

MASTEROPPGAVE

Litt bedre – hver dag?

Om hvordan prosessforbedringsmodeller fungerer i arbeidshverdagen

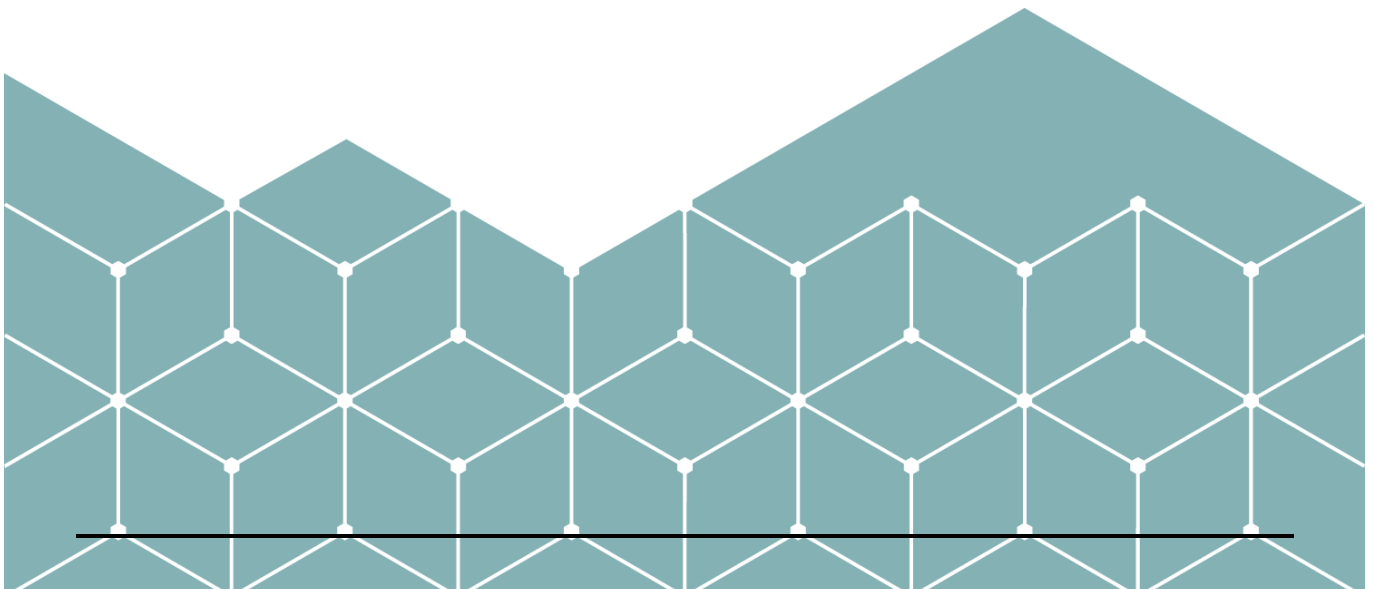
How process improvement models function in a working environment

Trine Hedin Sjøberg

11.05.17

HSTFS40512 Masterstudium i tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren

Avdeling for helse- og sosialfag



SAMMENDRAG

Denne undersøkelsen har forsøkt å svare på problemstillingen: *Hvordan fungerer prosessforbedringsmodeller i arbeidshverdagen?* Bakgrunn for tema handler om hvordan organisasjonsutvikling er preget av fokus på verdiskapende prosesser som går horisontalt gjennom organisasjoner. I helsevesenet er kvalitetsforbedringer i pasientbehandlingen i økende grad et spørsmål om å kombinere medisinsk kunnskap med organisasjonsutvikling. Prosessorienterte strategier og forbedringsmodeller utarbeides og implementeres i helseforetakene for å møte krav om samordning og koordinering i et stadig mer spesialisert og til dels fragmentert helsevesen. En av de viktigste drivkreftene i dette arbeidet er medarbeidernes innsats i å utvikle og benytte modeller og metodikk for kvalitetsforbedring.

Undersøkelsen er gjennomført som et casestudie. Det er foretatt kvalitative, semistrukturerte intervjuer av 8 personer med tilknytning til et fagområde i Sykehuset Østfold, som har innført prosessforbedring som arbeidsform. Informantene representerer ulike yrkesgrupper og profesjoner.

Gjennom studien har jeg undersøkt hvordan prosessforbedringsmodeller muliggjør bedre tverrfaglig samarbeid. Jeg har også undersøkt hvordan arbeidsformen blir påvirket av organisatoriske og strukturelle faktorer. Sykehuset Østfold har gjort tilpasninger i den formelle strukturen gjennom å opprette horisontale samordningsroller som skal sørge for koordinering på tvers av avdelingene som er involvert i pasientforløpet. Undersøkelsen viser at forbedringsarbeidet ved enheten er løst koblet opp mot overordnede strategier og struktur i sykehuset. Funnene viser også at det er varierende kunnskap om forbedringsmodellen som helhet. Dette kan prege medarbeidernes motivasjon for å benytte verktøyene i modellen. Tverrfaglig samarbeid betones gjennomgående som viktig, og undersøkelsen viser at samarbeidet har endret seg ved enheten etter innføring av prosessforbedringsmodellen.

Det er gjennom undersøkelsen avdekket at spørsmålet om hvordan prosessforbedringsmodeller fungerer i arbeidshverdagen, avhenger av flere faktorer. Funnene i denne undersøkelsen er drøftet opp mot samarbeidsaspekter i PINCOM modellen, samt organisatoriske rammer som; mål, strategi og struktur. Endringer i arbeidsform er videre drøftet i lys av det instrumentelle og det institusjonelle perspektivet på organisasjoner.

ABSTRACT

This study has attempted to answer the question: How do process improvement models function in a working environment? The background for performing this study is based upon the fact that organizations develop through focusing on value-creating processes that run horizontally through the organizations. In health care, quality improvement in patient treatment is increasingly a question of combining medical knowledge with organizational development. Process-oriented strategies and improvement models are developed and implemented in health enterprises to meet the requirements for coordination and coordination in an ever more specialized and partly fragmented healthcare system. One of the most important driving forces in this work is the employees' efforts to develop and use models and methodologies for quality improvement.

The study was conducted as a case study. 8 people, representing different professions, have participated in the study. Qualitative, semi-structured interviews have been performed. The respondents were all employed at a department in Østfold Hospital Trust, which has introduced process improvement as a form of method.

Throughout the study I have investigated how process improvement models enable better interdisciplinary cooperation. I have also studied how the workform is influenced by organizational and structural factors. Østfold Hospital Trust has made adjustments in the formal structure by establishing horizontal coordination roles in order to provide coordination across the departments involved in the patient process. The survey shows that the improvement work at the unit is loosely coupled with overall strategies and structures in the hospital. The findings also suggest that there is varying knowledge of the improvement model as a whole. This characterizes the employee motivation to use the tools in the model. Interdisciplinary cooperation is consistently emphasized as important, and the findings show that the collaboration has changed after introducing the process improvement model.

Findings show that whether or not the process improvement models work in a professional environment depend on several factors. The findings in this survey have been discussed against cooperation aspects in the PINCOM model, as well as organizational frameworks such as; Goals, strategy and structure. Further, changes in a professional environment have been discussed based on instrumental and institutional perspectives of organizations.

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	4
1.0 INNLEDNING	5
Innledning	5
Kunnskapsgrunnet	6
Prosessbasert forbedring – modell og praksis	6
Organisatoriske og strukturelle rammer	8
Tverrfaglig samarbeid	9
Problemstilling og forskningsspørsmål	11
Avgrensning	13
Oppgavens oppbygning	14
2.0 PROSESSFORBEDRINGSMODELLER	15
Prosessforbedring i Sykehuset Østfold	15
Organisatoriske og strukturelle rammer i SØ.....	16
Verktøykasse i prosessforbedringsmodellen i SØ.....	17
Verktøy benyttet i studiens case	18
Evaluerings – pilot prosessforbedring SØ	19
Lean modellen	20
Hva er Lean	21
Kritikk av Lean.....	21
3.0 TEORI	23
Innledning	23
Organisasjonsteori	23
Mål og strategi	24
Struktur	27
Det instrumentelle perspektivet på organisasjoner	27
Det institusjonelle perspektivet på organisasjoner	29
Løskobling.....	31
Tverrfaglig samarbeid	32
PINCOM modellen.....	32
Forholdet mellom differensiering og integrasjon	34
4.0 METODE	36
Innledning	36
Casestudie som forskningsdesign	37

Utvalg av case	37
Dokumentgjennomgang	38
Intervjuer	38
Utvelging av informanter	39
Utarbeidelse av intervjuguide	40
Gjennomføring av intervjuer	40
Analyse av data fra intervjuene	41
Forskningsetiske refleksjoner.....	44
Min forforståelse.....	45
Validitet og reliabilitet	46
5.0 PRESENTASJON AV FUNN	48
Prosessforbedring - modell og praksis.....	49
Helhetsforståelse for modellen	49
Bakgrunn og målsetting for arbeidsmetoden.....	50
Bruk av modellens verktøy.....	53
Effekter og nytteverdi av prosessforbedringsmodellen	57
Forbedringsarbeid – en del av hverdagen?	59
Organisatoriske og strukturelle rammer	60
Prosessforbedringsstrategi og – struktur	61
Koordinering og samordning.....	62
Nærhet i lokalisasjon	62
Faktorer som fremmer eller hemmer samarbeid	63
Avklaring av roller og oppgaver.....	64
Kommunikasjon	65
Motivasjon for samarbeid.....	66
Oppsummering av funn fra de tre hoveddelene	67
6.0 DRØFTING AV FUNN	69
Innledning	69
Prosessforbedring – modell og praksis.....	69
Helhetsforståelse for modellen	70
Kontinuerlig forbedring.....	72
Tavlemøtet.....	73
Organisatoriske og strukturelle rammer	74
Overordnet mål og strategi	74
Struktur og samordning	76

Endringer i organisasjoner i lys av det instrumentelle perspektivet	76
Endringer i organisasjoner i lys av det institusjonelle perspektivet	78
Løskobling.....	80
Tverrfaglig samarbeid	81
Samarbeid på individ- og gruppenivå.....	82
Samarbeid på organisasjonsnivå.....	85
Oppsummering	86
7.0 AVSLUTNING	89
REFERANSELISTE.....	94

Oversikt over figurer:

- Fig.1.0, side 11
- Fig. 2.0, side 16
- Fig. 3.0, side 17
- Fig. 4a, side 17
- Fig. 4b, side 18
- Fig. 5.0, side 24
- Fig. 6.0, side 25
- Fig. 7.0, side 32
- Fig. 8.0, side 39
- Fig. 9.0, side 43
- Fig. 10.0, side 43

Vedlegg:

- **Vedlegg 1** – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring
- **Vedlegg 2** – Intervjuguide
- **Vedlegg 3** – Godkjenning NSD
- **Vedlegg 4** – Bekreftelse på endring av prosjektslutt NSD

FORORD

Jeg klarte det! Denne masteroppgaven markerer slutten på en reise som startet tilbake i 2012. Jeg har lest og lært mye om samarbeid, ledelse, organisasjonsutvikling og ikke minst forskning gjennom dette studiet. De siste ukene har jeg kanskje lært aller mest om hvordan tidsplaner er *løskoblet* fra praksis (!) Jeg har også erfart hvordan jeg fungerer på jobb etter fire timers søvn. Det har vært krevende - ingen tvil, men så fantastisk morsomt det er å ha gjennomført!

Tusen takk til Silje, Kine og Jørgen! For praktisk hjelp, korrekturlesning, og ikke minst mental støtte!! Jeg er så utrolig heldig som har min egen lille heiagjeng i dere - dere betyr alt! Tusen takk til Kjell Arne, som ALLTID har tro på meg, også når jeg selv ikke har det. Du har tålmodig sørget for å holde hjulene i gang i heimen, i en periode med lite bistand og deltagelse fra din andre halvdel. Du er unik!

«Den som gir seg har tapt – og du gir deg IKKE» - Klar beskjed fra min kjære mamma på over åtti år. Hun vet hva hun snakker om – jeg ga meg ikke! Takk for at du i hele mitt liv har hatt en totalt urealistisk tro på alt jeg gjør.

Takk til informantene mine! Uten dere hadde dette ikke blitt noen oppgave. Jeg setter stor pris på at dere tok dere tid til å dele deres erfaringer, kunnskap og engasjement med meg – Tusen takk!

Min arbeidsgiver - som har gitt meg tid og rom til å gjennomføre hele dette studiet. En spesiell takk til Anne Margrethe for støtte, oppmuntring og stor tålmodighet den siste tiden før innlevering. Alle dere kollegaer som har holdt ut med begrenset mental kapasitet og lite tilgjengelighet i perioder! – Tusen takk!

Takk til venner og annen familie som den siste tiden har hatt minimale forventninger til min sosiale deltagelse, men som allikevel alltid er der og heier i kulissene – tusen takk!

Sist og definitivt mest – Takk Catharina! Jeg kan ikke se for meg hvordan dette skulle gått uten deg som veileder. Takk for at du så å si aldri har gitt meg følelsen av å være helt fornøyd. Det har fått meg til å strekke meg enda litt lenger. Dette har du balansert perfekt med støtte og oppmuntring i de litt tyngre periodene! Tusen takk Catharina!

Nå kan sommeren bare komme!

1.0 INNLEDNING

Innledning

Internasjonale medisinske forskningsmiljøer generer nærmest daglig ny kunnskap innen behandling og forebygging av sykdom. På den måten endres standarder for hva som er gode helsetjenester fortløpende. Dette utløser i sin tur krav til spesialisthelsetjenestens forvaltning av ressurser og organisering av sine tjenester (Sykehuset Østfold, prosjektdirektiv 2014).

Tverrfaglig samarbeid har i lengre tid fått stor oppmerksomhet både i norske og i internasjonale sammenhenger. Verdens helseorganisasjon (WHO) viser i en rapport fra 2010, til et fragmentert globalt helsesystem i krise. Rapporten fokuserer på verdien av tverrfaglig samarbeid som strategi for å bedre helsetilbudet, og ber politikere og myndigheter om å handle raskt ut fra dette (WHO, 2010).

Krav om økt tverrfaglig samarbeid i tillegg til forventninger om et mer effektivt helsevesen, fører til et behov for å etablere forbedringsmodeller og verktøy som understøtter dette arbeidet. Organisasjonsutviklingen synes å være preget av et fokus på verdiskapende prosesser, som består av aktiviteter som går horisontalt gjennom organisasjonen, på tvers av faglig bakgrunn og profesjon (Bolman & Deal, 2009).

Dersom man legger til grunn at kontinuerlig kvalitetsforbedring handler om å kombinere ny medisinsk kunnskap med kunnskap om organisasjonsutvikling, vil det i dette ligge en erkjennelse av at organisatoriske rammer og modeller påvirker kvaliteten på tjenestene (Den norske legeforening, (DNL), 2013). I strategisk utviklingsplan for Helse Sør- Øst (2013), er rammen satt for tverrfaglig samarbeid og kvalitetsarbeidet i helseforetakene. Her heter det at god kvalitet forutsetter at alle tiltak skal være samordnet og preget av kontinuitet. Det skal arbeides med pasientforløp, tverrfaglighet og pasientansvar (Helse Sør-Øst RHF, 2013).

Sykehuset Østfold (SØ) har de siste årene hatt fokus på prosessbasert forbedring, og har utviklet en egen prosessforbedringsmodell. De har som uttalt målsetning at alle avdelinger og enheter skal arbeide målrettet og systematisk med kvalitetsforbedringer gjennom å ta i bruk denne modellen. Hvordan er det så å arbeide etter prosessforbedringsmodeller i praksis?

Bakgrunn for min interesse for dette tema, handler i stor grad om utdanning og arbeidserfaring. Jeg er utdannet sykepleier og har innehatt flere ulike roller og funksjoner innenfor spesialisthelsetjenesten de siste årene. Som sykepleier i klinisk arbeid, og som leder i

en stor og kompleks organisasjon, har jeg erfart at mange helsearbeidere legger ned en stor innsats i å levere kvalitetsmessige gode tjenester til pasientene – hver eneste dag!

På tross av dette mener jeg det ligger et uforløst potensiale i å utvikle samarbeidet. Både mellom enkeltindivider og mellom spesialiserte enheter innenfor organisasjonen. Erfaring viser at sykehus har utfordringer knyttet til å gjennomføre en systematisk og tverrfaglig tilnærming til sammensatte problemstillinger hos pasienten. Mange som arbeider innenfor spesialisthelsetjenesten - og sannsynligvis enda flere pasienter - vil nok være enige i at det til tider er behov for å styrke koordinering og samordning mellom spesialiserte fagområder. Spørsmålet er hvordan dette skal løses i praksis.

Forbedringsmodeller og strategier som skal bidra til å øke kvaliteten på pasientbehandlingen gjennom å samordne og effektivisere arbeidsprosesser, utarbeides og implementeres i helseforetakene (Grøndalen, 2013). I hvilken grad modeller og metodikk møter klinikerne i deres arbeidshverdag mener jeg er et interessant tema. Formålet med denne studien er å undersøke hva som skjer mellom mennesker som arbeider med prosessforbedringsverktøy og hvordan samarbeidet påvirkes av arbeidsformen. Følgende problemstilling er derfor utarbeidet for studien:

«Hvordan fungerer prosessforbedringsmodeller i arbeidshverdagen?»

Videre i denne delen presenteres kunnskapsgrunnet for oppgaven. Avslutningsvis i dette kapitlet presenteres problemstilling og studiens forskningsspørsmål mer inngående.

Kunnskapsgrunnet

Prosessbasert forbedring – modell og praksis

Kvalitetsforbedring i helsevesenet innebærer som nevnt innledningsvis, å kombinere profesjonell kunnskap knyttet til behandling og diagnostikk, med organisasjonsutvikling. Dette med en erkjennelse av at de systemer og modeller som utgjør rammen for det medisinskfaglige arbeidet er en medvirkende faktor for kvalitetsforbedring (DNL, 2013).

Mange av de prosessforbedringsmodellene som i dag blir benyttet for å øke kvaliteten på pasientbehandlingen innen sykehusdrift, bygger på nettopp denne erkjennelsen. Studier viser at Lean er en forbedringsmodell som har funnet sin vei inn i de fleste norske sykehus. Alle de regionale helseforetakene gjennomfører i større eller mindre grad, tiltak for å bedre kvaliteten

på pasientbehandlingen og effektivisere arbeidsprosesser ved sykehusene. Dette ved hjelp av metoder som har elementer fra Lean modellen. Helseforetakenes erfaring med prosessforbedringsmodeller indikerer også at arbeidsformen har bedret de ansattes trivsel og arbeidssituasjon (Grøndalen, 2013).

I en artikkel om prosessforbedring ved Blakstad sykehus fra 2009 (Konsmo & Westerheim, 2009), fremholdes det at forbedringsmetoden er praktisk og nyttig i kvalitetsforbedring som fokuserer på pasientforløpene. Ved hjelp av flytskjemaer og ulike målinger utarbeides detaljerte beskrivelser av de ulike prosessene. Dette arbeidet ble oppfattet å gi et viktig grunnlag for økt bevisstgjøring av hvordan det arbeides i organisasjonen. Videre konkluderes det med at prosessforbedringstiltakene som ble gjennomført i organisasjonen, resulterte i økt forståelse og samarbeid mellom de ulike faggruppene og profesjonene, samt økt brukermedvirkning og pasienttilfredshet (Konsmo & Westerheim, 2009).

I en kunnskapsoppsummering fra Den norske legeforening (DNL, 2013) refereres det til en studie som hevder at forståelsen for samspillet mellom de lokale forhold og den metoden som velges, er av større betydning enn *hvilken metode man velger*. Videre vektlegges betydningen av profesjonenes medvirkning og involvering i utarbeidelse og innføring av forbedringsmodeller. For øvrig er viktigheten av at det gis tilstrekkelig tid og støtte i implementeringen av nye forbedringsmodeller vektlagt.

Reeves et al. (2010) beskriver begrepet; *Quality improvment (QI)*, her blir det forutsatt at medlemmene av teamet kommer sammen, med utgangspunkt i å arbeide for å bedre *kvaliteten* på produktet. Anvendelsen av QI tilnærming i helse- og sosialvesenet har sine begrensinger. Studier har vist at denne formen for tilnærming vil kunne forbedre kvaliteten på produktet som leveres av teamet, men det har blitt viet liten oppmerksomhet til hvordan QI påvirker selve samarbeidet og samarbeidsprosessen (Reeves et al., 2010). Dersom helseforetakene innfører prosessforbedringsmodeller med formål om å bedre *kvaliteten* på tjenestene, kan man ved å legge QI begrepet til grunn, anta at det er forbedringsmodellen som i seg selv gir de ønskede resultater. Videre vil graden av samarbeidet mellom de impliserte få mindre betydning for sluttresultatet (Willumsen, 2012).

Andre vil hevde at tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å lykkes med kvalitetshevning via prosessforbedringsmodeller. En studie som har sett på betydningen av samarbeid ved innføring av Lean modellen i sykehus, viser til at denne metodikken krever tettere samarbeid enn tidligere, med spesielt vekt på samarbeid mellom profesjoner. Videre heter det i samme undersøkelse, at mestring og tilpassing i forhold til teamdynamikk, er av vesentlig betydning

ved innføring av prosessbaserte verktøy som eksempelvis Lean modellen representerer (Myhre, 2011).

Jeg har funnet et begrenset antall studier som har undersøkt hvordan det arbeides med prosessforbedringsmodeller *etter* at prosjekter og pilotperioder er over. I studien «Hvordan lykkes med implementering av Lean?» undersøkes dette fenomenet ved to pasientforløpsprosjekt ved Universitetssykehuset Nord-Norge (Aarrestad & Lindquister, 2014). Her vises det til at flere bedrifter som tar i bruk prosessforbedringsmodeller har utfordringer knyttet til å implementere selve filosofien og helheten i modellen, og ikke bare benytte verktøyene. Forfatterne mener dette kan skyldes en fremtredende tankegang om at denne type forbedringsmodeller er et prosjekt med en begynnelse og en slutt. Dette kan gi utfordringer i forhold til å skape forståelse for at forbedringsarbeidet skal være en kontinuerlig prosess. Dette synet på modellen understøttes og understrekes ved at mange av deltagerne i studien, opplevde det vanskelig å prioritere Lean arbeid i tillegg til sine daglige gjøremål (Aarrestad & Lindquister, 2014).

Nasjonale og lovpålagte føringer om samarbeid påvirker både strukturer, koordineringsstrategier og funksjoner i tjenesteorganisasjonene (Willumsen, 2012). Jeg vil videre presentere kunnskapsgrunnlaget innenfor disse rammene.

