si at kodepraksisen er mangelfull. eSP

leser data fra et annet system, og er avhengig av korrekt koding i dette systemet. Dette skyldes flere faktorer. Dels har det vært programmeringsutfordringer i eSP som gjør at data fra PAS oppfattes feil, et annet viktig punkt er at den som skal legge inn koden får beskjed om at det skal kodes.

Det oppleves utfordrende at dataene tross store mangler og diskrepans mellom NPR og eSP blir brukt til å presentere måloppnåelse.

«hva er teller og nevner? du må vite hvordan man har regnet, og har man regnet ulikt så klart så blir det jo et annet resultat.....da vi fikk rede på det så viste det seg at pasientene våre som var i pakkeforløp ble behandlet raskest i landet...og da er det litt trist at man får høre at St.Olavs gjør det dårligst, det var liksom det som kom ut av et sånn stort møte med fagdirektørdet blir spennende i fremtiden om man klarer å holde styr på de her tallene, for det blir veldig potente virkemidler i helse-Norge.»

Ikke alle er enige i at programmet slik det foreligger nå møter behovene til klinikerne. Særlig savnes det at et varsel kommer opp når man nærmer seg en tidsfrist. Det savnes også en oversikt over hvor det er fattet beslutning, og hvilke pasient som venter på hva. Det er en forventning om at slike ønsker blir imøtekommet i framtiden.

Av samtlige forløpskoordinatorer blir koordinatorens rolle fremhevet som avgjørende for å lykkes med koding, og de innrømmer at det er mye arbeid.

«alt henger på den uerstattelige pasientkoordinatoren og det skulle ikke være sånn så personbundet, synes jeg. Det bør gå mer automatisk når det først blir antatt som et så viktig kontrollinstrument.»

I noen forløp virker det som målinger er på vei inn i tverrfaglige møter som brukes til å vurdere hvordan man ligger an når det gjelder ventetider etc. For å fange opp beslutningene som tas, har man i noen forløp vurdert om koordinatorene må være med inn på møter slik at disse blir registrert.

En forløpsansvarlig beskriver den ideelle måten å jobbe med pakkeforløp på, der man kontinuerlig ser på endepunktet i leveransen, evaluerer, endrer, måler igjen osv. For å kunne gjøre det trengs et verktøy som eSP. Opplevelsen til nå er imidlertid at dette ikke er noe som er prioritert.

At det brukes ulike IT-system i de ulike avdelinger og klinikker blir holdt fram som en utfordring når det gjelder overvåkning av forløp. Flere av de innledende utfordringene med data fra eSP er nå løst, men likevel oppleves det som en utfordring at systemet ikke er en integrert del av eksisterende system. Så lenge eSP fremstår som et spesialverktøy, er det færre som tar seg tid til å bruke det.

Bruken av eSP er ikke så stor som man hadde håpet og regnet med. Det er mulig å ta ut logger som viser hvordan hver enkelt aktør bruker systemet, og vi har sett på trender i tre ulike perioder; fram til april 2015, september-november 2015, og januar-april 2016. I de to første periodene er det få av de sentrale aktørene som bruker systemet, det vil si at det er lite brukt av koordinatorene og forløpsansvarlige. Det virker generelt som de som har vært vant til å registrere og overvåke forløpene sine (lungeforløpet), er de som foreløpig bruker eSP mest.

Tilsynelatende har bare én av de forløpsansvarlige for de fire store forløpene vært innom eSP i den siste perioden. Data tyder på at det definitivt er forløpskoordinatorene som bruker eSP mest nå, og at de virkelig ser nytten av dette.

Noen forløpsansvarlige bruker verktøyet, andre «*overhodet ikke*».

«Jeg ser vi ligger der liksom jevnt over og da mister du litt sånn interessen for det etter hvert.»

Det samme gjelder for enkelte klinikkjefer. Forløpskoordinatorene har kontakt med utviklerne av systemet. Slik kan de påvirke presentasjonen av dataene som de har vært med å skaffe. I starten var det stor frustrasjon knyttet til at man ikke fant noen mening i data fra eSP, mens man nå er mer positivt innstilt.

4.2.4 Insentiver

Hvilke insentiver har de ulike aktørene for å nå de ulike målene? Er det formulert noen belønningssystem knyttet til arbeid i de ulike rollene som er utnevnt, eller sanksjoner hvis målene ikke nås?

Aktørene gir uttrykk for at det implisitt ligger et insitament i å nå konkrete mål man har ansvar for. For nivå 2, klinikkjefene, ligger det også en motivasjon å nå de tallfestende målene fordi de må forklares og eventuelt forsvares overfor høyere instanser. Dette kan i verste fall kan gi et feil fokus i organisasjonen.

«.....nå har vi en situasjon hvor ansvarlige leder, dersom man oppnår at en overholder forløpstidene i 80% av tilfellene, så gjør lederen en god jobb. Men det kan jo godt være at alle pasientene får feil behandling.»

Gjennom intervjuene kommer det tydelig fram at den største motivasjonen blant aktørene ligger i at dette kan være med på å gjøre pasientbehandlingen bedre.

«Men insentiver ja....nei for oss som jobber med det er jo det at det flyter godt, at pasientene kommer fort til og får sin behandling og er fornøyd. Pasientene gir tilbakemeldinger på at de opplever seg veldig ivaretatt og det er vel det viktigste for de ansatte å høre.»

Samtlige informanter er enige om at det er viktig at pasientene slipper å vente unødig, men mener at det var ivaretatt gjennom de allerede utviklede forløp. At noen pasienter eventuelt bruker noen dager lenger enn fristene er satt i pakkeforløpene, mener klinikerne er uproblematisk.

«De her tidsfristene som er satt er jo ikke akkurat satt på medisinsk grunnlag. Om folk venter en uke eller to til har jo ingenting å si for overlevelse eller sånn.»

Et annet insitamenter er å få tall riktig for ventetider for støttefunksjoner for utredning og behandling. Dette vil være viktig hvis disse brukes videre til fordeling av ressurser, både internt på sykehuset og overordnet fra myndighetene.

Personlige belønningssystem synes det ikke å være. De ekstra ressursene som har vært brukt har vært til å frikjøpe noen leger ekstra i perioder. Motivasjonen til legene for å yte ekstra, forklares ved at de fremdeles opplever en individuell frihet og gode muligheter for videreutvikling faglig, og ved at man har tid til utdanning og kurs. Reduserer man i dette, kan man oppleve at engasjement forsvinner. Det oppleves fra nivå 2 ledere at det generelt er mer utfordrende å legge mer arbeid på støttepersoner ute i organisasjonen, enn det er å få en tung fagperson til å innta rollen som forløpsansvarlig.

En overlege trekker frem at de sterkeste økonomiske insentivene fortsatt er knyttet til å gå i ulike vaktordninger, framfor å belønne ulike former for kompetanse, som for eksempel kan være med å sikre riktig ressursbruk.

«Du har jo et system nå som premierer det å være oppe på nattetid, men som nesten ikke premierer det å bygge opp en nøkkelkompetanse....og så tenker jeg det at man må se det opp mot hva er kostnadene ved inkompetanse?....Liggetid...unødvendig prosedyrer...unødvendig bruk av bildediagnostikk....og så misnøye.»

Vedkommende mener at det sannsynligvis gjennomføres mange unødvendige diagnostiske undersøkelser ved sykehuset som kunne vært unngått ved å spisse fagkompetansen hos legene enda mer slik at man unngår suboptimale utredninger.

4.2.5 Forvaltning av metodikken og innholdet i pakkeforløp

Innenfor fagområdet kreft blir det kontinuerlig presentert lovende forskningsresultat innen utredning og behandling som gjør at de nasjonale retningslinjene endrer seg for utredning og valg av behandlingalternativ. Dette må nødvendigvis implementeres i pakkeforløpene, og stiller krav til system for revidering. St. Olavs er i en kontinuerlig omstilling når det gjelder pasientforløp. Et av St. Olavs satsningsområder er dessuten kontinuerlig forbedring generelt. Det vil si hvordan arbeidsmåter og ulike former for kvalitetskontroller stadig kan bli utført på en mest mulig effektiv måte.

Høsten 2015 deltok over 300 ledere fra direktørnivå og nedover på en halvdags samling der temaet var metodikk for kontinuerlig forbedring. Teori som ble gjennomgått var knyttet til Demings forbedringshjul, og fokus på målinger for å evaluere forbedringstiltak. Denne tankegangen er mulig å applisere på ulike deler av pasientforløp og pakkeforløp, der det hele tiden potensielt foreligger måltall for eksempel ventetider, men også komplikasjoner i forbindelse med intervensjoner. Fra forløpsmetodikken for standardiserte forløp er det klare milepæler for oppfølging av forløp. Forløpene skal revideres etter en viss tid, men dette kan framskyndes hvis det er behov fra forslag om forbedringer eller nye overordnede krav. Det tas da i så fall ut en revisjon på pasientforløpet. Det er ikke forløpsansvarlig alene som har ansvar for å foreslå forbedringer.

Det er den forløpsansvarlige som bestemmer frekvensen for revidering. Noen velger 6 mnd, andre velger 1 år. I følge forløpsveileder har det vært valgt lenger enn ett år også, men det er unntaksvis. Systemet varsler når forløpene skal revideres.

«Og det er klart når det ”plinget” kommer om at forløpet ikke er godkjent lenger, og det tas vekk fra EQS public, da er jo det et ganske sterkt insitamant for å gå gjennom det på nytt.»

Fra forløpsansvarlige side pekes på at man fortsatt er i en implementeringsfase, slik at det ennå vil ta tid før man har nok erfaringsgrunnlag til å si noe om hva som bør endres i dagens utforming av pakkeforløp.

En forløpsansvarlig ser sammenhengen mellom sykehusets satsing på kontinuerlig forbedring og pasientforløp slik:

«Jeg tror at Lean- filosofien og forbedringshjulet er nettopp det du må bruke i pakkeforløpene, både for å ressurssette riktig i de leddene, for å se på det endepunktet ditt eller leveranse av tjenester og så er det å ta det tilbake hele tiden (hjulet) for å jobbe med det....hvor skar det seg nå...okay så gjør vi en endring og så kjører vi i 14 dager....så gjør vi en ny evaluering.»

En ansvarlig for implementering mener det er viktig de som er knyttet til forløpene er med på evalueringen, og er med på å bestemme den endringen som skal skje. For hver gang man gjør en justering så vil engasjement og eierskap til forløpet øker. Det er ingen som spontant bringer opp sykehusets satsing på kontinuerlig forbedring og ser dette i sammenheng med forvaltning av pasientforløp. Det er imidlertid tydelig at aktørene mener at arbeidet med å forvalte forløpene må settes i et godt system, og ikke kan hvile på forløpsansvarliges skuldre. Dette blir et viktig område framover, når endringer nødvendigvis må implementeres.

MDT-møtene blir av flere nevnt som en arena for å komme med innspill på områder som ikke fungerer, eventuelt kan forbedres. Dette er imidlertid møter der i hovedsak leger deltar, og

med de enkelte pasienter i fokus. Små praktiske endringer når det gjelder å bedre logistikk foregår kontinuerlig, som et resultat av uformelle eller formelle møter. Dette blir løst noe ulikt fra klinikk til klinikk, og en fast overordnet mal eksisterer tilsynelatende ikke, om man ser bort fra møtet forløpsveileder kaller inn til etter 6 måneder.

En klinikkjef formulerer ønsket om mer fokus på kontinuerlig forbedring slik:

«Det er jo sånn som jeg drømmer om da...og egentlig så drømmer jeg jo så stort at vi om fjorten dager hadde en egen avdeling som skulle hete forskning og utvikling, hvor hele tematikken skulle være forankret og ressursatt,Det er sånne ting som jeg har lyst til å få til over tiddet er en forventning om en leveranse på pasientsikkerhet, på pasientforløp og på alt sammen, men det er lite penger til det altså.....det meste går til klinisk drift»

Sykehuset har tidligere gjennomført enkeltprosjekt som har vært vellykket med hensyn på en klar forbedring. «Fast-track» prosjektet for behandling av lårbensbrudd førte til vesentlig kortere liggetid. En aktør i pakkeforløpene, som også var involvert i dette prosjektet, hevder at det ikke finnes ressurser til å organisere pakkeforløpene på samme måte

«Noe sånt har vi ikke, og det har vi heller ikke ressurser til å gjøre, men det tror jeg ville absolutt vært en fordel og nærmest en fasit til å sikre en god implementering... så skulle det gjerne være noen innad i de store klinikkene her som sitter på toppen og kikker på forløpene, og sikrer samspillet i gruppene som utgjør kjeden i forløpene, det skulle det vært. Som sagt så er vi ikke helt der enda.»

Sykehuset satt fokus på at ledere skal ha kompetanse på forbedringsarbeid, men har foreløpig ikke fulgt opp med tilstrekkelig ressurser slik at dette kan realiseres i pasientforløpsarbeidet.

Et forløp kan inneholde flere titalls dokument, og utgjøre et stort og i verste fall statisk system. Å ta ut en revisjon vil kunne medføre et stort arbeid for mange for å oppdatere og godkjenne endringer. Dette blir nevnt som et punkt som gjør at «du vegrer deg litt for å gjøre små endringer.» Ansatte som er tilknyttet arbeidet med revisjonene, er også spent på utfallet når de store, regelmessige revisjonene skal gjennomføres.

4.2.6 Empirisk analyse

Dette forskningsspørsmålet setter fokus på hvordan organisatoriske endringer blir gjort i forbindelse med implementeringen. Vi har her undersøkt hvordan sykehuset har gjort endringer med hensyn på organisering av arbeidet, nye roller og spesielle tilpasninger knyttet til forløp som prosess. Med spesielle tilpasninger mener vi hvordan registreringer i forløp gjøres, hvilke insentiver som er presentert og hvordan man har tenkt å forvalte de etablerte forløpene.

Noen personer har fått spesielle roller i forbindelse med standardiserte forløp, og disse oppgavene er i stor grad videreført i forbindelse med implementering av pakkeforløpene. For å løse oppgavene gitt i forbindelse med forløp, er pasientkoordinatorer sentrale. Ikke alle organisatoriske endringer som ble foreskrevet fra myndighetene er effektuert, og dette har ført til noe dårligere samhandling initialt.

Etter innføring av standardiserte pasientforløp og implementering av pakkeforløp viser våre funn at samarbeid på tvers har blitt ytterligere formalisert gjennom etablering av multidisiplinære team (MDT). Dette har etter vår oppfatning ført til mer forpliktende samarbeid på tvers, da «alle» nå eier pasientens forløp sammen. I stedet for å si at St. Olavs Hospital HF har en sterkt utviklet matrisestruktur, med klare rapporteringsveier og myndighet, er det nok riktigere å si at forløpsansvarlig leder etablerte «cross-functional» team i en fortsatt funksjonell og hierarkisk styrt organisasjon.

Resultatene viser at vesentlige utfordringer beskrevet i implementeringsveilederen allerede var registrert og tiltak gjennomført forut for pakkeforløpene. Sykehuset består av svært mange selvstendige enheter som griper inn i egen klinikks, og andres virksomhet, gjennom logistikken i pakkeforløpene. I arbeidet med implementeringen både av standardiserte pasientforløp og pakkeforløp har det oppstått flaskehals som har krevd nye strukturelle løsninger. Våre funn viser at arbeidet med dette har forløpt uten store konflikter, ikke minst fordi det over mange år har vært økt fokus på forløpsmetodikk i pasientbehandlingen, som igjen har krevd kontinuerlig små og større organisatoriske endringer. I tillegg viser våre funn at det er stor vilje til å endre organisasjonsstrukturen internt når behovet oppstår, slik vist i eksempelet med etablering av avdeling for logistikk og økt utnyttelse av operasjonsstuene i Kirurgisk klinikk og Endringer i klinikk for bildediagnostikk. Sykehuset bruker elementer fra kontinuerlig forbedring i enkeltprosjekt og pasientforløpene er også tuftet på en slik mal. Aktørene i intervjuene er imidlertid ikke godt kjent med slike verktøy.

Metodikken sykehuset har valgt for standardiserte forløp er omfattende og ambisiøs. Dette sikrer et godt utgangspunkt for bruken av forløpene, men krever desto mer i oppfølgingen. Det er ikke helt tydelig hvordan forløpene skal forvaltes videre da det kan synes som om det ikke er satt av øremerkede ressurser i eksisterende planer og budsjetter.

4.3 Hvordan endres ledelsesdynamikken ved implementering av forløp?

I dette kapittelet analyseres ledelsesdynamikken ved implementering av pakkeforløp. Resultatene fra intervju og observasjon er strukturert i tre deler: et overordnet perspektiv, et som presenterer vertikal linjeledelse versus horisontal prosessstanskegang og endelig ledelse i bakkebyråkratens hverdag. Data er hentet fra intervjukategoriene nærmere presentert i tabell 3.1, samt observasjoner.

4.3.1 Overordnet perspektiv på ledelse

4.3.1.1 Toppledelsens engasjement

Toppledelsen i organisasjonen er i vår oppgave representert med nivå 1 (direktørnivået) og nivå 2 (klinikk sjefsnivået), samt nasjonal politisk ledelse knyttet til implementering av pakkeforløpene. Vi ønsker også å forstå hvordan nivå 3 (avdelingsnivået) og 4 (seksjonsnivået) opplever engasjementet.

Det ble understreket fra klinikk sjefnivå at implementering av pakkeforløp er en krevende organisasjonsendring for sykehuset, slik at det vil kreve tid før endringene blir absorbert av de ulike klinikkene ved sykehuset. De gav også uttrykk for at implementering av pakkeforløp har medført uventet mye ressursbruk på koding og rapportering av tall til HOD. Ekstraarbeidet har i denne sammenheng ikke medført noen form for ekstrabevilgning fra overordnet politisk myndighet. Under forskningsspørsmål 2 er det beskrevet ulike tiltak som er gjort innenfor budsjett som helt klart har vært med på å effektivisere organisasjonen slik at kravet til forløpstider har større sjans for å bli nådd.

Flere klinikk sjefer har også stilt seg undrende til at politisk nivå i etterkant av implementeringen ønsker å kartlegge hvilke ekstra ressurser det enkelte foretak har måttet bruke for å løse oppdraget med pakkeforløpene. Dette til tross for at statsråden i sitt oppdrag til Helseforetakene instruerte at det ikke ville følge noe ekstra midler med implementering. Dette oppleves som en uforutsigbar handling fra myndighetene, og toppledelsen ved sykehuset finner oppgaven utfordrende, også med tanke på at det er vanskelig å skille ut endret aktivitet knyttet til pakkeforløp.

Fra begynnelsen har det fra toppledelsen vært en klar prioritering å få utviklet pakkeforløpene i tråd med regionens metodikk for forløp. Her er det satt inn mye ressurser i form av hjelp fra forløpsveiledere. Dette blir satt stor pris på, og har vært en forutsetning for å lykkes i den initiale fasen. Opplæring i koding ble imidlertid ikke prioritert fra starten av, som tidligere beskrevet.

Innholdet i rollen som forløpsansvarlig formidles på en standardisert måte fra personer som har hovedansvaret for implementeringen, det vil si toppledelsen:

«Det er forankret i et vedtak som direktøren gjorde etter råd fra Hovedledelsen. Så det er veldig formelt. Veldig formalisert.»

Betegnelsen forløpsansvarlig gir en organisatorisk tydelighet mot andre ledere ved sykehuset og regionen for øvrig. Innholdet og forankringen formidles gjennom et såkalt 0-møte som er et oppstartsmøte. I møtet beskrives hva som ligger til rollen, i samsvar med beskrivelsen i kapittel 3.1.1. Pakkeforløp oppleves å være presentert fra ledelsen som noe som *skal* gjøres, at det er noe som man *må* forholde seg til og at det derfor er en sterk ledelsesforankring. Likevel oppleves det som uklart hvordan de nye rollene formelt henger sammen med eksisterende struktur. En av de ansvarlige for implementeringen sier

«Selv om det er beskrevet ganske tydelig hvordan dette skal foregå, og det er presentert i mange fora og mange sammenhenger etter hvert, så er det helt sikkert ikke tydelig for alle.»

Flere kliniksjefer pekte på viktigheten av en god markedsføring internt på sykehuset som mulig drahjelp for å opprettholde trykket på implementeringen. «Forbedringsprogrammet 2014-2016» har sitt eget nettsted på intranettet «Kilden», som skal inneholde informasjon knyttet til implementering av pasientforløp og pakkeforløp ved sykehuset. Sentrale aktører for implementeringen erkjente at dette arbeidet kunne vært gjort bedre, men at dette ikke har blitt prioritert. For tiden ligger nettstedet helt nede.

«Det finnes et eget nettsted på Kilden...som heter Forbedringsprogrammet... Det er jo temmelig triste greier for å si det rett ut..»

Intervjuene med de ulike aktørene tegner et bilde hvor implementeringen fremstår som lite organisert på det praktiske nivået. Den enkelte forløpsansvarlige og den enkelte forløpskoordinator blir overlatt mye ansvar for å finne ut av ulike ting på egen hånd, uten noe godt kart å navigere etter. Midtveis i 2015 ble det avdekket store utfordringer knyttet til koding av pasienter i de fire store forløpene. Tall fra Helsedirektoratet viste at St. Olavs hadde blant de dårligste resultat i landet. Fagdirektør innkalte da til et møte der alle forløpsansvarlige, forløpskoordinatorer, noen linjeledere og andre overleger ble samlet. I møtet ble mulige årsaker diskutert, og konklusjonen var at alle berørte avdelinger og seksjoner i de ulike klinikker måtte identifisere svake punkter i registrerings- og kodingsprosessen. Vi kjenner midlertid ikke til at dette er blitt fulgt opp fra toppledelsen.

At kodingen utover høsten 2015 heller ikke var tilfredsstillende, ble påpekt på lavere nivå. Innenfor Kreftklinikken ble det forsøkt å tydeliggjøre viktigheten ved å klargjøre rolleforståelsen til ulike aktører og følge tettere opp. Resultat av dette arbeidet medførte at

man fikk på plass en forløpskoordinator som har fått i oppgave å særskilt fokusere på koding og kvaliteten på dette i det enkelte forløp.

4.3.1.2 Makt og myndighet

Et vedtak i hovedledelsen har plassert ansvar og myndighet hos den enkelte forløpsansvarlige, som gjennom sin funksjon kan kreve ressurssetting der hvor pakkeforløpet møter hindringer eller flaskehals. Dette er et ansvar og myndighet som samtlige aktører på seksjons- og avdelingsnivå opplever mer som et teoretisk anliggende enn en reell mulighet til å skaffe nok ressurser til de ulike forløp. I tillegg fremstår etablering av den tverrgående ledelseslinja som lite formalisert nedover i organisasjonen. Det stilles spørsmål fra klinikksjefene om de forløpsansvarlige legene er bevist sitt ansvar og myndighet i forløpet, og benytter seg av den myndigheten som følger av rollen. Samtidig gav aktørene på lavere nivå inntrykk av at det ikke bare er å storme rundt og kreve ressurser til sitt forløp. utfordringer blir løst på den gamle måten gjennom kontakt og faglige diskusjoner. Makten er ifølge en forløpsansvarlig på ett vis gitt den enkelte pasient; gjennom å henvise pasienten inn i ett pakkeforløp gis det klare forventninger om hva som skal leveres av helsetjenester og til hvilken tid.

«Du skal i prinsippet kunne påpeke flaskehals i ditt eget forløp på tvers av klinikker og forløpsansvarlige lege kan da gå til medisinsk klinikksjef og si at «nå må du få opp farten på coloskopi hvis vi skal klare å utrede nok»så det ligger jo mye myndighet i det, men om disse forløpsansvarlige legene er så «på» forløpet at de utnytter den muligheten som ligger i det, det er jeg mer usikker på.»

I forbindelse med temaet makt, myndighet og ansvar ble det fra samtlige aktører trukket frem hvilken viktig rolle forløpskoordinator har for å holde forløpene mest mulig på skinner. Rollen blir fremstilt som en nøkkelressurs hvor de med sitt overvåkende blikk holder både forløpsansvarlige, andre leger og pasienter på riktig plass i forløpene.

Forløpskoordinatorerne selv opplever imidlertid begrenset myndighet:

«Ja, ansvar vi har jo ansvar for å gjennomføre pasientforløpene at pasientene får sin behandling, myndighet føler jeg ikke at vi så mye har fordi vi ikke har mulighet til å ha innflytelse på det, eller endre noe på det. ..på selve pakkeforløpet. Noen ting som vi synes er upraktisk eller at vi ikke får riktig verktøy, koding for eksempel. Men vi har ikke noen myndighet til å gjøre noe med det. Men vi har ansvar for å gjennomføre»

4.3.1.3 Lederutvikling og kompetanse

«Forbedringsprogrammet 2014-2016» hadde som et eget tiltak å utvikle et eget kursopplegg for ledelse av standardiserte pasientforløp, med vekt på ansvarsfordeling knyttet til ulike faser av de standardiserte pasientforløp. Denne type ledelse krever utvikling av en ny form for

kompetanse som er nødvendig for å sikre høy kvalitet på gjennomføring og implementering av de standardiserte pasientforløp og pakkeforløp.

En viktig del av dette er å beskrive de ulike faser, det vil si den initiale fasen med utredning og diagnostikk, den neste fasen som vil dreie seg om ulike former for behandling, og det videre forløp som også vil omfatte kontakt med helsetjenester på andre nivå etter sykehusoppholdet.