Organisatoriske og strukturelle rammer

Spesialhelsetjenesten i Norge er organisert i fire regionale helseforetak. De regionale helseforetakene er moderselskap for underliggende lokale helseforetak. Disse er dermed å regne som egne organisasjoner, samtidig som de er endel av en større organisasjonsenhet. På toppen av dette finner vi det statlige apparatet som styrer via nasjonale lover og retningslinjer, samt via økonomiske rammer og overføringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

De fleste organisasjoner har et funksjonelt syn på seg selv. Dersom medarbeidere blir bedt om å illustrere en organisasjons oppbygning, er det sannsynlig at avdelinger og rollehierarkier vil bli tegnet opp (Bolman & Deal, 2009). Dette er på ingen måte feil, men det er heller ikke den eneste måten å gjøre det på. Fokus på prosessene som går på tvers av organisasjonens interne grenser kan også være en måte å forstå og å oppnå verdiskaping (Bolman & Deal, 2009).

Sykehuset Østfold er organisert etter en tradisjonell vertikal modell med en formell kommandolinje og formell inndeling i klinikker, avdelinger og seksjoner. Dette kan gi spesialiseringsfortrinn, men kan også medføre samordningsutfordringer (Bolman & Deal,

2009). SØ har på bakgrunn av deres prosessorienterte strategi innført horisontale samordningsroller i form av prosesseiere. Samordningen skal etter intensjonen understøtte gjennomføring av kritisk viktige pasientforløp.

En studie foretatt ved Norges Handelshøyskole (Hermansen & Salthaug, 2014), omhandler nettopp denne prosessorientering og prosessledelsen ved SØ. Undersøkelsen viser til at helseforetaket tilnærmer seg arbeidet med prosessforbedring gjennom en klar metodikk for utvikling av pasientforløp med støtte fra prosessveiledere og prosesseiere til å gjennomføre dem. Forfatterne avslutter med en hentydning til at få ansatte i SØ ser organisasjonens tjenester som sammensatt av prosesser. De ser dette som et resultat av for liten opplæring og involvering i prosesstankegangen som helhet. Dette gjelder spesielt for de som ikke er direkte involvert i arbeidet med å kartlegge og utvikle pasientforløpene (Hermansen & Salthaug, 2014). Dette kan gi utfordringer i arbeidet med å bygge en kultur for kontinuerlig prosessforbedring i hele organisasjonen (SØ, strategiplan 2017-2020). I Eriksson-Zetterquist et al. (2014), tas det til orde for at det fortsatt er klinikernes arbeid og innsats i organisasjonsutvikling som er å anse som en av de viktigste drivkreftene bak utvikling av teoretiske metoder og modeller innenfor organisasjonsteorien (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

Tverrfaglig samarbeid

I Norge har kravet om bedre samarbeid i helse- og sosialsektoren blitt fremmet via offentlige lovreguleringer og dokumenter i over 20 år. Det eksisterer et ideal om at tverrfaglig samarbeid er en god måte å ivareta en helhetlig tilnærming med pasienten i fokus. Dette i et stadig mer spesialisert og til dels fragmentert helsevesen. Til tross for denne gode intensjonen har vi kommet relativt kort innen utviklingen av tverrfaglig samarbeid i teori og praksis (Willumsen, 2012). I litteraturen blir kjennetegnet på tverrprofesjonelt samarbeid blant annet beskrevet som: «... at flere profesjoner jobber tett sammen» (Willumsen, 2012:21). Dette dreier seg altså om samarbeid mellom ulike profesjoner, fagområder eller yrkesgrupper. Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte begrepet *tverrfaglig* samarbeid synonymt med tverrprofesjonelt, da dette er et kjent og hyppig benyttet begrep i Norge (Willumsen, 2012).

Det finnes mange ulike definisjoner på tverrfaglig samarbeid. Payne` (2005) definisjon av *open teamwork* kan ifølge Willumsen (2012) være relevant dersom deltagelsen i teamet kan variere og avhenge av hvilke problemstillinger teamet står ovenfor:

The professional and multiprofessional teams and the network of people we link with in the community and team working and networking together as and integrated form of practice (Payne 2005:5 i Willumsen, 2012:23).

Synergieffekten av tverrfaglig samarbeid kan forstås som annerledes eller større når hver enkelt faktor fungerer sammen til, forskjellig fra hva enkeltkomponentene oppnår alene. Felles forståelse for metode, tildelte roller og fastlagte prinsipper for arbeidet kan dermed bedre resultatene for pasienten (Willumsen, 2012).

Det eksisterer som beskrevet ovenfor, et ideal om at tverrfaglig samarbeid er en viktig faktor i arbeidet med å ivareta en helhetlig og kvalitetsmessig god pasientbehandling. Willumsen (2012) stiller allikevel spørsmål ved om samarbeid alltid er bra. Hun viser til gjennomgang av internasjonale studier som er gjort på; forekomst av samarbeid, utfordringer knyttet til å etablere samarbeidsrelasjoner og hvorvidt samarbeid tjener saken. Egelund & Sundell (2011) hevder ifølge Willumsen (2012) at det ikke finnes belegg for å si at samarbeid alltid er bra. Dette begrunnes for det første med at samarbeid er svært vanskelig å få til. Videre at de effekter og gevinster som måtte vises, avhenger av at mange forutsetninger er tilstede. Samlet sett gjør dette at utfallet av samarbeid kan oppfattes som heller tvilsomt (Willumsen, 2012:28).

Denne kompleksiteten i samarbeidsprosessen som kommer til syne her, støttes av Vangen & Huxman (2012). De påpeker at dersom det skal oppnås gevinster ved samarbeid, kreves en aktiv håndtering av selve samarbeidsprosessen. For å forstå samarbeidets natur, må man dra fordeler av ulike profesjoner kompetanse, samtidig som man respekterer deres individuelle behov og ambisjoner (Vangen & Huxman, 2012).

I en studie som er gjennomført ved Universitetet i Stavanger, gjort på oppdrag fra Helse Vest (Leonardsen, 2013), viser til funn som tyder på at det tverrfaglige samarbeidet i organisasjonen har innvirkning på pasientutfallet etter sykehusbehandling. Det fremkommer at ulik opplevelse av samarbeidet innad i et operasjonsteam har negativ effekt på behandlingsresultatene. Videre vises det til utfordringer knyttet til det å skape en *felles opplevelse av samarbeid* i det tverrfaglige teamet. De finner at det kan eksistere ulike opplevelser av hvor godt eller dårlig samarbeidet oppfattes, både mellom leger og sykepleiere, samt innad i de ulike gruppene. Der hvor sykepleierne melder om et godt samarbeid mellom teammedlemmene, viser det seg at pasientutfallet er bedre (Leonardsen, 2013). Funnene

understøtter den oppfatningen flere har av samarbeidets betydning for å ivareta god kvalitet på pasientbehandlingen. Studien møter også den tidligere nevnte rapporten fra WHO (2010), som viser til hvordan tverrfaglig samarbeid kan gi økt kvalitet på helsetjenestene.

Problemstilling og forskningsspørsmål

Det drives i dag systematisk prosessforbedring gjennom en egenutviklet modell i SØ.

Modellen baserer seg på metoder med dokumentert effekt innen sykehus.

Prossessorienteringen skal bidra til å binde sammen de ulike funksjonene rundt pasienten og skape gode tverrfaglige pasientforløp. Målet er økt kvalitet på pasientbehandlingen. Det er også en uttalt målsetning for sykehuset at det bygges en kultur for prosessforbedring i hele organisasjonen (SØ, strategiplan 2014-2017).

Pilotering av modellen og dens verktøy, ble gjennomført ved flere avdelinger i SØ. Blant disse var den ene av de to operasjonsavdelingene. Ett kirurgisk fagområde med tilknytning til operasjonsavdelingen var med som pilot fra starten av.

Innenfor den operative virksomheten finner vi flere fagområder, profesjoner og yrkesgrupper som arbeider sammen (Se fig 1.0). Alle med hver sin linjeledelse.

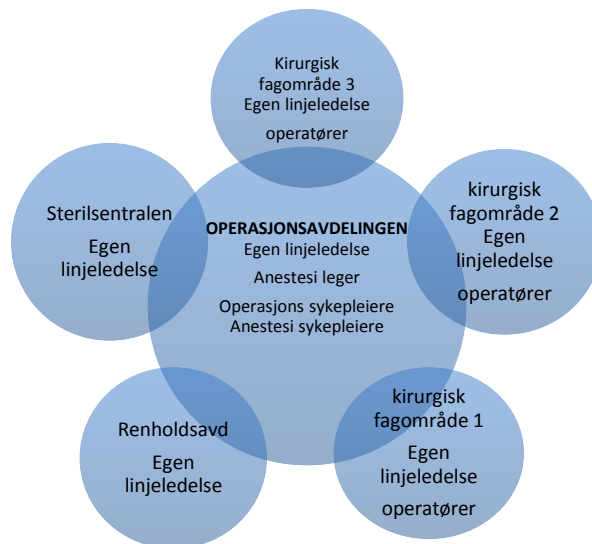


Fig.1.0 Medarbeidere fra alle operative fagområder, sterilsentralen og renhold arbeider sammen på operasjonsavdelingen. Alle med hver sin linjeledelse.

Operasjonsavdelingen ble forespurt om deltagelse i pilotering av forbedringsmodellen etter å ha opplevd utfordringer knyttet til høyt sykefravær, lav produksjon og ineffektivitet i arbeidet.

Modellen som ble utarbeidet gjennom prosjektperioden er nå implementert ved pilotavdelingene. Arbeidsformen er innført og forbedringsmodellen er med det videreført uavhengig av prosjektet. Andre fagområder og seksjoner i SØ skal etter planen involveres i metodikken i løpet av 2017.

Formålet med denne studien er som nevnt innledningsvis å undersøke hvordan det er å arbeide etter prosessbaserte modeller. Det finnes et stort antall internasjonale studier som er gjort på implementering og anvendelse av forbedringsmodeller i helsevesenet. Flere av de norske studiene som er funnet på dette tema, har hatt fokus på hvordan prosjektering og pilotering av prosessforbedringsmodellene har foregått. Andre viser til utfordringer knyttet til «overleveringen av modellen» fra prosjekt til drift (Aarrestad & Lindquister, 2014).

Dersom man legger til grunn at medlemmene i organisasjonen er å regne som premissleverandører for hvordan arbeidsformer forvaltes og implementeres i organisasjonen (Eriksson- Zetterquist et al., 2014), mener jeg det er interessant å studere hvordan det oppleves å arbeide etter prosessforbedringsmodeller *etter* at prosjekt og piloteringsperioder er over. Jeg ønsker med denne studien å bidra til å belyse hvordan denne arbeidsformen oppleves å fungere i den ordinære driften - blant medarbeidere som jobber etter modellen.

Enkelte vil hevde at prosesstankegangen fokuserer mer på sluttresultatet og mindre på samarbeidsprosessen som ligger i pasientbehandlingen. Samarbeidet blir da ikke et mål i seg selv, men kun å anse som et middel for å nå kvalitetsmessige forbedringer (Vikkelsø & Vinge, 2004). Andre påpeker at innføring av prosessbasert forbedring krever tettere samarbeid enn tidligere, med spesielt vekt på økt samarbeid mellom profesjoner (Myhre, 2011).

Det sistnevnte beskriver samarbeidet nærmest som en *forutsetning* for at organisasjonens valg av metode kan fungere optimalt. Tidligere studier som er funnet på effekter av prosessforbedringsmodeller, dreier seg i stor grad om hvorvidt prosessorienteringen bidrar til kvalitetsforbedring og ressursutnyttelse, og har i mindre grad fokus på i hvilken grad arbeidsformen påvirker det tverrfaglige samarbeidet i organisasjonen.

Dersom tverrfaglig samarbeid er et mål for organisasjonen, kan man anta at samarbeidet vil endres over tid - gitt at organisasjonens struktur og strategi understøtter og legger til rette for dette (Bolman & Deal, 2009). Denne studien vil bidra til å belyse hvordan forbedringsmodellens arbeidsform påvirker samarbeidet i organisasjonen.

Med dette har jeg kommet frem til følgende hovedproblemstilling for oppgaven:

«Hvordan fungerer prosessforbedringsmodeller i arbeidshverdagen?»

For å besvare denne problemstillingen er det er nødvendig å studere prosessforbedringsmodellen og de verktøy som benyttes i SØ. Første forskningsspørsmål blir derfor:

«Hvordan arbeides det etter prosessforbedringsmodellen i SØ?»

Oppgaven tar også sikte på å belyse i hvilken grad organisasjonens mål, strategi og struktur påvirker prosessforbedringsarbeidet i organisasjonen. Forskningsspørsmål nummer to blir derfor:

«Hvordan påvirkes arbeidsformen av organisatoriske og strukturelle rammer?»

Som tidligere vist vil samarbeidet kunne endres over tid, gitt at det legges til rette for dette i organisasjonen (Bolman & Deal, 2009). Med dette som bakteppe utformes det tredje forskningsspørsmålet for studien:

«Hvordan muliggjøres bedre samarbeid ved hjelp av arbeidsformen?»

Avgrensning

Prosessforbedringsmodellen i SØ er utarbeidet på bakgrunn av pilotering ved flere avdelinger og seksjoner. Når jeg skal undersøke hvordan modellen fungerer i arbeidshverdagen, har jeg i det foregående antydnet implikasjoner i form av samarbeid mellom enheter og mellom enkeltindivider. I tillegg til organisatoriske rammers betydning for arbeidsformen. Dette innebærer ikke at jeg utelukker andre faktorer som kan ha en betydelig innvirkning på hvordan arbeidsformen oppleves å fungere i arbeidshverdagen. Det betyr heller ikke at jeg ikke anerkjenner det faktum at andre pilotavdelinger kan sitte med andre erfaringer eller opplevelser av hvordan arbeidsformen fungerer. Jeg har i det foregående beskrevet formålet og bakgrunn for oppgaven. Det er videre gitt en begrunnelse for valgte forskningsspørsmål for studien. Dette er å anse som argumentasjon for prioritering av implikasjoner. Selve avgrensningen er foretatt på bakgrunn av studiens begrensede omfang.

Oppgavens oppbygning

I kapittel to presenteres SØ forbedringsmodell med tilhørende verktøy og samordningsstrategi. Kapittel tre inneholder den teoretiske forankringen for studien. Det redegjøres her først for organisasjonsteori med vekt på organisasjoners utvikling av mål, strategi og struktur. Deretter gjøres det rede for det instrumentelle og det institusjonelle perspektivet på organisasjoner. Deler av PINCOM modellen presenteres for å bidra til refleksjoner rundt hvordan samarbeid i organisasjoner kan endres eller utvikles. Videre gjøres det rede for forholdet mellom differensiering og integrasjon i spesialisthelsetjenesten. Samlet skal dette bidra til å belyse og besvare problemstillingen for studien.

Kapittel fire inneholder en grundig redegjørelse for valg av design og metode benyttet i undersøkelsen. Videre forklares og begrunnes metodiske valg knyttet til innhenting av data og det påfølgende analysearbeidet. Avslutningsvis i dette kapitlet beskrives refleksjoner i forhold til forskningsetikk, validitet og reliabilitet. I kapittel fem presenteres funn fra undersøkelsen. Funnene drøftes videre i kapittel seks. Drøfting av funn gjøres opp mot tidligere presentert materiale i kapittel to, samt teorigrunnlaget for oppgaven i kapittel tre. Avslutningsvis i kapittel syv oppsummeres undersøkelsen opp mot problemstillingen. Videre er det gjort refleksjoner knyttet til egen studie og videre forskning.

2.0 PROSESSFORBEDRINGSMODELLER

«Gjør alt så enkelt som mulig, men ikke enklere» (A. Einstein).

I dette kapitlet presenteres SØ forbedringsmodell med tilhørende verktøy som benyttes i prosessforbedringsarbeidet. Dette materialet anses som et viktig bidrag for å besvare oppgavens første forskningsspørsmål; «Hvordan arbeides det etter prosessforbedringsmodellen i SØ?» Sammen med den teoretiske forankringen for oppgaven, som presenteres i kapittel tre, vil en presentasjon av modellen gi bedre grunnlag for å besvare oppgavens hovedproblemstilling. Videre gjøres det kort rede for organisatoriske og strukturelle aspekter som danner rammen for prosessforbedringen i dette sykehuset. Etersom metodikken i SØ baseres på enkeltelementer fra Lean modellen, vil jeg avslutningsvis i dette kapitlet presentere deler av denne modellen i et historisk perspektiv.

Prosessforbedring i Sykehuset Østfold

Som et ledd i arbeidet med å utvikle modellen, ble det i 2015/2016 gjennomført pilotering ved fem av sykehusets avdelinger. Hensikten med å pilotere prosessforbedring var å prøve ut ulike metoder og verktøy på forskjellige områder innenfor sykehusets virksomheter. Erfaringer gjort i prosjektperioden ble deretter benyttet i utviklingen av forbedringsmodellen i SØ (Sundstøl, 2016). Modellen skal bidra til å skape en kultur for prosessforbedring i organisasjonen, og skal videre bygge inn kvalitet i alle arbeidsprosesser og pasientforløp (SØ, strategiplan 2014-2017).

Fire hovedprinsipper er styrende for modellen i sykehuset:

- Kontinuerlig forbedring
- Pasienten i sentrum
- Medarbeiderdrevet
- Ledelsesforankret

Sykehuset Østfolds prosessforbedringsmodell er utarbeidet med elementer fra Lean. Ved å ta i bruk elementer fra anerkjente metoder som har vist dokumentert forbedring av prosesser ved internasjonale sykehus, har SØ utviklet sin egen metodikk for å bedre flyteffektiviteten i kjerneprosessene i organisasjonen (SØ, strategiplan 2014-2017). Se fig 2.0.



Fig. 2.0 viser modell for prosessforbedring i SØ

Organisatoriske og strukturelle rammer i SØ

Den tradisjonelle linjeorganiseringen kan møte utfordringer knyttet til å ivareta helheten i pasientforløpene. Sykehuset Østfold har en struktur med tradisjonell vertikal linjeledelse. I tillegg har det gjennom det prosessorienterte forbedringsarbeidet, blitt opprettet funksjoner eller roller (prosseieier) som har et horisontalt samordningsansvar. Prosesseierne skal sikre gjennomføring av pasientforløp og forbedringsarbeid knyttet til arbeidsprosesser. Det er også opprettet en prosessdirektørstilling med ansvar for prosesseierne. Se fig. 3.0. Denne prosessorganiseringen vil ifølge sykehuset: ... *ivareta helheten, skape bedre kvalitet og øke pasientsikkerheten* (SØ, strategiplan 2017-2020:3). Endringene kan forstås som en tilpasning av struktur for å understøtte det organisasjonen ønsker å oppnå (Bolman og Deal, 2009).

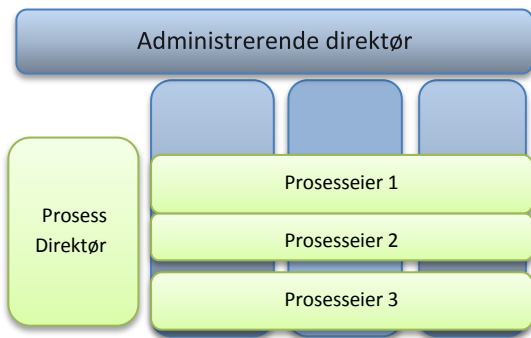


Fig. 3.0 Illustrerer forbedringsprosesser / pasientforløp som går horisontalt gjennom den vertikaldelte strukturen. Prosessene involverer her flere ulike fagområder, og skal ivaretas av prosesseierne.

Verktøykasse i prosessforbedringsmodellen i SØ

Sykehuset i Østfold har som mål å utvikle og forbedre pasientforløpene som beskriver pasientens gang gjennom helsetjenesten. Forløpene skal inneholde tverrfaglig og koordinerte behandlingsprosesser. Videre skal det sikres effektiv ressursutnyttelse og gi målbare resultater. Pasientforløpene skal ha høy grad av standardisering, men samtidig ivareta den enkeltes individuelle behov (Sundstøl, 2016).

I tillegg arbeider SØ med systematisk prosessforbedring av alle andre typer arbeidsprosesser. I dokumentet; *Strategi for pasientforløp og prosessforbedring 2017-2020*, presenteres målsetning om å gjennomgå og forbedre logistikkprosesser, administrative prosesser og andre støtteprosesser i SØ (Sundstøl, 2016). Forbedringshjul og verktøyene som benyttes i dette arbeidet, presenteres i figurene 4a og 4b.

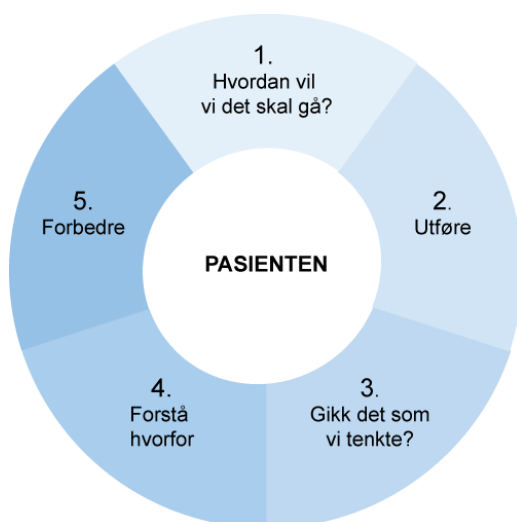


Fig.4a Forbedringshjul.

<p>1.Hvordan vil vi at det skal gå?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Innhenting av fakta, kartlegge og beskrive pasientforløpet - Skygge forløp og arbeidsprosesser - Beskrive ønsket pasientforløpet. - Gjøre en verdistrømsanalyse 	<p>2.Uføre- prøve ut den nye løsningen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Småskalatest og enkle registreringer - lage målekalender- ble det rett i dag? - Lage diagrammer. 	
<p>3.Gikk det som vi ville?</p> <p>Samle personalet (gjern i forbedringsmøtet) og gå gjennom målinger og erfaringer.</p> <p>Gikk det som vi tenkte? Hvis så er tilfelle; vedta endringen. Hvis ikke: prøv ut nye tiltak/løsninger</p>	<p>4. Forstå hvorfor - Finn rot årsaken</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fiskebensdiagram -Paretoanalyse 	<p>5.Forbedre systematisk</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Litt bedre - hver dag!</u> -Forbedringsmøtet Forbedringsworkshop -Forbedringsplakat og idéplakat -Bruke pasientens erfaringer i det systematiske forbedringsarbeidet- ringe pasienten

Fig. 4b. Sammenfattet informasjon om verktøy knyttet til de ulike fasene i forbedringshjulet (4a).

Verktøy benyttet i studiens case

Tavlemøter og måletall

Forbedringstavle kan benyttes som et kontinuerlig forbedringsverktøy. Dette er en tavle som henges opp på et synlig og tilgjengelig sted i avdelingen. I oppgavens case er denne tavlen hengt opp på enhetens arbeidsområde og skal fungere som et samlingspunkt en gang per uke. Tavlen er utstyrt med rubrikker for ulike måleparameter som sammen med forbedringsforslag som kommer frem, skal danne grunnlaget for selve møtet. Dersom endringer eller forbedringer foreslås, skal teamet sammen beslutte hvordan dette skal følges opp videre. Møtet skal være effektivt og kortvarig. Intensjonen med tavlen er å gjøre det visuelt enkelt å få oversikt over resultater og områder som må forbedres.