For å forberede organisasjonen på implementeringen var det planlagt lederutvikling spisset mot rollen som forløpsansvarlig. Dette har imidlertid i følge klinikksjefene vist seg å være vanskelig å få gjennomført.

«Vi kjørte en runde med sånne kurs for forløpsskoordinatorer og i hvert fall for forløpsansvarlige leger....så vi hadde en visjon i forbedringsprogrammet...der hadde vi en undervisningspakke for å lære metodikken og for å engasjere de forløpsansvarlige legene fremfor alt. Det hadde vi bare noen få ganger, det ble ikke noe sånn særlig svung over det. Pr. i dag så tror jeg kanskje ikke at det på sykehuset eksisterer en sånn utdanningspakke...»

«Målet var å få forløpsansvarlige til å komme ut derfra (etter opplæring), det er jo et sånn litt naivt mål, komme ut derfra, og ha snudd om litt i hodet og begynt å tenke mer på helheten i stedet bare på den oppgaven jeg skal gjøre i dag.»

På spørsmål om hvordan behovet for kompetanse blir ivaretatt i forbindelse med implementeringen av pakkeforløpene, beskrev de aller fleste av aktørene en mangelfull eller fraværende opplæring av kunnskap knyttet til sin rolle. Flere beskrev det slik at opplæring startet på ett vis, men ble av ukjente årsaker ikke fulgt opp videre i implementeringsarbeidet. Det ble trukket frem av samtlige aktører et behov for kompetanse knyttet til rollen som forløpskoordinator.

«Så viser det seg at,.....i hvert fall mitt inntrykk av det der var at det (opplæring) funka ikke godt altså. Folk gikk tilbake til klinikken og fortsatt som de alltid hadde gjort.»

Ikke alle er enig i at det mangler opplæring. En lege mente at hvis et slikt system krever omfattende opplæring, er det i utgangspunktet for avansert. Legekolleger må skjermes for ytterligere kodelarbeid. Det er tilstrekkelig med opplysninger i forløpsveilederen, noe mer kompetanse er unødvendig beslag av legerressurser.

I regi av Helsedirektoratet ble det høsten 2015 arrangert en regional erfaringskonferanse for pakkeforløp. Der ble det åpent gitt tilbakemeldinger til HDIR om erfaringer og utfordringer så langt, og St. Olavs var godt representert.

4.3.2 Vertikal linjeledelse versus horisontal prosesstankegang.

4.3.2.1 Ledelse av profesjoner

Tradisjonelt ledes de fleste profesjoner av en med samme profesjon i et hierarki. I dette har likevel legene en autonom rolle. Implementering av standardiserte forløp kan bety at denne svekkes noe, og dette bekreftes av en ansvarlig for implementering:

«Det å innføre standardiserte pasientforløp betyr at man tvinger et fagmiljø i fellesskap til å tenke gjennom de her tingene i større grad, til å planlegge det. Det tvinger også fram at man må forholde seg til nasjonale retningslinjer, fordi at forløpene er tuftet på nasjonale retningslinjer. Det utfordrer den der småkongerollen i betydelig grad, og det er helt klart en krevende øvelse, det er noe av det vanskeligste du gjør her tror jeg.»

Litt overraskende var det ingen aktører på seksjons- og avdelingsnivå som mente at legenes selvstendige rolle blir svekket som følge av implementeringen.

Flere linjelederne trakk frem hvordan de jobbet med å forankre forløpene i egen klinikk og hvordan dette var en del av det daglige ledelsesansvaret i hierarkiet. På den måten integreres forløpstanken i klinikken, og det er større sjans for at flyteffektivitet på tvers også blir ivaretatt. Videre ble det ansett å være den enkelte forløpsansvarliges ansvar å sørge for at de utfordringer som er knyttet til koding i det enkelte forløp blir løst i dialog mellom den forløpsansvarlige og egen legegruppe. De skal også sørge for nødvendig opplæring av legene.

Det oppleves både fra aktører på klinikksjefnivå og andre profesjoner som utfordrende å lede legene i forbindelse med implementering av pakkeforløpene. Det brukes mye ekstra ressurser for å få de riktige kodene på plass ved de ulike behandlingssteder, og flaskehalsen er legene og deres mangelfulle koding. En forløpskoordinator mener at forløpsansvarlige er flinke til å veilede kolleger i det faglige innholdet i de utarbeidede forløpene, men at de ikke prioriterer å ha fokus på kodejobben som følger med.

Den tilsynelatende manglende interessen fra legene for å sette riktige koder etter at en pasient har hatt en time i en travel poliklinikk forklares slik:

«Det er godt voksne folk og de har helt siden de begynte på medisinerstudiet så har de blitt lært opp i en tankegang hvor de skal først og fremst bryr seg om den pasienten de har inne på kontoret her og nå, hva som skjer med den som gikk ut døra er mye

mindre interessant, ikke helt uinteressant men mye mindre interessant, hva som skjer med alle de som venter...det er i hvert fall komplett uinteressant.»

Forløpskoordinatorene er avhengig av de forløpsansvarlige når det gjelder å informere andre leger om deres rolle og oppgaver for koding. For koordinatorene er dette avgjørende slik at de kan jobbe effektivt. Hvis legen som utreder pasienten ikke er oppmerksom og sørger for å merke av at det skal kodes, skaper dette ekstra arbeid med å etterkode, noe som i praksis har vist seg å være uforholdsmessig tidskrevende. Koordinatorene opplever også at dette pålegger dem et ekstra ansvar når legene ikke følger opp. Hele systemet for koding er i for stor grad personavhengig og dermed sårbart. Det er også lite tilbakemeldinger på om man har kodet riktig fra forløpsansvarlige.

4.3.2.2 Ledelse på tvers, mål-rollekonflikter

Vi har vært interessert i å avdekke hvordan aktørene oppfatter kompleksiteten med å jobbe i et tverrfaglig miljø på tvers av klinikker.

Det er ulik oppfatning hos de ulike aktørene rundt forhold knyttet til økonomi og implementering av pakkeforløp. De fleste av aktørene er ikke opptatt av det økonomiske aspektet i det hele tatt, mens aktører som sitter med totalansvar opplever dette som både utfordrende og svært vanskelig å påvirke. Forløpsansvarlig opplever å stå med ett behov for mer ressurser, men uten reell mulighet til å flytte ressurser mellom de ulike klinikkene for å få forløpet til å flyte best mulig.

«.. for da kunne forløpsansvarlig se om det var mulighet for å omfordele innenfor sitt forløp, er det andre deler av forløpet hvor vi ikke trenger så mye...ikke sant, da kunne man heller gjort det sånn....men det ville vært en voldsom organisasjonsendring altså, bare å tenke på det er jo sånn at man blir kaldsvett.»

Alle aktørene uavhengig av profesjon og stilling beskriver et godt klima for samarbeid på tvers i de enkelte forløp med gode beslutningsfora tuftet på tverrfaglighet og god kommunikasjon. Implementeringen av pakkeforløpene har kommet i etterkant av utarbeidelse og implementering av standardiserte pasientforløp i sykehuset. Dette har ifølge majoriteten av aktørene medført at mulige flaskehals og samarbeidsutfordringer på tvers har blitt løst og implementert i og av organisasjonen over mange år, som beskrevet tidligere. Samtidig så har implementering av pakkeforløpene medført nye roller som det har vært knyttet ulik forståelse til med hensyn til ansvar og myndighet internt, og ikke minst på tvers av etablerte klinikkstrukturer. Her bekrefter igjen alle aktørene at det er et løsningsfokusert samarbeidsklima.

«Det virker i alle fall som at det er helt greit og velkomment at man tar kontakt. Det er liksom ikke sånn ”at nå må du gå via min”,eller liksom sånn ”nei hør her, du bør gå en annen vei ...i grunnen er det jo naturlig at man jobber på tvers, fordi det har vi alltid gjort, egentlig på felles møter og sånne ting...».

Det ble trukket frem av et mindretall av aktørene at implementering av et så stort nasjonalt prosjekt ikke er mulig å gjennomføre på kort tid. Sykehuset er en så stor og kompleks organisasjon at endringer og sågar små justeringer av kursen vil kreve betydelig tid og tålmodighet. I tillegg la flere av aktørene fra nivå 2, 3 og 4 frem hvilket ressursbehov som kreves for å opprettholde god flyteeffektivitet på tvers i alle pakkeforløpene. Intensjonen om at det skulle være en forløpskoordinator som fulgte pasienten gjennom hele forløpet på tvers gjennom flere klinikker, viser seg ikke å være realistisk gjennomførbar.

«Jeg synes fortsatt at vi er inne i en implementeringsfase. Jeg synes det er urealistisk å tro at man kan snu et tankskip på bare noen måneder og så skal det være implementert ferdig og alt skal fungere.»

Det ble i denne sammenheng også nevnt utfordringen med kontinuitet på legesiden. Sykehusets hierarkiske organisering med klinikker som «eier» den enkelte ansatte gir lite og mindre rom for å følge den enkelte pasienten tett i en hektisk hverdag. Konsekvensen blir at pasienten ikke nødvendigvis blir møtt av den samme fagpersonen gjennom sitt forløp, med den ekstra ressursbruken det medfører for både sykehuset og den enkelte pasient.

«En av de tingene jeg får oftest tilbakemelding på og en av de tingene jeg reagerer oftest på når jeg skal overta pasienter som har vært til utredning på en medisinsk avdeling er at det er manglende kontinuitet på legesiden. Det gir forsinkelser, både fordi alt tar mye lengere tid når det går fra den ene legen til den andre, men det gir også en kvalitetsforringelse fordi at uansett hvor gode journaler du fører så får du ikke med deg alle opplysningene på samme måte om du følger en pasient gjennom et forløp.»

Under intervjuene kom det frem hvilket fokus og syn de ulike nivåene har på implementeringen av pakkeforløpene. Gjennom uttalelser i media og intervju gis det inntrykk av at politisk nivå og nivå 2 ledere mener dette er en suksess. Nivå 3 og 4 ser implementeringen mer som et ekstra administrativt vedtak som legger seg oppå de allerede etablerte pasientforløpene. Nivå 3 og 4 fokuserer på å løse det daglige utfordringsbildet, alt fra pasientlogistikk og flaskehals til systemtilfredsstillelse gjennom oppfølging av koding i av pasienter. Alle disse ledere beskriver implementeringen som et pålegg oven fra, politisk styrt med påstått suksess. Nesten samtlige av aktørene på nivå 2, 3 og 4 mener imidlertid at suksessen ikke skyldes den politiske toppledelsens engasjement, men de hardt arbeidende bidragsyterne på nivå 3 og 4 i sykehuset.

4.3.2.3 *Handlingsrom*

Antall kreftpasienter øker ikke på grunn av innføring av pakkeforløp, fordi retningslinjene for utredning og behandling i prinsippet er uavhengig av disse. Man opplevde i en overgangsfase der de nye tidsfristene skulle realiseres, en pukkeeffekt av pasienter som måtte ivaretas. Denne fases imidlertid ut når forløpet etter hvert flyter. Etter hvert som flere kreftdiagnoser er kommet inn i pakkeforløpet, øker altså ikke arbeidsmengden totalt sett, hvis man ser bort fra en økende kreftinsidens generelt som det også må planlegges for. Den merkantile og administrative delen av pakkeforløp vil imidlertid øke for hvert pakkeforløp som blir realisert. Flere opplever derfor endringene som en økt arbeidsbelastning både for klinisk og merkantilt personale. Det påpekes at dette i verste fall går utover andre deler av pasientoppfølgingen, og ansvarlige for det merkantile er usikker på om vil klare å levere det som forventes uten at ressurser tilføres.

«Det påfører enda litt mer arbeid overalt for leger, sekretær og sykepleier, for alle, og det blir enorme datamengder.»

Sykehuset sliter også med et tilårskomet IKT-system hvor flere av dem ikke kommuniserer sammen. Det medfører unødig ressursbruk og gjør handlingsrommet enda mindre når pakkeforløpene implementeres. I tillegg oppleves det frustrerende for de fleste aktørene at arbeidet med implementeringen og ledelse av pakkeforløpene pålegges innenfor den allerede overfylte arbeidsdagen, uten at det blir fjernet arbeidsoppgaver eller gitt økonomisk kompensasjon. Noen økonomiske midler ble tilført for en kortere periode for å sikre en god start for pakkeforløpene. Utfordringen oppstår når disse fagpersonene på grunn av kompetansen likevel ikke kan frikjøpes ut av klinisk arbeid.

Det ble også trukket frem av én forløpsansvarlig at det oppleves som problematisk å ikke være knyttet til den formelle ledelsesstrukturen da det ikke gir den samme legitimitet og autoritet når utfordringer i pakkeforløpet skal diskuteres og løses. Andre igjen mente at dette ikke har bydd på problemer, og at det samarbeidet man hadde etablert før pakkeforløpene er videreført i forbindelse med implementeringen av forløpene.

En overlege påpeker at det kunne vært mye å hente på å nettopp fokusere på forløpsansvarlig som en person som er svært tett på logistikken, og eventuelt ta andre oppgaver bort fra disse for å sikre optimal ressursutnyttelse. Å ha riktig kompetanse og kontinuitet blant legene anses å være avgjørende for effektiv flyt. Mangelfull legekontinuitet gir en kvalitetsforringelse fordi uansett hvor gode journaler som føres så får man ikke med seg alle opplysningene på samme måte som om man følger en pasient gjennom et forløp selv.

«Etter mitt beste skjønn så er et problem at de flinkeste folkene som er ment å overvåke forløpene de er da opptatt med å gå vakt for eksempel....sånn at hvis du virkelig mener at du skal forbedre forløpene kvalitetsmessig, så må du se på hele

måten du organiserer hverdagen på. Er det riktig at den flinkeste legen er borte en dag fordi han har gått vakt dagen før, eller skal man tenke at dette med utredning er så viktig at vi må organisere oss annerledes.»

En ansvarlig for implementering ser for seg et stykke arbeid som organisasjonen må gjøre for å realisere forløpene fullt ut. Etter vår forståelse ligger det til rollen forløpsansvarlig å bidra inn i dette.

«Cluet er jo om å gjøre å selge det her inn i organisasjonen, og det handler om kultur, om ønske om å delta, informasjonsflyt, engasjement og alt det der ikke sant ja...og det tar det lille granne tid å få til, men det begynner i alle fall med en organisasjonsmodell og noen møtepunkter/treffpunkter som tilrettelegger for at det her skal kunne komme ned i organisasjonen da.»

Forløpsansvarlige på sin side poengterer at etter igangsetting av pakkeforløp deler pakkeforløp fokus med det kliniske arbeidet, og at handlingsrommet oppleves som for lite.

«Så jeg føler jo at man alt henger etter og at man kunne satt seg ned og hatt mer oversikt enn det man har.»

4.3.3 Bakkebyråkratenes hverdag

4.3.3.1 Profesjoner og ledelse

Ledelsesstrukturen ved sykehuset har i praksis vært i endring de siste 5-6 årene.

Administrerende direktør har krevd leger inn i ledende stillinger både i sykehusets ledergruppe (direktører), og som klinikksjefer representert i hovedledelsen. Det er blant annet for å ivareta både økonomiske utgifter som legene er drivere av, men også faglig forankring av organisatoriske endringer. Legeprofesjonen har ingen tradisjon for å søke slike utfordringer. Rekruttering til lederstillinger i både linjeledelse og pakkeforløp har blitt gjennomført litt uformelt etter spørre- eller eventuelt pekemetoden.

«Var det frivillig på en måte? Meldte de seg på..? Både og, ikke så entusiastisk kanskje men det er nå et visst engasjement da, fordi alle faktisk er enige om at det er fint å få raskere behandlingsforløp.»

Det ble også gitt uttrykk for viktigheten av å gi implementering av pakkeforløpene god lederstøtte fra linjeledelsen, slik at forløpsansvarlig ikke ble stående alene i sitt fagmiljø og forsvare hvorfor dette er besluttet implementert. Det ble også trukket fram betydningen av at ledelsen tilknyttet det enkelte forløp deltar i endringsprosessen og justeringer av hva forløpet skal innebære, slik at man på den måten støtter opp rundt de faglige beslutningene. Dette ble fremhevet som en viktig faktor når man rekrutterte forløpsansvarlige til de ulike pakkeforløpene.

På konkret spørsmål om det har vært nødvendig med sanksjoner for å opprettholde fokus på implementering av pakkeforløpene og god pasientflyt, svarte de fleste aktører at det ikke har vært nødvendig. Det ble gitt uttrykk for at denne form for samhandling har sykehuset drevet med i mange år og at pasientene blir godt ivaretatt medisinsk, uavhengig av hvilke tidskrav som ikke nås i pakkeforløpet.

«Nei...skulle nå en pasient tippe noen dager over så vet vi jo at det har ingenting å si medisinsk....om det da kommer litt dårligere ut på statistikken så....”so what”....».

4.3.3.2 Endringsledelse

Det er av interesse å undersøke på hvilken måte endringer skjer i organisasjonen og hvordan dette eventuelt blir ledet, spesielt knyttet til implementering av pakkeforløpene. Aktørene avdekker en ulik oppfatning av hva som blir utøvd av ledelse og hva som fagmiljøet «bare» absorberer av beslutninger fra politisk og administrativt toppnivå. Skillet går mellom nivå 2, dvs klinikkjefene, og nivå 3 og 4. Ikke uventet så har nivå 2 en oppfatning av at de er tett på prosessen, er aktivt tilstede, og tar ansvar for implementeringen. Aktørene på nivå 3 og 4 opplever implementeringen som en oppgave som er gitt fra nivå 2, og så får den enkelte forløpsansvarlig med sine forløpskoordinatorer gjøre det beste ut av det.

Flere helseledere trekker frem betydningen av å gjøre endringer for å tilpasse driftsorganisasjonen i forhold til implementering av pakkeforløpene. Endringer som er gjort innenfor eksisterende rammer med bruk av tilgjengelig personell og utstyr. Det trekkes også frem viktigheten av å skape en kultur som ivaretar fokuset på kontinuerlig forbedringer som igjen skaper eierskap til endringene hos den enkelte medarbeider.

En lege mente at fokuset og støtten fra nærmeste leder er en suksessfaktor for å lykkes med endringer knyttet til pakkeforløpene. Foreslåtte endringer blir fremlagt for kommentarer og motargument før endelig beslutning tas med god støtte fra klinikkledelsen. Viljen til å gjennomføre og kraften til å sette beslutning om endring ut i live er her essensielt.

«Der fikk jeg i oppdrag å endre det, så innad her på avdelingen så gikk det egentlig ganske fort, vi laget et utkast som var på en kort høring og så bare implementerte vi det. Det var med god støtte fra klinikkjef.»

Alle aktørene beskrev under intervjuet en kultur som er og har over lengre tid vært preget av endringsvilje til det beste for pasientene. Det ble trukket frem eksempler på flere arenaer som var etablert for å fange opp ulike behov for endring knyttet til det enkelte pakkeforløp. Slike praktiske løsninger foregår ifølge alle aktører kontinuerlig. Andre områder som viser en endringsorientert kultur er måten aktørene trekker brukerutvalg, tillitsvalgte og verneombud med inn i ønskede endringer. På den måten opprettholdes det et trykk på prosessen med å implementere pakkeforløpene. De aller fleste aktører, både med medisinsk og sykepleiefaglig

bakgrunn, ga et klart budskap om viljen til og ønsket om å løse de problemer de ulike pakkeforløpene står ovenfor. Inntrykket er at de utfordringene som oppstår blir løst uten at pasienten blir unødig skadelidende.

«Jeg har i alle fall opplevd det at målet må være det å løse problemet. I min hverdag er det det liksom at du får et problementen at du skal implementere et pakkeforløp eller du skal operere en pasient eller hva det er noe du skal gjøre....løs problemet. Er det et lite problem, en enkel løsning...et større problem så tar det bare litt lenger tid tenker jeg.»

I ett historisk perspektiv gir flere aktører uttrykk for at endringer til det beste for pasienten har vært en del av sykehusets og de ulike fagprofesjoner fokus gjennom flere tiår. Flere pekte på at fokuset på pasienten og forbedringer knyttet til beste behandlingsmetode og tilbud var noe som startet blant fagprofesjonene nede i organisasjonen som en «bottom-up» prosess eid av profesjonene så langt tilbake som på 1990-tallet.

«Så begynte selvfølgelig dette herre med ventetidsproblematikk å komme opp og det var store regionale forskjeller, og så etter hvert så modnes det gjennom systemet oppover. Så plutselig blir det politisk viktig, og da kommer det ovenfra igjen. Så det har for så vidt vært en sånn fram og tilbake... og det er bra nok det. Men det initiativet kommer nedenifra, det må man være klar over.»

Aktørene gir beskrivelser av krevende utfordringer som det tar tid å løse. I følge enkelte aktører er implementering av pakkeforløp en så stor belastning for organisasjonen at det gir negativ effekt med alt for mye ressursbruk på ikke pasientnært arbeid.

«Slik at dette er uhelse...pakkeforløpene er en form for uhelse sett fra vårt perspektiv når vi allerede hadde standardiserte pasientforløp.»

4.3.4 Empirisk analyse

Dette forskningsspørsmålet undersøker hvordan ledelsesdynamikken endres ved implementering av pakkeforløp.

Vi finner gjennom denne delen av studien et engasjement både fra toppledelse, og ledere og ansvarlige på nivåene under, for implementering av pakkeforløp. I praksis er noe utøvende ledelse flyttet til forløpsansvarlige og koordinatorene, men resultatene viser at ledelsesdynamikken ikke er vesentlig endret ved implementering av pakkeforløp. Sykehusets hierarkiske struktur med formelle lederlinjer, har over år vært vant til å løse pasientrelaterte oppgaver på tvers, lenge før pakkeforløpene kom på banen. Rammen oppleves mer formell med dagens klare krav til å innfri ventetidene innenfor normert tid. Endringskulturen er godt forankret og det utvises stor lojalitet til pasienten og de forventninger som følger av det å være en del av et pakkeforløp.

Implementering krever fokus, og for å kunne være i stand til å ha rett fokus kreves kompetanse. Vi finner i vår undersøkelse ulik prioritering av kurs, kompetanseheving og annen opplæring knyttet til forvaltning av pakkeforløpene. Slik både klinikk- og avdelingsledere beskriver det, er dette både et ressurs spørsmål og fagprofesjonenes oppfatning av nytteverdien.

Andre interessante funn er kravene om koding, og den organisering og arbeid som det har medført. Dette har vist seg å være den største utfordringen med implementeringen. Denne rapporteringen medfører merarbeid som oppleves som unyttig av profesjonene. Våre funn viser at det nye rapporteringsregimet har skapt frustrasjon og blir nedprioritert ved opplevelse av manglende ressurser. Dette til tross for at det er en forutsetning for å ta ut tenkte effekter med pakkeforløpene. Profesjonene setter pasienten først, så får administrative oppgaver gjøres når det eventuelt blir tid.

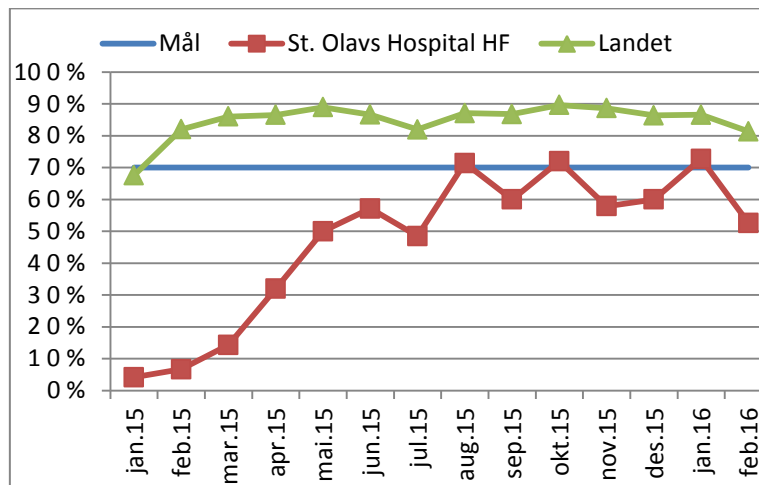
Forløpsansvarlige opplever å bli hørt i faglige diskusjoner, men er samtidig unisont enige om at det ansvar og myndighet som er gitt rollen som forløpsansvarlig, bare gjelder i teorien.

I et universitetssykehus er det mange klinikker, avdelinger, seksjoner og ledernivåer. Disse lederne har formell makt, som oftest basert på den stillingen man innehar, men også på bakgrunn av etterutdanning, og realkompetanse som ansiennitet og arbeidserfaring gir. Vi har undersøkt om det kan være et mulig konfliktområde når administrerende direktør omfordeler makt gjennom å tildele ansvar og myndighet til enkeltpersoner som ikke nødvendigvis innehar en formell lederposisjon i den vertikale lederlinjen. Våre funn viser at dette ikke oppleves som konfliktfyllt og vanskelig, verken vertikalt eller horisontalt. Våre funn viser at beslutningen om å implementere pakkeforløp ikke har medført store protester fra fagprofesjonene, dels fordi forløpstankegangen og tilhørende metodikk har blitt absorbert over flere år, samtidig som man opplever at dette faktisk er en fornuftig måte å organisere arbeidet på, til pasientens beste.