Verdistrømsanalyse, «pasientreise» og pasientintervju ble i oppgavens case, gjennomført i piloteringsperioden.

Verdistrømsanalyse

Dette er et verktøy som skal bidra til å kartlegge hele kjeden av hendelser i en verdikjede. Overført til studiens case, er pasienten utgangspunktet og pasientforløpet skal kartlegges fra innleggelse via operasjon til pasienten er hjemme etter utskrivelse. Kjeden kartlegges ofte ved bruk av gråpapir som festes til veggen. Dette er en visuell gjennomgang av hva som utgjør verdi for pasienten og hvilke aktiviteter som ikke gjør det. «Flaskehals» og hindringer for et optimalt forløp synliggjøres, og forslag til optimale forløp fremkommer. Denne metodikken benyttes også i arbeidet med å kartlegge og forbedre andre arbeidsprosesser.

«Pasientreise» og pasientintervju

Dette er to verktøy som fremkommer i SØ modell. Pasientenes «reise» gjennom sykehuset, fra innleggelse til utskrivelse ble kartlagt av de medarbeiderne som deltok på fellessamlinger i pilotperioden. I tillegg gjennomførte de intervju av pasienter, med fokus på deres opplevelse og erfaringer i møte med sykehuset.

Evaluering – pilot prosessforbedring SØ

Avdelingene som var med i piloteringsperioden, deltok med avdelingssjef, seksjonsleder, samt en fagperson fra klinikken i evalueringen (Sundstøl, 2016). Evalueringen ble gjennomført ved hjelp fokusgruppeintervjuer, der deltagerne ble intervjuet avdelingsvis. På spørsmål om programmet hadde bidratt til å styrke det systematiske prosessarbeidet i avdelingen/seksjonen ga deltagerne gjennomgående positive svar:

Alle fokusgruppene vurderer at programmet har styrket det systematiske prosessarbeidet i avdelingen/seksjonen, og anbefaler lederkolleger i sykehuset å gjennomføre samme program» (Sundstøl, 2016:5).

Mange organisasjoner satser på forbedringsarbeid via modeller med elementer fra Lean metodikken. Noen lykkes med implementeringen - andre ikke (Ivarsson & Molin, 2013).

I SØ viste evalueringen etter pilotperioden til gode erfaringer blant ledere og utvalgte klinikere. De rapporterte om at bruk av forbedringsmøter og verdistrømsanalyser bidro til konkrete endringer og forbedringer i enhetene. Videre opplevde deltagerne at arbeidsformen førte til større pasientfokus og ga inspirasjon og oppmerksomhet på systematisk forbedringsarbeid generelt (Sundstøl, 2016).

Denne studien har til hensikt å belyse hvordan metodikken fungerer innenfor rammene av ordinær drift.

Lean modellen

Sykehusets modell har som nevnt elementer fra Lean modellen. I litteraturen blir Lean beskrevet som en kvalitetsforbedringsmodell som ved hjelp av ulike verktøy, hjelper til å effektivisere driften (Torgersen, 2011). Modellen kan forstås som en metode for å optimalisere alle prosesser i en organisasjon. Dette skjer ved å ha fokus på at virksomheten skal bruke tid og ressurser på de riktige tingene, til rett tid i riktig mengde. Videre skal metoden gjennom bruk av ulike verktøy, bidra til å gjøre arbeidsprosesser enklere og pasientforløp mer kvalitetsorienterte (Vikkelsø & Vinge, 2004).

I litteraturen har optimeringsparadigme tidligere blitt beskrevet som en retning som oppstod da Fredric Winslow Taylor (1856-1915) grunnla Scientific Management, også kalt Taylorisme. Taylor oppnådde i sin tid store produksjonsgevinster gjennom å optimalisere arbeidsprosesser i produksjonsenheter. Dette via effektivisering og standardisering av oppgaver i produksjonen. Tanken bak hans metode var å la eksperter (de intellektuelle) gjennomgå metoder og arbeidsformer i en systematisk analyse der den beste metoden identifiseres og innføres. De intellektuelle, i dette tilfellet ingeniørene, skulle videre instruere arbeiderne i hvordan de skulle utføre sine oppgaver. Taylors skille mellom manuelt og intellektuelt arbeid var klart og tydelig, og dette var en av årsakene til at han ble utsatt for stor kritikk i sin tid (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

Sett i et historisk perspektiv er nå Taylorismen høyaktuell i forståelsen av moderne metoder og modeller for utvikling av arbeidsprosesser og pasientforløp. I helsevesenet blir Taylorismen presentert i ny innpakning gjennom Lean modellen (Vikkelsø & Vinge, 2004).

Lean har sitt utspring fra bilprodusenten av Toyota på 80-90 tallet. Toyotas modell for organisering ga høyere produksjonsresultater, bedre kvalitet og viste til større grad av fleksibilitet enn sine konkurrenter (Rolfen et al., 2014). Modellen ble senere videreutviklet av James Womack, slik at verktøy og metodikk kunne benyttes andre steder enn i bilindustrien. Dette har medført at Lean modellen nå benyttes både i offentlige og private virksomheter (Torgersen, 2011).

Hva er Lean

Lean kan forstås som en modell eller som en strategi som omfatter alt arbeid innenfor en organisasjon. For å lykkes med innføring av Lean, hevdes det at både organisasjonskulturen, lederskapet og medarbeidernes tankesett må tilpasses Lean strategien (Pettersson et al., 2008).

Flyteeffektivitet er et begrep som ansees for å være helt sentralt innenfor denne modellen. Denne formen for effektivitet skapes gjennom først å kartlegge alle arbeidsprosesser i organisasjonen, for deretter å fjerne all «ikke verdiskapende» aktivitet i arbeidsprosessene. Tradisjonelt har virksomheter hatt fokus på ressurseffektivisering. Denne formen for effektivisering foregår gjerne innenfor den enkelte avdeling eller enhet i en organisasjon. Innenfor Lean ansees dette som «silo» tenkning, hvor man bremser flyten i arbeidsprosessene. Metoden fremholder betydningen av å se hele arbeidsflyten, også mellom enheter eller avdelinger (Pettersson et al., 2008).

Verdistrømmen i en virksomhet kan, ifølge Lean, forstås som en serie av aktiviteter som samlet sett skal utløse en verdi for kunden eller pasienten. Alle aktiviteter i en arbeidsprosess eller i et pasientforløp skal derfor, ifølge modellen kartlegges (Wig, 2013).

Innen spesialisthelsetjenesten kan man ved å se arbeidsprosesser eller pasientforløp under ett, uavhengig av hvilken avdeling eller enhet som eier pasienten, åpne for muligheten til å skape en mer helhetlig pasientbehandling (Modig & Åhlström, 2012). Videre skal alt som ikke har verdi for pasienten fjernes. Dette vil i neste hånd føre til en optimal flyt, som bidrar til kvalitetssikring og flyteeffektivitet i prosessene (Wig, 2013).

Ved å *standardisere oppgaver* og arbeidsprosesser, er tanken at avvik vil avdekkes og forutsigbarheten økes. Dette utgjør grunnlaget for å fjerne, det som i Lean modellen, beskrives som «sløsing» av ressurser (Pettersson et al., 2008).

Kritikk av Lean

Lean er gjennom metode og terminologi uløselig knyttet til Toyota. Dette gjør at mange organisasjoner opplever motstand når Lean skal innføres. Det ble for noen år siden laget en reportasje om Lean i sykehus (Ullevål universitetssykehus). Gjennom denne reportasjen ble det hevdet at Lean-filosofien ikke passer inn i helse- og omsorgsektoren, da *pasienter ikke er*

biler. Kritikken var rettet mot å benytte modeller som har sitt utspring innenfor produksjon og industri, innenfor pasientbehandling (Wig, 2013).

En artikkel som i følge Wig (2013) er presentert i Tidsskriftet for Den norske legeforening, fremstiller Lean som en trussel mot den norske samarbeidsmodellen. Bakgrunn for denne fremstillingen baseres på en oppfatning om at Lean har klare begrensninger til faktorer som *medvirkning* og *autonomi* på grunn av innføring av korte tidsfrister og standardisering av rutiner og arbeidsoppgaver. Videre sier Wig (20103), at forfatterne av artikkelen hevder at Lean er en tayloristisk retning som fokuserer på tidsstudier som legger press på ansatte. Avslutningsvis fremholdes det at Lean og målstyring er sentralisering av makt som fører til stress blant ansatte (Finsrud & Rolfsen 2012, i Wig, 2013).

Wig (2013) mener motstanden eller innvendinger som rettes mot modellen er viktige å lytte til. Han sier videre at kritikken som fremkommer kan fortelle mye om hvilke erfaringer organisasjoner har gjort seg med innføring av nye modeller. Han legger også til at rigide systemer og modeller aldri stimulerer til læring eller kreativitet, uavhengig av hva man kaller dem. Videre mener han at: «... *mye av det som serveres som Lean, ikke er Lean!*» (Wig, 2013:45-46). Uansett hvilke modeller eller metodikk organisasjoner velger å benytte, gjelder det å finne metoder som engasjerer og motiverer medarbeiderne for forbedringsarbeid dersom forandring skal skje. Endring og forbedringsforslag må komme nedenfra og opp via engasjerte medarbeidere. Uten denne formen for legitimitet vil sannsynligvis de fleste forslag til endring bli møtt med skepsis. Forbedringsmodeller som innebærer strukturell inngripen vil kunne bli tolket som trusler mot den eksisterende organisatoriske og kliniske maktstrukturen (Willumsen, 2012:152).

3.0 TEORI

Innledning

Sentralt for denne oppgaven ligger det å klarlegge i hvilken grad organisatoriske rammer har betydning for prosessforbedringsarbeidet i organisasjonen. I tillegg er fokus rettet mot hvordan det tverrfaglige samarbeidet påvirkes av prosessforbedringsmodellens arbeidsform.

I den første delen av dette kapitlet vil jeg derfor gjøre rede for organisasjonsteori, med vekt på mål, strategi og struktur. Dette ansees for å være betydningsfulle faktorer innenfor de organisatoriske rammer. Videre redegjøres det for det instrumentelle og det institusjonelle perspektivet på organisasjoner. Perspektivene bidrar med ulike tilnæringsmåter i hvordan forstå og forklare organisasjoner og organisasjonsadferd.

Andre del i dette kapitlet er knyttet opp mot tverrfaglig samarbeid. For å belyse hvilke aspekter som kan ha betydning for hvordan samarbeidet kan endres eller påvirkes over tid, presenteres deler av PINCOM modellen. Dette er en modell som er utviklet for å bidra til refleksjoner rundt dette tema (Ødegård, 2012).

Organisasjonsteori

Hva som skiller en organisasjon fra en hvilken som helst annen sosial gruppe avhenger ifølge Jacobsen & Thorsvik (2009), av hvorvidt gruppen er bevisst etablert for å løse spesifikke oppgaver, samt hvordan den realiserer konkrete mål ved hjelp av fastsatte retningslinjer.

Norske helseforetak er å regne som store komplekse organisasjoner. De er satt til å løse spesifikke oppgaver knyttet til det samfunnsmessige ansvaret spesialisthelsetjenesten har. Organisasjonsteorien er utviklet for å bidra til forståelse av hvordan ulike organisasjoner fungerer, samt forklare hvordan de endres over tid (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

Organisasjoner etableres som vist over, for å løse spesifikke oppgaver. De kan dermed forstås som noe statisk og vedvarende. Den prosessen som foregår innad i organisasjonen, hvor oppgaver og ansvar koordineres og samordnes, beskrives derimot som en mer dynamisk prosess. Dersom en organisasjon skal holdes i live forutsettes en *organisering*. Et sykehus blir nærmest å regne som et «tomt skall» uten menneskene som produserer, koordinerer og samarbeider, innenfor gitte rammer (Eriksson -Zetterquist et al., 2014).

Mål og strategi

Gjennom å definere en organisasjon mot at den er etablert for å løse spesifikke oppgaver og fylle en hensikt, vil det være nærmest umulig å se for seg en formell organisasjon uten mål (Christensen et al., 2009). Definerte mål i formelle organisasjoner er ofte mange og sammensatte. De kan også fremstå til dels uklare i forhold til hvor gjennomførbare de er (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). En måte å forklare dette på, er å se for seg målene satt sammen i et målhierarki (fig. 5.0) der formålet til organisasjonen utgjør øverste trinn (Jacobsen & Thorsvik, 2009).

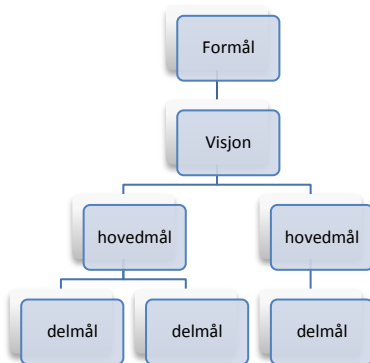


Fig. 5.0 Målhierarki.

Formålet i en organisasjon er sterkt knyttet til det samfunnsmessige ansvaret og til de funksjonene som organisasjonen innehar. Formålet betegnes gjerne som kontinuerlige målsetninger for organisasjonen. Dette er mål som beskriver hva den ideelle situasjonen vil være i fremtiden og representerer ofte mål det vil være vanskelig å nå (Jacobsen & Thorsvik, 2009).

Helseforetakenes rolle og funksjon må sies å være unik. Deres formål er sterkt knyttet opp mot den kompetansen og spesialiseringen som man finner innenfor spesialisthelsetjenesten. I SØ leder formålet frem til visjonen om å tilby:

... gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi (SØ, strategiplan 2016-2020:3).

Hvordan det arbeides for å nå disse overordnede målene konkretiseres ytterligere gjennom hovedmål og delmål. På den måten fungerer de ulike trinnene i målhierarkiet som en retningsviser for den enkelte som arbeider i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2009).

I SØ presenteres en styringspyramide (fig 6.0), som skal vise sammenhengen mellom organisasjonens visjon og samfunnsansvar og deres aktiviteter og resultater (SØ, 2011).



Fig 6.0 viser SØ styringspyramide.

Hvilke muligheter som ligger i å gjennomføre de ulike målene forutsetter en klar sammenheng gjennom målhierarkiet. Jacobsen & Thorsvik (2009) tar til orde for at sammenhengen mellom hva organisasjonen ønsker å oppnå (mål) – og hvordan det arbeides (middel) for å nå målene, i mange tilfeller er vag og uklar. De legger vekt på at dette er spesielt komplisert i tjenesteytende organisasjoner. Innenfor disse organisasjonene er oppgavene ofte sammensatte og komplekse. I tillegg er offentlige reguleringer i form av lover og forskrifter fremtredende. Dette mener forfatterne kan gi utfordringer knyttet til å utforme et sammenhengende mål – middel hierarki, som viser hvordan det skal arbeides for å nå de resultater som er beskrevet i målene (Jacobsen & Thorsvik, 2009).

Dette bringer oss over til organisasjonens strategiplaner. Disse skal gi retning og plan for hvordan det skal arbeides for og nå fastsatte mål. Strategien kan dermed forstås som valgt vei til målet. Studier viser at det ikke alltid er samsvar mellom den vedtatte planen og den strategien som det faktisk arbeides etter. Medlemmene i organisasjonen velger å prioritere annerledes enn det den formelle strukturen og strategien skulle tilsi (Jacobsen & Thorsvik, 2009). I Christensen et al. (2009) hevdes det at effekter og måloppnåelse knyttet til strategiske og strukturelle organisasjonsendringer blir forventet, men at det sjelden legges mye ressurser i å undersøke og dokumentere eventuelle effekter (Christensen et al., 2009). I Jacobsen &

Thorsvik (2009) presenteres en mer *deltagende strategi*. Denne beskrives som en reaksjon på tidligere toppstyrte endringsstrategier, og viser en dreining mot samarbeid og involvering av medarbeidere i utvikling av organisasjonsstrategier (Jacobsen &Thorsvik, 2009).

Målforskyvning

Dersom målene i organisasjonen oppfattes uklare, komplekse og tidels uoppnåelige, vil dette kunne føre til en forskyvning av mål. Dette innebærer at de målene som det arbeides mot er løst koblet til organisasjonens overordnede målsetninger (Christensen et al., 2009:101)

Jacobsen &Thorsvik (2009) beskriver tre former for forskyvning; *suboptimalisering*, *overdreven regelfokusering* og *overmåling*.

Suboptimalisering sier de kan skje ved høy grad av spesialisering og arbeidsdeling innad i organisasjonen. De ansatte fokuserer i slike tilfeller kun på eget avgrenset ansvarsområde, og ser ikke egne mål i sammenheng med de overordnede målene for organisasjonen. Over tid vil dette kunne medføre at den enkelte enhet eller avdeling ignorerer, og mister interessen for helheten (Jacobsen &Thorsvik, 2009). Denne effekten blir videre forsterket gjennom fragmentering av mål på avdeling-, seksjon- og enhetsnivå, i motsetning til tverrgående målsetninger (Christensen et al., 2009).

Standardisering av arbeidsoppgaver og sterkt førende retningslinjer for hvordan arbeidet skal utføres av den enkelte medarbeider, kan føre til målforskyvning ved at de ansatte blir så fokusert på å tolke og utføre oppgavene riktig, at det bakenforliggende målet og selve intensjonen med standardiseringen blir forskjøvet. Dette kan forstås som *overdreven regelfokusering* (Jacobsen &Thorsvik, 2009).

Den siste formen for målforskyvning er *overmåling*. I dette ligger det to problematiserende elementer. Det ene er at de oppgaver eller tjenester som *faktisk måles*, vil naturlig være de samme som blir prioritert. I helsevesenet blir eksempelvis antall liggedøgn målt og evaluert. Sykehusavdelinger vil derfor kunne prioritere å ha mer fokus på å redusere antall liggedøgn, enn fokus på pasientens omsorgsbehov (Jacobsen &Thorsvik, 2009). Det andre problematiserende elementet, er at kvantitative faktorer som *lar seg måle*, lett kan overskygge kvalitative faktorer som er vanskeligere å måle (Christensen et al., 2009). Kvantitative resultatmål har stor gjennomslagskraft, da de både er enklere å forstå og enklere å formidle. Dette tiltros for at andre typer av aktivitet totalt sett kanskje hadde vært viktigere å ha fokus på (Jacobsen &Thorsvik, 2009).

Struktur

Begrepet formell organisasjonsstruktur innebærer en formelt vedtatt arbeidsfordeling. I tillegg til fordeling av autoritet og myndighet, besluttes også hvilke andre styringssystemer en organisasjon skal inneha. Videre kan strukturelle rammer legge begrensninger eller gi føringer for hva organisasjonen skal drive med. Strukturen er gjennom dette medvirkende til å skape et *fokus* i organisasjonen. Jacobsen & Thorsvik (2009) sier at på samme måte som et hus skal være tilpasset det som skal finne sted i huset, kan man tenke seg at organisasjonsstrukturen skal fremme det som er ønskelig at skal skje i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2009:62). Strukturen kan også legge begrensninger på *det enkelte organisasjonsmedlems handlingsvalg*. Organisasjoner gjør bruk av ulike modeller for å samordne enkeltindividenes og gruppens arbeidsinnsats, for på den måten å understøtte og sikre at resultater samsvarer med organisasjonens overordnede mål (Bolman & Deal, 2009).

Dette innebærer imidlertid ikke at den formelle strukturen nødvendigvis sier noe om hvordan medlemmene *faktisk handler* (Christensen et al., 2009). Som vist tidligere er det ikke alltid samsvar mellom hvordan oppgaver utføres og koordineres på den ene siden, og de organisatoriske rammer som gis i form av struktur, fastsatte mål eller handlingsplaner på den andre siden (Jacobsen & Thorsvik, 2009). I hovedsak finner vi at modeller for samordning kan deles i to metoder; *vertikalt*, gjennom den formelle kommandolinjen, eller *horisontalt* ved hjelp av koordineringsfunksjoner (jfr. prosesseiere), møter og nettverksstrukturer. Tradisjonell linjeledelse kan her forstås som vertikal samordning (Bolman & Deal, 2009).

Det instrumentelle perspektivet på organisasjoner

Dette perspektivet på organisasjoner finner vi innenfor den strukturelle rammen av organisasjonsteori. Perspektivet speiler en grunnleggende tro på rasjonell konsekvenslogikk gjennom fordeling av formelle roller, ansvar og oppgaver. Dette vil ifølge denne tilnæringsmåten føre til at organisasjonen opplever maksimal ytelse fra medlemmene. Dersom strukturen utformes på en bestemt måte, vil den være bestemmende for handlingsmønsteret til medlemmene i organisasjonen (Bolman & Deal, 2009:71-74).

I lys av det instrumentelle perspektivet utformes strukturen på bakgrunn av en klar mål-middel vurdering (Bolman & Deal, 2009). Organisasjonen forstås som instrumenter som benyttes for og nå fastsatte målsetninger (Christensen et al., 2009). Dersom det oppstår problemer innad i forhold til å nå målsetninger eller å følge strategier, forklares det dette med

at det finnes strukturelle svakheter eller mangler i organisasjonen, som kan rettes opp via analyse eller omstrukturering (Bolman & Deal, 2009:71-74).

Det instrumentelle perspektivet har sitt utspring fra ideen om å finne den mest effektive oppbygningen av organisasjoner. Fredrik Taylor var en av de fremste innen denne retningen. I følge Taylor ville virksomheter øke sin effektivitet og produksjon, via spesialisering og masseproduksjon. En annen strukturteoretiker er Max Weber, som gjennom sin byråkratimodell bygde opp et hierarki av stillinger med fast arbeidsdeling. Denne organisasjonsformen baserte seg på formelle organisasjonsaspekter og rasjonalitetsnormer (Bolman & Deal, 2009).

Utgangspunktet for dette perspektivet er som beskrevet ovenfor, sterkt preget av formålsrasjonalitet. Begrepet *fullstendig formålsrasjonalitet* viser til en organisasjon som har klare og fastsatte mål, med fullstendig oversikt over alle alternative veier for å nå disse målsetninger. Videre velger organisasjonen den retningen eller strategien som gir størst gevinst (Christensen et al., 2009:36).

I komplekse offentlige organisasjoner viser studier at denne formen for rasjonalitet i liten grad er realistisk. I Christensen et al. (2009) presenteres *begrenset rasjonalitet* som begrep. Dette innebærer en forståelse av at komplekse organisasjoner har ustabile og til dels uklare mål. Organisasjonen kjenner kun til et begrenset antall alternativer for måloppnåelse. Dette fordi de ikke har kapasitet til å skaffe tilveie all informasjon om alle alternative løsninger før beslutning tas om retning og strategi for å nå mål. Dette medfører at det foretas beslutninger som bygger på en begrenset rasjonalitet (Christensen et al., (2009).

En spesialisert organisasjonsstruktur som vi finner innen offentlige organisasjoner innebærer at også enkeltindivider har begrenset oversikt og kunnskap om hele organisasjonen. Herbert Simon lanserte begrepet *administrative man* for å forklare dette i sin analyse av administrativ beslutningsadferd. Han vektla hvordan den kognitive begrensingen som enkeltindividet besitter, kan gi utfordringer knyttet til å se sin egen enhet i et større og bredere perspektiv. Dette utløser begrensninger både i forhold til å se egen aktivitet i sammenheng med andre nivåer i organisasjoner, i tillegg til en begrenset målforståelse (Christensen et al., 2009).

Ledelse i et instrumentelt perspektiv er preget av styring. Lederne har kontroll og tar styring over underordnede aktiviteter og aktører. Lederskap utøves i et hierarkisk system, som innebærer at det er de formelle organisasjonsroller og funksjoner som anses å ha betydning. Lederstilen er preget av målstyring, og fokuserer på å treffe beslutninger som baseres på

innsikt og erfaring. Videre iverksettes beslutningene gjennom underordnede aktører. Grunntanken om rasjonell konsekvenslogikk er også innen ledelse et bærende tankesett (Christensen et al., 2009). Organisasjonsendringer ledes og gjennomføres utfra klare prosessmål, retningslinjer og prosedyrer (Johnsen & Johnsen, 2011).

De tradisjonelle organisasjonsteoriens fokus på formell struktur, strategi og fastsatte mål, viser seg mot slutten av 1970 tallet ikke å fungere like bra i praksis som i teorien.

Mellommenneskelige og kontekstuelle faktorer spiller etter hvert en betydelig rolle. Det stilles spørsmålsteget ved om organisasjoner er rasjonelle verktøy som evner og nå mål gjennom å produsere varer eller tjenester. Enkelte forskere argumenterte derimot for at organisasjoner kun er rasjonelle på overflaten (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). Videre presenteres det Institusjonelle perspektivet som vokste frem som en reaksjon på dette.

Det institusjonelle perspektivet på organisasjoner

Institusjonell teori består av flere perspektiver med en felles forståelse i synet på at organisasjoner ikke kun påvirkes av interne strukturelle forhold. Innen dette teoretiske perspektivet legges det til grunn at organisasjoner er i et samspill med omgivelsene. Dette innebærer at organisasjonsadferden påvirkes av organisasjonens historie, samt de forventningene som ligger i omgivelsene. Det som av noen forfattere blir betegnet som tidlig institusjonell teori har fokus på nettopp dette (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

Senere utvikles nyinstitusjonell teori. Denne studerer hvordan samfunnet og organisasjonsfeltet påvirker den enkelte organisasjon. Innenfor denne retningen hevder man at organisasjoner etterstreber stabilitet ved å imitere hverandres struktur og organisasjonsmodeller innenfor det feltet organisasjonene er en del av (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

Institusjonelle perspektiver åpner altså for at organisasjonene har interne regler, verdier og normer som gjør at de tar selvstendige valg og har innflytelse på beslutninger som tas i organisasjonen. Dette betyr at medlemmene ikke nødvendigvis tilpasser seg alle styringssignaler fra ledelsen. Denne forestillingen kalles i Christensen et al. (2009) for *kulturperspektivet*.

Ledelse i dette perspektivet blir utført gjennom både strukturelle, kulturelle og symbolske føringer. Lederen er preget av å være medarbeiderorientert og demokratisk. Den er innstilt på å bedre samarbeidsrelasjoner, og er opptatt av å få til en toveiskommunikasjon med de som

ledes. Lederstøtte og kommunikasjon i forhold til funksjoner og arbeidsoppgaver går både horisontalt og vertikalt (Christensen et al., 2009). Ledelse i organisasjoner i endringer innebærer i institusjonelt perspektiv å tilrettelegge for endringen gjennom å utarbeide felles strategier og inngå kompromisser. Lederen vil ha fokus på rammer som gir mulighet for utvikling og endring (Johnsen & Johnsen, 2011).

Legitimitet i organisasjonens omgivelser baseres på en forståelse av at organisasjonsadferden opptrer som et resultat av de forventninger som finnes i omgivelsene. Grad av legitimitet vil dermed avhenge av hvordan organisasjonen ivaretar og møter forventninger i forhold til de regler, normer og verdier som finnes i dens omgivelser. Dette blir i Christensen et al. (2009) forklart som *myteperspektivet*. Gjennom dette skapes også et marked for nye institusjonaliserte organisasjonsoppskrifter som fremstilles som effektive og moderne (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

Røvik (1998) betegner en oppskrift som institusjonalisert når den;

...innenfor en periode av mange blir oppfattet og gjerne omtalt som den riktige, den hensiktsmessige, den effektive, den moderne – og sogar den naturlige måten å organisere på» (Røvik, 1998:13).

Tidligere teorier om organisasjonsendringer bygger på antagelsen om at endringer er å se på som planlagte innovasjoner. Czarniawska og Joerges (1996) stiller ifølge Eriksson-Zetterquist et al. (2014) spørsmål ved denne antagelsen. De påpeker at endringer i ulike organisasjoner ofte skjer på samme tidspunkt, og etter samme modell. De tar derfor til orde for at en organisasjonsoppskrift er ideer som oppstår lokalt, men som sendes ut på en reise, for deretter å vende tilbake - gjerne i ny innpakning. Gjennom markedsføring av trender og moter innenfor organisasjonsoppskrifter, påvirkes deretter organisasjoner til å ta opp ideen og implementere modeller eller metoder i egen virksomhet (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

Formålet med å *imitere* andre organisasjoner kan være å oppnå det samme som den man imiterer. Det handler da om å reprodusere eller kopiere andres produkt. Årsakene til at ikke alle organisasjoner ender opp som identiske kopier, ligger i denne lokale redigeringen som gjøres. De fleste organisasjoner har en oppfatning om at de er unike, og dette gjør at oppskrifter tilpasses og oversettes slik at de passer til deres forhold (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

Løskobling

Endringer i organisasjoner sett i lys av det rasjonelle perspektivet, skjer gjennom at ledelsen fatter en beslutning om endringens innhold, og underordnede gjennomfører endringen. I praksis kan dette synes mer komplisert å få til (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). Formell organisasjonsstruktur og formelle strategier er ikke nødvendigvis koblet sammen med det som faktisk skjer i en organisasjon (Christensen et al., 2009). Det heter populært at «*kultur spiser strategi til frokost*» (Wig, 2013:25). Metoder og modeller som innføres i organisasjoner viser seg og ikke alltid å ha den effekten som var tiltenkt (Eriksson- Zetterquist et al., 2014). Det er dette som innenfor det institusjonelle perspektivet kalles løskobling (Christensen et al., 2009). Brunsson (2003) forklarer ifølge Eriksson- Zetterquist et al. (2014) begrepet *løskobling* ved å vise til skille mellom prat, beslutninger og handlinger. Prat leder ikke nødvendigvis til hverken beslutninger eller handlinger. Dersom en beslutning foreligger, er det allikevel ikke gitt at denne fører til handlinger. De evalueringsverktøy som benyttes blir dermed ofte utilstrekkelige, ettersom de ikke bidrar til å få innsikt i hva som *faktisk* gjøres (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

I lys av det institusjonelle perspektivet finner vi beskrevet to årsaker til at planer og praksis er løst koblet sammen i organisasjoner. Dersom krav fra omgivelsene (myter) ikke er i tråd med organisasjonenes interne krav (kultur), vil det kunne medføre at organisasjonen hevder den har tilpasset seg, uten å ha gjort det (Brunsson, 2006). Strukturer og planer bidrar på den måten til legitimitet, gjennom å speile de *myter* som finnes i omgivelsene (Eriksson-Zetterquist, 2009). I teorien beskrives dette fenomenet som en: «*institusjonalisert myte, med et skinn av legitimitet*» (Eriksson- Zetterquist et al., 2014:251). Den andre årsaken kan man finne i de ofte motstridende og komplekse kravene som stilles til organisasjoner. Det vil ikke alltid være mulig å innfri samtlige av disse, ettersom ett mål eller krav kan utelukke muligheten for å innfri det andre (Brunsson, 2006).

Røvik (1998) tar til orde for at frikoblingen mellom språk og praksis som beskrevet over kan være å regne som en midlertidig tilstand. Erfaringer viser at endringer i praksis, kan komme som et resultat av at organisasjoner over lengere tid benytter begreper eller språk som assosieres med oppskriften. På den måten vil endringer i språk etter hvert kunne medføre endringer også i nedfelte rutiner og prosedyrer (Christensen et al., 2009).

Tverrfaglig samarbeid

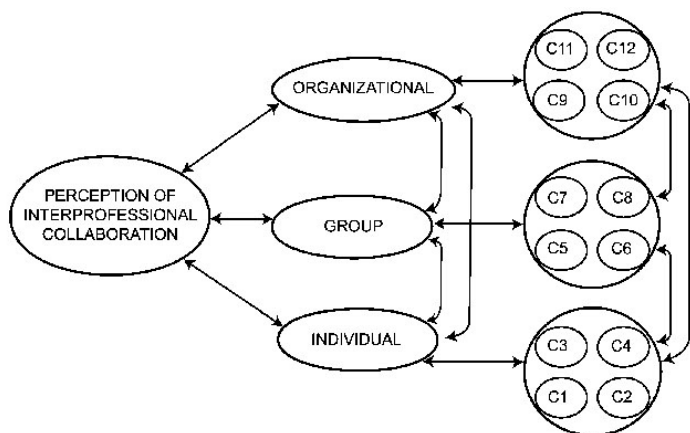
Hva handler samarbeid om?

Det blir av mange hevdet at samarbeid ikke bare er viktig, men nærmest helt avgjørende for å kunne yte høy kvalitet på de tjenestene som gis i helse og sosialsektoren. Dersom man ønsker å videreutvikle og forbedre samarbeidet i en organisasjon eller enhet, kan det synes nødvendig å klargjøre hva samarbeid faktisk handler om (Ødegård, 2012). Profesjonelle helsearbeidere vil på bakgrunn av tidligere erfaringer danne seg sin egen forståelse av samarbeid. Ulike personer vil dermed kunne ha til dels ulike oppfatninger og ulike forutsetninger for å inngå i samarbeidsteam eller grupper. I tillegg vil strukturelle og organisatoriske rammebetingelser kunne virke inn på det tverrfaglige samarbeidet (Ødegård, 2012).

I det følgende presenteres deler av PINCOM modellen. Dette er en modell som skal gi mulighet for å reflektere over samarbeidet i den kliniske hverdagen. Gjennom å vise hvor komplekst og sammensatt samarbeid kan forstås, er det nærliggende å tenke seg at deltagere i et samarbeidsteam vil vektlegge ulike deler i sin egen forståelse av samarbeid (Ødegård, 2012). Aspektene som videre presenteres, antas derfor å ha betydning for å belyse hvordan prosessforbedring som arbeidsform kan påvirke samarbeidet i organisasjonen.

PINCOM modellen

I modellen fremkommer tre ulike nivåer. Organisasjonsnivå, gruppenivå og individnivå. Videre er det beskrevet fire sentrale aspekter med relevans for tverrfaglig samarbeid innenfor hvert av de tre nivåene. De til sammen tolv begrepene gir antydninger om hvordan et samarbeid utvikles og påvirkes internt, og mellom de ulike nivåene (Ødegård, 2012).



C1 = motivation, C2 = role expectancy, C3 = personality style, C4 = professional power, C5 = group leadership, C6 = coping, C7 = communication, C8 = social support, C9 = organizational culture, C10 = organizational goal, C11 = organizational domain and C12 = organizational environment

Fig. 7.0 PINCOM modellen.

Det å ta seg tid til refleksjoner i arbeidshverdagen, sier Ødegård (2012) i seg selv vil kunne være endringsskapende.

Aspekter på individ- og gruppenivå

Motivasjon. Medlemmer i et team kan ha ulike motivasjon for å delta i et tverrfaglig samarbeid (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Graden av motivasjon kan være knyttet til hvordan arbeidsmiljøet fungerer, tryggheten mellom medlemmene i teamet og hvorvidt samarbeidet oppleves å være meningsfullt for den enkelte. Dersom motivasjonen er svært forskjellig blant medlemmene i teamet sier Ødegård (2012) at det er stor grunn til å anta at dette vil ha innvirkning på hvor godt eller dårlig samarbeidet fungerer.

Rolleforventninger blant teammedlemmene kan ha betydning for utviklingen av samarbeid. Ulike profesjoner eller yrkesgrupper kan ha ulike forventninger til hverandre som samarbeidspartnere. Dersom roller, oppgaver og ansvar ikke er avklart mellom de involverte, kan det føre til rollekonflikter. Det kan skapes en forventning til hverandre på bakgrunn av profesjon eller yrke, som ikke blir gjennomført i praksis (Ødegård, 2012).

Profesjonell makt. Ulike profesjoner har ulik status i samfunnet. På bakgrunn av denne statusen kan ulike profesjoner eller yrkesgrupper få større eller mindre makt innad i teamet. Bråthen (2004) hevder ifølge Ødegård (2012), at modellmakt eksisterer mellom profesjonelle når en gruppe eller et medlem blir premissleverandør for arbeidet. Dette kan dreie seg om hvordan en gruppe eller ett medlem avgjør hvilket språk eller hvilke begreper som benyttes, og videre hvilken betydning den enkeltes meninger og erfaring har for arbeidet (Ødegård, 2012).

Kommunikasjon blir av mange sett på som selve limet i alt samarbeid (Raivola 1997:25 sitert i Ødegård, 2012:59). Raivola (1997) trekker frem to sentrale kjennetegn som kan knyttes til kommunikasjon; a) kvaliteten på tilbakemeldinger som gis i samarbeidsteamet, og b) den uformelle støtten som gis i gruppen. Når det gjelder kvaliteten på tilbakemeldinger, kan dette dreie seg om den feedbacken som gis mellom gruppemedlemmene eller tilbakemeldinger som gis fra ledelsen. For å skape et godt samarbeid mener Ødegård (2012) at det er mye å hente på å skape gode rutiner for kommunikasjon. Han sier videre at det er av betydning *hvordan* informasjon kommuniseres mellom medlemmene, og ikke minst hvilke konsekvenser det kan ha dersom viktig informasjon holdes tilbake, både innad i teamet eller fra ledelsen.

Aspekter på organisasjonsnivå

Organisasjonskultur. Samarbeidet i et team vil være preget av den kulturen som eksisterer i organisasjonen og/eller innad i bestemte profesjoner. Medlemmene i teamet vil ta med seg sitt syn på samarbeid, eller denne kulturen inn i gruppen (San Martin-Rodriguez et al., 2005).

Dersom organisasjonskulturen i sin helhet er basert på liten tro på samarbeid som arbeidsform, vil dette prege resultater i forhold til samarbeid (Ødegård, 2012).

Organisasjonsmål. Dersom organisasjonens mål knyttet til samarbeid ikke er klart formulert eller tydeliggjort for alle involverte, eller om ulike enheter ikke har sammenfallende mål, vil dette kunne gjøre samarbeidet vanskelig ifølge Ødegård (2012). Han sier videre at forventinger knyttet til produksjonsmål og effektivitet i den enkelte enhet, vil kunne overskygge overordnede målsetninger om samarbeid. Dette kan føre til at samarbeidsmål nedprioriteres (Ødegård, 2012).

Organisasjonsansvar. Den enkelte organisasjon har et overordnet ansvar i forhold til hvilket spesialområde de representerer og hvilke oppgaver organisasjonen er satt til å gjøre. Spesialisthelsetjenesten må forholde seg til lover og forskrifter knyttet til sitt område (Ødegård, 2012). Profesjonelle vil gjennom sitt arbeid, ta hensyn til disse forpliktelsene og det ansvaret de har ovenfor pasienter og brukere. Dette kan ifølge Ødegård (2012), ha innvirkning på hvordan samarbeidet utvikler seg både mellom organisasjoner og mellom profesjoner.

Organisasjonsmiljø. Her trekker Ødegård (2012) frem flere overordnede forhold som kan gi muligheter eller legge begrensninger på samarbeidet internt. Eksempler som nevnes er tilgjengelige ressurser, samt strukturelle og organisatoriske elementer.

Forholdet mellom differensiering og integrasjon

Målet med tverrfaglig samarbeid i helsevesenet er å tilby integrerte tjenester til pasienter og brukere. Dette kan innebære samordning av ulike enheter, eller koordinering av spesifikke bidrag fra de involverte. Grader av integrasjon innenfor helsetjenestene relateres og sees i sammenheng med grad av differensiering av tjenestene. Det er her flere faktorer av betydning (Willumsen, 2012). Grad av differensiering kan forklares og forstås ut i fra hvilken orientering den formelle strukturen i organisasjonen har. Organisatoriske og strukturelle faktorer, funksjoner og oppgavefordeling vil sammen med kultur og holdninger i organisasjonen påvirke grad av integrasjon. Dette innebærer at profesjonelle i sin forståelse av

samarbeid, legger til grunn både en subjektiv opplevelse, samt organisatoriske kjennetegn knyttet til samordningsroller og strategier (Willumsen, 2012).

Ulike grader av samarbeid innenfor helse- og sosialsektoren kan dermed forklares og forstås i forhold til intensiteten av koblingene mellom enheter. Åhgren (2012) beskriver en samarbeidsform innen spesialisthelsetjenesten, som innebærer at det utnevnes en leder for et pasientforløp som har som oppgave å sy sammen og forbedre kontakten mellom ulike enheter eller involverte avdelinger. Denne graden av integrasjon mellom enheter betegner Konrad (1996), ifølge Åhgren (2012) som *kooperasjon*.

4.0 METODE

Innledning

Denne studien er gjennomført som et casestudie. Jeg vil i dette kapittelet redegjøre for hvilke metodiske valg som er foretatt, samt hva som ligger til grunn for de ulike valgene.

For å kunne svare på problemstillingen: «**Hvordan fungerer prosessforbedringsmodeller i arbeidshverdagen?**» er det gjennomført intervjuer av åtte medarbeidere som arbeider prosessbasert, etter forbedringsmodellen i Sykehuset Østfold.

Formålet med studien er å undersøke hvordan prosessforbedring oppleves som arbeidsform.

Hva som skjer mellom mennesker som arbeider etter denne modellen, og hvordan prosessforbedringsmodellen påvirkes av de organisatoriske rammene som ligger til grunn.

Videre vil jeg undersøke hvordan arbeidsformen påvirker samarbeidet i organisasjonen.

Studien har derfor benyttet tre forskningsspørsmål: «hvordan arbeides det etter prosessforbedringsmodellen i SØ?», «hvordan påvirkes arbeidsformen av organisatoriske og strukturelle rammer?» og til slutt; «hvordan muliggjøres bedre samarbeid ved hjelp av arbeidsformen?».

Først i denne delen beskrives design og metode. Deretter gjøres det rede for utvelgelse av informanter og gjennomføring av intervjuene. Videre forklares og begrunnes bruk av metode i arbeidet med å innhente data og analysearbeidet. Avslutningsvis i dette kapittelet presenteres refleksjoner knyttet forskningsetikk, validitet og reliabilitet. Min rolle som seksjonsleder ved en seksjon i SØ er ikke koblet til det aktuelle caset. Jeg har ingen spesiell forbindelse til noen av informantene. Problematisering knyttet til meg som forsker på egen arbeidsplass, vil bli grundigere gjennomgått under avsnittet «Min forforståelse».

I følge Tjora (2017) kan kvalitativ tilnærming gi mulighet for en dypere redegjørelse fra informantene. Videre fremholder han at dette vil kunne gi forskeren muligheten til å identifisere temaer og spørsmål som man ikke på forhånd kunne forutsett. Gjennom en kvalitativ tilnærming vil jeg få muligheten til å komme tettere på informantene og dermed få mest mulig informasjon (Johannessen et al., 2010). På bakgrunn av dette anser jeg at kvalitativ tilnærming er godt egnet til å besvare problemstillingen (Johannessen et al., 2010).

Casestudie som forskningsdesign

En casestudie kan ifølge Yin (2007, i Johannessen et al., 2010:199), forstås som en undersøkelse av et aktuelt fenomen i fenomenets virkelige kontekst. I denne studien velger jeg å studere prosessforbedringsmodell som arbeidsform (fenomenet), i en virkelig kontekst ved å benytte informanter som arbeider etter modellen i det daglige. På bakgrunn av dette anser jeg at det er hensiktsmessig å benytte casedesign.

Utvalg av case

Prosessforbedringsmodellen som nå breddes ut i SØ, ble utviklet og vedtatt etter utprøving og evaluering på utvalgte avdelinger innenfor både somatikk og psykisk helsevern. Ved å gjennomføre undersøkelsen innenfor flere enheter ville jeg fått muligheten til å sammenligne hvordan medarbeidere opplever å arbeide prosessorientert sett fra ulike perspektiver innen spesialisthelsetjenesten. Ressursmessig ville dette vært svært krevende, og jeg har derfor sett det nødvendig å avgrense undersøkelsen til å gjelde kun operasjonsavdelingen.

Prioriteringen av case, bygger på det faktum at operasjonsstuer representerer en kompleks arbeidsplass hvor teknologi og utstyr, kompetanse og ressurser krever godt samarbeid, i tillegg til god logistikk og koordinering for å fungere optimalt. Forskning viser også at feil og mangler på operasjonsstuer kan forekomme som et resultat av dårlig kommunikasjon og samarbeidsproblemer som oppstår innad i teamet (Leonardsen, 2013). Med dette som bakteppe, mener jeg den valgte enheten vil egne seg godt som case med tanke på studiens problemstilling; «Hvordan fungerer prosessforbedringsmodeller i arbeidshverdagen?»

Studien er altså avgrenset til å gjelde en bestemt enhet i SØ. Denne enheten består av deltagere som er koblet til ett operativt fagområde. Deltagerne i studien har ulik bakgrunn med hensyn til profesjon og yrke, men er knyttet sammen gjennom sin deltagelse i operasjonsteamet. Dette vil gi anledning til å innhente informasjon fra flere individer innenfor et avgrenset område (Johannessen et al., 2010).

Det er tidligere presentert tre forskningsspørsmål for studien. De to første omhandler hvordan det arbeides etter prosessforbedringsmodellen, og hvordan de organisatoriske rammene påvirker arbeidsformen. Det siste stiller spørsmål til hvordan arbeidsformen muliggjør bedre samarbeid. De vanligste metodene innenfor kvalitativt design er observasjon og intervju. Andre tilnæringsmåter kan være analyse av tekst eller dokumentgjennomgang (Ryen, 2012). Jeg vil i denne studien benytte meg av både intervjuer og dokumentgjennomgang. Casestudier

kan ifølge Yin (2007, i Johannessen et al., 2010) med fordel benytte flere metoder for å innhente relevant data.