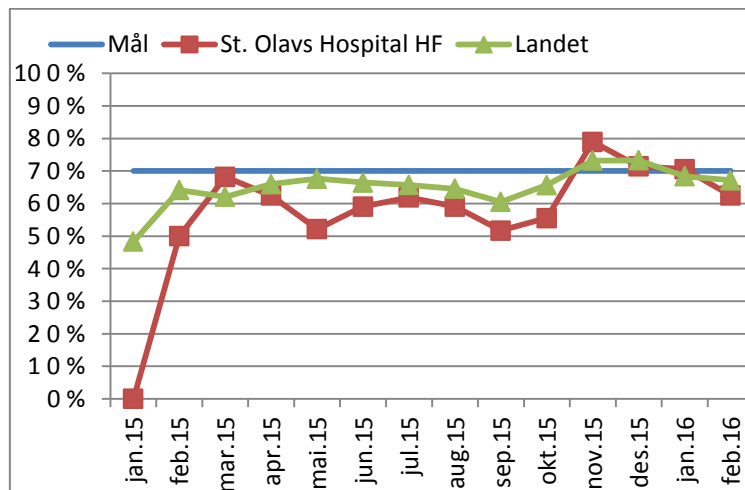
4.4 I hvor stor grad nås målene, og hva mener de ansatte?

Implementeringsveilederen og oppdragsdokument formulerer mål i pakkeforløpene (HDIR, 2014; HOD, 2015). I dette kapittelet presenteres resultat for måloppnåelse ved tall hentet fra NPR og helseregionens eget dataprogram, eSP. Tallgrunnlaget fra NPR er de samme som sykehuset selv rapporterer inn til myndighetene på månedlig basis. Videre presenteres resultat fra intervju for aktørenes oppfatning av mål opplevelse.

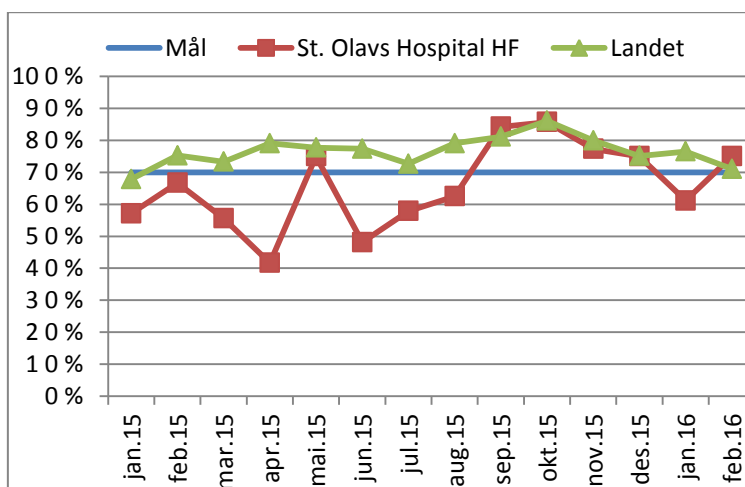
4.4.1 Andel pasienter med pakkeforløpskoder



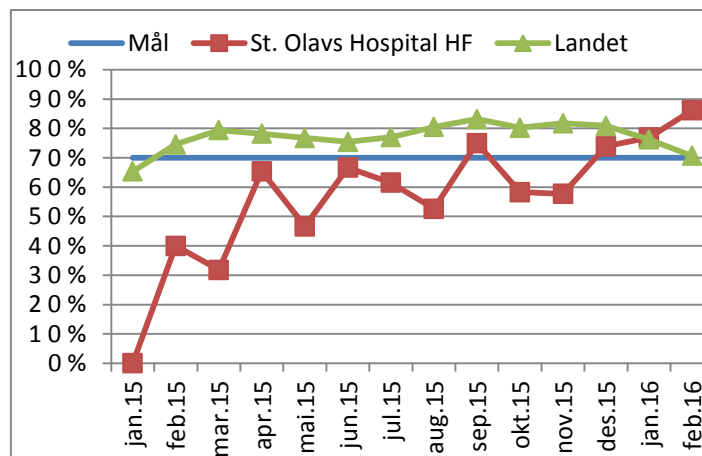
a) bryst



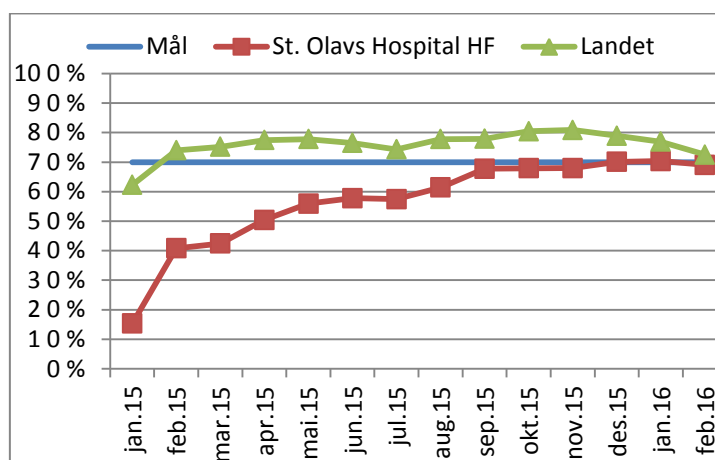
b) prostata



c) lunge



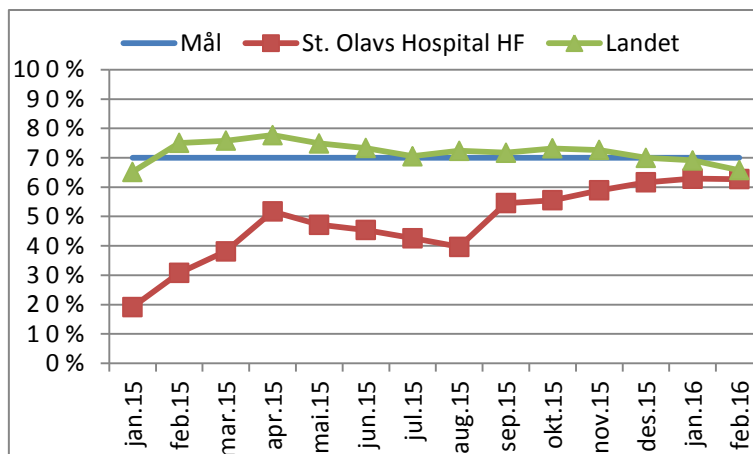
d) kolorektal



e) Gjennomsnitt a) – d)

Figur 4-2 Andel pasienter med pakkeforløpskoder, fire største forløp a) bryst, b) prostata, c) lunge, d) kolorektal, e) måloppnåelse basert på gjennomsnitt av a), b), c) og d)

Målet er at 70 % av kreftpasientene er registret som pakkeforløp, og foreløpig er det kun NPR som fremstiller data for dette. Figur 4-2 viser tidsutviklingen for alle pasienter i de fire største pakkeforløpene for kreft; St. Olavs hospital HF sett i forhold til et landsgjennomsnitt. For disse forløpene har kodepraksis blitt vesentlig bedre utover i 2015. Data fra første tertial ble offentliggjort for sykehusene august 2015, og førte til et ekstra fokus på koding. Dette kan sees som en forbedring av måloppnåelse utover høsten i fig. 4-2 e. Det bemerkes at dette gjennomsnittet kun er et gjennomsnitt av resultat av a), b), c) og d), og ikke er vektet for antall pasienter i de ulike forløp.



Figur 4-3 Andel pasienter i pakkeforløp, alle forløp

Figur 4-3 viser antall registrerte som funksjon av tid for alle pakkeforløp, det vil si også de ytterligere 24 som ble igangsatt løpet av 2015. 1. mai ble ti nye pakkeforløp innført i tillegg til de fire pakkeforløpene som ble innført 1. januar 2015. De 14 resterende pakkeforløpene ble innført 1. september. Figuren viser at St. Olavs fortsatt har hatt visse utfordringer knyttet til koding ved innføring av nye forløp da andel kodet inn gikk ned i mai. Det er likevel en positiv utvikling gjennom året, selv om St. Olavs ikke er helt i mål ennå.

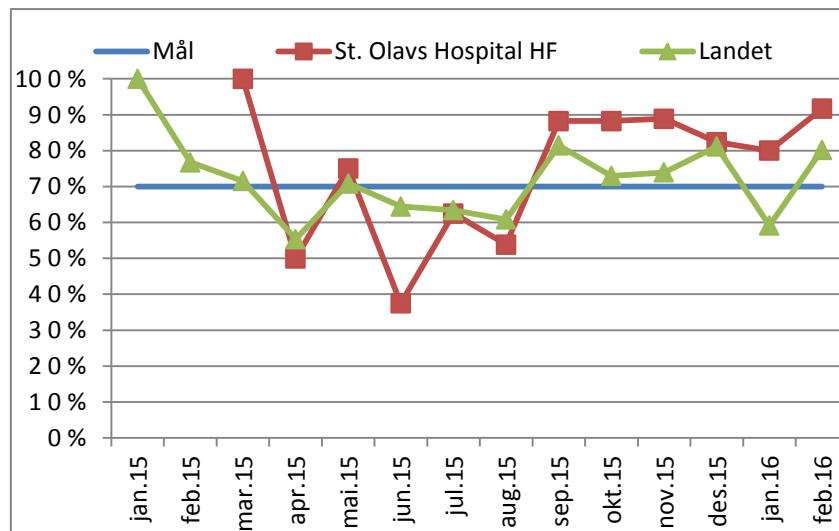
4.4.2 Andel pasienter behandlet innenfor frist

Som beskrevet tidligere har eSP utviklet seg mye i løpet av det siste året. Vi har tidligere sammenlignet tall fra NPR og eSP for å undersøke om de var konsistente, med bakgrunn i skepsis fra intervjuobjektene. Resultatrapporter fra eSP og NRP hadde samme betegnelse, type «andel behandlet innen frist», men det viste seg at man hadde forskjellige måter å sortere og fremstille data på, med hensyn til tid. Dette førte til divergerende resultat. Dette har nå blitt endret, slik at begge system fremstiller data noenlunde likt. Resultater fra prostata, fra NPR og eSP, er vist i Appendix E. Vi har valgt å presentere de offisielle tallene fra NPR, ikke data fra eSP i denne oppgaven.

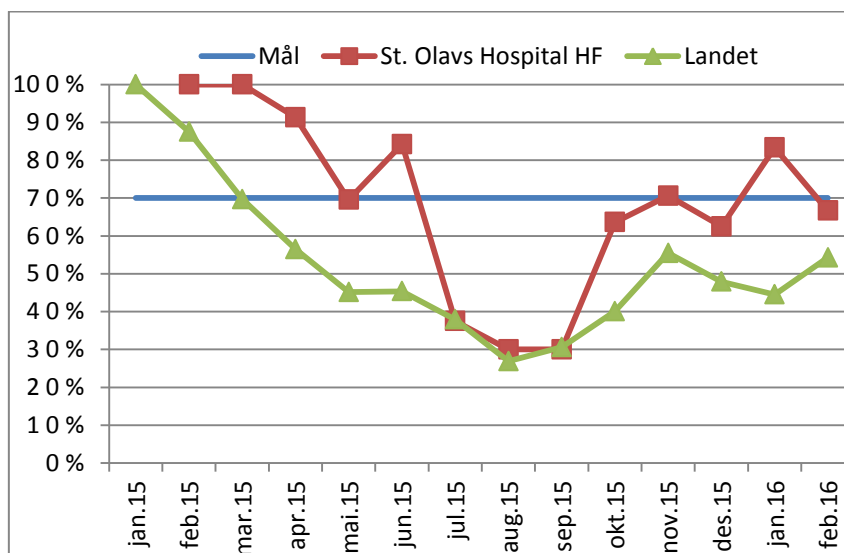
Data fra NPR som viser andel pasienter som er innenfor frist per måned. Det vil si at hvis 10 pasienter har startet behandling i april og 7 av disse var innenfor frist, blir resultatet 70 % og hvis 1 pasient har startet behandling i april, men ikke innenfor frist blir resultatet 0 % innenfor frist.

Figur 4-4 viser resultat fra de fire største pakkeforløpene, mens figur 4-5 viser gjennomsnitt for alle forløp implementert i løpet av 2015. Antall pasienter per diagnose som danner grunnlaget for statistikken kommer ikke frem, og resultatene vil være følsomme for dette. Validiteten til disse resultatene er sterkt avhengig av andelen som faktisk har fått en

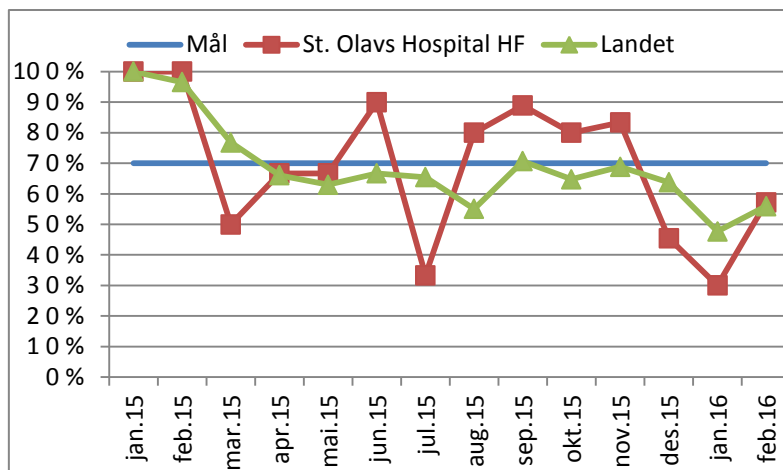
pakkeforløpskode. Det er kun disse vi vet noe sikkert om for hvor lang tid de ulike hendelsene i pakkeforløpet tar. Hvis kun 50 % av pasientene blir kodet, er det fortsatt 50 % vi ikke vet noe om. Resultatene viser at St. Olavs stort sett ligger over landsgjennomsnittet. Hele landet har utfordringer med tidsfristene i forbindelse med sommerferieavvikling og julehøytid. eSP gir alternative måter å framstille data på som kan være like relevante som fremstillingen presentert her, som er basert på data fra NPR. Eksempel på dette er gjennomsnittlig ventetid, og variasjon i denne, som sier vel så mye om gjennomløpshastighet enn akkurat hvilken andel som er innenfor frist. 4-4 e) er som 4-2 e) ikke vektet med hensyn på antall pasienter.



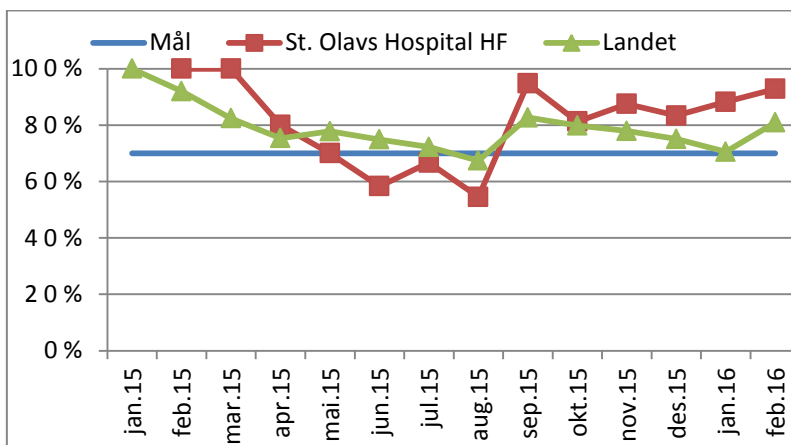
a) bryst



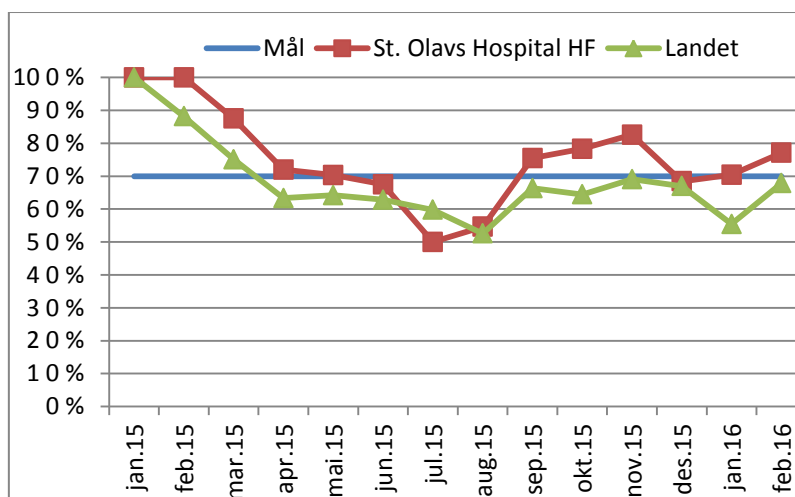
b) prostata



c) lunge

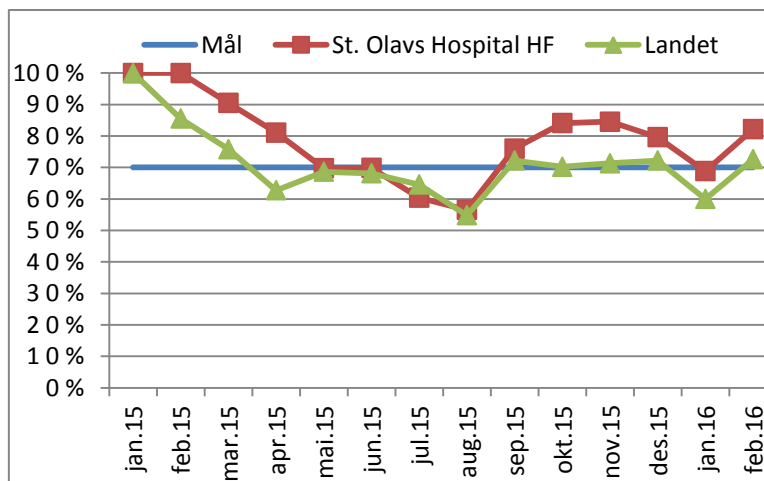


d) kolorektal



e)

Figur 4-4: Andel behandlet innenfor standard forløpstid, fire største forløp a) bryst, b) prostata, c) lunge, d) kolorektal, e) måloppnåelse basert på gjennomsnitt av a), b), c) og d)



Figur 4-5: Andel behandlet innenfor standard forløpstid, alle forløp

4.4.3 Opplevd måloppnåelse

Det er som beskrevet i kapittel 4.1.2 noe ulik oppfatning av hva som er målene med pakkeforløpene. De fleste mener at man har innfridd målene, slik de oppfatter disse. En ansvarlig oppsummeres implementeringen hittil slik:

«Så har vi lyktes på det viset at vi har fått til mye pakkeforløpskoding og at forløpstidene våre er ganske gode, og jeg vet at vi har løst noen veldig konkrete flaskehalsen på en god måte. I så måte har vi altså lyktes.»

Mye av det som var nødvendig å avdekke av kapasitetsutfordringer og tilpasninger var gjort forut før selve pakkeforløpene inntrådte. Dette sier både de som har ansvar for implementering, forløpssansvarlige og koordinatører. Selve pakkeforløpene medførte at man snudde steinene en gang til for å se om det kunne jobbes smartere. Det er godt kjent at St. Olavs ikke har innfridd når det gjelder tallene som NPR har offentliggjort, men dette mener fagfolkene er underordnet.

«jeg tror de reagerte litt hos Helse Midt-Norge ...og vi tenkte... ja, ja...de får bare reagere, vi gjør jobben vår og folk er fornøyd så...om tallene ser litt sånn ut...»

Man har likevel diskutert utfordringene med måloppnåelse med selve kodingen og gjort tiltak. To stillinger er nå øremerket sykehuset og fordeles ut på klinikkene med tanke på å styrke arbeidet med koding.

Man er fornøyd med at man behandler såpass mange innen ønsket tid, men det spørres samtidig om det for eksempel er riktig å prioritere for eksempel prostatakreftpasienter på denne måten. En forløpsansvarlig beskriver tankene omkring frister og tall slik:

«Dette kommer vi til å få leve med... at vi må stå og forsvare hvorfor vi ikke klarer å overholde fristene... Man får se de der tallene mellom fingrene, at man ikke liksom... ”nå skal vi ha bra tall her”hvilke tall er det vi snakker om...det er viktigste...hvilken konsekvens har det for pasienten?...»

Målopplevelsen oppleves forskjellig ut fra ståsted i pakkeforløpet. Dette må kunne forstås som det er en forståelse om at hovedleveransen fra forløpsansvarlige er knyttet til klinisk pasientbehandling, og ikke først og fremst tallene i systemene.

«..men klinikerne er nok ikke så på at de pusher dette her, for selv om de har ansvaret for leveransen i forløpet, så er det ikke så nært dem. Det er nærmere meg som sitter overordnet administrativt og skal svare for en direktør, at vi faktisk er i vater, fordi at direktøren skal svare til ministeren osv, osv.»

I intervjuene kommer det frem at forløpsansvarlig i ulik grad bruker eSP. Dette finner en implementeringsansvarlig underlig:

«...fordi et av de viktigste innsalgene vi hadde for hele forbedringsprogrammet overfor klinikerne, det var dette dataprogrammet som er blitt det vi lovt og mer til. Vi har fått til ganske mye med det her. Alle klinikerne var bejublende, dette ble bra, dette blir flott...så er det overraskende å se hvor lite enkelte av de samme klinikerne bruker dette. Det kan umulig handle om tid, fordi det inn å sjekke status på eSP ...du kan gjøre det på ett minutt»

4.4.3.1 Etablering av nye roller

Det har vært vanskelig å opprette pasientkoordinatorrollen uten å få tilført midler. Utsagnet fra statsminister Solberg og helseminister Høie (Regjeringen, 2015) om at man vil møte en koordinator som følger pasienten gjennom hele forløpet, er i praksis ikke mulig. De største kreftforløpene er preget av et utredningsforløp, og deretter et delforløp, enten på Kirurgisk klinikk, Kreftklinikken eller andre enheter. Å ha en person som følger pasienten fra A til Å er utfordrende. Selv innenfor samme klinikk foregår dette mer som en stafett mellom de ulike avdelinger, enheter og seksjoner. Innen Kirurgisk klinikk er koordinering fra henvisningen kommer til pasienten står klar til operasjon likevel godt ivaretatt.

«Dette med pasientkoordinator som lovt fra Høie, klarer man ikke å innfri. Man skjønner ikke fra sentralt hold hvordan dette fungerer og henger sammen. De har ikke sett konglomeratet i det rett og slett. Det blir flere koordinatore, ikke bare én for én pasient. Det bør ikke skapes forventninger om det.»

4.4.3.2 Kvalitet i pasientbehandling og pasientsikkerhet

Informantene er enige om at det for St. Olavs ikke nødvendigvis er en kvalitetsheving i pasientbehandlingen i forbindelse med implementering av pakkeforløp.

« .men det har neppe betydd noen ting for kvaliteten på kreftomsorgen totalt sett.»

Tid er bare en del av kriteriene for kvaliteten av en operasjon eller annen kreftbehandling. De kvalitetsregistre som eksisterer på siden av system for målinger av tid er fortsatt meget viktig. I disse blir alt av komplikasjoner notert.

En av de ansvarlige for implementeringen formulerer det slik:

«Jeg tror det at man godt kan reise spørsmålet om pakkeforløp og fokus på leveranse på tid...hvordan slår det egentlig ut på kvalitetssiden, det tror jeg er et rimelig spørsmål. Det er ikke sikkert vi miste noe, men det er i alle fall noe med fokuset. Vi har jo hatt et ønske om at det skulle være med inn som en naturlig del, men vi har ikke kommet helt dit.»

«Jeg har jo forståelse for at den frustrasjonen som pasienter og pårørende opplever at det er viktig å redusere den ved å få en følelse av at ting går litt raskere og at det går effektivt, men kvaliteten er jo viktigere.»

I verste fall kan kravene og målingene påvirke beslutningstakere slik at pasienter der tid er mindre viktig for utfallet eller livskvalitet, kommer raskere i gang med behandling enn pasientgrupper som ikke får den samme oppmerksomheten. Pasienter utenfor pakkeforløp skal også ha sin rett til helsetjeneste i prioritering med sin alvorlighetsgrad. Implementeringen av pakkeforløpene har i følge Brukerombudet (Helse-Norge, 2015) også medført utfordringer ved behandlingen og oppfølgingen av pasienter med andre sykdommer enn kreft. Ordningen har blitt et lokomotiv for en type pasienter, men på bekostning av andre.

4.4.3.3 Pasientenes opplevelse

Når det gjelder pasientenes opplevelse av kvalitet har aktørene gjort ulike erfaringer. På den ene siden oppleves det å få en fastlagt plan for videre utredning og behandling som en positiv ting. Det er betryggende for pasienten og denne blir mer fornøyd, og det blir mindre telefoner og opplevd mas fra pasientene som har et behov for mest mulig informasjon. På den annen side har publisiteten omkring pakkeforløpene og de ulike tidsfristene også ført til bekymring hos pasienter. For pasientene medfører brutte tidsfrister en betydelig usikkerhet. Det er vanskelig for den enkelte pasient å forstå at dette ikke nødvendigvis innebærer at den hjelpen de mottar er uforsvarlig. Her må sykehusene bli bedre til å informere pasientene om betydningen av at fristene ikke blir holdt.