I denne studien vil intervjuene gi data knyttet til deltagerens mening og opplevelse av tema for studien (Johannessen et al., 2010). Dokumentgjennomgangen vil gi kunnskap om prosessforbedringsmodellen, samt de organisatoriske og strukturelle rammene vi finner i SØ. Jeg anser det derfor hensiktsmessig å benytte begge tilnæringsmåtene i denne studien (Ryen, 2012).

Dokumentgjennomgang

Dokumentgjennomgang er å regne som en del av datainnsamlingen, og det blir av Grønmo (2004:188) beskrevet tre ting som er viktig før man går i gang med innsamlingen. For det første må man *avklare tema*, dernest *velge type tekster*. Videre skal man finne de aktuelle dokumentene for så å *innhente tillatelse* til å benytte disse i studien.

Å velge ut tekster som er aktuelle for å understøtte og beskrive oppgavens case og tema, var første steg i arbeidet med dokumentgjennomgangen. Denne prosessen ble styrt av oppgavens formål. På bakgrunn av dette anså jeg det hensiktsmessig med en presentasjon og gjennomgang av prosessforbedringsmodellen i SØ (kapittel 2).

Andre dokumenter som jeg mener er aktuelle for å belyse og besvare problemstillingen, er strategiplaner og dokumenter som beskriver organisasjonsstrukturen i SØ. Etersom dette dreier seg om offentlige dokumenter har jeg kun informert sykehusets overordnede ledelse om at studien benytter dokumentene som en del av undersøkelsen. Prosjektdirektiv for metodikken og rapporten som er utarbeidet etter pilotering av prosessforbedringsmodellen har jeg fått tillatelse til å benytte av prosessdirektøren i SØ (Grønmo, 2004).

Intervjuer

Valget om å benytte kvalitative intervjuer, bygger på intensjonen om å innhente informantens oppfatninger og erfaringer med prosessbasert arbeid. Denne metoden åpner for å få frem kompleksitet og nyanser i svarene fra informantene som er knyttet til hvordan deres praktiske arbeidshverdag møter arbeidsformens teoretiske fundament. Dette er nyanser som oppfattes som viktige å få tak i, ettersom deltagerens opplevelse av fenomenet (arbeidsformen) står i sentrum for undersøkelsen (Johannessen et al., 2010).

Utvelging av informanter

Jeg har under avsnittet «utvalg av case» redegjort for mitt valg om å undersøke et operativt fagområde på operasjonsavdelingen. Neste steg blir å velge informanter med tilknytning til operasjonsteamene ved nettopp denne enheten.

I kvalitative undersøkelser er det ikke vanlig å trekke utvalget, men man kan derimot foreta et strategisk utvalg (Johannessen et al., 2010). Formålet i denne studien er å samle inn data fra personer med egne erfaringer. Målgruppen befinner seg med dette blant de som benytter prosessforbedring som arbeidsform.

Ved operasjonsavdelingen arbeider flere yrkesgrupper og profesjoner sammen i team. Enkelte medarbeidere er fast knyttet opp mot bestemte fagområder, mens andre arbeider innenfor flere ulike operative avdelinger. Utvelgelsen av deltagere til denne studien, blir gjort med intensjon om å oppnå variasjon i forhold til hvilke oppgaver og roller informantene har innad i teamet (Fig. 8.0). Det tas derimot ikke høyde for å *sammenligne* svarene på bakgrunn av disse kriteriene, til det er utvalget for lite (Ryen, 2012).

Renhold	Sterilsentralen	Operatører	Sykepleiere	Operasjons sykepleiere	Anestesi sykepleiere
---------	-----------------	------------	-------------	---------------------------	-------------------------

Fig. 8.0 Informantene representerer ulike profesjoner og yrkesgrupper.

Et annet element som er av betydning i utvelgelsen av informanter, er hvor lenge deltagerne har arbeidet etter prosessforbedringsmodellen. Noen av informantene har deltatt i pilotprosjektet og i piloteringsperioden. Andre har kortere erfaring med arbeidsformen. Utvelgelsen av informanter blir tatt med intensjon om å få mest mulig bredde i informasjonstilgangen basert på erfaringsgrunnlaget til informantene. Jeg antar at det vil være interessant å se i hvilken grad dette innvirker på informantenes opplevelse av å arbeide prosessorientert (Ryen, 2012).

Jeg benytter med dette en formålsbestemt utvelgelse av informanter. Casedesign med kriteriebestemt utvelgelse blir i litteraturen beskrevet som en god strategi i tilfeller hvor målgruppen er definert ut i fra hva de har opplevd eller erfart (Johannessen et al., 2010). Formålet med å benytte denne metoden, er å få tilgang til handlinger, hendelser og erfaringer fra informantene som er relevante for oppgavens problemstilling (Ryen, 2012).

Utarbeidelse av intervjuguide

Å utarbeide intervjuguiden oppleves som en viktig del av forberedelsene til datainnsamlingen. I denne fasen tar jeg først stilling til informasjonsbehovet. Ved å ta utgangspunkt i problemstillingen og studiens formål, anser jeg det hensiktsmessig å benytte en fleksibel struktur på intervjuene (Grønmo, 2004).

Jeg utarbeider derfor en intervjuguide som gjenspeiler valget om å benytte semistrukturert intervju i datainnsamlingen. Denne formen for struktur på intervjuene gir en mulighet til å følge opp viktige innspill som måtte dukke opp underveis i intervjuet, og jeg antar at jeg da vil få større mulighet for å motta utdypende svar fra informantene (Johannessen et al., 2010). I tillegg ønsker jeg å gi informantene anledning til å få frem nyanser og kompleksitet i sine svar. Dette i motsetning til om jeg velger å benytte et standardisert spørreskjema med fastlagte svaralternativer (Johannessen et al., 2010).

Videre vurderes hvilke tema jeg mener skal være førende for intervjuet. Intervjuguiden blir utformet med overordnede tema og underspørsmål som bygger på problemstillingen og forskningsspørsmålene for studien (Grønmo, 2004). Ved å benytte overordnede temaer med underspørsmål som en styrende mal i intervjuguiden er muligheten større for at alle deltagerne er innom alle kategorier og temaer i løpet av avsatt tid (Grønmo, 2004).

Gjennomføring av intervjuer

Alle informantene fikk den første forespørselen om deltagelse i studien fra meg via telefonsamtale eller i møte. Deretter ble det sendt ut skriftlig informasjon på mail til alle deltagerne. Jeg hadde forut for dette, informert og fått klarsignal til å forespørre medarbeiderne om deltagelse av deres respektive ledere. Intervjuene ble gjennomført i arbeidstiden.

Alle informantene leste og signerte samtykkeskjema før oppstart. Intervjuene ble gjennomført i perioden 09.11.16 – 06.02.17. Intervjuene hadde en varighet på mellom 40-70 minutter. Samtlige intervjuer ble tatt opp på bånd.

Etttersom jeg benyttet meg av en intervjuguide med førende temaer, opplevde jeg i stor grad å komme igjennom temaene i løpet av avsatt tid. Rekkefølgen på spørsmålene ble endret og justert etter hvert som den enkelte informant brakte nye temaer frem. Jeg opplevde at denne formen for strukturering på intervjuene ga en god balanse mellom standardisering og

fleksibilitet, og jeg mener å sitte igjen med data som er relevante for problemstillingen (Johannessen et al., 2010).

Jeg var bevisst på å forsøke å opprettholde flyt i intervjuet, og ga informantene bakgrunn og forklaring på temaene som er valgt, underveis i intervjuet. Videre oppsummerte jeg svarene fra informantene etter hvert tema - slik jeg hadde forstått dem. Intensjonen med dette var å sikre at jeg hadde forstått hva informantene ønsket å formidle, og samtidig ga dette informantene mulighet til å korrigere eller forklare temaene nærmere. Jeg opplevde at kommunikasjonen i intervjuene fungerte godt, og at informantene ga relevante og utfyllende svar (Grønmo, 2004).

Analyse av data fra intervjuene

Etter å ha gjennomført og transkribert alle intervjuene selv, samt lest igjennom resultatet flere ganger, har jeg relativt god kjennskap til innholdet i datamaterialet. Men materialet fremstår på dette tidspunktet fortsatt veldig uoversiktlig og omfattende. I kvalitative forskningsprosjekter består utfordringen i første hånd, om å få noe fornuftig ut av en stor mengde innsamlet datamateriale (Johannessen et al., 2010). Dette arbeidet fortøner seg som en prosess hvor jeg til tider opplever å gå «ett skritt frem og to tilbake» for å finne en struktur som gir mening inn i de innsamlede dataene (Ryen, 2012).

Jeg vil i denne delen redegjøre for hvordan denne prosessen har foregått, ved å starte med en presentasjon av koding og kategoriseringsarbeidet, videre frem mot fortolkning og analyse av materialet (Johannessen et al., 2010).

Koding og Kategorisering

Systematisering og organisering av materialet er en forutsetning for å oppnå forståelse for selve analyse- og fortolkningsdelen. Jeg velger derfor en analysestrategi som tar utgangspunkt i deskriptiv koding i systematiseringen av dataene. Dette er en form for kategorisering som baserer seg på *innholdet* i materialet (Grønmo, 2004).

Kategoriseringen innebærer at jeg starter hele prosessen med å lese nøye igjennom alt materialet, flere ganger. Deretter markerer jeg setninger eller avsnitt med koder i forhold til innholdet. Eksempler på koder er «kommunikasjon er viktig», «jobbe mot samme mål», «samarbeid er viktig» og «det er mindre venting nå». Denne kodingen gjennomføres manuelt.

Etter å ha arbeidet meg gjennom de første intervjuene sitter jeg med over 25 koder. Når alle intervjuene er gjennomgått har jeg utarbeidet totalt 42 koder som alle er generert induktivt fra datamaterialet (Tjora, 2017).

Neste steg er å foreta en tematisk inndeling av kodene. Hensikten med dette er å oppnå en struktur som jeg antar vil gjøre analyseringen noe enklere (Tjora, 2017). Jeg går først grundig gjennom alle kodene, og benytter meg av tabeller og fargekoder i det videre arbeidet. Ved å markere med farger, opplever jeg at det gir meg en bedre oversikt og en god visuell fremstilling av hvor kodene hører hjemme. Jeg ser nå at flere av kodene passer inn under samme kodegruppe eller tema.

Kodene markeres først med egen farge basert på innhold. Deretter samles alle koder og tekstutdrag med samme farge i en kodegruppe. Jeg er i denne prosessen bevisst på at jeg ikke skal dele opp teksten på en slik måte at helheten og meningsinnholdet blir borte (Johannessen et al., 2010). Ved gjennomgang av tekstutdragene ser jeg at flere av dem kan passe i samme kodegruppe eller kategori, mens andre kan passe i flere ulike kategorier. Dette arbeidet er møysommelig og tidkrevende, og jeg oppretter nye kategorier etter hvert som jeg kommer dypere inn i materialet (Ryen, 2012). Hovedtemaer blir med dette til gjennom det som Tjora (2017:199) betegner som en: «nedenfra og opp – analyse»:

Koder danner kodegrupper → som danner → hovedtema

Den første hovedkategorien som trer frem er den som omhandler begrepet samarbeid.

Kategorien: «Faktorer som fremmer eller hemmer et tverrfaglig samarbeid» baserer seg på funn knyttet til samarbeidsbegrepet generelt, samt på beskrivelser av hva informantene opplever som fremmende eller hemmende faktorer for tverrfaglig samarbeid i sin arbeidshverdag. Eksempler på tekstutdrag som utløser denne hovedkategorien er vist i fig. 9.0.

Kode	Tekstutdrag	Kodegruppe	Hovedtema
Kommunikasjon er veldig viktig	- «Alle må formidle hva de ønsker av samarbeidet og hva de mener» -«Klare og riktige beskjeder, altså at vi får beskjeder som vi skal ha» -«...at vi prater masse sammen gjennom dagen, det er viktig for et godt samarbeid»	Kommunikasjon som fremmede faktor i utviklingen av samarbeid	Faktorer som fremmer eller hemmer et tverrfaglig samarbeid

Fig. 9.0 viser eksempel på hvordan datamaterialet ordnes i koder og kategorier, for videre å ende opp i hovedtema / hovedkategori.

Slik jeg forstår funnene i undersøkelsen sitter jeg til slutt igjen med tilsammen tre hovedtemaer med følgende undertemaer:

Hovedtema:	Undertema:
Faktorer som fremmer eller hemmer et tverrfaglig samarbeid	<ul style="list-style-type: none"> • Først og fremst: er samarbeid viktig? • Kommunikasjon og forståelse for hverandres oppgaver • Felles mål • Hindringer for et godt samarbeid
Prosessforbedring – modell og praksis	<ul style="list-style-type: none"> • Bakgrunn og målsetning for arbeidsmetoden. • Metode og verktøy • Effekter og nytteverdi • Forbedringsarbeid-en del av hverdagen?
Strukturelle og organisatoriske rammer	<ul style="list-style-type: none"> • Mål, strategi og struktur • Koordinering og samordning. • Nærhet i lokalisasjon

Fig. 10.0 Hovedtemaer og undertemaer

Etter at kategoriseringen er gjennomført, og tekstutdrag er plassert og systematisert, leser jeg gjennom alle intervjuene flere ganger. Dette for å sikre at ingen viktige data er utelatt (Johannessen et al., 2010). Jeg finner at en del av datamaterialet kan plasseres under kategorien: «kliniske eksempler». Dette er eksempler som informantene har benyttet for å konkretisere kliniske situasjoner i arbeidshverdagen. Jeg anser dette for å være viktig

informasjon i forhold til å skape en forståelse for de ulike arbeidssituasjonene, men vil kun benytte dette som bakgrunnsmateriale i studien.

Forskningsetiske refleksjoner

Når undersøkelsen skulle gjennomføres, ble avdelingssjef for operasjonsavdelingen kontaktet. Hun har totalansvar for den operative delen. Dette innebærer ansvar for anestesileger og -sykepleiere, samt operasjonssykepleierne. Operatører og andre yrkesgrupper har sin egen linjeledelse i andre avdelinger (fig. 1.0). Samtlige avdelingssjefer ble kontaktet muntlig og skriftlig, både for å formidle informasjon om studien, og for å innhente tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen. Det ble deretter innhentet signert godkjenning fra egen avdelingsledelse i Sykehuset Østfold. Undersøkelsen er også godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Det finnes et sett med regler, prinsipper og retningslinjer innenfor forskningsetikk som knyttes til alle faser og stadier i en undersøkelse (Ryen, 2012). Retningslinjene beskriver hvilke hensyn forskeren må ta i undersøkelser, og kan sammenfattes i følgende plikter, rettigheter og ansvar; «informantens rett til selvbestemmelse og samtykke», «forskerens plikt til å respektere informantens privatliv», og tilslutt «forskerens ansvar for å unngå skade» (Johannessen et al., 2010:91-92).

I denne studien mener jeg prinsippet om rett til selvbestemmelse og samtykke er ivaretatt. Alle deltagere fikk muntlig og skriftlig informasjon om at det var frivillig å delta, samt informasjon om undersøkelsens formål og hensikt før oppstart. Alle deltagerne undertegnet samtykkeskjema. Skjema inneholdt en presisering av informantenes anledning til når som helst å kunne trekke seg fra studien. Dette uten å oppgi noen grunn.

Konfidensialitet for å beskytte deltagerne, kan knyttes til respekt for informantens privatliv. Jeg har i funn- og analysedelen av studien unngått å formidle hvilken rolle den enkelte informant innehar. Dette fordi avdelingstilhørighet og/eller roller i teamet nettopp ville kunne gi en mulighet for å identifisere informantene. Jeg anser derfor at konfidensialiteten er ivaretatt (Johannessen et al., 2010).

Forskerens ansvar for å unngå skade, har tradisjonelt blitt forbundet med medisinsk forskning, men prinsippet vil også kunne gjøre seg gjeldende innenfor samfunnsvitenskapelig forskning (Johannessen et al., 2010). Etersom denne studien ikke omfavner private eller spesielt personlige temaer, er det ingen grunn til å tro at deltagerne kunne ta skade av undersøkelsen.

Det er dog viktig å merke seg at den tillit som oppstår mellom forsker og informant, bidrar til at deltagerne opplever minst mulig belastning i prosessen (Ryen, 2012). Det har derfor vært viktig å sikre at informantene blir korrekt gjengitt, og at datasamlingen kun blir brukt i den hensikt det var avtalt på forhånd (Johannessen et al., 2010).

Min forforståelse

Alle voksne mennesker møter verden med en oppfatning av virkeligheten de befinner seg i. Dette skjer på bakgrunn av erfaringer og forventninger som er ervervet over tid, og er helt nødvendig for å ha mulighet til å forstå den virkeligheten vi er en del av (Johannessen et al., 2010). Min egen oppfatning av tema for denne studien; prosessforbedringsmodeller, er intet unntak i så måte. Både gjennom egne studier og som leder i SØ, har jeg tilegnet meg kunnskap om prosessbaserte forbedringsmodeller. Som mange andre har også jeg reflektert over hvordan teoretiske *modeller møter praksis*. Innføringen av prosessbasert metodikk i SØ, trigget min nysgjerrighet på dette tema.

Gjennom mitt arbeid har jeg deltatt på samlinger hvor metodikken har blitt presentert, og hvor ledere i SØ har delt sin erfaring fra prosessforbedringsarbeidet. Jeg har gjennom hele forskningsprosessen vært bevisst min egen forforståelse for tema, og jeg har bestrebet meg på å forholde meg nøytral i prosessen med datainnsamling og analyse.

Til tross for at undersøkelsen er gjennomført i samme sykehus som jeg arbeider, har jeg ingen relasjon til deltagerne i studien. Jeg anså derfor ikke at dette skulle bli et problem. Det har allikevel vært viktig for meg å være tydelig ovenfor informantene at denne studien er initiert av meg som masterstudent, og ikke på oppdrag gitt fra arbeidsgiver. Jeg har også vært bevisst på det faktum at min rolle som leder i SØ, kunne være med på å forme informantenes forventninger til min holdning til prosessforbedringsarbeidet. Dette kunne hindre dem i å formidle erfaringer som de trodde jeg ikke var åpen for. Min refleksjon rundt dette tema, medførte at jeg var veldig bevisst på egen spørsmålsstilling og nonverbale fremtoning i intervjusituasjonen (Johannessen et al., 2010).

Jeg har poengterte også det faktum ovenfor deltagerne, at jeg som forsker ikke var ute etter å avdekke «feil eller mangler» hos informantene. Ingen av deltagerne er valgt ut på bakgrunn av person, de er alle valgt ut på bakgrunn av sin yrkesmessige rolle eller funksjon, samt sin erfaring med prosessbasert arbeid i SØ (Johannessen et al., 2010).

Validitet og reliabilitet

Som kvalitetsindikatorer er disse begrepene omdiskuterte, og de betraktes av enkelte som svært lite tilfredsstillende innen kvalitativ forskning. Dersom det ikke finnes «en stor sannhet» som alle kan enes om, eller når ulike personer oppgir forskjellige konstruksjoner av virkeligheten, blir det paradoksale ved relativismen synlig (Ryen, 2012). Hvordan skal validiteten i kvalitative intervjuer fremholdes, når den kvalitative retningen i seg selv bestrider at det finnes en *stor sannhet*? (Ryen, 2012:176).

De norske begrepene pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet benyttes ofte som indikatorer for å etterprøve kvaliteten i denne typen forskning (Tjora, 2017). Påliteligheten i forskningsmaterialet blir knyttet opp mot hvordan dataene er innsamlet, bearbeidet og benyttet. Det handler om å vise en sammenheng og logikk i hele forskningsprosjektet (Tjora, 2017). For å styrke reliabiliteten eller påliteligheten i kvalitative undersøkelser, må altså forskeren ifølge Johannsen et al., (2010: 229), sørge for å gi en grundig beskrivelse av konteksten undersøkelsen er gjennomført i, samt være tydelig på hvordan forskningsprosessen i sin helhet har foregått. I denne undersøkelsen er dette forsøkt gjort ved å gi en redegjørelse for valg av case, informanter og min egen forforståelse for tema med bakgrunn i erfaringer og lederrolle i SØ.

Forskerens forforståelse eller engasjement i tema som det forskes på, er ifølge Tjora (2017) ikke bare å regne som et forstyrrende element i forskningen. Han sier derimot at en fullstendig nøytralitet ikke kan eksistere, og at det viktigste er å være åpen om egen forståelse, samt være forberedt på å justere egen forståelse underveis i forskningen (Tjora, 2017).

Når det gjelder selve forskningsprosessen, er denne redegjort for med hensyn til hvilke metodiske valg som er foretatt. Det er også gitt en beskrivelse av hvordan analyseprosessen har foregått, samt hva som ligger til grunn for de ulike valgene jeg har tatt i denne prosessen.

I følge Halvorsen (1997) er validiteten eller gyldigheten høy dersom man samler inn data som er tilstrekkelige og relevante for problemstillingen. Videre hevdes det at problemet med validitet kan oppstå fordi forskeren befinner seg på to plan; både på teoriplanet og på empiriplanet. Halvorsen utdyper videre: «*ideelt sett skal det være samsvar mellom bruken av samme begreper på de to plan*» (Halvorsen, 1997:43). Valg av metode for innsamling av data må altså være i tråd med problemstillingen, slik at dataene og definisjoner er godt plassert både på det teoretisk og på det empiriske planet.

Jeg mener at undersøkelsen har intern validitet, da valg av metode i denne undersøkelsen har gitt svar på det den hadde som formål å besvare. Videre anser jeg funnene som gyldige dersom man ser de opp mot problemstillingen for oppgaven: «Hvordan fungerer prosessforbedringsmodeller i arbeidshverdagen?» I tillegg er studiens empiri koblet til oppgavens teorigrunnlag. Dette gir samlet sett en intern validitet.

Ekstern validitet eller overførbarhet av resultater fra egen kvalitativ forskning, til andre utvalg eller situasjoner, er ifølge Grønmo (2004) mest aktuell i forskning som tar utgangspunkt i kunstige undersøkelsesbetingelser. Denne formen for undersøkelser betegnes ofte som eksperimentell forskning. Den eksterne validiteten blir da vurdert i forhold til om forskningsresultatene fra det kunstige miljøet, kan overføres til reelle samfunnsmessige forhold (Grønmo, 2004). I denne undersøkelsen er funn innhentet under det man kan kalle reelle forhold. Jeg har undersøkt ett operativt fagområde innenfor en av operasjonsavdelingene i SØ. Utvalg av informanter er lite, og resultatene gir ikke automatisk overførbarhet til andre avdelinger eller enheter.

På den annen side er undersøkelsens problemstilling basert på informantenes *erfaring og opplevelse* av å arbeide med prosessforbedring. Dette mener jeg kan åpne for muligheten til å overføre resultater fra denne studien til andre miljø som arbeider prosessbasert. Denne oppfattingen begrunnes med argumenter for pålitelighet og gyldighet i egen studie, i tillegg til andre empiriske undersøkelser og analyser som er presentert i oppgavens kunnskapsgrunnlag. Basert på dette resonnementet, vil andres erfaringer ikke nødvendigvis skille seg vesentlig ut fra hvordan deltagerne i denne studien responderer. Undersøkelsen kan med dette antas å ha ekstern validitet (Grønmo, 2004).

5.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapitlet presenteres funn fra undersøkelsen som skal gi svar på problemstillingen for oppgaven: «**Hvordan fungerer prosessforbedringsmodeller i arbeidshverdagen?**»

Basert på studiens tre forskningsspørsmål, vil jeg i dette kapitlet presentere funn fra undersøkelsen inndelt i tre hoveddeler.

I første hoveddel presenteres funn knyttet til forskningsspørsmålet: «Hvordan arbeides det etter prosessforbedringsmodellen i SØ?», under overskriften; Prosessforbedring - modell og praksis. Kapitlets andre hoveddel: Organisatoriske og strukturelle rammer, inneholder funn som skal svare på forskningsspørsmål nummer to i oppgaven: «Hvordan påvirkes arbeidsformen av organisatoriske og strukturelle rammer?» Avslutningsvis i dette kapitlet presenteres funn knyttet til forskningsspørsmålet: Hvordan muliggjøres bedre samarbeid ved hjelp av arbeidsformen?» under overskriften: Faktorer som fremmer eller hemmer samarbeid

Dokumenter som er benyttet som sekundært materiale i studien, kobles til intervjudataene og presenteres under tilhørende hovedtema.

Prosessforbedringsmodellen som er tatt i bruk i SØ, bygger på prinsippet om medvirkning fra medarbeiderne. Modellen har videre fokus på evidensbasert kunnskap og god klinisk praksis (SØ, strategiplan 2014-2017). Innledningsvis vil jeg presentere en uttalelse fra en av informantene, hvor vedkommende sier noe om *tidligere erfaringer* knyttet til kvalitetsforbedringer i helsevesenet:

... mange helsearbeidere har kvalitetssikringsordet langt opp i halsen.. for at de har fylt ut så mange skjemaer og brukt så mye tid på ting som vi aldri har fått noen tilbakemelding på om har blitt brukt.. og mest sannsynlig så har det ikke blitt det heller. Det har bare havna i en skuff..

Dette er slik jeg ser det, en uttalelse som kan vitne om at tidligere erfaringer med metoder og verktøy innen forbedringsarbeid kan oppleves å ha liten nytteverdi for den enkelte medarbeider. Det kan også forstås dithen at det tidligere har blitt rapportert på data som i liten grad har hatt forankring i den kliniske arbeidshverdagen.

Denne oppgaven handler om hva som skjer mellom mennesker som arbeider prosessorientert med forbedringer, og hvordan dette oppleves av medarbeiderne.

Prosessforbedring - modell og praksis

Som vist tidligere er Sykehuset Østfolds prosessforbedringsmodell utarbeidet med elementer fra Lean. Modellen skal bidra til å utvikle en kultur for prosessforbedring i organisasjonen, og bygge inn kvalitet i alle arbeidsprosesser og pasientforløp (SØ, strategiplan 2014-2017).

Helhetsforståelse for modellen

På spørsmål vedrørende opplæring eller involvering i prosessforbedring som metode og arbeidsformen, svarer de aller fleste informantene at de ikke har vært involvert i utarbeidelsen av verdistrømsanalyser, eller fått spesifikk opplæring i metoden. Det er kun to av informantene som har vært med fra starten av piloteringsfasen. Når det kommer til innføringen av metoden etter at pilotperioden var over, har en av de som deltok i prosjektets pilotperiode gjort seg noen tanker:

For det første tok det tid å innføre det sånn som vi hadde tenkt da.. jeg skal ikke si at det var direkte motstand... men jeg opplevde vel heller ikke at det var en veldig iver etter å komme i gang.. Nettopp fordi de...[andre kollegaer]. .. ikke helt forstod hva vi dreiv med... jeg tenker sånn i ettertid at man skulle nok ha gått ut og informert og involvert hele gruppa tidligere... på et mye tidligere tidspunkt egentlig... ved at flere er litt mer delaktig kanskje...da blir det litt morsommere å jobbe med det også.

Funn viser at den informasjonen som er gitt til medarbeiderne etter piloteringsperioden, med tanke på hvordan prosessforbedringsmodellen fungerer i et helhetsperspektiv, er varierende. Informantene forteller om ulike erfaringer knyttet til dette. Det er funn i undersøkelsen som kan tyde på at det blant flere av informantene etterlyses mer informasjon om prosessforbedringsmodellen i sin helhet. En uttaler:

... skulle kanskje ønsket meg at det var noen som fortalte meg mer om prosessforbedringen som metode..

Dette støttes av en uttalelse fra en av de andre informantene:

Jeg fikk jo med meg at vi skulle forte oss å starte.. slik er det jo overalt, men jeg visste ikke at det var noe spesielt her... nei det gikk en stund før jeg visste at de hadde begynt med noe nytt...

En opplever å ha mottatt tilfredsstillende informasjon fra leder på avdelingsmøter eller andre felles arenaer. Informanten sier:

Prosessforbedring som metode ble introdusert via lederen... jeg synes det er greit som det var, har ikke følt noe behov for mer informasjon på forhånd. Vi fikk jo info av leder når vi startet

Det er ingen av informantene som forteller om *faste rutiner* for introduksjon i modellen eller metodikk til nyansatte. Det beskrives derimot et høyt fokus på prosessforbedring blant medarbeiderne ved denne enheten, noe som informantene mener kan bidra til at nye medarbeidere får en større forståelse for arbeidsformen. En uttaler:

... informasjon til nyansatte? ... nei... vi snakker mye om prosess og forløp... og om hvordan vi kan gjøre ting enklere.... det er veldig mye rundt det. Hva kan vi gjøre for å være mer effektive... det er vi bevisst på... de [nyansatte] må jo også være med på tavlemøtet... og da får de informasjon...

Bakgrunn og målsetting for arbeidsmetoden

På direkte spørsmål til informantene om hva som var den konkrete årsaken til at enheten startet opp med prosessorientert forbedring, og hvilken målsetning de arbeider etter, kom det ulike svar frem. Det er ikke alle som kan si hvorfor dette arbeidet startet, men flere av informantene *tror* det handler om effektivitet og logistikk. Flere mener å ha fått med seg at modellen har fokus på disse tingene. En informant sier:

De (...) ville se på hvordan de kunne tjene litt tid, fordi de ville prøve å operere flere pasienter pr stue pr dag.. fordi de så at det var ganske lange bytte tider mellom pasienter, og ofte klarte de kanskje bare to pasienter...

En annen sier:

Vet ikke noe om bakgrunn for arbeidet... for at vi ikke skulle gjøre så mye dobbelt arbeid kanskje?

En av informantene utdyper samme tema ved å vise til tidligere utfordringer knyttet til planlegging og gjennomføring av operasjonsprogrammet, og legger dette til grunn for hvorfor forbedringsarbeidet startet. Informanten forteller:

... ting gikk utrolig tregt tidligere, og det var mye overtid.. det gikk utrolig sakte. Operasjonsskjemaene stemte ikke. Det stod at operasjonen skulle ta for eksempel 1 time og så tok den 3 timer.. eller omvendt.. når programplanleggerne setter opp program ut ifra det, så blir jo programmet veldig galt. Enten ble vil veldig tidlig ferdig eller veldig seint ferdig.. dette utgjorde en stor frustrasjon...

To av informantene kommer inn på Lean modellen. De kobler selv sykehusets forbedringsmodell opp til denne modellen, og sier de har lest seg opp på hva Lean modellen inneholder. Uttalelsene indikerer at de ser bakgrunn for eget forbedringsarbeid knyttet til effektivitet og riktig bruk av tid. Dette baserer de på det de mener Lean handler om. Den ene informanten sier:

Bakgrunn? Nei.. det er vel for å få mer effektivitet.. nå har jeg jo lest mer om det. Om Lean og sånn. At vi skal bruke tid på det som er viktig, og at ting skal gå mest mulig effektivt..

Den andre informanten mener Lean handler om å bruke tid på det som er viktig. Informanten sier:

... å bruke Lean handler vel om det at vi skal bruke tid på det som er viktig...

På spørsmål om det eksisterer en felles uttalt overordnet målsetning for forbedringsarbeidet, svarer de fleste informantene at de ikke kjenner til om en slik målsetning finnes. En svarer:

... Målsetning? nei det har jeg ikke sett...

En annen mener å ha hørt snakk om en målsetning, men kan ikke helt huske hva denne er. En av informantene forteller om en overordnet målsetning for arbeidet. Informanten sier:

Jeg husker ikke helt.. jo forresten. ..var det: «hver dag litt bedre»?» jeg synes det er en veldig god målsetning, den er overkommelig liksom.. den kan vi nå...

Flere av informantene er inne på at målsetningen bør ha noe med pasientarbeidet og gjøre. Tilbakemeldingene på dette tema kan sammenfattes i hvordan en av informantene uttrykker det:

Eh... jeg kan ikke huske akkurat hva som står der... men jeg tenker at et overordna mål for oss det må jo være... at pasienten opplever å bli godt ivaretatt, og i løpet av den tiden som er sagt at han skal bli tatt i mot... og at dem har et greit forløp... også det at man klarer å operere de pasientene som er satt opp, at vi får færrest mulig strykninger... uten at jeg kan si noe mer om målet...

De overordnede prinsippene som tidligere er presentert som førende for metodikken i SØ, blir lagt frem for informantene. På spørsmål om hvilke tanker de gjør seg i forhold til om dette er prinsipper som enheten arbeider i tråd med, tyder funn på at de fleste mener å arbeide i tråd med prinsippene. En av informantene er usikker på dette, og legger til grunn at mangel på tid til å reflektere over eget arbeid gjør det vanskelig å bekrefte eller avkrefte om det arbeides etter prinsippene. Informanten sier:

... vet ikke om vi jobber etter alle disse...jeg kan ikke si det.. i en travel hverdag.. jeg vet ikke ... vi har jo pasienten i sentrum, men kontinuerlig forbedring..?...jeg tror kanskje det kan forsvinne litt... fordi...refleksjoner er det ikke mye tid til...

Flere andre sier de opplever at de arbeider innenfor prinsippene, og gir uttalelser i tråd med det en av informantene sier:

... jeg kjenner meg veldig godt igjen i de prinsippene vi jobber innenfor de.

Bruk av modellens verktøy

Enheten i studiens case benytter et begrenset utvalg av verktøyene i modellen.

Verdistrømsanalyse ble gjennomført i løpet av pilotperioden. I dette arbeidet var kun medarbeidere med spesielle ansvarsområder knyttet til fag, samt lederne ved de impliserte avdelinger involvert. Denne prosessen blir beskrevet som følger av en av informantene som var med i arbeidet:

... vi skulle se på alle arbeidsprosesser, og vi satte det opp i skjema, og diagrammer. Vi så helt spesifikt på hva vi gjorde fra pas kom, og til han var på vei hjem igjen... Vi delte opp alle tidene, og der vi så at det var oppgaver som ble litt overlappende så ble de skravert... vi hadde egne diagram som vi fikk ut... vi prøvde å se hvor er det vi kan spare inn tid, hvor er det vi kan tenke annerledes her liksom. .. er det noe her du kan gjøre, som en annen kanskje kan gjøre... og så satte vi på en måte bare i gang...

Samme informant forteller videre:

... også var det dette med tavlemøter som ble innført... vi hadde noe kursing også i forhold til det... vi hadde blant annet ett par samlinger i Strømstad.. med både eksterne og interne forelesere.

Vi har tidligere sett at det er begrenset kunnskap om metoden som helhet. På spørsmål om informantene kjenner til andre verktøy i modellen enn de som de selv anvender, svarer de fleste at de ikke kjenner andre verktøy. Enkelte nevner i den forbindelse at personalet på postoperativ enhet ringer pasientene dagen etter operasjon. Dette gir mulighet for å fange opp potensielle forbedringsområder. En av informantene gir eksempel på forbedringer som er gjort etter direkte tilbakemeldinger fra pasienter som er oppringt:

... ved inngrep som for eksempel gjøres i lokal bedøvelse... da opplever ikke pasienten å ha vondt når de reiser... men mange av dem opplyser på telefonen om at det blir veldig vondt etterpå...da kan operatør forberede pasientene på at det kan bli vondt... og det hadde ikke vi kommet til å være klar over.. så det er en del nyttige tilbakemeldinger faktisk...

Tavlemøtet

Tavlemøtet foregår en gang i uken, og har en varighet på omtrent 15 minutter. Deltagerne på dette møtet består av de medarbeiderne som arbeider på *dette fagområdet denne dagen*.

Teamet består derfor både av medarbeidere med fast tilhold ved enheten, samt deltagere som gjennom sin funksjon kan veksle mellom ulike fagområder. Flere av informantene forteller om *andre kollegaer* som ikke helt ser betydningen av å møte på tavlemøtet. Det gis eksempler på kollegaer som informantene sier ikke har forståelse for hvorfor eller hvordan prosessforbedring i form av tavlemøte foregår. En av informantene forklarer dette på følgende måte:

... jeg tror alle vet at vi skal ha tavlemøtet, men om alle andre forstår hele forløpet, og hvorfor vi gjør dette.. det er jeg mer usikker på.

En annen informant sier det på denne måten:

«..de [medarbeiderne] som ikke er her[på det bestemte fagområdet] hele uken får ikke det samme eierforholdet til tavlemøtet.. de får ikke det samme ut av det tror jeg... det er litt negativt

Andre eksempler på utfordringer knyttet til deltagelse eller gjennomføring av tavlemøtet knyttes av informantene opp til *tidspunktet for møtet*. Tavlemøtet starter rett før arbeidshagens slutt, og dette kan utløse det som beskrives som negative reaksjoner blant noen av kollegaene. En informant forteller:

... jeg kan merke det på morgenen at når folk er på... [det aktuelle fagområdet]... så blir det litt sånn: åh.. i dag er det tavlemøte.. da må vi være helt til klokka halv fire da... det er negativt...

En annen forteller:

Det som er negativ med tavlemøtet er tidspunktet..., at når vi er tidlig ferdig [med arbeidsdagen], så ønsker folk å gå hjem...

En av informantene forteller om hvordan kollegaers motivasjon for arbeidsformen kan knyttes direkte til opplevelsen av hvilken gevinst som oppnås:

Mange... [kollegaer] ... synes jo i starten at det var litt tullete... men når de finner ut at de faktisk får en gevinst av det. Det at vi nå får operert flere pasienter... så da... da synes de ikke det er tullete allikevel... men det er klart at vi må gå den runden flere ganger for at alle skal komme til tavlemøte.. og... det må holdes i...

Informantene forteller videre at tilbakemeldinger og forbedringsforslag fra både pasienter og involverte medarbeidere blir tatt opp på tavlemøtet. Forslag til endringer diskuteres, besluttes og iverksettes i de fleste tilfeller slik jeg forstår det, i samarbeid mellom deltagerne på tavlemøtet, seksjonsleder fra operasjonsavdelingen og medisinskfaglig ansvarlig på fagområdet. En av informantene forteller:

... det meste av forbedringsforslag tas opp på tavlemøte... om det er noe, så løses det der og da... det er sjelden det er noen systemfeil egentlig.. .det er som regel noe som kan løses der og da.

Som det fremkommer av navnet «tavlemøte», dreier dette seg om et møte som avholdes foran en whiteboardtavle. På tavlen er ulike måleparameter, forbedringsområder og tiltak listet opp. Informantene beskriver hva de opplever som positivt med tavlemøtet:

... på tavlemøtet kan vi ta opp ting... ting som vi trenger å snakke om

Det at det er rom for å ta opp ulike ting som påvirker arbeidshverdagen fremstår som viktig for flere av informantene. En av informantene sier at tavlemøtet er det rette stedet å ta opp konkrete forbedringsforslag:

... konkrete forbedringsforslag... det blir tatt opp på tavlemøtet... for eksempel problemområder som har utpekt seg. Da tas det opp på tavlemøtet, i stedet for å snakke om det i løpet av uken... så tar vi det der... der har vi en felles møteplass.

Funn knyttet til hvordan endringer som involverer flere avdelinger eller andre linjeledelser håndteres, blir presentert under neste hovedkategori: «Organisatoriske og strukturelle rammer».

Måleparameter på tavlen

Til grunn for utvelgelsen av måleparameterne som er beskrevet på tavlen, ligger oppgaver og arbeidsprosesser som antas å ha forbedringspotensial. Eksempler på dette kan i følge informantene være: oppstartstid på morgenen, skiftetider mellom operasjoner, samt avslutningstider. Klokkeslett basert på disse tidene blir daglig skrevet opp på tavlen. Måleparameterne blir deretter gjennomgått på tavlemøtet en gang pr uke. Ved positive eller negative avvik fra målet, diskuteres årsakene og eventuelle tiltak som skal iverksettes på grunnlag av dette. Det er derfor viktig at det daglig skrives opp årsaker til forsinkelsene i form av stikkord på tavlen. Vi har tidligere sett at informantene beretter om varierende motivasjon blant kollegaer for å delta på tavlemøtet. Dette gir også utslag i at enkelte medarbeidere har begrenset forståelse for at det daglig skal registreres resultater i form av klokkeslett på tavlen. En Informant forteller;

... noen dager er vi sent ute... da ønsker vi at man skal skrive opp på tavla ... noe om hvorfor... det må vi ofte mase på folk om, for at de skal skrive opp hvorfor de startet senere eller holdt på lenger..

En annen informant forteller om kommentarer fra enkelte andre kollegaer;

... noen ser ikke nytten av det..(..) de sier sånn som at; åh.. skal vi måles på alt nå.. det kan vel ledelsen sjekke sjøl...

Samme informant tror manglende innsikt i *hvorfor* arbeidet skal gjøres, kan ha betydning for hvilken motivasjon den enkelte har for å bidra i arbeidet;

tror ikke alle vet hvorfor vi skal måle... for min del tok det jo lang tid.. så vi kunne kanskje tatt det opp på en fagdag eller noe... for å få frem hva jobber vi mot og hvorfor gjør vi dette...

I tillegg indikerer funn i undersøkelsen at mange opplever høye krav om økt effektivitet i sykehuset. En sier det på denne måten:

... det er klart det stilles jo ganske høye krav.. og jo mer.. eh.. det jo hele tiden det at vi skal være mer og mer effektive.. og jeg tenker at et eller annet sted så stopper det... for vi klarer ikke... vi er bare mennesker.. så dersom det blir for høye krav.. så kan det resultere i at folk blir slitne...

Funnene viser at de fleste er enige om at det er positivt å få tilbakemeldinger på arbeidsflyten, og på hvordan de ligger an i forhold til mål om å bli ferdige innenfor avsatt arbeidstid. En av informantene påpeker betydningen av at resultatene nå er synlige:

... veldig bra at ting blir visualisert. Sånn som knivstart [for operasjon] for eksempel.. alle kan se resultatet.

Ved å synliggjøre resultater hver uke mener flere av informantene at fokuset på pasientflyten har blitt større. En forteller:

Det har blitt en bevissthet rundt hvor lang tid vi bruker på inngrepene.. vi planlegger mer realistisk tid på operasjonene...

Effekter og nytteverdi av prosessforbedringsmodellen

Opplevd nytteverdi blant medlemmene

På spørsmål om effekter og nytteverdi av arbeidsformen er svarene relativt samstemte. Flere av informantene forteller om forbedringstiltak som de mener har vist positive effekter. Det

fortelles om kortere ventetid for pasientene og høyere grad av effektivitet i arbeidet. En av informantene mener det er mindre sløsing av pasientenes tid. Pasientforløpet blir beskrevet som «tightere». Informanten sier:

... nå er det er mindre venting enn tidligere, mye tightere forløp... vi sløser mindre med pasientenes tid. Jeg tenker at det er jo det dette handler om...

Funn viser også at det er gjort tiltak i form av standardisering av utstyr og arbeidsmetoder. En av informantene forteller om forbedringstiltak som kommer inn under denne kategorien. Resultatene oppfattes av denne informanten å ha direkte innvirkning operasjonsforløpet:

Utstyr [operasjonsutstyr] blir pakket likt... alle vet hvor instrumentene ligger.. og det gjør at de kommer kjappere i gang med operasjonen. Det at pakkingen er standardisert... det var det ikke før.. noen gjorde sånn og noen gjorde sånn... alle gjør likt nå, det er veldig standardisert. Alle lærers opp til dette... alle nye får den samme opplæringen. .. det er egne maler.. det er veldig bra.

Tavlemøtet oppfattes av informantene som et nyttig verktøy i forbedringsarbeidet. Flere mener de har stor nytte å treffes og se konkrete resultater [på tavlen] knyttet til eget arbeid. Det fremkommer funn som tyder på at tavlemøtet anses av informantene, som en viktig møtearena for å styrke teamfølelse. En beskriver det slik:

... ja vi ser resultater av arbeidet [på tavlen]... det er forståelig og konkret... i tillegg så er det sånn teambildning... ved at vi alle står der sammen en dag i uka...alle i teamet. Jeg synes det er veldig bra... vi har et felles ansvar...

Andre beskriver tavlemøtet som en faktor med betydning for samarbeidet. En sier:

Samarbeidet har blitt bedre, i hovedsak fordi vi nå har et forum[tavlemøtet] hvor vi kan ta opp saker, vi snakker mer sammen..

Målbare resultater

Når det kommer til de målbare resultatene som fremkommer på tavlen, er det en generell oppfatning blant informantene at oppstartstider og skiftetider mellom operasjoner er forbedret. Dette medfører i følge en av informantene at fagområdet får operert flere pasienter, og at det er få strykninger av operasjoner. Informanten forteller:

... jeg synes det har kommet mye bra ut av dette arbeidet.. det målbare er at vi kommer mye raskere i gang om morgenen. Vi har tidlig oppstart, og antall operasjoner har økt.. vårt inntrykk er at vi kommer i gang om morgenen, og det er lite strykninger av operasjoner...

Gjennomgang og revidering av tidsbruk på de ulike operasjonene har i følge flere av informantene resultert i mer nøyaktig utarbeidede operasjonsprogram.

De overstående funnene baserer seg på hvordan medarbeiderne selv opplever nytteverdi og hvordan de selv måler effekter av prosessforbedringen. De forteller videre at det *før* innføring av arbeidsformen ble gitt få tilbakemeldinger knyttet til måltall. En informant sier:

Før vi startet med tavlemøter fikk vi ingen tilbakemeldinger på hvordan vi lå an i forhold til antall operasjoner og sånn...

Når det kommer til tilbakemeldinger på resultater fra ledelsen, er det noen av informantene som påpeker at de sjelden får konkrete tilbakemeldinger på resultater fra ledelsen:

Stort sett går det bedre tror jeg... vet ikke om vi får operert flere pasienter, eller om det er mindre overtid nå.. men jeg tror knivtiden er blitt mye bedre.. har ikke hørt noe.. vi får ikke noen regelmessig tilbakemeldinger... men om vi ikke hører noe så er det vel bra..