«det at det skapt en forventning i samfunnet og pasientgruppen om at her skal det jammen meg gå fort, for ellers så er det farlig, det skaper såkalt kreftangst i befolkningen. Det er meget uheldig.»

«det er mulig at vi i enkelte tilfeller ikke vil oppfylle kravet for tidsbruken fordi vi venter på ledig operasjonskapasitet for eksempel. Det har ingen negative medisinske konsekvenser. Sann at det er ikke alltid at det medisinske går hånd i hånd med pakkeforløpets forventninger da»

Videre oppleves det at fristene i forløpene gjør at det noen ganger utredes litt i raskeste laget og selv om det er fysisk ok, kan det være at pasienten trenger mer tid psykisk for å innstille seg på videre behandling.

Ingen av de spurte i undersøkelsen mener at selve standardiseringen av utredning og behandling svekker kvaliteten. På den ene siden sikres pasienten i større grad lik utredning og medvirkning og et likt og godt utgangspunkt for videre optimal og individualisert behandling, for eksempel uavhengig av alder. Andre stiller imidlertid spørsmålsteget om det er riktig å sende *alle* gjennom *alle* undersøkelser som hører til i et pakkeforløp. I verste fall kan man påføre pasienten skader, for eksempel hvis pasienten er redusert på grunn av alder.

Aspektet pasientsikkerhet var tenkt lagt inn i eSP ved at komplikasjoner også blir registret inn. Her viser imidlertid lederne av pasientforløpene til at disse blir loggført i egne systemer og det er tvilsomt om noen i det hele tatt bruker denne funksjonaliteten.

4.4.4 Empirisk analyse

Dette forskningsspørsmålet undersøker i hvor stor grad målene oppnås, og hva de ansatte mener om måloppnåelsen ved implementering av pakkeforløp.

Funnene indikerer at regulative føringer som blir gitt som styringssignaler fra helsemyndighetene har hatt noe ulik effekt i de ulike helseforetakene. St. Olavs har en relativt god måloppnåelse for tidsfristene sammenlignet med resten av landet. Flere informanter viser til at de allerede jobbet i effektive forløp for kreftpasienter, og at de nye retningslinjene ikke betydde noen endring for deres pasienter, eller ny måte å jobbe på. De mente at logistikken er utviklet slik at tidsfristene som er klinisk interessante uansett stort sett blir nådd. For registrering av pakkeforløpskoder har St. Olavs en helt klar positiv utvikling.

Offisielle tall fra NPR kan stille sykehuset og det enkelte pakkeforløp i et dårlig lys overfor de pasientene som følger denne oversikten på internett. Dette vil på sikt kunne medføre mangelfull tillit til sykehuset som leverandør av pakkeforløp. Det er krevende å overholde fristene i forbindelse med høytider.

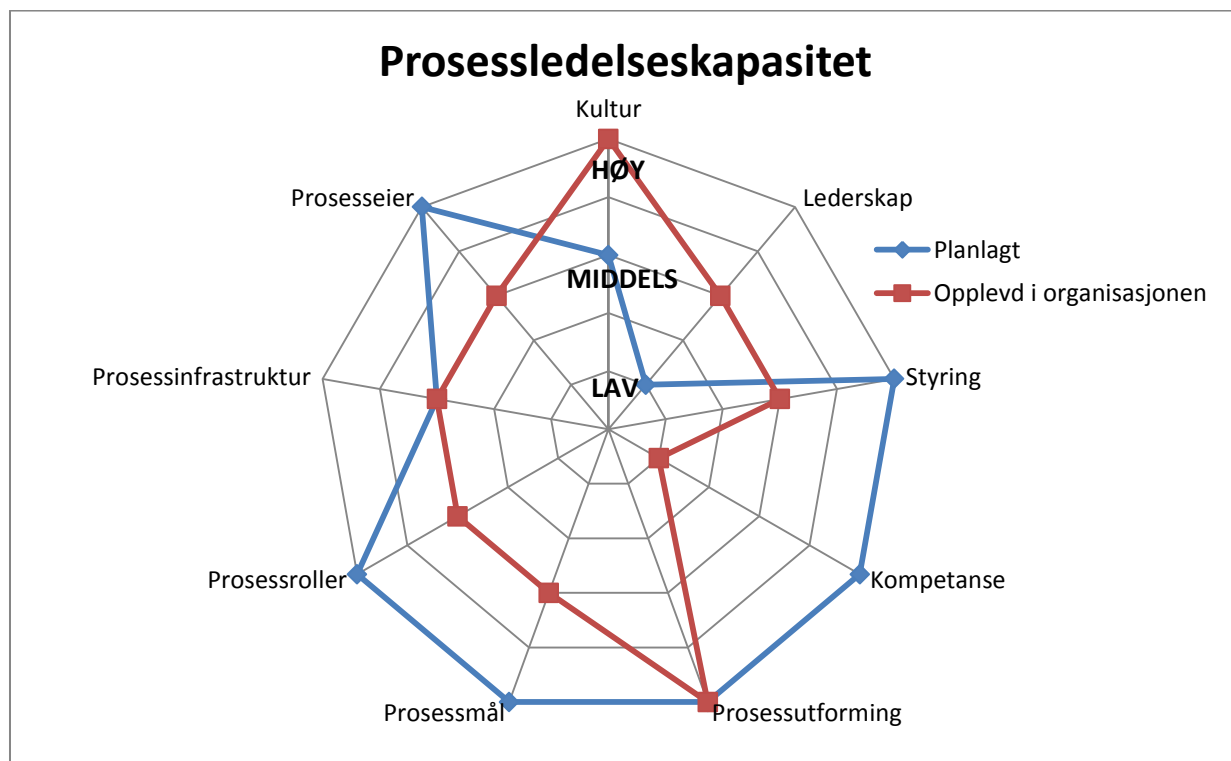
Mange av delmålene i den nasjonale implementeringsveilederen handler om å etablere system for digital registrering og monitorering av pakkeforløp. Selv om det fortsatt er noen utfordringer i dette, har St. Olavs og regionen gjort mye av dette arbeidet ved å utvikle eSP.

Basert på intervju og observasjon mener vi at St. Olavs HF bruker resultatene fra monitoreringen i noen grad til systematisk forbedring og kvalitetsarbeid.

4.5 St. Olavs prosessledelseskapasitet

I dette kapittelet summerer vi opp prosessledelseskapasiteten. Modellen for prosessledelseskapasitet, med sine ni kapasiteter, kan brukes til å klargjøre hvor modne sykehusets prosesser er, hvor godt utrustet sykehuset totalt sett er med hensyn til å utøve prosessledelse (Iden, 2013).

Vi har forsøkt å visualisere prosessledelseskapasitet i et «spider-chart». Vi har vurdert de ulike elementene og rangert dem som høy, medium eller lav. «Planlagt» er slik vi finner potensiell, eller tenkt, prosessledelseskapasitet beskrevet i de ulike dokumenter som er studert. «Opplevd i organisasjonen» er slik vi tolker situasjonen i organisasjonen, basert på analyse av intervjuene. Sett opp mot Winters og Nielsens modell, kan man si at «planlagt» relateres til policyutforming og virkemidler, mens «opplevd i organisasjonen» er resultatene av implementeringsprosessen.



Figur 4-6: "Spider-chart", St. Olavs Hospital HF prosessledelseskapasitet

4.5.1 Kapasitet på prosessnivå

4.5.1.1 Prosessutforming

Gjennom dokumentstudiet ses en utvikling av forløpstankegangen over flere år hvor fokuset gradvis har dreid over til en prosessutforming der myndighetene har etablert pakkeforløp med de konkrete fristene som er angitt. Vi anser derfor på bakgrunn av dokumentene at prosessutformingskapasiteten er potensiell høy.

Forløpene i sykehuset utarbeides i henhold til en felles standard som beskriver hele verdikjeden på tvers i sykehuset. De følger stort sett forordningene i pakkeforløpene, men de detaljeres ytterligere. Nasjonale retningslinjer legges til grunn for utforming av forløpene hvor man fokuserer på hvem som til en hver tid har ansvar. På bakgrunn av våre funn anser vi sykehuset å ha en høy prosessutformingskapasitet.

4.5.1.2 Prosessmål

Dokumentene viser at det er en høy grad av prosessmålkapasitet. Det er etablert klare mål for prosessene som er basert på sykehusets overordnede mål gitt gjennom styringsdialogen (HMN-RHF, 2015) og den nasjonale implementeringsveilederen (HDIR, 2014). Det er etablert ulike indikatorer som det rapporteres inn data på, som sikrer en systematisk overvåkning av målene satt i forløpene.

Våre respondenter har tegnet en litt ulik oppfatning av viktigheten av koding og hvor involvert de forskjellige profesjonene skal være i dette arbeidet. Det har vært utfordringer for hvordan koding praktiseres i organisasjonen, noe som blir bekreftet både gjennom intervjuene og rapporter som viser måloppnåelse i sykehuset fra HDIR. Vi vurderer derfor at sykehuset har en middels god prosessmålkapasitet.

4.5.1.3 Prosessroller

Slik Iden (2013) beskriver, så må innehaverne av prosessrollene ha en annen kunnskap, tankesett og ferdigheter enn andre medarbeidere som ikke jobber i forløpsprosessene. Den Nasjonale implementeringsveilederen (HDIR, 2014) viser til oppdragsdokumentet 2015 (HOD, 2015) hvor det stilles klare krav til etablering av nye roller som skal ivareta implementeringen av pakkeforløpene. På bakgrunn av disse funn vurderer vi at prosessrollekapasiteten er potensiell høy.

Våre observasjoner avdekker dog en manglende rolleforståelse for prosesser, og de ulike rollene er heller ikke avklarte når det gjelder ansvar og myndighet. Vår vurdering er da at sykehuset så langt i implementeringen har en middels god prosessrollekapasitet.

4.5.1.4 Prosessinfrastruktur

Å ha IKT-systemer som de ansatte opplever som adekvate er utfordrende i et komplekst helsevesen. Dokumentene setter lite fokus på, og krav om, tilstrekkelig gode systemer som ivaretar prosesser fra start til mål. Samtidig stilles det krav om god rapportering på de ulike indikatorene knyttet til pakkeforløp.

Regionen har på sin side utviklet et system som gir informasjon om forløp fortløpende. Vi har imidlertid gjennom de kvalitative intervjuene avdekket at det er mangler knyttet til de ulike IT-systemene ved sykehuset hvor flere av programmene ikke kommuniserer sammen.

På bakgrunn av dokumentstudiet og de kvalitative intervjuene vurderer vi samlet sett en middels god prosessinfrastrukturkapasitet som underbygger virksomheten og de enkelte prosesser.

4.5.1.5 Prosesseier

Prosessledelse innebærer at hver prosess har en person som er ansvarlig for prosessen, at den er hensiktsmessig utformet, at den blir fulgt, og at den når sine mål og bidrar til i dette tilfellet sykehusets måloppnåelse. Dokumentstudiet viser at det er en klar og tydelig beskrivelse av hvilke roller som skal være knyttet til pakkeforløpene, fra Helse og omsorgsdepartementet, gjennom Helsedirektoratets nasjonale plan for implementering, videre gjennom oppdrags- og styringsdokumenter ned til sykehuset. Vi vurderer prosesseierkapasiteten til å være høy.

I sykehuset er prosesseierne formelt utnevnt ved en glidende overgang fra ansvar i standardiserte pasientforløp, men det er ikke laget en formell beskrivelse av hva prosesseierskapet innebærer. Ansvar og myndighet er formelt tildelt gjennom en beslutning i hovedledelsen, men dette oppleves gjennom intervjuene som noe uavklart eller lite reelt. Flere av de forløpsansvarlige ga uttrykk for at det ikke er noe formelt skille mellom rollen som prosesseier og funksjonen som linjeleder. Vår vurdering er at sykehuset derfor har middels god prosesseierkapasitet.

4.5.2 Kapasitet på bedriftsnivå

4.5.2.1 Lederskap

Norge viser i sin nasjonale implementeringsveileder til danskene sin rapport om erfaringer med pakkeforløp. Danskene understreker at tilstedeværende, engasjerte og motiverte ledere er en betingelse for å få etablert prosessledelse. Dette er gjentatt i «Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015».

«På bakgrunn av danske erfaringer understrekes det viktighet av ledelsesforankring, ledelsesansvar og oppmerksomhet om pakkeforløpene og implementering av disse».

I de studerte dokumenter finner vi ikke noe skriftlig som kan relatere implementering av pakkeforløp til prosessledelse. Ut ifra våre funn så vurderer vi det er et lavt fokus på lederskapskapasitet knyttet til prosessledelse.

Respondentene avdekker gjennom intervju at oppdraget med å håndtere prosessene er gitt nedover i linja til mellomledere og fagpersoner med tildelt prosessroller. Det fremstår som at ledelsen ikke er opptatt av prosessene i det daglige, og at ledelsen gjør lite for å engasjere ansatte i prosessarbeidet. Det er umulig å etablere prosessledelse uten lederskap fra toppen av sykehuset. På den annen side er det initiert arbeid med å utvikle verktøy for overvåking av forløp, samt avsatt ressurser til å utvikle disse. På bakgrunn av disse funnene vurderer vi likevel sykehuset til å ha en middels lederskapskapasitet.

4.5.2.2 Kultur

En kultur som støtter prosesser eller forløp forutsetter at ansatte på alle nivåer i organisasjonen har fokus på hva de skal levere, når det gjelder utredning og behandling. Videre at aktører er komfortable med å jobbe tverrfunksjonelt, tar ansvar for sluttresultatet som leveres, og er villig til å akseptere endringer. Våre utvalgte dokumenter berører kultur og viktighet av dette i mer generelle ord og vendinger og vi vurderer på dette grunnlaget at det eksisterer en middels høy kulturkapasitet.

Det er viktig at ansatte og ledere fra ulike avdelinger og funksjoner samarbeider godt med hverandre slik at de i fellesskap blir ansvarlig for å levere gode tjenester til pasientene. Våre funn gjennom de kvalitative intervjuene bedømmer vi til at sykehuset har en høy kulturkapasitet for endring og samarbeidskultur.

4.5.2.3 Styring

Styring og etablering av styringsstruktur er et annet moment i vurdering av prosessledelseskapasitet på bedriftsnivå. Dette er viktig for å følge opp prosessene med tanke på implementering, koordinering og prosessarbeidet. St. Olavs Hospital HF fikk gjennom «Styringskrav og rammer» i oppdrag fra Helse Midt-Norge (HMN-RHF, 2015) om å etablere Regionalt senter for helsetjenesteutvikling som skal ivareta styringsstrukturen lokalt og regionalt i pakkeforløpene. I tillegg inneholder den nasjonale implementeringsveilederen klare bestillinger til helseforetakene når det gjelder hvordan pakkeforløpene skal styres. Vår vurdering er at dette viser til en høy styringskapasitet i utformingen av pakkeforløpene.

Sykehuset har som nevnt etter oppdrag etablert RSHU som ivaretar store deler av styringsstrukturen i forløpene. Prosesseiere er utnevnt på en litt uformell måte og det er ikke avsatt tid til oppgaven som forløpsansvarlig. Prosesseiere er av varierende grad deltagere i klinikkens ledergruppe og forløpsveilederne blir koblet av forløpet når det er ferdig utviklet. I tillegg møtes prosesseierne svært sjelden da det ikke er etablert noe nettverk som er naturlige samlingspunkt for dem. Mye godt arbeid er gjort, men det er også områder som må forbedres. Vi vurderer sykehuset til å ha en middels god styringskapasitet.

4.5.2.4 Kompetanse

Å endre tankesett i en mer prosessorientert retning krever kompetanse. Det er behov for ansatte som kan være med å utforme og implementere prosessene, definere prosessmål og følge disse opp gjennom forbedringer. Dette er det satt fokus på både i oppdragsdokumentene og «Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp». Vi mener derfor at dokumentene inneholder en plan for å etablere en høy kompetansekapasitet.

Prosesseierne har god kompetanse i å definere prosessmål, og hvilke data man trenger for å følge opp målene som er satt. Det er imidlertid avdekt gjennom intervjuene at det ikke er gjennomført systematisk opplæring i prosessstanskegang blant ledere og ansatte. Det er kun et fåtall som kjenner til hva prosessledelse samlet sett innebærer for sykehuset. Vi vurderer på bakgrunn av disse funnene at kompetansekapasiteten til sykehuset er lav.

4.5.3 Samlet prosessledelseskapasitet

Dette kapitlet gir en oppsummering og et bilde av hvordan sykehusets totale prosessledelseskapasitet fremstår. Kapasitetene er et resultat av en utviklingsprosess som vi mener er både bevisst og ubevisst gjennom flere år. I tiden framover er det sentralt å bevare de områdene som er scoret som høyt, det vil si den høye prosessutformingskapasiteten og kulturkapasiteten. Et forbedringsområde vil være organisasjonens kompetansekapasitet, da denne er scoret lavt. For prioritering av innsats på de andre områdene, blir det viktig å vurdere hvilken betydning disse har for hvordan forløpene totalt sett fungerer.

I den teoretiske drøftingen diskuteres betydningen av ulike områder videre.

5.0 Teoretisk drøfting

I dette kapitlet vil vi drøfte de empiriske funnene ved hjelp av det teoretiske analyseapparatet vi stilte opp i kapittel 3. I tillegg ser vi empirien opp mot relevant forskning på de ulike områdene som blir diskutert. De enkelte forskningsspørsmålene blir drøftet hver for seg.

5.1 Policyutforming og virkemidler

5.1.1 Forløp som en rød tråd gjennom mange år

Da pakkeforløp ble introdusert i sykehuset ultimo 2014, ble dette arbeidet integrert i sykehusets metodikk for standardiserte pasientforløp. Standardiserte forløp var særlig et satsingsområde for sykehuset fra 2013, da «Forbedringsprogrammet 2014-2016» ble lansert. Dokumentstudiet har imidlertid avdekket at forløpstankegangen, og fokuset på å sette pasienten i sentrum, har vært sentral fra myndighetenes side lenge før dette. Dette kan være et tilsvar på konsekvenser av hva NMP brakte med seg av styringsprinsipp. Det finnes rettighets-, finansierings-, beslutnings-, brukermedvirknings- og prioriteringsbestemmelser rettet inn mot ulike nivå i helsetjenesten, men i liten grad systemer som er rettet inn mot pasientens samlede behov. De ulike aktørene har i liten grad ansvar for å legge til rette for en god vekslings med andre aktører. Man måles og belønnes på det de gjør innenfor egen «silos» – og ikke på det de gjør på tvers (St. meld. Nr. 47,2009). Disse utfordringene kan også sees igjen innenfor samme nivå i spesialisthelsetjenesten. Den medisinske utviklingen fører dessuten til en stadig økende spesialisering, som igjen krever god koordinering for at pasienten skal oppleve en helhetlig tjeneste.

«Joined up government» (JG) ble introdusert av Tony Blair i 1997. Innholdet skulle være en motsats til «departementalisme», tunnelsyn og vertikale «silos», og skulle gi borgerne en mer sømløs heller enn fragmentert tilgang til tjenester. JG og senere «Whole-of-government» (WG) er en motreaksjon på NPM-reformer. En tilnærming til WG kan observeres i alle land der NPM har vært implementert (Christensen og Læg Reid, 2007). WG er på samme måte som NPM et paraply-konsept. Dette beskriver en gruppe av responser til problemet med økt fragmentering, og vektlegger å øke integrasjon, koordinering og kapasitet. Fokus er blant annet på innsats på tvers av tradisjonelle grenser. Spesialisthelsetjenesten er åpenbart preget av NPM-elementer, men det kan se ut som om Samhandlingsreformen og satsing på pasientforløp har medført en dreining mot WG. Utgangspunktet fra NPM er beholdt, men er ispedd nye reformelementer som skal sikre samordning, integrering og politisk styring. Videreførte NPM-elementer er blant annet brukermedvirkning, kostnadseffektivitet og

ledelse, mens WG har gitt en orientering mot koordinering av tjenester og samhandling for å gi brukerne en mer helhetlig tjenesteytelse.

Utviklingen av pasientforløp, og stadig mer uttalt samhandling har dermed vært med på å opprettholde det offentlige helsevesens legitimitet ved at dette svarer på de erkjente utfordringene. Nye strukturer er fra et institusjonelt perspektiv ikke nok til å nå målene for WG. Endringer i kultur er også nødvendig, og det må tas tak i prosesser. Sammenlignet med NPM-bevegelsen er post-NPM reformer opptatt av å bygge på et sett av felles verdier (Christensen og Lægreid, 2007).

Slik vi ser det kan pakkeforløpene, og endringene som følger med, betraktes som en reform med både elementer av tvangsmessig adoptering og adoptering på et normativt grunnlag.

5.1.2 Begrepsmangfold

Forløpsmetodikken har rot i prosesstankegang, og det brukes ulike begreper i dokumentene for å beskrive hva dette innebærer. Utfordringen kan være at ulike begrep skaper ulike assosiasjoner og begrepene må oversettes før de skal implementeres i organisasjonen, jfr Røviks teori om oversettelser. Dersom sykehuset velger å implementere nye begreper uten først å oversette dem, vil det kunne medføre et språk i organisasjonens oppfatning av begrepene. Resultatet kan bli at ansatte ikke tar inn over seg den ønskede endringen som begrepsapparatet innebærer.

Det er en økt erkjennelse av at omgivelsene eller konteksten er avgjørende for suksess ved initiativ som er tenkt å forbedre helsetjenester. Det er veldokumenterte variasjoner for de samme intervensjonene når de blir brukt i forskjellige organisasjoner. Kontekstuelle forhold kan være med på å forklare slike inter- og eventuelt intraorganisasjonelle variasjoner i forbedringer av prestasjonen (Harvey et al, 2014). Andersen og Røvik (2015) mener at oversettelse er en viktig del av forklaringen når det byr på problemer å finne evidens for at kvalitetsreformer i helsevesenet virker. De har studert Lean som en overordnet teknikk i sitt helseforetak for å forbedre pasientforløp, inkludert kvalitet og arbeidsmiljø, og for å øke sykehusets effektivitet. De observerer at metodikken har blitt oversatt opptil flere ganger på vandring gjennom organisasjonen. I deres undersøkelser har sykehusledelsen ikke ønsket å bruke Lean-begrepet på grunn av negative assosiasjoner til industri, og framholdt internt at arbeidet dreide seg om bedre behandling av pasienter og at det ikke handlet om å spare penger og nedskjæringer. Slik har organisasjonen utelatt de mer kontroversielle delene for å unngå intern motstand og sikre vellykket implementering. Dette kan gjøre det vanskelig å evaluere hvilke effekter ulike tiltak har hatt (Andersen og Røvik, 2015).

Fra institusjonell teori vet vi at institusjonaliserte organisasjoner har etablerte måter å jobbe på som er utviklet over tid, og som oppleves som den rette måten å arbeide på. Hvis det er rom for skjønn eller tolkning, kan man risikere at vedtak pulveriseres på vei gjennom

organisasjonen. Her ligger det noen utfordringer ved den overordnede modellen for implementering av forløp. Det gis føringer fra nasjonalt nivå, som oversettes og tillegges rammer på regionalt nivå, for så å ende som et sett med mål, regler og tilhørende ressurser på lokalt nivå. Lokale aktører oversetter ideen inn i en verden de kjenner, basert på det som oppfattes som passende og det som gir mening.

På den ene siden oppfattes kravene med pakkeforløpene så tydelige at sykehuset implementerer disse ut fra en rasjonell handlingslogikk. På den annen side ser vi at på bakkebyråkratsnivå kan det oppleves annerledes, slik at visse oppgaver risikerer å bli tilsidesatt på grunn av en sømmelighetslogikk, med pasienten i sentrum.

Suksessen kan ligge i å oversette eller skreddersy forløpstankegangen til lokale forhold og behov (Andersen og Røvik, 2015). Samtidig må man holde fast på viktige element i prosestankegangen, selv om de ikke nødvendigvis virker nyttige i første omgang. Hvis sykehusene velger bort noe av innholdet i pakkeforløpene, kan dette være avgjørende for effektene og dermed også vanskeligere å bruke resultatene i evalueringssammenheng. Her kan myndighetene også påvirke ved å øremerke midler og dermed sørge for å styre mer på detaljnivå.

5.1.3 Krav og mål i pakkeforløp

De fleste politiske og nasjonale dokumenter som er studert i denne oppgaven inneholder flere overordnede mål. For oss som skal vurdere innholdet i disse målene, kan de fort bli for allmenngyldig og lite konkrete. utfordringen blir å klare å omsette ord til praktisk handling for hvordan de overordnede føringer skal kunne innfris.

Fra nasjonalt nivå er målene knyttet til pakkeforløp for kreft operasjonalisert gjennom innføring av ulike indikatorer som det enkelte sykehus skal rapportere inn. Her ligger det en uadressert problemstilling, da disse indikatorene bare måler inklusjon og forløpstider, noe som ikke gir en automatisk forbedring av andre mål for kvalitet forbundet med utredning og behandling. På den måten kan bruk av indikatorer vri evaluering av måloppnåelsen bort fra andre viktige målsettinger. Som noen aktører var inne på, så er det en viss risiko for at fokuset på tidsfrister kan føre til forhastede medisinske beslutninger. Det er ikke uvanlig at målforskyvning oppstår når politikk skal implementeres, jf. kapittelet om målevaluering (Almås, 1990).