Forbedringsarbeid – en del av hverdagen?

Forbedringsmodellen i SØ har en klar intensjon om at forbedringer skal skje som en kontinuerlig prosess uten begynnelse og slutt. Dette understrekes også gjennom prosjektets

overordnede visjon: «Litt bedre -hver dag» (SØ, strategiplan, 2017-2020) På spørsmål om prosessforbedringsarbeidet oppleves som en naturlig del av hverdagen til medarbeiderne, eller om dette er noe som oppfattes som arbeid som må gjøres i tillegg til kjerneoppgavene, indikerer svarene fra de aller fleste at dette er en godt innarbeidet arbeidsform som flere opplever som en naturlig del av hverdagen en sier:

... det (...) føles ikke som noe merarbeid. Det er jo for å lette egen arbeidsdag

En av de andre informantene sier:

... nei, forbedringsarbeidet og tavlemøtet føles ikke som noe vi gjør i tillegg til nei..., det er en del av det hele, og dessuten så har vi jo bestemt dette sammen

Denne siste uttalelsen kan forstås dithen at medbestemmelse og involvering i beslutninger blant medarbeiderne oppleves å ha betydning for om arbeidsformen sees som en del av arbeidshverdagen. Flere av informantene sier de opplever at det har skjedd en generell endring i tankesett ved enheten siden de startet i piloteringsperioden. Det som tidligere ble oppfattet som «noe motstand» mener flere har endret seg. En av informantene sier:

... vi jobber annerledes nå, endret tankegang liksom.. det har vært en endringsprosess som gjør at alle tenker annerledes...

Mange av informantene poengterer at dette er en arbeidsform som har kommet for å bli og de mener at dette er noe alle i avdelingen *bør* se betydningen av. Dette begrunner de med de positive resultatene som flere av informantene forteller om.

Organisatoriske og strukturelle rammer

SØ har som vist tidligere valgt en struktur som skal understøtte prosessforbedringsarbeidet. De ulike rollene og funksjonene som inngår i denne strukturen, ble nærmere presentert i kapittel 2. I denne delen vil jeg presentere funn som knyttes til dette tema, med bakgrunn i forskningsspørsmålet: «Hvordan påvirkes arbeidsformen av organisatoriske og strukturelle

rammer?» . Funnene blir presentert under overskriftene: «Prosessforbedringsstrategi- og struktur», «koordinering og samordning», samt «nærhet i lokalisasjon».

Prosessforbedringsstrategi og – struktur

«Prosesseier.. Hva er det?»

Den overordnede strategien og fokuset på prosess i SØ, er slik jeg forstår svarene ikke av avgjørende betydning for hvordan de arbeider i hverdagen. Informanter som *ikke* var direkte involverte i pilotperioden gir ikke inntrykk av at de har oppfattet prosessforbedring som et overordnet satsningsområde. Det er lite som tyder på at informantene ser en direkte kobling mellom det kliniske arbeidet og den overordnede strategien eller endring av struktur. En av informantene sier:

Prosessorganisering i sykehuset?...eh... det er vel kanskje blitt sagt noe om det, men jeg kan ikke huske det. Det har kun vært ett prosessforbedringsmøte hvor lederen kort fortalte litt om prosessforbedring...

Ingen av informantene kan fortelle hvem som er prosesseier for pasientløpet. Når det gjelder informanter som var direkte involvert i pilotprosjektet, er svarene noe mer nyansert. Det er kun et fåtall av informantene som har hørt om prosesseier rollen. Ingen kan derimot fortelle hvem som innehar denne rollen for det forløpet som informantene er knyttet til. Det samme gjelder prosessdirektørrollen. Ingen av de som ble intervjuet kan fortelle noe om denne rollen, eller hvem som har denne funksjonen i SØ. Det viser seg imidlertid at informantene anser det som betydningsfullt at arbeidsformen og modellen er godt forankret hos linjeledelsen. En av informantene uttaler:

... skal dette lykkes må det holdes i hele veien.. og det er lederen sitt ansvar.

Flere av informantene poengterer at lederen må ta ansvar for at alle medarbeiderne er lojale til de beslutninger som er gjort. En av informantene sier:

Det er jo ledelse styrt, og alle (...) må følge opp. Men om det ikke blir gjort så må lederen ta tak i det...

En annen poengterer at modellen må være ledelsesforankret:

Det er lederen som leder tavlemøtet, og jeg tenker at det er lederen som driver alt fremover... det betyr veldig mye for arbeidet at lederen er involvert...

Koordinering og samordning

Enheten som er undersøkt består som vi har sett av medlemmer fra ulike avdelinger, hver med sin egen linjeledelse (se fig 1.0). På spørsmål om de har gjort seg noen tanker om koordineringen på tvers av avdelingene som er involvert i pasientforløpet, gir de fleste uttrykk for at dette fungerer godt. Dersom det skulle oppstå konflikter eller uenigheter innad i teamet, sier samtlige informanter at de vil ta det opp direkte på tavlemøtet der alle avdelinger er representert. Videre forteller de at dersom det skulle oppstå utfordringer som ikke lar seg løse på laveste nivå [tavlemøtet], vil de ta dette opp med egen eller operasjonsavdelingens linjeledelse. Det er ingen som har noen formening om annen fordeling av ansvar eller myndighet i pasientforløpet. Funn i undersøkelsen indikerer at dette ikke er område eller tema som informantene har reflektert over i særlig grad. Det er ingen av de spurte som kan fortelle om situasjoner eller konflikter hvor dette har vært tema. En av informantene uttrykker det på denne måten:

... nei jeg vet ikke... jeg kan ikke huske at det har vært noe tema... nei... samarbeidet på tvers fungerer greit synes jeg...

Nærhet i lokalisasjon

Pasienter som tilhører det aktuelle fagområdet blir alle tatt i mot, operert og utskrevet fra samme sted. Dette innebærer at teamet rundt pasientene har felles lokalisasjon. Flere av informantene gir uttrykk for at denne organiseringen av tjenesten har stor betydning for kommunikasjon og arbeidsflyt. En av informantene sier:

Det at vi har alt på ett sted er kjempeviktig... det har stor betydning...det er jo helt fantastisk å ha det sånn...mye lettere å snakke sammen...

En annen utdyper den positive effekten av å være lokalisert sammen ved å se dette i sammenheng med at medlemmene dermed blir bedre kjent med hverandre. Dette knyttes av informanten videre opp mot større grad av eierskap og felles ansvar i pasientforløpet.

Informanten sier:

... så vi har fått et helt annet..eh... vi kjenner hverandre mye bedre fordi vi er sammen. Vi kjenner for eksempel legene mye bedre.. på en helt annen måte, vi er jo på samme sted.. mindre forhold.. vi sitter og spiser sammen og er vi er samla på samme sted. Det har mye å si. Vi føler et mye større eierskap til alt sammen.. tenker jeg... vi er liksom ett team, alle har ansvar.. uansett hvilke oppgaver vi har...

Denne oppfatningen deles av en annen informant som mener at nærhet i lokalisasjon gir positivt utslag på samarbeidet, ettersom det gir mulighet for at alle medlemmene i teamet ser hverandre og snakker sammen også utenfor operasjonsstuen:

... alle sitter sammen og spiser lunsj inne på pauserommet.. mens nede (...)er det veldig adskilt liksom.. legene sitter der, og anestesi sitter der og... renhold der. Så det er ganske mange [kollegaer]utenfra som reagerer på det når de kommer hit... så det er egentlig ganske fint. Her kommer liksom legene bort til deg i gangen og snakker til deg.. det har liksom ikke noe å si om du er fra renhold eller sterilsentralen eller et annet sted, så det er veldig fint.. ja...

Disse uttalelsene kan forstås som at informanten mener det er positivt å se medlemmene i teamet uavhengig av de tradisjonelle merkelappene som definerer roller og profesjon.

Faktorer som fremmer eller hemmer samarbeid

I denne delen presenteres informantenes svar knyttet til studiens tredje forskningsspørsmål: «Hvordan muliggjøres bedre samarbeid ved hjelp av arbeidsformen?». Funn fra undersøkelsen knyttet til dette tema presenteres under overskriftene: «Avklaring av roller og oppgaver», «Kommunikasjon» og «Motivasjon for samarbeid».

Først og fremst: er samarbeid viktig?

Informantene er samstemte i forhold til hvilken betydning et godt samarbeid har i deres arbeidshverdag. Svarene tyder på at dette ansees som svært viktig. Flere av informantene kommer med utsagn som:

... det er kjempeviktig å samarbeide.

En annen legger til:

... det er kjempeviktig at alle samarbeider uansett om de er lege eller noe annet... det er kjempeviktig

Et godt samarbeid fremstilles blant flere av informantene som svært betydningsfullt for at de skal få muligheten til å gjøre en god jobb. Dette kommer til uttrykk gjennom uttalelser som:

Jeg synes at tverrfaglig samarbeid er veldig viktig... vi må jo samarbeide på en eller annen måte for få gjort en best mulig jobb i teamet.

Andre informanter mener samarbeid har betydning for at pasientene kommer igjennom operasjonsforløpet på en god måte. En sier det på denne måten:

Vi er helt avhengig av et godt samarbeid... i det hele tatt for å få pasientene igjennom (...) på en allright måte.

Avklaring av roller og oppgaver

Det å ha kunnskap om andre medlemmers kompetanse og arbeidsoppgaver fremkommer i undersøkelsen som en betydningsfull faktor i samarbeidet. Funn viser at de gjennom å avklare oppgaver og ansvarsområder opplever at forståelsen for andre teammedlemmers roller og oppgaver styrkes. En av informantene beskriver hvordan det kan påvirke samarbeidet:

... vi får en forståelse for at det andre gjør kanskje tar lengre tid enn det vi tenkte før.. og samtidig har de andre en større forståelse for vårt arbeidsområde.. så jeg tror det er veldig positivt for samarbeidet at vi vet mer om hva de andre har av arbeidsoppgaver, og at vi i snakker mer sammen...

Betydningen av å ha denne forståelsen og kunnskapen om hverandres kompetansefelt understrekes i undersøkelsen gjennom det de fleste av informantene, i en eller annen form nevner det jeg forstår som et avhengighetsforhold som oppstår mellom medlemmene innad i teamet. En informant uttrykker det slik:

... alle i et team bidrar til å få jobben gjort. Viktig at alle viser hverandre respekt og har forståelse for hverandres oppgaver og kompetanse..

En annen sier:

..Det er viktig for samarbeidet... å vite andres oppgaver. Alle i et team er jo like viktige..

Kommunikasjon

På spørsmål om hvilke faktorer som anses som betydningsfulle for å utvikle og opprettholde et godt samarbeid, kommer de fleste av informantene raskt inn på betydningen av kommunikasjon. En informant sier det på denne måten:

Kommunikasjon er veldig viktig... det er viktig at vi prater masse sammen gjennom dagen.. det er viktig for et godt samarbeid.

En annen uttrykker:

Klare og riktige beskjeder må til.. altså at vi får de beskjeder som vi skal ha..»

Flere av informantene sier at samarbeidet har blitt bedre etter innføring av tavlemøtet. De forklarer dette med at de nå har et felles møtested hvor de får mulighet til og treffes og snakke sammen. Informanten forteller:

Samarbeidet har blitt bedre, i hovedsak fordi vi nå har et sted[tavlemøtet] hvor vi kan ta opp saker, vi snakker mer sammen...

Motivasjon for samarbeid

Funn viser også at informantene betoner det som betydningsfullt at medlemmene faktisk *ønsker* å samarbeide. Dersom det enkelte medlemmet i teamet ikke ser betydningen av, eller gevinsten i å samarbeide kan det bli vanskelig. Flere av informantene kommer inn på dette temaet. En sier:

... men det er klart.. at vi vet jo alle at om det er en eller to personer som ønsker å sabotere ville de klart det veldig fint.. man må ville samarbeidet og skjønne hvorfor det er viktig for alle...

Undersøkelsen viser også at informantene mener det er viktig for samarbeidet at de har en felles målsetning. Informantene sier de må vite hva de skal samarbeide om og hvorfor de skal samarbeide. De signaliserer videre at alle må ha samme forståelse for hva som skal gjøres. En informant sier:

... felles mål er kjempeviktig, alle må være enige i om hvilke mål som gjelder... hva vi skal samarbeide om... vi må jo jobbe mot det samme målet...

En annen uttrykker det slik:

... motiverte medarbeidere tenker jeg er en viktig suksessfaktor... at alle vet hvilket mål vi har, og at alle er motiverte til å samarbeide mot det...

Betydningen av at legene er delaktige i hele operasjonsforløpet, beskrives som en viktig faktor for samarbeidet i teamet. Det er flere som kommer inn på dette tema. En av informantene sier det på denne måten:

... når legene bidrar, og er med hele veien... synes jeg det er helt fantastisk – da føler jeg at vi har et godt samarbeid...

På spørsmål om faktorer som kan være til hinder for samarbeid i teamet, viser funn at manglende lojalitet til vedtatte beslutninger blant medlemmene oppfattes som negativt for samarbeidet. En informant uttaler:

... hindringer? Ja det er hvis folk blir individualister og vil gjøre det på sin egen måte... at de ikke innfinner seg med at om ting er bestemt så er det bestemt...

Videre trekkes lederens ansvar frem. Informanten sier dette i forhold til hvordan lederen bør håndtere situasjonen beskrevet ovenfor:

... det er et ledelsesansvar... de (...)må holdes mer i tøylene...det er det lederen som må gjøre...

Eksempler på andre faktorer som informantene oppfatter som et *hinder* for tverrfaglig samarbeid kan sammenfattes i forhold som tidspress og uforutsette hendelser. Dette begrunner flere med at det i slike situasjoner kan være vanskelig å finne tid til snakket sammen, eller å finne tid til å hjelpe hverandre i løpet av dagen. Samtidig påpeker flere av informantene at det nettopp er under slike forhold det er viktig å samarbeide. Svaret fra en av informantene illustrerer dette:

... stress og uforutsette ting gjør det [samarbeidet] vanskelig, selv om det er da vi burde prioritert å samarbeide mer..

Oppsummering av funn fra de tre hoveddelene

Funn fra denne undersøkelsen viser at medarbeiderne har begrenset kjennskap til forbedringsmodellen i *sin helhet*. Det er gitt svært begrenset informasjon om prosessforbedring som metode eller arbeidsform til de medarbeiderne som ikke var med i piloteringsfasen. Informantene kjenner ikke til andre forbedringsverktøy enn de som selv benytter ved enheten.

Videre har vi sett at det gjennomføres ukentlige tavlemøter ved enheten. Her treffes medlemmer fra ulike profesjoner og yrkesgrupper. På tavlemøtet blir forbedringsområder gjennomgått og forbedringstiltak vedtatt. Dette oppfattes som et nyttig verktøy blant de fleste av informantene. Ulike måleparametere er ført opp på tavlen. Disse fylles ut med klokkeslett for oppstart, skiftetider og avslutningstid på operasjonene daglig. Det betones som viktig at

alle medarbeidere har en forståelse for hvorfor dette arbeidet gjøres, samt hvorfor alle må møte på tavlemøtet en gang i uken. Funn viser at det er ulik motivasjon for dette arbeidet blant medarbeiderne i operasjonsavdelingen.

Funnene for øvrig viser at det nå oppleves å være bedre flyt i arbeidsprosessene. Dette medfører i følge informantene, kortere ventetid for pasientene, færre strykninger på operasjonsprogrammet og høyere grad av effektivitet i arbeidet. Ved å ha fokus på egne utarbeidede måleparameter på de nevnte områder, gir informantene uttrykk for at forbedringsarbeidet oppleves som «nyttig og fornuftig».

I kapittel to har vi sett at SØ har gjort tilpasninger i den formelle strukturen gjennom å opprette horisontale samordningsroller (prosesseiere) som skal sørge for koordinering på tvers av avdelingene som er involvert i pasientforløpet. Funn viser imidlertid at det er få som har hørt om prosesseier rollen. Videre er det ingen som kan fortelle hvem som innehar denne funksjonen for det pasientforløpet som enheten er knyttet til.

Pasienter som tilhører det aktuelle fagområdet, blir alle tatt i mot, operert og utskrevet fra samme sted. Flere av informantene gir uttrykk for at denne organiseringen av tjenesten har stor betydning for kommunikasjon og arbeidsflyt ved enheten. Andre funn viser at nærhet i lokalisasjon oppfattes å gi positivt utslag på *samarbeidet*. Dette begrunnes med muligheten for at medlemmene i teamet blir bedre kjent med hverandre, når de treffes og snakker sammen også utenfor operasjonsstuen.

Tverrfaglig samarbeid betones gjennomgående som viktig ved enheten. Det fremholdes at kommunikasjon, respekt og forståelse for hverandres arbeidsoppgaver er betydningsfulle faktorer for utvikling av samarbeid. Det anses viktig for samarbeidet at oppgaver og ansvarsområder synliggjøres og avklares i teamet. Funn viser også at det må tilrettelegges for at medlemmene skal få anledning til å snakke sammen. Flere anser tavlemøtet som en god samarbeidsarena. Faste rammer og struktur på tavlemøtene, samt klare forventinger fra ledelsen om engasjement og deltagelse blir gjennomgående beskrevet som viktig.

6.0 DRØFTING AV FUNN

Innledning

Ved å svare på problemstillingen: «Hvordan fungerer prosessforbedringsmodeller i arbeidshverdagen?» er hensikten å gi innsikt i hvordan prosessorientert struktur og prosessorienterte forbedringsmodeller fungerer som strategi for kvalitetsforbedringer i den kliniske arbeidshverdagen. Videre hvordan arbeidsformen virker inn på det tverrfaglige samarbeidet i organisasjonen. Det er tidligere presentert tre forskningsspørsmål for oppgaven. Funn knyttet til disse vil i denne delen drøftes opp mot kapittel 2 og kapittel 3.

For å svare på studiens første forskningsspørsmål: «Hvordan arbeides det etter prosessforbedringsmodellen i SØ?», vil jeg se SØ strategidokumenter og forbedringsmodell, presentert i kapittel 2, opp mot funn fra undersøkelsen og relevant teori. Hensikten med dette er å drøfte prosessforbedringsmodellen opp mot *hvordan det faktisk arbeides etter modellen* ved den enheten som undersøkes.

Deretter drøftes funn knyttet til forskningsspørsmålet: «Hvordan påvirkes arbeidsformen av organisatoriske og strukturelle rammer?» opp mot organisasjonsteori, med vekt på mål, strategi og struktur. Endringer i organisasjoner drøftes videre i lys av instrumentell og institusjonell organisasjonsteori.

Avslutningsvis i dette kapitlet drøftes funn som svarer på det tredje forskningsspørsmålet for studien: «Hvordan muliggjøres bedre samarbeid ved hjelp av arbeidsformen?» i drøftingen benytter jeg PINCOM modellens aspekter som antas å ha betydning for hvordan samarbeidet kan utvikles eller endres over tid (Ødegård, 2012).

Prosessforbedring – modell og praksis

«Hvordan arbeides det etter prosessforbedringsmodellen i SØ?»

SØ forbedringsmodell er utviklet med elementer fra Lean modellen og andre anerkjente metoder, som har vist dokumentert forbedring av prosesser ved internasjonale sykehus. Formålet med å imitere andre organisasjoners modeller kan være å oppnå samme resultater som dem man imiterer. Etersom de fleste organisasjoner ikke er identiske, handler det ofte om å redigere og tilpasse modeller til eget bruk (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

Prosesorienteringen og forbedringsmodellen i SØ skal gjennom verktøy og arbeidsform sikre bedre flyteeffektivitet i kjerneprosessene i organisasjonen. Dette skal gi effektiv ressursutnyttelse, målbare resultater, og videre føre til økt kvalitet på pasientbehandlingen i sykehuset (Sundstøl, 2016). Modellens formål samsvarer med det som ansees for å være helt sentralt også i Lean modellen. Flyteeffektivitet i organisasjonen skapes ifølge Lean, gjennom først å kartlegge arbeidsprosesser i organisasjonen for deretter å fjerne all ikke verdiskapende aktivitet (Pettersson et al., 2008).

Uavhengig av hvilken kvalitetsforbedringsmodell organisasjonen velger å benytte, er det enkelte forutsetninger som i andre studier har vist seg å ha betydning for hvordan modellene mottas og benyttes i arbeidshverdagen. Involvering og medvirkning fra medarbeidernes side i planleggingsfasen oppfattes av mange som viktige faktorer for at deltagerne skal oppnå eierskap til arbeidsformen (DNL, 2013). Dette har SØ, ifølge deres overordnede strategi, tatt innover seg. Den egenutviklede prosessforbedringsmodellen i sykehuset har fokus på å være medarbeiderdrevet og ledelsesforankret. Involvering fra medarbeiderne i kvalitetsforbedringsarbeidet skal sikres gjennom flere av metodikkens verktøy (SØ, strategiplan 2014-2017).

I et institusjonelt perspektiv kan SØ målsetning om å *utvikle en kultur for prosessforbedring* i organisasjonen sees på som en annerkjennelse av at medarbeiderne i sykehuset har egne verdier og normer som vil ha innflytelse på hvordan modellen og arbeidsformen mottas (Eriksson- Zetterquist, 2014). Dette møter også ideen om en deltakende endringsstrategi. I følge Jacobsen & Thorsvik (2009), innebærer dette at det ikke er ledelsen alene som skal gjennomføre alle endringer i en virksomhet. Ansvar for utvikling ligger på alle medlemmene i organisasjonen. Medarbeiderne må derfor inkluderes i planlegging og gjennomføring av arbeidet (Jacobsen & Thorsvik, 2009).

Helhetsforståelse for modellen

Ved enheten som er undersøkt i denne studien, viser funn at det kun er et fåtall av medarbeiderne som har vært deltagende i *utviklingen* av modellen. Det ble i piloteringsfasen gjennomført verdistrømsanalyser, kartlegging av pasientens «reise» inn i sykehuset, samt pasientintervju ved dette fagområdet. I dette arbeidet deltok avdelingsledelsen ved operasjonsavdelingen sammen med utvalgte fagpersoner (SØ, strategiplan 2017-2020). Det er få av informantene som sier de har fått opplæring eller innføring i modellen i ettertid. Kommunikasjon og informasjon anses som nøkkelfaktorer for hvordan moderne

organisasjoner forankrer sine strategiske valg blant ansatte. Tilstrekkelig informasjon om metodisk valg kan ha stor betydning for realisering av mål i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2009).

Datamaterialet viser at flere av informantene etterlyser mer kunnskap om *modellen i sin helhet*. Ifølge Pettersson et al. (2008) er det innenfor Lean avgjørende at medlemmene forstår metodikken som en helhetlig strategi for å lykkes med innføring av modellen. Det heter videre at både organisasjonskulturen, lederskap og medarbeidernes tankesett må tilpasses denne strategien (Pettersson et al., 2008).