Implementering av pakkeforløp kan sies å være et legitimt mål for helsemyndighetene. Det er politisk akseptert og svært liten del av de helsefaglige miljøene er uenig i forløpstankegangen fordi den er i tråd med institusjonelle verdier. Spørsmålet man kan stille seg er om det i tillegg til mer legitime mål egentlig ligger latente mål under. For eksempel å sørge for at behandlingsansvarlige eller sykehus som er for dårlig til å følge opp pasientene eller praktiserer ulik behandling for samme diagnose blir mer samstemte. Hvis helsemyndighetene

åpent har gått ut med slike antagelser, ville det kanskje blitt stor motstand fra en legeprofesjon som i helsehistorisk sammenheng har mye makt i sykehus, og der det ikke er tradisjon for å stille spørsmål ved yrkesutøvelsen.

Fokuset på 20 dagers ventetid i 2012 var et forsøk på å sette konkrete mål for tidsfrister for kreftpasienter som gjennom sin utredning og behandling møter ulike enheter. Hvis vi betrakter implementering av forløp i helsevesenet som en kontinuerlig prosess de siste årene, ble resultatene fra de tidligere tidsfristene en tilbakemelding til systemet. Målene var for ambisiøse og tilbakemeldingene førte til en endring i målene, jf. Winter og Nielsens implementeringsmodell. Selv om de nye tidsmålene representerer mer handlingsrom ved at de er mindre strenge, ser vi imidlertid fortsatt at disse kan oppleves som lite relevante for aktørene i pakkeforløp, og dette kan påvirke aktørenes prioriteringer.

Vi mener å registrere en viss forskjell i hva aktørene på nasjonalt nivå mener er målene, hva de regionale aktørene har forstått målene som, og hva som oppfattes som målene lokalt på sykehuset. Dette kan vise seg å bli en utfordring når man måler resultatene av pakkeforløpene. Det er likevel viktig å poengtere at ingen oppfatninger står i motsetning til hverandre, men at dette heller er et resultat av ulik presisering og nærhet til pasientene.

Utarbeidelse av store nasjonale dokumenter krever et bredt tverrpolitisk samarbeid. Konflikter kan fort oppstå hvis detaljnivået blir for stort. Det er også en fare for at man inngår «hestehandler» for å få vedtatt dokumentene med det resultat at det politiske innholdet blir symbolpolitikk, uten reell mulighet for å gjennomføres. I forhold til vårt dokumentstudium har vi ikke funnet noen symbolpolitikk, selv om det er en reell sjanse for at vedtatt politikk blir effektivt på en annen måte nede i organisasjonene blant bakkebyråkratene.

5.1.4 Målinger i helsevesenet

I mangel av markedskrefter innførte NPM-inspirerte reformer indikatorer og tall som surrogatmål for effektivitet innen offentlige organisasjoner (Guilfoyle, 2012). Bevan og Hood (2006) publiserte «What's Measured is what Matters: Targets and Gaming in the English Public Healthcare Systems», og startet en debatt om etableringen av tallfestede mål. De viste eksempel på såkalte perverse insentiver og adferd som en følge av «management by numbers», likevel undret man seg over om de underliggende utfordringene var mer knyttet til organisasjonskultur og lederskap enn til indikatorene selv. Wheeler (2000) understreket viktigheten av å bruke statistisk prosesskontroll for å måle og forstå kapabiliteten til et system. Som vi har erfart fra intervjuene, var de første forsøk på å sette mål for prosessene gjennom 20 dagers regelen, uten forankring i fagmiljøene. For pakkeforløpene er målene satt ut fra anbefalinger fra de sammensatte arbeidsgruppene bestående av representanter fra profesjonene. St. Olavs var selv sentral i arbeidet ved at pasienter utredet for lungekreft ble registret over tid ved å observere tidsbruken, intervensjoner og så observere igjen. Likevel er

man i praksis frustrert over slike absolutte krav som tidsfristene innebærer. Tradisjonelle normer tilsier at medisinsk ansvarlig selv kan avgjøre hvilken ventetid som kan aksepteres for den enkelte pasient.

En effektiv produksjon krever stor grad av stabilitet, og sykehuset må bruke ulike strategier for å hindre at variasjoner fra omgivelsene påvirker denne. Samtidig er det ytre presset fra for eksempel politikere, eierforetak og ulike pasientinteressegrupper stort. Et offentlig helsevesen er hele tiden utfordret av eksogene faktorer som det ikke lar seg gjøre å kontrollere, og dette vanskeliggjør bruken av tallmål. Samtidig så blir altså tall fra pakkeforløpene indikatorene regelmessig publisert. Propper et al (2008) argumenterer med at statistikk over ventetider ikke har noen sammenheng med kvalitet i den andre enden. Bruken av «league tables» er også diskutert i litteraturen, og man mener disse har tvilsom validitet, er ustabile av natur og har potensielle ødeleggende effekter. Det er imidlertid vanskelig å finne gode måter å måle på. Andre måter å vurdere måloppnåelse på kan inkludere subjektive og verdibaserte vurderinger. Slike resultat kan åpne for ulike tolkninger, og vil heller ikke være like transparente, slik det ønskes at resultat fra helsevesenet framstår (Guilfoyle, 2012).

5.1.5 Virkemidler for intern implementering

Policydesignet inneholder virkemidler for implementering, og i tillegg til klare mål kan to sentrale virkemidler være kompetanse og ressurser. Dette støttes av den danske rapporten om implementering av pakkeforløp i Danmark (NAFKR, 2012). Her er det framholdt som en av de viktigste faktorene at spesialisthelsetjenesten ble tilført betydelige øremerkede midler. Med politiske føringer som er gitt gjennom disse dokumentene blir det forventet at oppdragene blir løst med de midler som allerede er stilt til rådighet. Debatten i norsk helsevesen de siste årene tyder på at det ikke alltid oppleves samsvar mellom mål og midler. Helseministeren har i budsjettdialogen vært tydelig på at helsevesenet ikke får tilført ekstra midler for å løse oppdraget med implementering av pakkeforløpene. Det oppleves fra alle respondentene at det er et gap mellom det som eierne forventer levert, og det de klarer å levere med de ressursene vi som er stilt til rådighet. Winter og Nilsen (2008) påpeker på sin side at det ikke nødvendigvis er tilførsel av ressurser som kjennetegner vellykkede implementeringer (Winter og Nielsen, 2008). Holdninger, kultur og lederskap kan være vel som viktig for gjennomføringskraften i den offentlige forvaltningen som økte bevilgninger (NOU 2015:1, 2015). Likevel ser vi som forventet at dette blir problematisert av aktører i forløpene.

Et litteraturreview fra 2014 har kartlagt felles fremmere for implementering av kvalitetsreformer i helsevesenet (Andersen et al, 2014). Å ha en klar visjon er en av de viktigste. Som beskrevet er sykehusets visjon «Fremragende behandling», og i denne er satsingen på standardiserte forløp helt klar. Imidlertid opplever vi at verken visjonen eller satsingen på forløp foreløpig er spesielt godt forankret i organisasjonen.

I en uhøytidelig «5-på-gaten»-undersøkelse utført av oss, ble 60 ansatte spurt om visjonen og verdigrunnlaget til sykehuset. Bare 23 % svarte at de kjente visjonen, og enda færre (bare 6 %) verdigrunnlaget.

I en masteroppgave fra 2015 som studerte ett kreftforløp som var utviklet over flere år i en avdeling ved St. Olavs, refereres det til en spørreundersøkelse der konklusjonen var at 45 % av de spurte mente at forløpet var gjort kjent (Grong og Hegstad, 2015). Dette svaret mente man var overraskende lavt. Vi konkluderer med at sykehuset kan forsterke kommunikasjonen med de ansatte, og forankre viktige strategiske områder. Man må søke aktivt på sykehusets intranett Kilden, for å finne organisasjonens visjon og verdier. En god visjon kan være grunnlaget for å etablere en gjennomgående og god målstruktur, og gjennom dette oppnå resultater (Kotter, 1995). Arbeidet må videreføres ved at visjonen skal kommuniseres ut i alle ledd. Her vil det være formålstjenlig å benytte seg av alle tilgjengelige kanaler, fra bruk av sykehusets intranett, ulike nettverk, fagorganisasjoner, ulike lederfora og ikke minst med en aktiv bruk av hovedledelsen.

En egnet strategi utnytter styrken i organisasjonen godt. For sykehuset er den profesjonelle kompetansen sentral. Standardiserte forløp, med multidisiplinære team som virkemiddel, utnytter styrkene. Hvert enkelt MDT består av medlemmer fra ulike profesjoner, og i de fleste tilfellene kommer de fra ulike klinikker i sykehuset. Dette gir et mer helhetlig syn på hvordan behandlingstilbudet og flyten av pasienten best kan ivaretas. Sammensetningen av teamet sikrer også informasjonsflyten og felles beslutningsgrunnlag rundt om i klinikkene. Forløpsansvarlig skal sørge for en kontinuerlig kvalitetskontroll av det tilbudet den enkelte pasient får gjennom sitt forløp. I denne prosessen sikres det at utfordringene blir lagt frem til diskusjon for å sikre «best practice» og kvalitet på behandlingen. Dette er i tråd med normene på sykehuset. Det ligger i forløpenes arbeidsform å kontinuerlig evaluere forløpet i et helhetsperspektiv. Dette innebærer å omstille seg til endringer som skjer nasjonalt, regionalt og ikke minst lokalt innad på sykehuset. Endrede behandlingsformer, nytt medisinteknikk utstyr, politiske og administrative beslutninger er faktorer som kan føre til behov for endringer i det enkelte forløp.

5.2 Organisatoriske endringer

5.2.1 Organisering av prosesser på tvers i en funksjonell organisasjon

Sykehusets kapasitet for utredning og behandling, og dermed gjennomløpstid for pasientene, er ikke bare avhengig av av ressurser primært i form av medisinteknikk utstyr og antall hender. Den er i høy grad en funksjon også av organisering. Med en høy prosessutformingskapasitet tar man hensyn til hvordan prosessene virker sammen (Iden,

2013). Den valgte organisering sykehuset har, er en funksjon av den lokale ledelsens prioriteringer og kompetanse.

Å endre en organisasjon med roller, kulturer, infrastruktur, ledelsesnivåer og skjulte maktstrukturer fra en funksjonell ledelse til prosessledelse er en stor jobb som krever mye ressurser. Det er ikke utenkelig at St. Olavs Hospital HF bevisst har valgt å ikke restrukturere organisasjonen vesentlig fordi effektene av dette ville være svært vanskelig å forutsi. På den annen side kan det være at sykehuset oppfatter at de allerede har en optimal organisering, eller at det har gått for kort tid, slik at sykehusene ikke har hatt tid til å foreta alle planlagte endringer. Her peker intervjuene i retning av at man ved å jobbe med forløp over lang tid, hele tiden har gjort tilpasninger som støtter forløpstankegangen. Sykehuset har gjort viktige grep i skoloring av forløpsveiledere og etablering av systemet. I følge Jeston og Nelis (2008) har en organisasjon lykkes med balansen når både behov knyttet til funksjonell og prosesser er oppfylt, og når det samtidig er etablert system for kontinuerlig forbedring basert på prestasjonsmålinger. Det er spesielt de siste punktene St. Olavs har behov for å utvikle ytterligere. En norsk undersøkelse peker på at bedrifter som får godt utbytte av sine prosessutviklingsprosjekter har en engasjert ledelse, involverer ansatte som arbeider i prosessen, etablerer prosesseierskap, gir opplæring i prosessstankegangen og involverer eksterne ressurser som for eksempel konsulenter (Eikebrokk et al, 2011).

Tradisjonell jobbspesialisering i et profesjonelt byråkrati gir ikke klinikerne muligheten til å kontrollere arbeidsflyten på tvers av klinikkens grenser, og dermed koordinere aktiviteter innenfor forløpet. Det kan være to måter å innføre en mer prosessorientert måte å arbeide på (Vos et al, 2011). En måte å gjøre det på er en restrukturering av organisasjonen. Nye avdelinger oppstår som kan utrede og behandle pasienten fra A til Å, for eksempel et prostatasenter eller brystkreftsenter som har lite behov for interaksjon med andre enheter (Modig og Åhlström, 2012).

Den andre måten involverer mekanismer som koordinerer aktiviteten, men beholder de funksjonelle enhetene og vi får da en matrisestruktur. Interessen for matriseorganisasjoner nådde en topp omkring 1970-1980, men siden da har forskning og litteratur om emnet minsket betraktelig (Sy, 2005). Samtidig fortsetter organisasjoner å adoptere denne formen for organisering, og innen privat sektor finner vi denne formen for organisering i de fleste segment. Jeston og Nelis (2008) peker på viktigheten av å involvere de ansatte i kommunikasjonen om prosessene, og MDT-møtene er eksempel på at matrisestrukturen kreerer ytterligere horisontale kommunikasjonskanaler. Fra Mintzberg (1993) har vi at kommunikasjonsveiene i organisasjonen er mer innfløkt enn hva et organisasjonskart viser (figur 3-7), med ulike prosesser som flyter på kryss og tvers. Det kan være vanskelig å få forløpstankegangen integrert i alle disse, og MDT involverer i så måte kun et fåtall ansatte og profesjoner.

Dawn og Lawrence (Ford, 1992) sier at «a successful matrix must be grown instead of installed». En organisasjon kan ikke på en enkel måte plugge en matrise inn i en eksisterende struktur og forvente suksess. Matrisestrukturene bør utvikles og skreddersys for det bestemte formålet, og dette vil sannsynlig skje på en naturlig og evolusjonsbasert måte.

Så mens ideen er å standardisere utredning og behandling for pasientene, kan man være mest tjent med å være fleksibel i den lokale organiseringen. Samtidig må man holde fast på viktige element i prosesstankegangen, for eksempel prestasjonsmålinger, selv om de ikke nødvendigvis virker nyttige i første omgang. Hvis grunnleggende element i organisasjonsoppskriftene fravikes, kan man risikere at «barnet blir skylt ut med badevannet», og resultat uteblir, jf. diskusjon om oversettelser av organisasjonsoppskrifter i kapittel 3.4.1.

En annen utfordring ved organisering som er nevnt, er fysisk utforming og eksisterende logistikk ved sykehuset. For store pasientgrupper oppnås størst produktivitet og effektivitet hvis alle tjenester er samlet rundt pasienten i stedet for at pasienten beveger seg rundt i ulike enheter (Modig og Åhlström, 2012). Sykehuset er designet og utviklet etter sentermodellen, hvor den opprinnelige tanken fra slutten av 1990 tallet var at hvert senter skulle være selvforsynt med fellesfunksjoner som laboratorier, bildediagnostikk, operasjonsstuer og tilstrekkelig fagpersonell til å drifte på denne måten. Slik ble det imidlertid ikke etter at politikerne gikk bort fra tidligere lovnader om økt finansiering, samtidig som nye innsparingskrav ble fremmet i budsjettdialogen. De standardiserte forløpene og pakkeforløpene kan møte ekstra utfordringer med sykehusets organisatoriske og geografiske rammer som kan vanskeliggjøre god flyt av pasienter gjennom flere sentra. Dette til tross for at St. Olavs Hospital HF trolig er ett av landets mest moderne sykehus. Når det nå snakkes om for eksempel prostatakreftsenter, er dette virtuelle senter, og ikke fysiske.

Lik rett til behandling for pasienter er et viktig prinsipp i Norge. Dette kan muligens fremmes ved å arbeide med standardiserte pasientforløp med en prosessledelsestilnærming, fremfor å jobbe med enkeltforløp. Et prosess-senter som har oversikt over alle behandlingsprosesser og hvordan de påvirker hverandre, vil kunne foreta riktige ressursmessige prioriteringer (Iden, 2013). Det er mulig dette er tenkt inn i RSHU i framtiden.

5.2.2 Roller og insentiver

Hovedanbefalingen i den nederlandske tilsynsrapporten om kreftbehandling i Nederland er at det bør være en person innen behandlingsskjeden som opprettholder en samlet oversikt over behandlingsforløpet, og som har tilstrekkelig autoritet til å foreta tilpasninger i behandlingsprosessen når det er nødvendig (Statens Helsetilsyn, 2010). Det blir viktig at denne rollen fungerer i den strukturen som finnes.

Det har vært utfordringer knyttet til å gi myndighet til prosesseiere i praksis. Slik sett har man unngått noen av utfordringene ved matriseorganisering, nemlig utvisking av linjeledernes autonomitet og autoritet (Ford, 1992). Den danske rapporten har fokus på hvem som skal lede i rommet mellom klinikker og avdelinger, fordi det er en forutsetning at noen fyller dette rommet hvis prosesser skal ledes effektivt. I forbindelse med implementeringen av pakkeforløp i Danmark er det linjelederne som tar dette ansvaret (NAFKR, 2012). På St. Olavs mener vi at ansvaret i praksis deles, og det kan like gjerne være linjeleder som forløpsansvarlig som tar ansvaret for prosessen. Her har vi funnet forskjeller mellom forløpene. Det kan virke som det er en trend at forløpsansvarlige også har en posisjon i linja, uten at dette er uttalt eksplisitt. Linjeansvaret innebærer imidlertid ikke ansvar for personal, og økonomi, men er et tydelig fagansvar.

Rollen som prosesseier er ikke fullt utviklet, slik vi ser det. Vår konklusjon er at dette ikke ser ut til å hemme prosessene vesentlig, bortsett fra myndighetens ønske om prosessovervåking i form av koding av forløp. Hadde forløpsansvarlig hatt opplevelsen av at dette var svært viktig, tror vi man uansett hadde klart å gjennomføre dette, men her har muligens de suboptimale praktiske løsningene også spilt en rolle. På den andre siden er vi spent på hvordan pakkeforløpene vil utvikle seg, og hvordan rollen som forløpsansvarlig og strukturen vil institusjonaliseres. Hvis sykehuset ikke lykkes med dette, kan sykehuset få utfordringer med å forvalte de etablerte forløpene framover i tid. En kultur som kjennetegnes av kontinuerlig forbedring tilpasser seg krav fra omgivelsene raskt i motsetning til et tradisjonelt byråkrati (Bolman og Deal, 2009). Når interessen fra politisk side avtar, må aktører i regionen sørge for riktig fokus når det gjelder videre utvikling. I Danmark etablerte man en såkalt «task-force» sammensatt av aktører med høy beslutningsmyndighet på et regionalt og nasjonalt nivå for å beholde fokuset (NAFKR, 2012). Vi finner ikke igjen samme funksjon i den norske implementeringsveilederen, og det er ikke helt klart hvordan St. Olavs vil løse dette i tiden som kommer.

Konflikter vil oppstå når forløpsansvarlig og linjeledere har forskjellige mål, men også hvis ulike forløpsansvarlige har forskjellige interesser og ønsker for sine respektive forløp. Dette kan gå utover effektiviteten til forløp. Tradisjonelt har linjeledere et mer langsiktig fokus, mens prosessansvarlige, det vil si forløpsansvarlig i vårt tilfelle, vil ha et fokus på å løse utfordringer som oppstår på kort sikt (Jeston og Nelis, 2008). For at pasientforløpene skal fungere framover når flere og flere blir implementert, må linjeledere være tett koblet på drift av forløpene. Slik sett kan det være en fordel at de forløpsansvarlige finnes igjen i linjeledelsen. Ulempen med denne organiseringen er i følge Jeston og Nelis (2008) at det er en risiko for at prosessansvarlige tar beslutninger som favoriserer egen funksjonell «silo», men som ikke er optimal for prosessen overordnet sett.

At det i praksis ikke er sanksjonsmuligheter overfor ledere og ansvarlige på sykehus er en utfordring, så også i tilfellet med implementering av pakkeforløp. Et eventuelt motivasjons- og belønningssystem knyttet til prosesser må oppleves rettferdig og være sosialt akseptert (Jeston og Nelis, 2008). Mislykkes man i å endre belønningssystemet ved endringsprosesser, vil gamle måter å arbeide på bli forsterket da det er dette som gir anerkjennelse. Hvis belønningssystemet fortsatt skal være at klinikkensjef får økonomisk uttelling for å overholde klinikkens budsjett, kan dette undergrave hele tankegangen bak pasientforløp. Kanskje må klinikkensjefen overskride sitt budsjett for å hindre at flaskehals oppstår andre steder, uten å bli straffet for det økonomisk i neste omgang.

5.2.3 Forvaltning av forløp

Det er en kjensgjerning at flere potensielle utfordringer som er presentert i implementeringsveilederen er tatt hånd om av St. Olavs Hospital HF. Ønsket om å eie og disponere de relevante ressursene i et pasientforløp, understrekes imidlertid av flere informanter. Å sørge for riktig ressurstilgang er med på å sikre bærekraftig utvikling og ledelse (Jeston og Nelis, 2008). Aktørene mener at det er viktig at det er et godt samarbeid mellom ledere for de ulike klinikkene når det gjelder planlegging av budsjetter og aktivitet. Det å ha kontroll over nødvendige virkemidler for å oppfylle funksjonen for en bestemt pasientkategori, eller en bestemt oppgave, ble omtalt som et prinsipp for organisering i sykehus allerede i (NOU 1997:2, 1997). Utvalget mente at det i de fleste sykehusene burde vurderes nærmere hvordan man kan bedre pasientflyt og kontinuitet gjennom større grad av integrering av de ulike funksjonene. Etter snart 20 år etterlyser informantene fortsatt mulighet for å ha kontroll over nødvendige virkemidler i pasientforløpet. Selv om det finnes forløpsansvarlige som også har seksjonsansvar, har disse ikke formelt økonomi- eller personalansvar og er dermed prisgitt forståelse fra et høyere nivå hvis ressursene oppleves for knappe.

Pakkeforløpene er noe som er påtvunget sykehusene, men som St. Olavs overordnet tenker å bruke som et virkemiddel for styring og forbedring av virksomheten (St. Olavs Hospital HF, 2013). Metodikken for standardisering av forløp ved St. Olavs inneholder mer enn å fokusere på å forbedre én enkelt arbeidsprosess. Det er for tidlig å si om sykehuset evner å ta ut potensialet som ligger i dette. Fra intervjuene kommer det frem at flere oppfatter koding som kun plunder og heft. Imidlertid er det kodingen som danner grunnlaget for resultatmålingene og for kontinuerlig prosessforbedring er dette en viktig forutsetning (Iden, 2013; Jeston og Nelis 2008). Et annet viktig forhold i forbindelse med prosessforbedring er justeringer av prosessbeskrivelsene. Hvis ikke disse blir oppdatert når endringer skjer, undergraver dette prosessforbedringen. Dette er noe av det samme man observerer ved innføring av kvalitetssystemer som følge av eksterne krav, der man kartlegger prosesser, men uten at organisasjon egentlig blir prosessledet (Iden, 2011). En bør unngå at prosessledelse blir et

overflatisk fenomen som primært berører organisasjonen på overflaten, og ikke i kjerneområdene. Det vil si at pakkeforløpene blir en moteriktig måte å lede en organisasjon på, og som leder til en temporær endring i diskursen, men at denne forblir dekoblet fra handling (Andersen og Røvik, 2015).

5.3 Ledelsesdynamikk

5.3.1 Betydning av ledelse i implementeringen

Toppledelsens engasjement er sentral i Idens modell for prosessledelseskapasitet (Iden, 2013). To forutsetninger for høy prosessledelseskapasitet er kompetanse og ressurser, og det er kun ledelsen som kan sørge for at disse blir prioritert (Iden, 2013). Basert på intervjuene kan det virke som om dette ikke er fullt opp tilstrekkelig i ulike deler av prosessen. For utarbeidelse av forløp virker dette å fungere utmerket. Når vi kommer over i en implementering- og driftsfase er det mindre fokus. Det har tilsynelatende vært vanskelig å få ressurser til viktige funksjoner for å følge opp kompetanse, for eksempel på koding. Ledelsesinvolvering i prosesser som gjelder forløp kan medføre at måten lederne involverer seg på, må endres. Det er viktig for prosessen at lederne ikke forblir i det «strategiske ledeshelikopteret», men evner å ta utfordringene knyttet til ny arbeidsorganisering og innskrenket frihet for profesjonene (NAFKR, 2012). Det trengs en «bottom-up» tilnærming, der man må forstå hvordan arbeidet blir utført på en god måte, hva som er årsak til flaskehals og andre hindringer som hindrer god flyt for å ha et godt prosesslederskap (Iden, 2013). Det kan være utfordrende i et spesialisert profesjonelt byråkrati.

Det finnes studier der man har undersøkt fremmere for å lykkes med kvalitetsforbedring gjennom å implementere prosesser i sykehus, for eksempel basert på Lean-metodikk. Et review fra 2014 har studert slike fremmere, og endt opp med å identifisere 23 faktorer (Andersen et al, 2014). Den relative betydningen av disse er ikke klar, men involvering fra ledelsen og støtte i kulturen var de mest frekvente. I Danmark konkluderte man også med at den brede alliansen av politisk ledelse, toppledelse, sykehusledelse og avdelingsledelse var avgjørende for en vellykket implementering av pakkeforløp (NAFKR, 2012). Altså en samlet og fokusert ledelsesinnsats, der man evnet å holde fast i et prosjekt og skape fokus, prioritere, monitorere og følge opp. Klare mål og krav om fremdrift muliggjør målinger, som igjen kan si om det er en suksess eller det motsatte. Det må være en kultur for prosesstankegang i organisasjonen om man skal lykkes med prosessledelse. Kultur for prosesstankegang vil si at de ansatte har et gjennomgående pasientperspektiv og et tverrfunksjonelt fokus i sitt arbeid. Endringsvillighet og ansvarsbevissthet for resultatene er også essensielt. Om man skal lykkes med prosessledelse, må organisasjonen verdsette disse verdiene og jobbe for at kulturen fremmer prosesstankegangen.

Den viktigste indikatoren på vellykket implementering var altså ledelsesinvolvering, ifølge review'et fra 2014. I Sverige er det studert implementering av tolv prosjekt i sykehus, der målet var å oppnå bedre kvalitet gjennom innovasjoner innen organisasjon og ledelse (Øvretveit et al, 2012). I de fleste prosjekt var involvering fra ledelsesnivå pekt på som en viktig forutsetning for et godt resultat, men konklusjonen var at dette var avhengig av hvorvidt prosjektet ble betraktet som et «top-down» eller «bottom up»-initiativ. Selve pakkeforløpene kan etter vårt syn betraktes som et «top-down» prosjekt, men selve organiseringen med samarbeid på tvers og at pasientene er i fokus, gjør at elementer i dette er meget godt forankret i profesjonene. Det kan være at toppledelsens engasjement ikke er avgjørende for drift av forløpene, spesielt ikke etter at de er godt etablerte. Likevel er det avgjørende at ressursene for å forvalte forløpene finnes.

En forutsetning for å kunne starte implementeringen av pakkeforløpene lokalt, er at ledelsen evner å oppfatte behovet for endring, og at den har kapasitet til å iverksette nødvendige endringstiltak (Busch et al, 2013). Klinikklernes vilje til å utvise fleksibilitet og endringsevne er, etter vår erfaring, knyttet til hvor omfattende og dyptgripende hovedledelsens beslutninger påvirker den enkeltes enhet eller klinikk. Lederne kan velge å utøve indirekte makt ved å ikke gi tilstrekkelig fokus og prioritet til at vi får en endring. Vi har erfart at klinikklernerne er lojale mot beslutningen om pakkeforløp, og at det oppfattes som et ufravikelig krav å gjennomføre dette på lik linje med kliniske retningslinjer.

Men selv med satsing på standardiserte forløp over flere år, er ikke pakkeforløp og standardiserte forløp like forankret i organisasjonen som de kanskje burde vært (Grong og Hegstad, 2015). Ledelsen har et ansvar for å utøve en språkskapende rolle, også for å skape oppslutning. Det betyr at man skal finne felles begreper, men like viktig er å utvikle en felles forståelse av organisasjonen, dens omgivelser og de ledelsesutfordringer en står overfor (Busch et al, 2013). Det har på et tidligere tidspunkt vært planer om en kommunikasjonspakke for pakkeforløp (St. Olavs Hospital HF, 2013), men det er relativt lite informasjon om pakkeforløpene internt på St. Olavs. Det er få offisielle innrømmelser eller forklaringer på manglende måloppnåelse, men det er heller ingen informasjon når St. Olavs har blant de beste resultatene i landet på ventetider i pakkeforløp. Årsakene til dette tilsynelatende manglende engasjementet kan være flere, og kan ligge i blant annet lederkulturen. Pakkeforløpene konkurrerer selvfølgelig om oppmerksomhet med mye annen viktig virksomhet på sykehuset, men det er heller ingen tradisjon eller erfaring for å presentere slike prosessmål. Mens andre etablerte indikatorer som for eksempel fristbrudd og epikrisetider fra tid til annen blir offentliggjort på intranettet, og på samme vis også resultat fra akademia og klinikk, er det ingen formidling fra prosessene. Til sammenligning ble fremmere for implementering av arbeidsprosesser som støtter effektive pasientforløp identifisert ved Universitetssykehuset i Tromsø (Andersen et al, 2014). Omtrent halvparten av fremmere som ble identifisert ble delt av ledere, interne veiledere og de ansatte. Men oppfatningen av betydningen av fremmerne

var avhengig av hvilket nivå aktørene befant seg. Det ble registrert et større fokus på motivasjon, kommunikasjon, tilbakemeldinger til ansatte samt en helhetlig tilnærming blant de ansatte enn i ledersjiktet.

På den ene siden skal ledelsen skape tillitsfulle relasjoner og ta med medarbeiderne inn i det konkrete arbeidet med å iverksette målene (Busch et al, 2013). På den annen side må lederne også kunne utfordre, stille spørsmål, være mindre konfliktsky og mer konfronterende enn det er tradisjon og kultur for i dag. Dette er en av konklusjonene i den danske rapporten om pakkeforløp (NAFKR, 2012). For ansatte på sykehuset er nåværende arbeidsmåter og verktøy institusjonalisert, og forandring kan møte motstand ikke minst fordi det vil kreve tid og oppmerksomhet. Ved satsing på kontinuerlig forbedring som strategi, har alle ledere i linja deltatt på innledende kurs. Oppfølgingskurset er imidlertid frivillig, og oppfordring til å delta på dette er kommet på mail fra sentral stab. Denne måten å introdusere denne arbeidsmetodikken kan bli for tilfeldig, hvis sykehuset virkelig mener at denne tankemåten skal gjennomsyre organisasjonens kultur. I fortsettelsen kan det bli avgjørende å bruke makta toppledelsen tross alt har til å sette saker på dagsorden.

5.3.2 Ansvar og myndighet i ny ledelsesstruktur

I følge Ford (1992) er lederfunksjonen i prosesser som går horisontalt i en «cross-functional» struktur, et mye studert objekt. Lederfunksjonen vil stå i utfordringer knyttet til posisjonenes autoritet, i skjæringspunktet mellom ledelse av prosesser og funksjoner. Lederen må også finne den nødvendige balansen mellom de profesjonelles ønsker og standarder, og organisasjonenes krav om effektivitet, samt konflikter knyttet til ressurser som må deles mellom de ulike oppgavene i sykehuset (Ford, 1992). For det første vil den kreve riktige personlige egenskaper hos prosesslederen, og ofte stor arbeidskapasitet. Samtidig vil det være avgjørende å opprettholde den faglige ekspertisen for fortsatt å ha legitimitet i rollen (Ford, 1992). Gjennom intervjuene våre kommer det fram at aktørene har ulike forventninger til hva som er forløpsansvarlige sine oppgaver i praksis, og det eksisterer så langt vi vet ikke annet enn noen overordnede setninger om forventninger til de ulike rollene. Dette bør sees nærmere på; i et sykehus hvor det offisielt er enhetlig ledelse er det viktig å formalisere rollen som forløpsansvarlig i form av en stillingsinstruks. I tillegg blir det viktig å observere om de ulike rollene rett og slett har nok tid avsatt til å løse oppgavene og ta ansvaret.

Christensen og Lægreid (2011) mener at reformer er karakterisert ved kombinerings, hybridisering og å legge modellene for organisasjon- og styring oppå hverandre, heller enn at nye former dominerer eller substituerer de eksisterende. Det er element der det å organisere seg i matrise kan komme i konflikt med det tradisjonelle hierarkiet (Christensen og Lægreid, 2011), for eksempel utfordringene knyttet til pulverisering av ansvar samt ressurstilgang. Sykehusverden er relativt kompleks, og det er lovpålagte krav, internasjonale og nasjonale retningslinjer, en forventning om faglig utvikling og samtidig økonomisk edruelighet.

«Accountability», hvordan man stilles til ansvar, er sentralt i offentlig sektor (Busch et al, 2011). Med rollene som ble tildelt i forbindelse med standardiserte forløp, og som senere ble mer formalisert i pakkeforløpene, var det initialt satt fokus på den nye formen for ledelse. Som tidligere beskrevet ble ulike grupper med «arbeidspakker» nedsatt for å jobbe med utfordringer knyttet til utforming og implementering av forløp. En av disse var dedikert ledelse, men den ble i følge RSHU ikke ferdigstilt. Vi har ikke oppfattet at nye involverte i pakkeforløp har deltatt på kurs eller samlinger som setter fokus på ledelse. I henhold til Idens teori om prosesslederskap, vurderer vi at dette totalt sett kan utvikles bedre. Det er mye som er satt på dagsorden vedrørende tematikken ledelse, men er tilsynelatende ikke fulgt opp tilstrekkelig.

Fagfolk som også skal være ledere kan ende opp som «Tordenskiolds soldater». De skal fungere og bidra i ulike sammenhenger som krever tid. Ved å legge matrisesmodellen til den eksisterende byråkratimodellen er det stor sannsynlighet for knapphet på ressurser, og dermed en drakamp om disse. Den som deltar i ulike nettverk kan ha stor interesse av dette i form av personlig utvikling. Konsekvensen blir manglende arbeidskraft i den kliniske enheten vedkommende er satt opp i.

5.3.3 Endring av maktforhold på sykehuset

Forsøk på nye organisasjonsformer og strukturer utfordrer de allerede etablerte intraorganisatoriske relasjoner, og gamle rammer må sprenges. Christensen og Daugaard (2013) peker på at det kan være nødvendig å provosere ved å utfordre etablerte normer og rutiner for å få en sjanse til å skape endringer i organisasjoner med stor institusjonell makt, som for eksempel sykehus. Sykehusledelsen innfører en ny form for autoritet og ledelse som skal fungere på tvers mellom klinikkene. For at forløpene skal fungere må de ansatte være åpen og motivert for denne endringen. I tillegg må det enkelte fagmiljøet være opptatt av helheten i det medisinske, helsemessige tilbudet som skal gis pasientene, ikke bare ha fokus på sin egen faggruppe. Dette kan være krevende i et profesjonelt byråkrati. De forløpsansvarlige har makt både gjennom posisjon, men ikke minst fordi de er plukket ut til rollen i kraft av faglig tyngde. Det siste kan ha vel så stor betydning for å endre normer for arbeidsmetodikk. I praksis opplever forløpsansvarlige imidlertid å ikke ha mer makt nå enn før pakkeforløpene.

I Danmark ble det åpnet for at en tilsvarende rolle som ansvarlig for pasientflyt kunne innehas av enten sykepleier eller lege (Axelsson, 2015). Det var forventet at profesjonskulturen til legene ville bli en utfordring for den nye rollen, spesielt for de ansvarlige sykepleierne. Forankret i kulturen lå en forestilling om at sykepleiere ikke kunne lede leger, og fra et medisinskfaglig ståsted at de heller ikke kunne være ansvarlig for pasientflyten. Barrierer knyttet til slike kulturelle fenomen ble oppfattet å være de mest utfordrende under innføring av en slik rolle med ansvar på tvers, og betydningen av disse var underestimert på forhånd

(Axelsson et al, 2015). Ved å kreve at forløpsansvarlig skal være lege, er ikke maktbalansen mellom lege- og sykepleieprofesjonen utfordret eller endret på samme måte i forbindelse med implementering av pakkeforløp.

Det som kan skje når man innfører forløpsansvarlige som prosesseiere, er at disse får en utvidet makt, og andre leger kan oppleve å få mindre autonomi og makt i sin stilling. For pasienten kan noe redusert autonomi for legene bety økt kvalitet, siden det benyttes en avklart «best praksis» fremfor det den enkelte lege anser som det beste (Nylenna, 2013). Sykehusets mange institusjonelle rammer og trekk kan være en barriere for helhetstenkning og nødvendige endringer til det beste for pasientene ut fra et overordnet perspektiv.

Standardiserte forløp representerer en overgang fra «eminence-based»-medisin til «evidence-based» medisin og dette kan virke skremmende (De Allegri et al, 2011). Denne frykten var ikke fremtredende i vår studie. Pakkeforløp begrenser ikke friheten, men gir heller en strukturert veiledning. Tidligere forskning har vist at dette gir opplevelse av større autonomitet og makt i assistentlege-sjiktet (De Allegri et al, 2011). Dette kan igjen utfordre den tradisjonelle hierarkiske strukturen, som igjen kan fremme eller hemme utvikling av forløp, avhengig av lokal setting.

Det kan være krefter og makt knyttet til profesjoner og maktforhold i sykehus som bidrar til å hindre at endringer skjer. For å bryte ut av det gamle, fordres opplevelse av en visjon som er så løfterik at dagens situasjon virker utilfredsstillende eller uholdbar (Hennestad, 2002). Den enkelte medarbeiders og organisasjonens læringsevne vil stå sentralt når organisasjonen må øke sin fleksibilitet eller endre sin funksjonalitet. Kompetanse, læring, kunnskap og organisasjonskultur er sentrale områder her, jmf tidligere diskusjon om hvordan ulike metoder for å organisere arbeidet kan oversettes på ulik måte. Det er relativt enkelt å dele ut roller og funksjoner, men det er mer utfordrende å endre adferdsmønstre. «Kulturen sitter i veggene», og strukturer og systemer som kommer fra en kulturell ramme, virker forsterkende tilbake på den kollektive tenkningen som skapte dem (Hennestad, 2002). Å ta i bruk nye datasystemer og overvåking er ikke nok til å endre adferd hos profesjonene, jf. Mintzbergs (1993) teori om det profesjonelle byråkratiet.

Fortsatt vil pasientnære avgjørelser i praksis bli tatt av «bakkebyråkratene» i profesjonelle byråkratiet. Alle pasientforløpene vil imidlertid bli tett monitorert, noe som på sin side kan lette styring og korrigerende av forløpene. Her ligger en mulighet for den direkte makta å gripe inn ved spesielle avvik, og det er det vist eksempel på. Alt i alt har ledelsen ved sykehuset likevel få sanksjonsmuligheter gitt at en avdeling eller klinikk ikke holder lønnsbudsjett eller sprenger medikamentbudsjettet. Det har likevel vist seg i de senere år at ledere på flere nivå raskere blir «skiftet ut» dersom avvikene blir for omfattende over tid.

5.4 Måloppnåelse

Implementering av pakkeforløp for kreft er ikke definert som en helsereform, men kan oppleves slik utfra myndighetenes fokus. Myndighetene gir kontinuerlig tilbakemelding til sykehusene om måloppnåelse på indikatorene knyttet til pakkeforløp. Resultatene viser at overholdelse av tidsfristene tilsynelatende er minst like bra som resten av landet, men at St. Olavs har prestert dårligere når det gjelder koding.

Selv om vi måler at tidsfristene blir holdt, og pasientene blir kodet for pakkeforløp sier dette lite om hvordan retningslinjene brukes. Delmålet om å bruke pakkeforløp aktivt i utredning, henvisning og oppfølging av pasienter, lar seg ikke besvare gjennom å analysere indikatorer. I England er helsepersonells lojalitet til nasjonale retningslinjer studert (Checkland, 2004). Resultatene viste at rutinene ble fulgt hvis profesjonene mente at de på noen måte kunne hjelpe til slik at pasientbehandlingen fløt lettere, det vil si «scratched where it itches». De ble imidlertid lettere oversett hvis skjønnet tilsa at viktigheten var mindre, og at de heller ble oppfattet som plunder og heft i hverdagen. Bruken av retningslinjene for kolorektalforløpet ved St. Olavs ble undersøkt i 2015, og 65 % av de ansatte tilknyttet dette rapporterte at de brukte forløpet (Grong og Hegstad, 2015).

Det er en risiko at mengden av prosedyrer og kvalitetssystemer i seg selv vil bli et hinder for kvalitet og effektivitet, selv om mange av systemene i stor grad er profesjonsdrevet. Dersom helsepersonell ikke opplever at forløpet medfører bedre kvalitet og større sikkerhet for pasienten, det vil si er i samsvar med den profesjonelle logikken, er faren tilstede for at deler av forløpene ikke gjennomføres.

Det er et behov for å monitorere pakkeforløp for å kontrollere bruken av disse. Monitorering gir grunnlag for å justere eller omdefinere forløp og oppfølging av hvert enkelt behandlingssted. Det kan bli stilt spørsmål om det legges for stor vekt på prestasjoner kontra effekt. Det vil fra ledelsen fokuseres på lett målbare parametre, og ikke på forhold som profesjonene mener er viktigst for behandlingsresultatet. Gjennom dokumentstudiet har vi avdekket at det er flere utfordringer som ønskes løst med pakkeforløpene, enn de som er formulert i implementeringsveilederen. Pasientens opplevelse er sentral, og aspekt knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet er latente mål i arbeidet.

Fra HDIR sin side er det et behov for å vise tilpasningsdyktigheten i helsetjenesten ved implementering av nye retningslinjer og registreringer (Hafstad, 2015). Dette kan sees på som et uttrykk for å opprettholde legitimitet. Det er også et behov for å følge forventede effekter ved implementering av nye føringer. Imidlertid er det krevende å avgjøre om pakkeforløp for kreft vil gi høyere kvalitet i helsetjenesten. Når det gjelder overlevelse etter kreftdiagnose, mener HDIR selv at dette er en indikator som publiseres kun overordnet, og med dårlig

kvalitet. For mål om samhandling og dialog, og samarbeid mellom behandlingssteder, finnes det ingen gode indikatorer i dag (Hafstad, 2015).

For å måle pasienttilfredshet knyttet til pakkeforløp er det lagt til spørsmål i standard pasientundersøkelser som Helsedirektoratet regelmessig utarbeider, og for ventetider finnes det muligheter for målinger som kan benyttes til for eksempel benchmarking (Hafstad, 2015). Kvalitet i bred forstand er imidlertid fortsatt noe som er avhengig av profesjonenes kunnskap og kultur, og som ikke så lett lar seg måle i den andre enden. Basert på våre funn i intervjuene virker det ikke som det er grunn til bekymring når det gjelder å sette pasienten og det profesjonene oppfatter som kvalitet først.

6.0 Konklusjoner

6.1 Forskningsspørsmålene- en kort oppsummering

I dette studiet har vi sett på de ulike delene av prosessen med implementering av pakkeforløp, og hvordan disse har påvirket sykehusets organisering og ledelse, og vice versa. Overordnet er forskningsspørsmålene strukturert etter Winter og Nilsens modell for implementering av politikk.

Forskingsspørsmål 1 er relatert til policyutforming og virkemidler for implementering av pakkeforløp, det vil si kontekst og innhold. Resultatene er studert i lys av institusjonell teori og målevaluering. Fra dokumentanalysen har vi funnet at det er en rød tråd når det gjelder standardisering og fokus på pasientforløp over lengre tid. Dette har igjen ført til at St. Olavs Hospital har hatt fokus på dette før oppdraget om pakkeforløp ble gitt fra HOD til Helse-Midt Norge RHF. Aktørene mener at selve pakkeforløpene med sine eksplisitte krav til ventetider ikke nødvendigvis har stor betydning for å oppnå bedre kvalitet i helsetjenesten, men at forløpstankegangen med mer organisert samarbeid på tvers i sykehuset er en riktig vei å gå. Denne omforente støtten var uforutsett, da det i andre fora har vært uttrykt skepsis til å standardisere pasientbehandling. Resultatet må derfor ses i lys av at det kun er fire pakkeforløp for kreft som er studert her, og ikke en studie av standardisering av pasientforløp generelt.

Forskingsspørsmål 2 og 3 er knyttet til selve implementeringen, der spørsmål nr. 2 handler om organisatoriske endringer, mens spørsmål nr. 3 er knyttet til endringer i ledelsesdynamikken. For disse forskningsspørsmålene er organisasjon og ledelse i hierarkiske strukturer versus organisering og ledelse av prosesser brukt som et teoretisk rammeverk. Teori om makt er også tatt inn i drøfting av forskningsspørsmål 3.

I forskningsspørsmål 2 kommer det fram at St. Olavs Hospital HF har gjort organisatoriske endringer som gjør at kreftpasientene lettere kan flyte gjennom sykehuset. Disse har skjedd innenfor hver klinikk, og har generelt økt kapasiteten på områder som tidligere ble betraktet som flaskehals. Dels har dette skjedd før beslutningen om pakkeforløp. Med pakkeforløpene har pasientene fått en klar prioritet i systemet. Faglige beslutninger blir tatt i multidisiplinære team, som også bidrar til å øke kommunikasjonen horisontalt. For å forvalte forløpene er det etablert ulike roller som er tenkt å fungere i en matrisestruktur. Selv om ansvar og myndighet for rollene er beskrevet i implementeringsveilederen (HDIR, 2014), er dette mer uklart i praksis. Pakkeforløpene er integrert i metodikken sykehuset har for standardiserte forløp, og denne er meget godt utviklet. Det er mer usikkert hvordan sykehuset tenker å følge opp arbeidet og iverksette kontinuerlig forbedring i praksis. Kvaliteten på for eksempel

dokumentene som beskriver prosessene må være av høy kvalitet skal de bli brukt, og oppdatering av disse vil nødvendigvis kreve avsatte ressurser. Det er kommet fram at viktige endringer som styrker samarbeid på tvers har skjedd gradvis og forut for pakkeforløpene. At St. Olavs i vesentlig grad har beholdt sin organisasjonsstruktur og måte å organisere arbeidet på, er derfor ikke uventet. Den stort sett gjennomgående løsningsorienterte innstillingen til aktørene er og har vært avgjørende for å lykkes med pakkeforløp. Det er imidlertid en klar oppfatning om at pakkeforløp er et pålegg som skal gjennomføres.

Forskningsspørsmål 3 ser på ledelse og pakkeforløp. Sykehuset er formelt organisert i et hierarki. Med satsingen på forløp er det introdusert en form for ledelse på tvers.

Forløpsansvarlige har kort og godt et ansvar for at pakkeforløpene fungerer.

Ledelsesdynamikken er imidlertid ikke vesentlig endret i forbindelse med pakkeforløpene. I praksis er det ikke overført noe makt til de forløpsansvarlige, og måten utfordringer blir løst på, er gjennom god kommunikasjon og felles faglig forståelse. Pakkeforløpene har medført merarbeid i form av koding. Det er et faktum at å kode pasientene korrekt inn i systemene er innfløkt, og krever relativt mye ressurser og mer enn hva man hadde forestilt seg. For myndighetene er det viktig at dette arbeidet blir gjort. Når profesjonene opplever at ressursene er knappe, viker likevel kodefokuset som forventet til fordel for fokus på pasienten. I så måte oppleves pakkeforløpene som «et hår i suppa» fordi man var godt i gang med å implementere de standardiserte pasientforløpene som ikke krevde dette. Vi hadde videre en forestilling om at ledelse i krysningspunktet mellom den vertikale linjestrukturen og den horisontale nye forløpsstrukturen kunne by på en del utfordringer. At støyen foreløpig virker liten, var et overaskende funn for oss.

Forskningsspørsmål 4 viser foreløpige resultat fra pakkeforløpene. Dette er kvantitative data. Når det gjelder måloppnåelse for ventetider i de forløpene som er studert, må denne stort sett sies å være god. Tallene viser spesielle utfordringer rundt høytid, og årsaken til dette er sannsynligvis at kapasiteten til sykehuset tas ned. Tallene er imidlertid heftet med usikkerhet, da disse er avhengig av hvor god kodepraksisen er. For St. Olavs sin del var denne ikke tilfredsstillende de første månedene etter implementeringen (jf. figur 4-2). Dette skyldtes etter vår oppfatning en kombinasjon av manglende prioritering og manglende opplæring. De ulike aktørene i forløpene mener at St. Olavs til nå har lykkes rimelig godt når det gjelder de krav om mål som de opplever ligger til pakkeforløpene. De understreker imidlertid at mye av tilpasningene til pakkeforløp var gjort gjennom arbeidet med standardiserte pasientforløp over flere år.

Basert på funnene fra forskningsspørsmålene har vi vurdert St. Olavs prosessledelseskapasitet. Vi har vurdert den på henholdsvis *innhold*, det vil si innhold og plan for implementering av pakkeforløp, og *prosess*, det vil si hvordan man evner å omsette dette i praksis. Vi finner at prosessledelseskapasiteten er høy med hensyn til utformingen av implementeringen. Å

realisere pakkeforløpene i organisasjonen har derimot visse utfordringer. Vi mener at de viktigste områdene å satse på i fortsettelsen er oppbygging av kompetanse og fokus på tilstedeværende ledelse da disse er scoret henholdsvis lavt og middels ved bedømmingen av prosessledelseskapasiteten. Vi mener dessuten at disse har en stor påvirkningskraft for hva organisasjonen endelig oppnår med pakkeforløpene. Ledelse vil her være en forutsetning for å utvikle de andre områdene i modellen, for å styrke organisasjonens samlede prosessledelseskapasitet.

6.2 Den overordnede problemstillingen og funnene

Vår overordnede problemstilling er åpen og lyder

Hvordan løses organisatoriske og ledelsesmessige utfordringer ved implementering av pakkeforløp ved St.Olavs Hospital HF?

Vår hovedkonklusjon er at organisatoriske og ledelsesmessige utfordringer løses, og de løses innenfor sykehusets tradisjonelle hierarkiske struktur, men at sykehuset har etablert strukturer som fasiliterer en form for prosessledelse. Disse strukturene var delvis på plass forut for pakkeforløpene, men kravene som kom med disse førte til en ekstra innsats. Ut fra dette kan vi si at det skjedde en rask tilkobling av organisasjonsoppskriften som pasientforløp representerer. På sin vei inn i organisasjonen har man foreløpig ikke sagt høyt at man skal fravike noen av de mål og metoder som er skissert i implementeringsveilederen, man har likevel ennå ikke tatt inn alle elementene. Når det gjelder kontinuerlig forbedring, vil vi påstå at vi foreløpig har en løs kobling. Sykehuset sier at dette er vår arbeidsmetodikk, og dette oppfyller både mål i pakkeforløp og gir legitimitet, det er likevel langt igjen før dette er en metode som vil være kjent for alle og ligge som en ryggmargsrefleks.

Fra litteraturen er det et visst sprik når det gjelder betydningen av ulike prosessorienterte kvalitetsreformer i helsevesenet, og ikke minst hvordan disse best implementeres. Visse faktorer er likevel trukket fram som mer viktige enn andre. Ledelsens engasjement er trukket fram både i Idens modell og annen litteratur. Pakkeforløp er i utgangspunktet en «top-down», eller tvangsmessig reform, som dels har klare føringer på visse mål og organisering, og disse er videreført i organisasjonen. Roller er besatt, og ansvar og myndighet er delt ut. Dette er kanskje den delen med færrest utfordringer knyttet til organisering og ledelse av implementeringen. Ledelsen må imidlertid evne å ikke bare fokusere på prosessen, men også på menneskene. Skal konseptet standardiserte forløp realiseres til fulle, finnes det noen videre utfordringer som sykehusets øverste ledelse på ta tak i.

Organisasjonsendring krever mer enn formelle grep; det krever at også «dypstrukturen», de grunnleggende premisser og sannheter, ofte de som er tatt for gitt, endres i en virksomhet. Det enkelte fag- og profesjonsmiljø har ulike kulturer og subkulturer som vil kunne påvirke ønsket

utfall av en valgt strategi. Der hvor strategien er i samsvar med fagprofesjonenes normer og verdier vil det kunne være med å styrke en god implementering, i motsatt fall vil disse kreftene kunne bli så sterke at hele strategien mislykkes helt eller delvis.

En kunne forvente at implementeringen hadde sin største motstander i de største fagprofesjonene slik som leger og sykepleiere, som kan oppleve at pakkeforløpene begrenser faglig frihet og skjønn. En slik standardisering har imidlertid skapt et tettere samarbeid innad og på tvers av profesjonene, gjennom blant annet etablering av MDT, som virker positivt. Det er ingen stor motstand internt i organisasjonen når det gjelder forløpstankegang, å bli pålagt nye arbeidsoppgaver som ikke umiddelbart gir mening fra et klinisk perspektiv, oppleves imidlertid som noe negativt. Vi mener at organisasjonen til en viss grad har adoptert prinsipper fra prosessledelse. Dette har skjedd over lang tid. Dersom sykehuset ønsker å utvikle sin samlede prosessledelseskapasitet videre, må ledelsen bevisst velge det. En sentral utfordring nå er knyttet til det å etablere en kultur for kontinuerlig forbedring. Dette krever mer kompetanse i organisasjonen og stort fokus fra ledelsen. Endringsledelse handler om å utvikle en intellektuell («discursive») forståelse til å bli en praktisk og kollektiv kompetanse (Giddens i Hennestad, 2002). Det er først når andre prioriteringer blir gjort og reflekteres i nye arbeids- og kommunikasjonsmønstre, som understøttes av endrede systemer, at organisasjonsendring har skjedd (Hennestad, 2002).

Tilsynelatende går implementeringen sin gang, uten vesentlig støy fra sterke profesjoner. Dette kan skyldes flere forhold. Rollen som forløpsansvarlig er lagt til den profesjonen som er premissleverandør for mye av aktiviteten på sykehus, nemlig legene. At man til en viss grad har skreddersydd reformen til lokale verdier, normer og kultur, har også sikkert hatt betydning. Pakkeforløpene kommer etter at organisasjonen gjennom flere år er «modnet» gjennom fokus på de standardiserte forløp, så organisasjonen fortsetter egentlig langs den samme «stien» (Scott, 2014). De nye tidsfristene er også mindre strenge enn den tidligere 20 dagers regelen. Negative resultat forblir innen miljøet nært knyttet til implementeringen, og det er så langt en forståelse for at pasienten settes foran administrativt rutinearbeid hvis ressursene er knappe. Til en viss grad er også legene blitt skjermet, ved at forløpskoordinatorer har tatt ansvar for koding når legene ikke ser nytteverdien eller har tid til slikt arbeid.

Skreddersøm kan imidlertid være et tveegget sverd hvis man utelater de mer kontroversielle delene for å unngå intern motstand og sikre en tilsynelatende vellykket implementering. Ved å tillate for stor grad av lokal tilpasning, risikerer man at intensjonene med reformen kan bli vanskelig å realisere.

Forløpskoordinatorer har uttrykt relativt stor frustrasjon over kompleksitet og manglende systemstøtte når det gjelder koding. Sykehusets ledelse har etter hvert innsett koordinatorenes

sentrale rolle, og har underveis tatt grep for å allokere ressurser blant sykepleiere og sekretærer til denne funksjonen.

Vi ser gjennom vår studie at det er behov for justeringer i det arbeidet som er gjort så langt i implementering av pakkeforløp, samtidig så har de som har fått oppdraget internt på sykehuset gjort et godt stykke arbeid med de begrensede ressursene som har blitt stilt til rådighet fra myndighetenes side.

6.3 Studiets betydning for praksis

Dette masterstudiet er erfaringsbasert og til dels praktisk orientert. Tema for case i masteroppgaven er valgt på bakgrunn av studiets profil, og en aktuell problemstilling fra egen arbeidshverdag. Gjennom masterstudiet har det vært fokusert på gjennomføringsevnen i offentlig sektor. Produktivitetskommisjonens første rapport sier at for å få en produktiv og effektiv virksomhet, er det nødvendig med ledelse som har handlingsrom og gjennomføringskraft (NOU 2015:1, 2015). I 22. juli-kommisjonens rapport pekes det på at gjennomføringskraften (holdninger, kultur og lederskap) i forvaltningen må bli bedre, og at dette er vel så viktig som økte bevilgninger (NOU 2012:14, 2012). Å studere hvordan organisasjonen gjennomfører en implementering mener vi derfor er relevant for oss personlig, for virksomheten vi arbeider i, og på et overordnet politisk nivå. Vi mener det er av interesse å forske på hva som skjer organisatorisk og ledelsesmessig under store omstillingsprosesser, slik at man på ulike nivåer kan lære av prosessen i et forbedringsperspektiv.

Resultatene i denne oppgaven kan bidra til kunnskap på flere nivå. Pakkeforløpene er ikke bare et sykehusinternt anliggende som har utfordringer knyttet til spenningsfeltet mellom virksomhetsnivå og den enkelte klinikk og profesjonsnivået. Pakkeforløpene er også et eksempel på et vedtak der politisk nivå utfordrer virksomhetsnivå og klinikk- og profesjonsnivå direkte. Med bakgrunn i dette perspektivet ønsker vi avslutningsvis å fokusere på hva resultatene våre kan bety for praksisfeltet, ikke bare for oss personlig og på lokalt nivå, men også på et regionalt og nasjonalt nivå.

Våre funn tyder på at sykehuset så langt har lyktes med implementering av pakkeforløp. Det er dog for tidlig å konkludere med at det er gjort en god nok jobb. Funksjonene som skal virke på tvers i organisasjonen må utvikles videre i årene som kommer, også når politisk oppmerksomhet og påtrykk blir mindre. Organisering og fokus på tidsfrister, slik det er beskrevet i implementeringsveilederen, må opprettholdes, også over tid. Det må arbeides videre for å strømlinjeforme systemet slik at man bruker minst mulig ekstra ressurser på å forvalte dette.

For å opprettholde suksessen kreves ett tydelig fokus fra sykehusets øverste ledelse også i årene som kommer. Sykehusets hovedledelse består av ca 28 faste medlemmer. Med denne organiseringen når direktøren raskt og bredt ut til organisasjonen. En utfordring kan være å få et slikt forum til å klare å operere som en samlet ledelse, og ikke bare som et diskusjonsforum som støtter opp om ulike forslag som blir satt på dagsorden. Risikoen kan bli at man mangler eller tynner ut gjennomføringsevnen og -kraften på vei nedover i linjen, med de konsekvenser det får i implementeringsprosesser generelt. Vi mener sykehusets øverste ledelse (syv direktører) nettopp i slike prosesser må opprettholde et sterkt fokus og bruke de kanaler som de faktisk rår over. Det hviler etter vår mening et tungt kommunikativt ansvar på sykehusets øverste ledelse videre i implementeringen. Gjennom kommunikasjon gis muligheten til å belønne og forsterke adferd. Endringsprosessen må være kontinuerlig på organisasjonsagendaen, og det må være oppmerksomhet omkring små seire som oppnås underveis. Her tenker vi blant annet på større bruk av Kilden som et medium på å spre informasjon om blant annet små og store suksesser knyttet til implementeringen, bruk av kommunikasjonsplaner etc. Kanskje skulle man etablert en lokal «task-force» gruppe her også, eller brukt RSHU på en mer offensiv måte. Vi mener trykket må komme ovenfra for å skape en endring i hele organisasjonen.

Funnene gir oss en bevissthet rundt arbeidet med endringsprosesser i egen organisasjon, også andre prosesser enn pakkeforløpene. Gjennom arbeidet med oppgaven har viktigheten av å være fokusert, engasjert og ikke minst utholdende i de prosessene som blir initiert, vært tydelig. Vi har lært mye om lokal kultur og organisering som kan komme til nytte i kommende endringsprosesser fra nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Vi kan og skal være aktive bidragsytere for nettopp å sørge for best mulig forankring og gjennomføring av slike implementeringsprosesser.

Et eksempel på dette er Helse Midt-Norges vedtak om å skifte dagens utdaterte IKT-systemer for pasientadministrasjon (PAS) og elektronisk pasientjournal (EPJ). I 2015 ble prosjektet «Helseplattformen» (HMN-RHF, 2016) etablert for å gjennomføre anskaffelsen av ny løsning. Ambisjonen er en løsning som favner om pasientforløpet gjennom ulike nivå, det vil si en felles løsning for spesialist- og kommunehelsetjenesten og fastleger. Målet er at teknologien skal samvirke med arbeidsprosesser, organisatoriske og styringsmessige strukturer, kompetanse og kultur i regionen slik at denne, koblet sammen med forutsigbare pasientforløp, gir en mer effektiv og sammenhengende helsetjeneste som øker pasientsikkerhet og kvalitet på tvers av helsetjenestenivåene i hele regionen.

Resultatene fra denne oppgaven kan brukes som et innspill til hvordan man kan håndtere implementeringen av det nye systemet. Avhandlingen peker på sterke områder, og områder med forbedringspotensialer for implementering av forløp lokalt på St. Olavs. Implementering av det nye systemet blir selvsagt enda mer krevende fordi det involverer enda flere nivå og

kulturer. Her kan man naturligvis også hente støtte i resultater og erfaringer fra forskning på Samhandlingsreformen så langt.

Hva har våre funn å si i et nasjonalt politisk perspektiv? Implementering av pakkeforløp kan sies å være en reform i norsk helsevesen. Når det politiske nivået initierer et prosjekt som griper rett inn i måten tjenesteproduksjonen foregår på, vil det kunne møte mye motstand fra profesjonene som jobber nær pasienten. Sykehuset er en viktig samfunnsinstitusjon som har tatt imot oppdraget og gjort de riktige grepene innenfor de rammer som er gitt. Spørsmålet man kan stille er om man kunne gjort en bedre jobb dersom det politiske nivået hadde gitt sykehuset bedre verktøy og større handlingsrom for å gjennomføre en slik reform. Kanskje burde man fra et overordnet politisk nivå vært enda tydeligere, tilført noen øremerkede ressurser eller vært mer forutsigbar med hensyn til offentliggjøring av resultater, som noen eksempler. De politiske forventningene har en tendens til å overgå det som er mulig å gjennomføre i praksis, selv om tilbakemeldingen fra myndighetene så langt er at pakkeforløpene er en suksess. Vi har som tidligere beskrevet vist til danskenes suksesskriterier og hvordan vårt politiske miljø og direktorat har trukket dette inn i «Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft». En ting er et plandokument, noe annet er å få dette operasjonalisert og gjennomført. Vi mener at implementeringen burde vært tilgodesett med en norsk «task-force», alternativt burde det fulgt mer ressurser med oppdraget slik at sykehusene kunne dedikert ansatte til implementeringsarbeidet og styrket sykehusets gjennomføringsevne og gjennomføringskraft.

Referanser

Albach, H., Meffert, H., Pinkwart, A., Reichwald, R., Von Eiff, W. (2016). *Boundaryless Hospital. Rethink and Redefine Health Care Management*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016.

Almås, R. (1990). Evaluering på norsk. *Ei innføring i vurdering av prosjektarbeid og handlingsretta forskning*. Oslo: Universitetsforlaget (s. 27-48)

Andersen, H., Røvik, K. A., & Ingebrigtsen, T. (2014). *Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews*. *BMJ open*, 4(1), e003873. Hentet 9. april 2016 fra <http://bmjopen.bmj.com/content/4/1/e003873.short>

Andersen, H., & Røvik, K. A. (2015). Lost in translation: *a case-study of the travel of lean thinking in a hospital*. *BMC health services research*, 15(1), 401. Hentet 9. april 2016 fra <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1081-z>

Axelsson, R., Axelsson, S. B., Gustafsson, J., & Seemann, J. (2015). *Great expectations- introduction of flow managers in a university hospital*. *The International journal of health planning and management*. Published online in Wiley Online Library. Hentet 26. april 2016 fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.2328/pdf>

Bevan, G., & Hood, C. (2006). *What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system*. *Public administration*, 84(3), 517-538.

Bolman, Lee G. og Terrence E. Deal (2009): *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Buland, T., Mathiesen, I. H., Mordal, S., Finne, H., Aaslid, B.E. og Dahl T. (2011). *Kunnskapsløftet i fag- og yrkesopplæringen – på flere veier?* SINTEF Teknologi og samfunn. Innovasjon og virksomhetsutvikling, Rapport 2011-01-31. Hentet 23. april 2016 fra http://www.udir.no/globalassets/upload/rapporter/2011/5/fag_og_yrke_tredje.pdf

Busch, T., & Ramstad, L. S. (2004). *Modernisering av offentlig sektor: endringsprosesser, legitimitet og løse koblinger*. Hentet 15. mars 2016 fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/111137/Modernisering%20av%20offentlig%20sektor.pdf>

Busch, T., Johnsen, E., Valstad, S. J., Vanebo, J. O. (2007): *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Oslo : Universitetsforlaget.

Busch, Tor, Erik Johnsen, Kurt Klaudi Klausen, Jan Ole Vanebo (red.) (2011): *Modernisering av offentlig sektor: trender, ideer og praksiser*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Busch, T., Heichlinger, A., Johnsen, E., Klausen, K. K., Murdock, A., Vanebo, J. O. (2013). *Public management in the twenty-first century: trends, ideas and practices*. Oslo: Universitetsforlaget

Checkland, K. (2004). *National Service Frameworks and UK general practitioners: street-level bureaucrats at work?*. *Sociology of health & illness*, 26(7), 951-975. Hentet 21. april 2016 fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0141-9889.2004.00424.x/full>

Christensen, Søren, Jensen Daugaard, Poul Erik. (2013). *Kontrol i det stille – om magt og ledelse*. 3. udgave. Forlaget Samfundslitteratur 2008

Christensen, Tom and Per Lægreid (2007): «*The whole-of-government approach to public sector reform*». I: *Public administration review*, Vol. 67, No 6, s. 1059-1066. Hentet 15. april <http://search.proquest.com/docview/197173577/fulltextPDF/14192FC29137541D3F3/15?accountid=31880>

Christensen Tom, Lægreid Per., Roness Paul G og Røvik Kjell Arne (red.) (2013). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. 2. utgave, 3. opplag 2013. Universitetsforlaget

Christensen, Tom og Per Lægreid (red.) (2011): *The Ashgate research companion to new public management*. Farnham : Ashgate. Kap. 25

Coghlan, David, Brannick, Teresa. (2010). *Doing action research in your own organization*. 3rd ed. London: Sage Publications.

De Allegri, M., Schwarzbach, M., Loerbroks, A., & Ronellenfitsch, U. (2011). *Which factors are important for the successful development and implementation of clinical pathways? A qualitative study*. *BMJ quality & safety*, qshc-2010. Hentet 9. april 2016 fra <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/01/04/bmjqs.2010.042465.short>

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W.. (1983). *The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields*. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160. Hentet 21. april 2016 fra <http://www.jstor.org/stable/2095101>

Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner(NAFKR). (2012). *Erfaringer med kræftpakker. Fra intentioner til implementering I praksis*. Publikasjon. Hentet 19. august 2015 fra <http://www.kora.dk/media/272097/dsi-2489.pdf>

Dopson S, Fitzgerald, L. (2005). *Knowledge to action? Evidence-based health care in context*. Oxford: Oxford University Press.

Dyrop, H. B., Safwat, A., Vedsted, P., Maretty-Nielsen, K., Hansen, B. H., Jørgensen, P. H., ... & Keller, J. (2013). *Cancer Patient Pathways shortens waiting times and accelerates the diagnostic process of suspected sarcoma patients in Denmark*. Health Policy, 113(1), 110-117. Hentet 9. April 2016 fra [http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510\(13\)00247-9/abstract?cc=y=](http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510(13)00247-9/abstract?cc=y=)

Eikebrokk, Tom R., Iden, Jon, Olsen, Dag H., Opdahl, Andreas L. (2011) «*Understanding the determinants of business process modelling in organisations*». Business Process Management Journal, Vol. 17 Iss: 4, pp.639 - 662

Eriksen, Erik Oddvar. (2009). *Demokratiets sorte hull: om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Oslo: Abstrakt forlag; 2009.

Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M. and Hawkins, C. (2005). *The nonspread of innovations: The mediating role of professionals*, Academy of Management Journal 48, 1, pp. 117-134.

Finset, Arnstein, Wisløff, Finn Georg B, Jacobsen, Jørn E., Fyrand, Live. (2010). *Utfordring og mulighet: en helsetjeneste i endring*. Unipub forlag.

Ford, R. C., & Randolph, W. A. (1992). *Cross-functional structures: A review and integration of matrix organization and project management*. Journal of management, 18(2), 267-294. Hentet 9. april 2016 fra <http://jom.sagepub.com/content/18/2/267.short>

Grong, JL, Hegstad, EA. (2015). *Som vannet de svømmer i...?* Master of Knowledge Management 2015. Copenhagen Business School, Aarhus Universitet. Hentet 10. februar 2016 fra <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2358105>

Guilfoyle, S. (2012). *On Target?—Public Sector Performance Management: Recurrent Themes, Consequences and Questions*. Policing, pas001. Hentet 9. april 2016 fra <http://policing.oxfordjournals.org/content/early/2012/02/07/police.pas001.abstract>

Harvey, G., Jas, P., Walshe, K., & Skelcher, C. (2014). *Analysing organisational context: case studies on the contribution of absorptive capacity theory to understanding inter-organisational variation in performance improvement*. BMJ quality & safety, bmjqs-2014. Hentet 9. April 2016 fra <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2014/10/21/bmjqs-2014-002928.short>

Hafstad, A, Håndlykken, EK (2015). *Pakkeforløp for kreft*. Helsedirektoratet. Hentet 9. april 2016 fra <http://docplayer.no/6381199-Pakkeforlop-for-kreft-prosjektdirektor-anne-hafstad-og-seniorradgiver-eva-k-handlykken.html>

Hawking, Stephen. W. (1988). *A Brief History of Time: From The Big Bang to Black Holes*. Bantam: New York. p. 10

Helsedirektoratet (HDIR). (2014). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015*. Rapport IS 2240. Hentet 19. august 2015 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/692/Nasjonal-plan-for-implementering-av-pakkeforlop-for-kreft-IS-2240.pdf>

Helsedirektoratet (HDIR). (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for kreft*. Hentet 18. april 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/kreft/nasjonale-handlingsprogrammer-for-kreft>

Helsedirektoratet (HDIR). (2016) *Sentrale indikatorer for organspesifikke pakkeforløp*. Hentet 19. april 2016 fra https://statistikk.helsedirektoratet.no/HtmlViewer.ashx?Dd_ContentId=12e2a534-5bde-47c0-8d60-e6ae90f8d538

Helse Midt-Norge. (2008). *Regional handlingsplan for strategisk HR 2008-2013*. Hentet 14. februar 2016 fra <http://www.hnt.no/upload/Topplederprogrammet/Regionale%20og%20lokale%20iltak/Reg%20hpl%20HR.pdf>

Helse Midt-Norge. (2010). *Strategi 2020 – helsetjenester i fremtiden*. Hentet 14. august 2015 fra <http://www.helse-midt.no/no/Om-oss/Strategiske-dokumenter/Handlingsplaner/Fakta-Strategi-2020/131776/>

Helse Midt-Norge. (2012). *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak*. Hentet 8. januar 2016 fra http://data.helse-midt.no/upload/Topplederprogrammet/Plattform/Rapport_Nasjonalplattformforledelse_web.pdf

Helse Midt-Norge. (2014). *Styringskrav og rammer 2014 for St. Olavs Hospital HF*. Hentet 2. februar 2016 fra <http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/stolav/enhet/Kirurgi/Arbeidsomrader/administrasjon/@/Dokumenter/Styringsdokument%202014%20St%20Olavs%20Hospital%20HF.pdf>

Helse Midt-Norge. (2015). *Regional HR-handlingsplan for Helse Midt-Norge. For perioden 2015-2016*. Hentet 14. februar 2016 fra <https://helse-midt.no/Documents/Strategi/Regional%20HR-handlingsplan%202015-2016.pdf>

Helse Midt-Norge. (2015). *Strategi for utdanning og kompetanseutvikling i Helse Midt-Norge 2015-2020*. Hentet 8. januar 2016 fra <https://helse-midt.no/Documents/Strategi/Strategi%20for%20utdanning%20og%20kompetanseutvikling%202015-2020.pdf>

Helse Midt-Norge. (2015). *Styringskrav og rammer 2015 for St. Olavs Hospital HF*. Hentet 1. mars 2016 fra <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmter/St%20Olavs%20styringskrav%202015.pdf>

Helse Midt-Norge. (2016). *Helseplattformen*. Hentet 23. april 2016 fra <https://helse-midt.no/Sider/Helseplattformen.aspx>

Helse Midt-Norge. (2016). *Metodikk for standardiserte pasientforløp i HMN-RHF*. Hentet 14. mars 2016 fra [https://stolav.no/Documents/Methodikk%20for%20SPF%20i%20HMN_RHF%20revidert%20feb%202016%20\(2\).pdf](https://stolav.no/Documents/Methodikk%20for%20SPF%20i%20HMN_RHF%20revidert%20feb%202016%20(2).pdf)

Helse Midt-Norge. (2016). *Styringskrav og rammer 2016 for St. Olavs Hospital HF*. Hentet 1. mars 2016 fra <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmter/St%20Olavs%20Hospital%20HF%20styringskrav%20og%20rammer%202016.pdf>

Helse-Norge. (2015) *Pasient- og brukerombudet. Årsmelding 2015*. Hentet 21. april 2016 fra <https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/pasient-%20og%20brukerombudet/arsmelding-pobo-2015.pdf>

Helse og omsorgsdepartementet (HOD). (2010). *Oppdragsdokument 2010 – Helse Midt-Norge RHF*. Regjeringen. Hentet 12. februar 2016 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokument_2010/oppdragsdokument-helse-midt---norge-rhf.pdf

Helse og omsorgsdepartementet (HOD). (2011). *Oppdragsdokument 2011 – Helse Midt-Norge RHF*. Regjeringen. Hentet 12. februar 2016 fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sykehus/midt2011.pdf>

Helse og omsorgsdepartementet (HOD). (2011). *Oppdragsdokument 2011 – Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 120 S (2010-2011)*. Regjeringen. Hentet 12. februar 2016 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdok_2011/oppdragsdokumentvedlegg.pdf

Helse og omsorgsdepartementet (HOD). (2012). *Oppdragsdokument 2012 – Helse Midt-Norge RHF*. Regjeringen. Hentet 12. februar 2016 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokument_2012/oppdragsdokument_2012_helse_midt-norge_rhf.pdf

Helse og omsorgsdepartementet (HOD). (2013). *Lederansvaret i Sykehus. Rundskriv I-2/2013*. Regjeringen. Hentet 12. februar 2016 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer_kta/dokumenter/rundskriv_lederansvaret_sykehus.pdf

Helse og omsorgsdepartementet (HOD). (2013). *Oppdragsdokument 2013 – Helse Midt-Norge RHF*. Regjeringen. Hentet 12. februar 2016 fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokumentmidt.pdf>

Helse og omsorgsdepartementet (HOD). (2013). *Sammen – mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017*. Regjeringen. Hentet 29. august 2015 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/07cd14ff763444a3997de1570b85fad1/kreftstrategien_2013.pdf

Helse og omsorgsdepartementet (HOD). (2014). *Oppdragsdokument 2014 – Helse Midt-Norge RHF*. Regjeringen. Hentet 12. februar 2016 fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokumenthmn.pdf>

Helse og omsorgsdepartementet (HOD). (2015). *Oppdragsdokument 2015 – Helse Midt-Norge RHF*. Regjeringen. Hentet 12. februar 2016 fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/opp2hmn.pdf>

Helse og omsorgsdepartementet (HOD). (2016). *Oppdragsdokument 2016 – Helse Midt-Norge RHF*. Regjeringen. Hentet 12. februar 2016 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument2016hmn.pdf>

Hennestad, Bjørn W. (2002). *Endringsledelse som implementering -- sentrale utfordringer*. Magma 3/2002. Hentet 21. april 2016 fra <https://www.magma.no/endringsledelse-som-implementering-sentrale-utfordringer>

Hippe, Jon M., Trygstad, Sissel C. (2012) *Ti år etter - Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus* Fafo-rapport 2012:57. Hentet 30. august 2015 fra http://www.faf.no/media/com_netsukii/20284.pdf

Iden, Jon (2011). *Fører investering i kvalitetssystem til prosessledelse?* Magma 1/2011 s. (49-57). Hentet 9.april 2016 fra <https://www.magma.no/forer-investering-i-kvalitetssystem-til-prosessledelse>

Iden, Jon. (2013): *Prosessledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Jacobsen, Dag Ingvar. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Jeston, John & Nelis, Johan. (2008): *Management by process. A road-map to sustainable Business Process Management*. Butterworth-Heinemann Ltd.
- Kjekshus, Lars Erik. (2004). INTORG - *De somatiske sykehusenes interne organisering / En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003*. HORN 2004:2 edn. University of Oslo: Department of Health Management and Health Economics.
- Kjekshus, Lars Erik & Hagen, Terje P. (2007). *Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country*. Journal of Health Services Research and Policy. ISSN 1355-8196. 12(4), s 230- 235
- Kjekshus, Lars Erik, Harsvik, Trond (2007). *Organisasjonsutvikling ved norske sykehus*. Tidsskrift for Den norske legeforening. Nr. 3 2007 ; 127:288 – 90
- Kjeldstadli, Knut. (2007). «Å analysere skriftlige kilder». I: Fossåskaret, Erik, Otto Laurits Fuglestad, Tor Halfdan Aase (red.) *Metodisk feltarbeid : produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo : Universitetsforlaget. s. 207-233
- Kotter, John P. (1995). *Leading change: Why Transformation Efforts Fail*. Harvard Business Review, March-April, s 59-67.
- Kvale, Steinar, Brinkmann, Svend. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lippestad, J-W., Harsvik T., Kjekshus, L. E. (2011). *Ledelse i et sykehus i omstilling*. En oppsummering av et følgeforskningsprosjekt ved Akershus universitetssykehus i perioden 2006-2010, SINTEF Teknologi og samfunn Helse 2011-03-31
- Lovdata. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 23. april 2016 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Lozeau, D., Langley, A., & Denis, J. L. (2002). *The corruption of managerial techniques by organizations*. Human relations, 55(5), 537-564.
- Marsh, David and Paul Furlong (2010): «A skin not a sweater : ontology and epistemology in political science». I: Marsh, David and Gerry Stoker (eds.): *Theory and methods in political science* , Basingstoke : Palgrave Macmillan, s. 184-211
- Meyer, J. W., & Rowan, B.. (1977). *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*. American Journal of Sociology, 83(2), 340–363. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2778293>
- Mintzberg, Henry. (1993). *Structure in fives: designing effective organizations*. Prentice Hall.

Modig, N., Åhlström, P. (2012). *Dette er LEAN. Løsningen på effektivitetsparadokset*. Rheologica Publishing

Neal, R. D. et al. (2015). *Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review*. British Journal of Cancer. Hentet 12. august 2015 fra <http://www.nature.com/bjc/journal/v112/n1s/full/bjc201548a.html>

NOU 1997:2 (1997): Regjeringen, Sosial og helsedepartementet. *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehuset*. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial og helsedepartementet 29. April 1996. Hentet 5. januar 2016 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/870fc08fede6426188a9373cdab88380/no/pdfa/nou199719970002000dddpdfa.pdf>

NOU 2003:19 (2003): Regjeringen, Kommunal og moderniseringsdepartementet. *Makt og demokrati. Sluttrapport fra Makt- og demokratiutredningen*. Hentet 2. september 2015 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/316f4765f7c44a2c8def9dcdb5da8f30/no/pdfs/nou200320030019000dddpdfs.pdf>

NOU 2012:14 (2012): Regjeringen, Statsministerens kontor. *Rapport fra 22. juli-kommisjonen*. Hentet 18. august 2015 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bb3dc76229c64735b4f6eb4dbfcd8bfe8/no/pdfs/nou201220120014000dddpdfs.pdf>

NOU 2015:1 (2015): Regjeringen, Finansdepartementet. *Produktiviteten – grunnlag for vekst og velferd: Produktivitetskomisjonens første rapport*. Hentet 18. august 2015 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-1/id2395258/?ch=1>

Nyeng, Frode. (2004). *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt forlag.

Nylenna, M. (2013). *Standardisert pasientbehandling i et brukerorientert helsevesen*. Dagens medisin. Hentet 21. april 2016 fra <http://www.dagensmedisin.no/blogger/magne-nylenna/2013/10/04/standardisert-pasientbehandling-i-et-brukerorientert-helsevesen/>

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). (2001). *Om lov om helseforetak m.m(Helseforetaksloven)*. Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 16.august 2014 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pace, K. B., Sakulkoo, S., Hoffart, N., & Cobb, A. K. (2002). *Barriers to successful implementation of a clinical pathway for CHF*. Journal for Healthcare Quality, 24(5), 32-38. Hentet 9. april 2016 fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1945-1474.2002.tb00458.x/abstract>

Paulgaard, Gry. (2007). «Feltarbeid i egen kultur-innenfra, utenfra eller begge deler». I: Fossåskaret, Erik, Otto Laurits Fuglestad, Tor Halfdan Aase (red.) *Metodisk feltarbeid : produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo : Universitetsforlaget. s. 70-93.

Probst HB, Hussain ZB, Andersen O. (2012). *Cancer patient pathways in Denmark as a joint effort between bureaucrats, health professionals and politicians--a national Danish project*. Health Policy. 2012 Apr;105(1):65-70. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.11.001. Epub 2011 Dec 1

Propper, C., Sutton, M., Whitnall, C., & Windmeijer, F. (2008). *Did'targets and terror'reduce waiting times in England for hospital care?.* The BE Journal of Economic Analysis & Policy, 8(2).

Regjeringen. (2015). *Bengt Høie Sykehustalen 2015*. Hentet 30. august 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2015/id2357828/>

Regjeringen. (2015). *Erna Solbergs Nyttårstale 2015*. Hentet 30. august 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nyttarstalen-2015/id2356841/>

Ringdal, Kristen. (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Rolfsen, Monica. (2014). *Lean blir Norsk. Lean i den Norske samarbeidsmodellen* Fagbokforlaget

Rotter, Thomas et al. (2010). *Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3. Art. No.: CD006632. DOI: 10.1002/14651858.CD006632.pub2.

Røvik, Kjell Arne. (2007). «Om gode og dårlige oversettelser av organisasjonsideer». I: *Trender og translasjoner : ideer som former det 21. århundrets organisasjon* , Oslo : Universitetsforlaget, kap. 14

Ry-Nilsen JC, Repstad, P. (2007) .»Når mauren også skal være ørn.« Nyeng, Frode, Wennes, Grete. (2006). *Tall, tolkning og tvil bak metodevalg i økonomi, ledelse og markedsføring*. Oslo: Cappelen akademisk.

Scott, W. R. (2014). *Institutions and organizations: Ideas, interests, and identities*. Sage Publications.

SNL. (2009, 14. februar). *Implementere*. I Store norske leksikon. Hentet 31. juli 2015 fra <https://snl.no/implementere>.

Statens Helsetilsyn. (2010). *Risikobildet av norsk kreftbehandling*. Rapport 4/2010. Hentet 15. mars 2016 fra

https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrapport4_2010.pdf

St. meld. Nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 12. januar 2016 fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

St. meld. Nr. 1. (2010-2011). *Prop. 1 S. Statsbudsjettet*. Finansdepartementet. Hentet 14. Mars 2016 fra http://www.statsbudsjettet.no/Upload/Statsbudsjett_2011/dokumenter/pdf/gulbok.pdf

St. meld. Nr. 1. (2011-2012). *Prop. 1 S. Statsbudsjettet*. Finansdepartementet. Hentet 14. Mars 2016 fra http://www.statsbudsjettet.no/Upload/Statsbudsjett_2012/dokumenter/pdf/gulbok.pdf

St. meld. Nr. 16. (2011-2015). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 12. desember 2015 fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>

St. Olavs Hospital HF. (2010). *Hovedprogram for forbedring 2011-2016. Handlingsplan*. Hentet 14. mars fra <http://www.hnt.no/upload/Hovedprogram%20for%20forbedring.pdf>

St. Olavs Hospital HF. (2012). *Forbedringsprogram 2013*. Hentet 14. mars 2016 fra

<https://ekstranett.helse-midt.no/1010/Sakspapirer/41-12%20Vedlegg%20%20Forbedringsprogram%20for%202013.pdf>

St. Olavs Hospital HF. (2013). *Forbedringsprogrammet 2014-2016*. Hentet 14. mars 2015 fra

<http://data.stolav.no/StOlav/44-13%20Vedlegg%201%20Forbedringsprogram%202014%20-%202016.pdf>

St. Olavs Hospital HF. (2015). *Fremragende behandling. Strategi 2015-2018*. hentet 19. august 2015 fra

<http://www.stolav.no/StOlav/Strategi%20for%20St.%20Olavs%20Hospital%202015-2018.pdf>

Sy, T., Beach, L., & D'Annunzio, L. S. (2005). *Challenges and strategies of matrix organizations*. Human Resource Planning, 28(1), 39-48.

- Vos, L., Chalmers, S. E., Dückers, M. L., Groenewegen, P. P., Wagner, C., & Van Merode, G. G. (2011). *Towards an organisation-wide process-oriented organisation of care: A literature review*. *Implement Sci*, 6(8), 1-14. Hentet 9. April 2016 fra http://download.springer.com/static/pdf/686/art%253A10.1186%252F1748-5908-6-8.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fimplementationscience.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1748-5908-6-8&token2=exp=1460214334~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F686%2Fart%25253A10.1186%25252F1748-5908-6-8.pdf*~hmac=e82d8b2abddea75c4fd9961184b25a5f385a65e43d38a54188db121f3ca23fb7
- Walshe, K. (2007). *Understanding what works—and why—in quality improvement: the need for theory-driven evaluation*. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(2), 57-59. Hentet 9. April 2016 fra <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/2/57.short>
- Wheeler, D. J. (2000). *Understanding variation: the key to managing chaos*.
- Winter, S.C, Lehmann Nielsen, V (2008). *Implementering af politik*. 1. utg., 3. oplag Aarhus: Hans Reitzels Forlag.
- Yin, Robert K. (2014). *Case study research: design and methods*. 5th ed. Los Angeles: Sage.
- Øvretveit, J., Andreen-Sachs, M., Carlsson, J., Gustafsson, H., Hansson, J., Keller, C., ... & Brommels, M. (2012). *Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare: lessons from a comparison of 12 cases*. *Journal of health organization and management*, 26(2), 237-257. Hentet 9. April 2016 fra <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14777261211230790>
- Aase, Tor Halfdan og Fossåskaret, Erik (2007): *Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolkning av kvalitative data*. Universitetsforlaget

Appendix A: Standardisert pasientforløp for prostatakraft.

Figuren viser et eksempel på gangen i et forløp, fra henvisning og utredning over til behandling, før forløpet avsluttes med kontroll og oppfølging. Dette forløpet har mange impliserte parter, fra overleger til sykepleiere, klinikkjefer og seksjonsledere alle med ulike fagtilknytting slik som urologi, onkologi, patologi, kirurgi, radiologi. Forløpet ligger tilgjengelig på sykehusets hjemmesider, der ansatte, pasienter og pårørende kan klikke på de ulike boksene for å hente ut mer detaljert informasjon.

http://data.stolav.no/ftp/stolav/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_22439/index.html

Appendix B: Forespørsel med samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Implementering av pakkeforløp for kreft”

Vi studerer offentlig administrasjon og ledelse, Master of Public Administration, som er et studium som Høgskolen i Nord-Trøndelag tilbyr i samarbeid med Copenhagen Business School og Høgskolen i Sør-Trøndelag. Ved skriving av masteroppgaven har vi valgt å studere implementering av pakkeforløp for kreft ved St. Olavs Hospital HF. Vi ønsker å avdekke hvordan organisasjonen løser utfordringer knyttet til organisering og ledelse ved implementeringen. Det er av interesse å kartlegge eventuelle organisatoriske endringer i forbindelse med pakkeforløp, og hvordan etableringen av nye roller med ansvar og myndighet skjer, og blir tatt opp i organisasjonen. Videre er det ønskelig å se på måloppnåelse i pakkeforløp i lys av dette.

Vår viktigste kilde til resultat vil være intervju av nøkkelpersoner knyttet til de fire største pakkeforløpene; lunge, bryst, prostata og tykk- og endetarmskreft. I første omgang ser vi for oss å intervju 10-12 personer.

Deltakelse i studien vil for din del si at du stiller opp på et intervju. Spørsmålene vil være knyttet til hvordan organisasjon og ledelse oppleves i det pakkeforløpet du er knyttet til. Intervjuet vil vare ca 45-60 minutter, samtalen vil bli tatt opp digitalt, deretter skrevet ned og senere slettet.

Alle personopplysninger og informasjon fra intervju vil bli behandlet konfidensielt og være anonymisert. Det vil kunne bli benyttet sitater fra intervjuet i den endelige masteroppgaven, men disse skal ikke kunne spores tilbake til deg. Prosjektet skal etter planen avsluttes 27. mai 2016. Alt datamateriale fra intervjuene vil bli slettet innen 1. juni 2016.

Vi innhenter samtykke til deltakelse muntlig ved starten av intervjuet. Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Anne Dybdahl Wanderås på 944 38 819 eller Sigurd Hegstad på 924 99 599. Ved behov kan vår veileder Jan Ole Similä telefon 74 11 22 63 kontaktes.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Mvh

Sigurd Hegstad

Anne D Wanderås

Appendix C: Svar på søknad til NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Jan Ole Similä
Avdeling for økonomi, organisasjon og ledelse Høgskolen i Nord-Trøndelag
Serviceboks 2501
7729 STEINKJER

Vår dato: 22.12.2015

Vår ref: 45771 / 3 / ASF

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.11.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|----------------------|---|
| 45771 | <i>Hvordan løses organisatoriske og ledelsesmessige utfordringer ved implementering av pakkeforløp ved St. Olavs Hospital HF?</i> |
| Behandlingsansvarlig | Høgskolen i Nord-Trøndelag, ved institusjonens øverste leder |
| Daglig ansvarlig | Jan Ole Similä |
| Student | Anne Wanderås |

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Amalie Statland Fantoft

Kontaktperson: Amalie Statland Fantoft tlf: 55 58 36 41

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

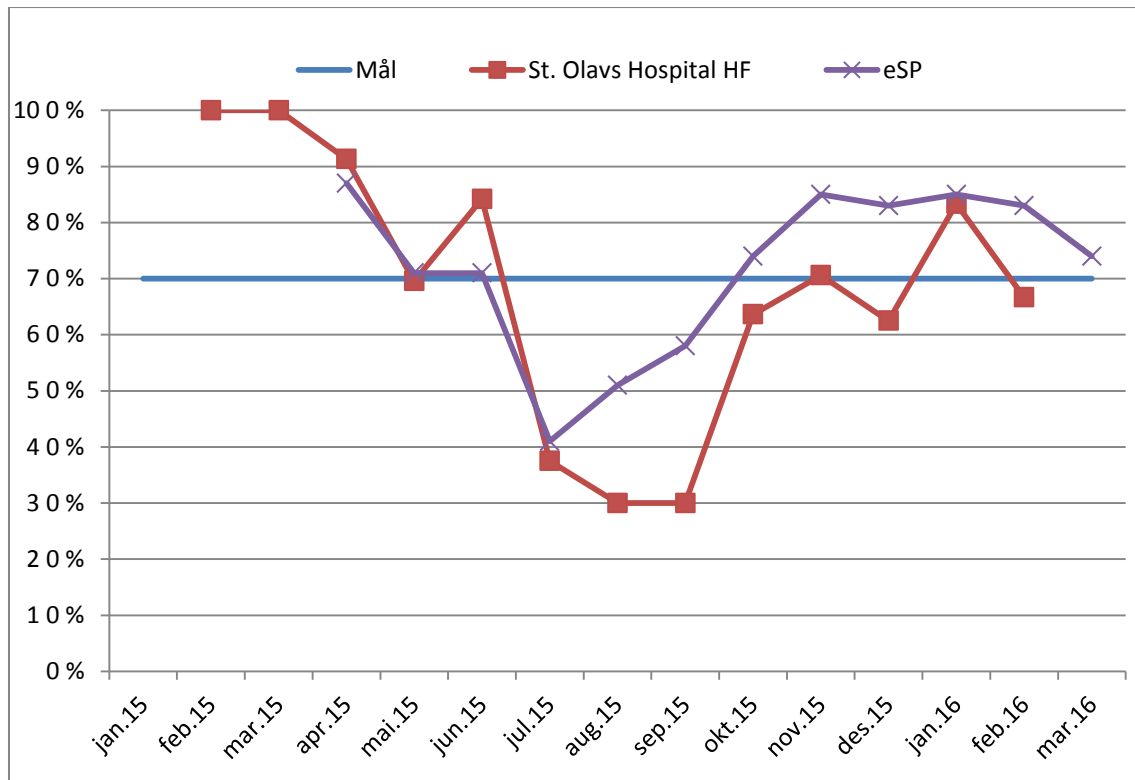
Appendix D: Intervjuguide – Del 1

| INTERVJUGUIDE MASTEROPPGAVE | | |
|-----------------------------|--|--|
| NR/TEMA | HOVEDSPØRSMÅL | SJEKKPUNKT/OPPFØLGNINGSSPØRSMÅL |
| Bakgrunn | | Vi ønsker innledningsvis å skaffe oss informasjon om respondenten |
| 1 | | Hvor lenge har du vært ansatt ved St. Olavs Hospital HF? |
| 2 | Takk for at du stiller opp i en travel hverdag, vi setter stor pris på ditt bidrag til vår masteroppgave. Vi ønsker å benytte oss av lydopptak slik at vi lettere kan få med oss all relevant informasjon samt fokusere mer på samtalen enn på å skrive. Er det ok for deg? Før vi går løs på spørsmål knyttet til våre forskningsspørsmål ønsker vi å skaffe oss litt bakgrunnsinformasjon (spørsmål 1-5) | Hvor lenge har du vært i nåværende stilling? |
| 3 | | Hvilke forløp er du involvert i? |
| 4 | | Etter din forståelse, hva er målet med implementering av pakkeforløp ved St. Olavs Hospital? |
| 5 | | Hvilken plass har pakkeforløp når det gjelder utfordringer i ditt fagfelt? |
| Organisasjon | | Hvordan skjer organisatoriske endringer ved implementering av pakkeforløp? |
| 6 | På hvilken måte har pakkeforløpet eventuelt endret organisasjonsstrukturen? | Har implementeringen medført endringer i organisasjonsstrukturen? |
| 7 | | Hvilke endringen har skjedd? |
| 8 | | På hvilken måte har endringer i organisasjonstrukturen blitt gjennomført? |
| 9 | Nye roller har blitt utnevnt. Hvilket ansvar og myndighet ligger til de ulike rollene? | Hvilke roller er nye i forbindelse med implementeringen av forløpet? |
| 10 | | Hvilken rolle har linjeledelsen? |
| 11 | | Hvilken rolle har forløpsansvarlig? |
| 12 | | Hvilken rolle har forløpskoordinator? |
| 13 | Er ansvar og myndighet knyttet til pakkeforløpet avstemt med ansvar og myndighet i linjeledelsen? | På hvilken måte er rollene blitt tildelt? |
| 14 | | Hva skjer når man har flere roller som har ulike interesser? |
| 15 | Budsjettet følger den enkelte klinikk. På hvilken måte påvirker dette pakkeforløpet? | Hva har fastlagte budsjett å si for forløpenes implementering? |
| 16 | | Hvem bestemmer når forløpet krever ressurser som ikke er tilgjengelig? |
| 17 | | Etter ditt syn, gir pakkeforløpene større økonomisk handlefrihet? |

Appendix D: Intervjuguide - Del 2

| INTERVJUGUIDE MASTEROPPGAVE | | |
|-----------------------------|---|--|
| NR/TEMA | HOVEDSPØRSMÅL | SJEKKPUNKT/OPPFØLGNINGSSPØRSMÅL |
| Ledelse | | Hvordan endres ledelsesdynamikken ved implementering av pakkeforløp? |
| | Kan du si noe om hvordan implementeringen har blitt organisert i praksis? | Hvem har vært involvert i prosessen med å implementere forløpet? |
| | | Hvilke møtepunkt er etablert for å støtte gjennomføringen av forløpet? |
| | | Hvem har organisert disse? |
| | | Hvordan forholder de ulike fagmiljøene seg til de krav forløpene stiller til logistikk og ressursbruk? |
| 18 | Hvordan fungerer ledelse av pakkeforløp i praksis? | Hvilket ansvar og myndighet ligger i din rolle knyttet til forløpet/ene? |
| 19 | | Hvem setter målene for implementeringen av forløpet? |
| 20 | | Hvem løser problemene som kan oppstå i forløpet? |
| 25 | Hvordan løses ressursutfordringer i pakkeforløp? | Har det oppstått flaskehals (ressursknapphet) knyttet til forløpet? |
| 26 | | Hvordan har dette blitt løst? |
| 27 | | På hvilken måte ville dette blitt løst for 1 år siden? |
| 28 | | Hva skjer hvis forløpsansvarlig og linjeleder ikke kommer til enighet? |
| 29 | På hvilken måte ivaretas kontinuerlig forbedring av pakkeforløpet i praksis? | Hvordan ivaretas behovet for kontinuerlig forbedring/ending i forløp? (Demings) |
| 30 | | Hvem har ansvaret for å dele relevant informasjon om forløpet med ansatte? |
| 31 | | Hvilke incentiver har eventuelt blitt satt inn for å nå fastlagte mål i forløpet? |
| 34 | Hvordan utforder pakkeforløpene legenes selvstendige rolle? | Hvordan påvirker implementeringen av forløpene maktforholdet i sykehuset? |
| 35 | | På hvilken måte har implementeringen av pakkeforløp påvirket legeprofesjonens selvstendige rolle? |
| 36 | Har du deltatt på opplæring eller kurs i forbindelse med implementering av pakkeforløp? | Etter din oppfatning hvem tilligger ansvaret for relevant opplæring og/eller kurs? |
| Esp / Koding | | I hvilken grad innfris målene i pakkeforløp? (mål om inklusjon og tidsfrister) |
| 37 | Esp er sykehusets eget dataprogram for å monitorere pakkeforløpene. Hvordan følges koding og resultater opp i praksis og hvem har ansvaret for det? | Hvem har ansvaret for koding inn i dataprogrammet Elektronisk standardisert pasientforløp (Esp) ? |
| 38 | | Hvem har ansvaret for at koding inn i Esp blir fulgt opp? |
| 39 | | Hvilket ansvar har du for å følge opp måltall og kvaliteten på data i Esp? |
| 40 | Forløpene har klare mål om inklusjon og tidsfrister. Hva tenker du i forhold til kvaliteten på resultatene i Esp? | Hvordan kan man oppnå best mulig datakvalitet i Esp? |
| 41 | | Hvordan kunne dette i så fall vært organisert i praksis? |
| 42 | | Er du kjent med måltallene fra Esp knyttet til forløpet(ene)? |
| 43 | | Hva er dine refleksjoner om resultatet så langt? |
| 44 | Takk for din tid, er det avlutningsvis noe du vil tilføye som vi ikke har snakket om? | |

Appendix E: Prostata, sammenligning av data fra NPR og eSP.



Eksempel på ulike resultater med samme data, presentert i to systemer

Appendix F: Oversikt respondenter

Intervjuene foregikk i perioden 17. november 2015 til 7. januar 2016. Etter en kort presentasjonsrunde med innhenting av samtykke ble diktafonen slått på.

Selve intervjuene varte fra 37 minutter til 1 time og 5 minutter, med et gjennomsnitt på 53 minutter.

Dette er respondentene:

| Dato | Hvem | Tid: t/m/s |
|-------------|------------------------------------|-------------------|
| 17/11-15 | Overlege | 00:50:40 |
| 20/11-15 | Seksjonsoverlege, forløpsansvarlig | 00:43:24 |
| 01/12-15 | Klinikkssjef | 00:37:19 |
| 02/12-15 | Forløpsveileder | 00:49:30 |
| 04/12-15 | Seksjonsoverlege | 00:39:56 |
| 10/12-15 | Forløpsansvarlig | 00:51:25 |
| 11/12-15 | Klinikkssjef, leder alle forløp | 00:53:10 |
| 11/12-15 | Avdelingssjef | 00:44:49 |
| 15/12-15 | Klinikkssjef, leder alle forløp | 00:56:19 |
| 15/12-15 | Seksjonsoverlege, forløpsansvarlig | 01:05:45 |
| 16/12-15 | Forløpskoordinatorer alle forløp | 01:00:15 |
| 17/12-15 | Forløpsansvarlig | 00:48:18 |
| 07/01-16 | Seksjonsoverlege, forløpsansvarlig | 00:42:54 |
| 15/02-16 | Klinikkssjef | 00:37:49 |

“Truth is the daughter of time”

Andrew M. Pettigrew

Longitudinal Field Research on Change: Theory and Practice