Studier som tidligere er gjort ved innføring av nye modeller og arbeidsformer i sykehus, viser nettopp til utfordringer knyttet til å implementere overordnet filosofi og helhet i modellene som velges (Aarrestad & Lindquister, 2014). På bakgrunn av datamaterialet i egen studie kan medarbeidernes begrensede kunnskap om *modellen som helhet*, forklares med det informantene opplever som manglende informasjon og opplæring i modellen (Jacobsen & Thorsvik, 2009). Det kan også forklares med hvordan den enkelte medarbeider har avgrensede muligheter til å se egen aktivitet i en større sammenheng. Medlemmer i komplekse organisasjoner vil ifølge Christensen et al. (2009) ha en begrenset forståelse for organisasjonens strategier og mål. Datamaterialet viser at medarbeiderne nærmest praksisfeltet, ikke kan berette om en overordnet målsetning for prosessforbedringen i SØ. Gjennom begrepet *administrative man* forklares denne manglende helhetsforståelsen med den kognitive begrensningen som enkeltindivider besitter. Dette utløser ifølge Christensen et al. (2009) begrensninger knyttet til overordnet målforståelse.

Funn viser imidlertid at informantene opplever eget forbedringsarbeid i tråd med modellens intensjon om effektivitet og ressursutnyttelse. Det er en uttalt oppfatning ved enheten at modellen har fokus på nettopp disse faktorene. Det fremkommer at det tidligere var utfordringer knyttet til *oppstartstider på operasjon, skiftetider mellom operasjoner og generell operasjonsplanlegging*, og informantene legger dette til grunn for deres mål med forbedringsarbeidet. Ved å ha fokus på egne utarbeidede måleparameter på de nevnte områder, opplever informantene forbedringsarbeidet som *nyttig og fornuftig*. Sett i et institusjonelt lys er det enklere å engasjere medarbeidere i mål som oppfattes å være formålstjenlig (Christensen et al., 2009). Det betyr at på tross av manglende helhetsforståelse for modellen, arbeides det med forbedringer av konkrete prosesser innenfor egne rammer. Dette viser at manglende kunnskap om overordnet målsetning i organisasjonen ikke

nødvendigvis gir manglende resultater innenfor egen enhet. I følge Christensen et al. (2009), vil fokus på eget arbeid kunne bidra til stabilitet og forutsigbarhet for den enkelte medarbeider.

Kontinuerlig forbedring

«Litt bedre – hver dag?»

Prosessforbedringsmodellen og dens verktøy skal ifølge sykehusets strategiplan (2017-2020), bidra til at kvalitetsforbedringer skjer som en kontinuerlig prosess, uten begynnelse og slutt. Dette understrekes også gjennom visjonen; «Litt bedre – hver dag!», som vi finner i strategidokumentet (SØ, strategiplan 2017-2020:3). Tidligere erfaringer knyttet til innføring av prosessforbedringsmodeller i sykehus, viser til hindringer som kan oppstå etter at pilot- og prosjektperioder er over. Dette kan skyldes en fremtredende tankegang blant medarbeidere om at arbeidsformen ikke oppleves som en kontinuerlig prosess, men derimot som et prosjekt med en begynnelse og en slutt. Dette synet på forbedringsmodeller understrekes av at mange oppfatter det som vanskelig å prioritere forbedringsarbeid i tillegg til sine daglige gjøremål (Aarrestad & Lindquister, 2014).

Funn fra egen undersøkelse viser at blant medarbeidere med kontinuerlig tilknytning til enheten, oppfattes forbedringsarbeidet å være en naturlig og viktig del av hverdagen. Dette gjelder først og fremst de som har vært deltagende i arbeidet med å utarbeide måleparametere og måltall for forbedringsområder. Vi finner også at det fortelles om et høyt fokus på forbedringsarbeid ved den enheten som er undersøkt. Sett i lys av et institusjonelt perspektiv, og utfra logikken om hva som er passende, kan disse funnene forklares med at det har utviklet seg både kulturelle holdninger og handlinger i enheten som preger de medlemmene med stor tilknytning til fagområdet (Christensen et al., 2009). Dette understøttes av funn som indikerer at medlemmene selv er av den oppfatning av at deres holdninger og handlinger, over tid vil bidra til at nye medarbeidere får større forståelse for arbeidsformen.

I datamaterialet finner vi også at synliggjøring av resultater av forbedringsarbeidet i form av måleparameterne på tavlen, gir motivasjon for arbeidsformen. Det er høyt fokus på disse resultatene blant informantene. Dette dreier seg om kvantitative, målbare resultater som både er enkle å måle og å formidle videre i enheten (Jacobsen & Thorsvik, 2009). Dette kan medføre at kvalitative resultater overskygges og tillegges mindre verdi (Christensen et al., 2009). Hvorvidt det ved enheten skjer en målforskyvning i form av det Jacobsen & Thorsvik

(2009) betegner som *overmåling* vil drøftes senere i dette kapitlet, under overskriften; «Organisatoriske og strukturelle rammer».

Tavlemøtet

På tavlemøtet blir de nevnte resultater knyttet til måleparameterne for den foregående uken tatt opp til vurdering. Hva som eventuelt skal endres eller forbedres kommer som et resultat av dette. Dette verktøyet finner vi igjen i SØ forbedringshjul (fig. 4.0). Funn viser også at møtet oppleves som et sted hvor deltagerne kan ta opp andre tema som påvirker arbeidsdagen. Forbedringer blir diskutert og i stor grad besluttet og iverksatt på tavlemøtet.

Motivasjonen for å delta på møtet eller for å føre opp tider på tavlen, anses av informantene å være større blant de som har mer kontinuerlig tilknytning til enheten. Dette kan ifølge Ødegård (2012) forklares ut i fra forståelsen for *hvorfor* enheten gjør dette arbeidet. Funn tyder på at det er gitt mangelfull informasjon om tavlemøtet og forbedringsarbeidet som foregår ved dette fagområdet til medarbeidere i operasjonsavdelingen i sin helhet. Dette gir videre utslag i begrenset motivasjon for å benytte verktøyene i arbeidsformen blant medarbeidere som informantene betegner som *andre kollegaer* i avdelingen. Uten motivasjon og engasjement fra medarbeiderne i organisasjonen sier Willumsen (2012) at innføring av nye arbeidsformer eller modeller mest sannsynlig blir møtt med skepsis.

Det er allikevel verdt å merke seg at innføring og adopsjon av forbedringsmodeller kan skje over et mer langsiktig perspektiv (Christensen et al., 2009). Dette understøttes av funn i undersøkelsen som viser at flere av de spurte sier det har skjedd en positiv endring i holdningen til arbeidsformen siden oppstart. Flere forteller om et høyt fokus på prosessforbedring blant medarbeiderne som er tilknyttet enheten, og de mener at dette på sikt vil bidra til at alle medarbeidere får større forståelse for arbeidsformen. Denne oppfatningen møter det Røvik (1998) sier om å benytte begreper eller språk som assosieres med modellen over tid. Han fremholder at praktiske endringer etter hvert kan komme som et resultat av dette.

Organisatoriske og strukturelle rammer

«Hvordan påvirkes arbeidsformen av organisatoriske og strukturelle rammer?»

De lokale helseforetakene i Norge er å regne som store komplekse organisasjoner. I tillegg er de en del av en større og sammensatt enhet som består av regionale helseforetak. For at organisasjonene skal kunne fungere og løse spesifikke oppgaver kreves en organisering av de prosesser og tjenester som skjer innad i organisasjonen (Eriksson- Zetterquist, 2014). I det følgende drøftes prosessforbedringsmodellen og funn fra undersøkelsen opp mot disse rammene, med vekt på organisasjonens mål, strategi og struktur.

Overordnet mål og strategi

SØ formål er uløselig knyttet til den samfunnsnyttige funksjonen som norske helseforetak innehar. Det er derfor naturlig at deres visjon bygger på dette faktum. Jacobsen & Thorsvik (2009) beskriver hvordan organisasjoner arbeider for å nå overordnede målsetninger og visjoner, gjennom å fastsette mer konkrete del- og hovedmål. Videre utarbeides strategier som beskriver hvordan organisasjonen skal nå de fastsatte målsetninger (Jacobsen & Thorsvik, 2009). I SØ presenteres en styringspyramide (fig. 6.0), som viser sammenhengen mellom deres visjon, mål og aktiviteter. Den overordnede strategien i SØ har fokus på å benytte systematisk prosessforbedring som et virkemiddel for å tilby; *tilgjengelige, forutsigbare og helhetlige tjenester*. Utvikling av pasientforløp og forbedring av arbeidsprosesser er en del av dette arbeidet. Målet er at alle enheter i sykehuset skal arbeide systematisk og målrettet med prosessforbedring (SØ, strategiplan 2017-2020).

I Jacobsen og Thorsvik (2009) beskrives utfordringer knyttet til hvorvidt medarbeidere faktisk arbeider etter den vedtatte overordnede strategien. Det henvises til eksempler på hvordan medlemmene i organisasjonen velger å prioritere annerledes enn det overordnede mål tilsier. De kaller dette fenomenet for *målforskyvning*. I det følgende vil jeg på bakgrunn av funnene, drøfte om vi finner målforskyvning i form av *suboptimalisering* og *overmåling*.

I undersøkelsen fremkommer det funn som kan tyde på at målforskyvning skjer i form av *suboptimalisering*. Dette er en form for forskyvning som viser seg når ansatte fokuserer mer på eget avgrenset ansvarsområde enn på helhet og overordnet mål (Jacobsen & Thorsvik, 2009). Funn viser at den overordnede strategien i SØ ikke oppleves å ha direkte innvirkning på hvordan medlemmene arbeider. De informantene som ikke var direkte involvert i pilotarbeidet kjenner ikke til den *overordnede* prosessorienteringen i SØ. Arbeidsformen antas

på bakgrunn av dette å være løst koblet til overordnede målsetninger og prosessorientert struktur. Medlemmenes fokus er på eget arbeid, egne målsetninger og måleparameter. Funn viser videre at informantene gir uttrykk for at denne nærheten til forbedringsarbeidet, gir en positiv synergi av arbeidsformen. Kvalitetsarbeidet har fått en konkret form og innhold, som de mener er *fornuftig* og *nyttig*.

Datamaterialet viser også at prosessforbedringen i stor grad handler om å arbeide mer effektivt og bedre logistikken i arbeidsprosessene ved enheten. Det gis eksempler på hvordan skiftetider mellom operasjoner har bedret seg, og at de på den måten får operert flere pasienter per dag. Disse funnene gir grunn til å stille spørsmål ved om det skjer en målforskyvning i form av *overmåling* (Jacobsen & Thorsvik, 2009). Gjennom at det fokuseres på kvantitative faktorer som faktisk lar seg måle, kan de kvalitative effekter av arbeidsformen overskygges eller ignoreres, da disse ofte er vanskeligere å måle, formidle og forstå (Christensen et al., 2009). Det fremkommer ingen funn i undersøkelsen som viser at det måles på kvalitative resultater. Informantene viser til at postoperativ enhet ringer pasienten dagen etter operasjon for på den måten å fange opp eventuelle forbedringsområder. Det er derimot ingen indikasjon i svarene som viser at dette fører til systematisk oppfølging. Det hverken etterspørres eller rapporteres resultater knyttet til dette arbeidet. Informantene forteller at dersom det kommer tilbakemeldinger fra pasienter som indikerer at det må gjøres forbedringer, blir dette sporadisk formidlet til teamet på tavlemøtet.

Slik det er presentert ovenfor mener jeg det ikke er grunnlag for å hevde at det skjer målforskyvning i form av suboptimalisering. Ettersom medlemmene ikke kjenner til overordnede målsetninger, finner vi ingen ignorering av overordnede mål til fordel for lokale målsetninger (Jacobsen & Thorsvik, 2009). Det er heller ingen grunn til å anta at enhetens egne målsetninger og måleparameter strider mot de overordnede mål i organisasjonen.

Datamaterialet indikerer derimot at det er mer sannsynlig at det skjer elementer av *overmåling*. Dette begrunnes med at funn viser et begrenset fokus på kvalitative resultater i caset. Undersøkelsen avdekker ikke funn som tyder på at det finnes måleparameter eller rapportering på kvalitative forbedringer. Dette kan forklares med at de kvantitative målsetninger er enklere å måle, og har større gjennomslagskraft da de er enklere å forstå og formidle (Jacobsen & Thorsvik, 2009).

Struktur og samordning

Organisasjoner gjør bruk av ulike modeller for å samordne enkeltindividenes og gruppens arbeidsinnsats, for på den måten å understøtte og sikre at resultatet samsvarer med organisasjonens overordnede mål (Bolman & Deal, 2009). Grad av differensiering kan forstås ut i fra hvilken orientering den formelle strukturen i organisasjonen har. Videre vil grad av integrasjon mellom avdelinger eller enheter ses i sammenheng med behovet for samordning (Willumsen, 2012). Forholdet mellom differensiering og integrasjon har i SØ utløst tilpasninger i organisasjonens overordnede struktur. Sykehuset har i tillegg til den tradisjonelle vertikale linjeorganiseringen opprettet funksjoner eller roller (prosesseiere) som har et horisontalt samordningsansvar. Prosesseierne skal sikre gjennomføring av pasientforløp og samordne forbedringsarbeid knyttet til arbeidsprosesser som går horisontalt gjennom organisasjonen (SØ, strategiplan 2017-2020). Denne formen for samordning er sammenfallende med den graden av integrasjon som Åhgren (2012) betegner som *kooperasjon* mellom enheter.

Funn i datamaterialet tyder på at den formelle prosessorienterte strukturen ikke er kjent for alle medlemmene i organisasjonen. Undersøkelsen viser at ingen av informantene kan si hvem som er prosesseier for pasientforløpet de er knyttet til. Det er kun et fåtall av informantene som har hørt om prosesseierfunksjonen eller andre prosessorienterte roller i SØ. Funn viser derimot at medlemmene er godt kjent med den tradisjonelle vertikale strukturen. Dette møter det som Bolman & Deal (2009) beskriver som det tradisjonelle og funksjonelle synet mange har på organisasjoner.

Endringer i organisasjoner i lys av det instrumentelle perspektivet

Endringer i arbeidsform og handlingsmønster i organisasjonen bestemmes ifølge dette perspektivet ut i fra den strukturen som er utformet (Bolman & Deal, 2009). Videre velger organisasjonen den retningen som gir størst gevinst (Christensen et al., 2009). Vi finner her en grunnleggende tro på at maksimal ytelse fra medlemmene i organisasjonen, skjer gjennom fordeling av oppgaver, roller og ansvar (Bolman & Deal, 2009). Endringer som er gjennomført i SØ i form av tilpasninger i struktur og prosessorientert strategi for å oppnå kvalitetsforbedringer, speiler dette synet på organisasjoner. Utfordringer knyttet til samordning, effektivitet og kvalitet i pasientforløp og arbeidsprosesser forklares og løses gjennom analyser og omstrukturering (Bolman & Deal, 2009:71-74). Dette tegner et perspektiv med stor tro på fullstendig rasjonalitet (Christensen et al., 2009).

Etter pilotering av prosessforbedringsmodellen ved utvalgte enheter i SØ, skal videre implementering skje etter en vedtatt handlingsplan. Målet er å innføre arbeidsformen ved alle klinikker, seksjoner og enheter i sykehuset. Dette er sammenfallende med det instrumentelle perspektivets syn på hvordan adferd kan styres gjennom planer og modeller (Røvik, 1998). Organisasjonsendringer vil i dette perspektivet skje gjennom at ledelsen beslutter endringenes innhold, og medlemmene i organisasjonen gjennomfører endringen. I praksis oppleves dette noe mer komplisert (Eriksson- Zetterquist et al., 2014).

Som tidligere vist, er det funn i undersøkelsen som tyder på at hverken de overordnede målene eller den formelle prosessorienterte strukturen er godt kjent blant medlemmene i organisasjonen. Dette kan ifølge Christensen et al. (2009), til dels forklares gjennom begrepet *begrenset rasjonalitet*. I store komplekse organisasjoner er det nærmest umulig å ha full oversikt, eller oppnå full rasjonalitet i forhold til overordnede mål og handlingsalternativer (Christensen et al., 2009). Medlemmene kjenner kun til et begrenset antall retninger og strategier for måloppnåelse. Dette er sammenfallende med funn som viser at enheten arbeider etter prosessforbedringsmodellen gjennom å benytte et begrenset utvalg av modellens verktøy. Som vi har sett tidligere er det få av informantene som kjenner til metoden i sin helhet. Datamaterialet viser også at informantene har begrenset kjennskap til andre verktøy utover de som de selv anvender. Dette forklares i teorien med at medlemmene har en begrenset kapasitet til å skaffe tilveie alle alternativer for måloppnåelse. Tiltros for at dette ikke resulterer maksimal uttelling av modell og arbeidsform, er *begrenset rasjonalitet* fortsatt bygd på troen på formålsbestemte handlinger (Christensen et al., 2009).

I spesialiserte organisasjonsstrukturer som vi for eksempel finner i SØ, vil både enkeltindivider og enheter ha hovedfokus på egen aktivitet. Dette har vi sett kan gi medlemmene en begrenset forståelsesramme (Christensen et al., 2009). Vi har videre funnet at informantene har fokus på egne kvantitativt målbare forbedringsområder. Dette kan i et instrumentelt perspektiv forklares med medlemmenes begrensede rasjonalitet, samt den kognitive begrensningen hos enkeltindivider som forklares gjennom begrepet *administrative man* (Christensen et al., 2009).

Ledelse

Sett i et instrumentelt perspektiv er styring og kontroll over underordnede aktiviteter og aktører veien og gå for å oppnå resultater. Lederskap utøves i et hierarkisk system, hvor det er

de formelle organisasjonsroller og funksjoner som gjelder (Christensen et al., 2009). Dette synet på myndighet og ansvar i organisasjonen, er sammenfallende med funn i undersøkelsen som indikerer at det er den tradisjonelle linjeledelsen som av medlemmene oppfattes å ha myndighet og ansvar. Det er ingen som kan berette om situasjoner hvor det har oppstått uenigheter på tvers av avdelinger, men dersom dette skulle skje, antar samtlige av de spurte at det er linjeledelsen ved egen avdeling, eller ved operasjonsavdelingen, som har det avgjørende ordet.

Det blir i undersøkelsen gitt uttrykk for at *en tydelig ledelse* er av stor betydning for at arbeidsformen skal fungere optimalt. Faste rammer og fast struktur på tavlemøtene, samt klare og uttalte forventninger om deltagelse fra alle medlemmer blir beskrevet som avgjørende. Flere tar også til orde for at ledelsen må ta ansvar for at alle medarbeidere er lojale til de beslutninger som fattes, og at dersom det ikke skjer må lederen ta tak i dette. Sett i et instrumentelt perspektiv er grunntanken om rasjonell konsekvenslogikk et bærende tankesett også innen ledelse. Ved at medlemmene i undersøkelsen etterspør styring og ledelse dersom kollegaer ikke forholder seg lojalt til beslutninger, ser de etter løsninger på et instrumentelt nivå (Christensen et al., 2009).

Endringer i organisasjoner i lys av det institusjonelle perspektivet

Formell organisasjonsstruktur og formelle strategier er ikke nødvendigvis alltid koblet sammen med det som faktisk skjer i en organisasjon (Christensen et al., 2009). Det institusjonelle perspektivet åpner for en forståelse for at organisasjoner har verdier og normer som gjør at de tar selvstendige valg og at medlemmene i organisasjonen har innflytelse på beslutninger som tas (Eriksson- Zetterquist, 2014). SØ forbedringsmodell er å regne som en del av organisasjonenes strategi. Modellen og arbeidsformen skal sammen med de strukturelle grepene som er gjort, bidra til at det bygges en kultur for prosessforbedring blant medlemmene i SØ. Funn i undersøkelsen viser at de medlemmene som har en kontinuerlig tilknytning til fagområdet, oppfatter arbeidsformen og verktøyene i modellen som en naturlig del av sin arbeidshverdag. Årsaken til denne oppfatningen blant medlemmene forklares gjennom utsagn som indikerer at dette er noe de har bestemt sammen. Videre viser funn at arbeidsformen oppfattes av mange som noe som gjør arbeidsdagen deres enklere. Sett i et institusjonelt perspektiv og ut fra logikken om hva som er passende, kan disse funnene forklares med at det har utviklet seg både kulturelle holdninger og handlinger i enheten som

preger de medlemmene med stor tilknytning til fagområdet (Christensen et al., 2009). Datamaterialet viser imidlertid at dette ikke gjelder alle *andre kollegaer*, som ikke arbeider på denne enheten til daglig.

Ser vi på funnene for øvrig finner vi at det er av stor betydning at medarbeiderne har forstått og ser gevinsten av arbeidsformen. Dette forklares innenfor institusjonell teori, med at medbestemmelse og involvering av medarbeidere har betydning for hvordan endringer i arbeidsform mottas og implementeres i organisasjonen (Christensen et al., 2009). Deltagelse fra medarbeiderne vil i dette perspektiv gi medlemmene et eierforhold til modellen og vil videre øke sannsynligheten for at endringer i arbeidsform faktisk gjennomføres (Jacobsen & Thorsvik, 2009). Datamaterialet kan tyde på at det til tross for fokus på overordnet styring og kontroll fra ledelsen som vist tidligere, oppfattes ikke dette alene å være nok. Sett i et institusjonelt perspektiv betyr det at medlemmene ikke nødvendigvis tilpasser seg alle styringssignaler fra ledelsen, men tar selvstendige valg på bakgrunn av egne erfaringer, meninger og verdier. Dette er sammenfallende med det som i Christensen et al., (2009) forklares som *kulturperspektivet*.

Et annet perspektiv innenfor institusjonell teori er *myteperspektivet*. Dette forklarer organisasjonsadferden som et resultat av de forventninger som stilles i omgivelsene. Forventninger til hvordan et helseforetak skal utføre sine tjenester bygger på fastsatte normer, regler og verdier i omgivelsene. Graden av legitimitet varierer i forhold til hvordan organisasjonene imøtekommer og innfrir disse forventningene (Christensen et al., 2009). Forventningene i helseforetakenes omgivelser, baseres blant annet på nasjonale myndigheters krav til økonomisk styring og optimal kvalitet (Helsedirektoratet, 2005-2015). I tillegg generes fortløpende ny kunnskap innen behandling og forebygging av sykdom. Dette påvirker omgivelsenes syn på hva som er gode helsetjenester (SØ, strategiplan 2014-2017).

Samlet vil dette kunne utløse krav fra omgivelsene rettet mot spesialisthelsetjenesten om å organisere sine tjenester på en økonomisk, effektiv og kvalitetsmessig god måte. SØ prosessforbedringsmodell, kan i lys av et institusjonelt perspektiv ses på som en tilpasning for å oppnå legitimitet i omgivelsene. Tilpasninger i organisasjonsstruktur, utvikling av planer og modeller bidrar på denne måten til legitimitet, gjennom å speile krav og *myter* som finnes i omgivelsene (Eriksson-Zetterquist, 2009).

Ledelse

I et institusjonelt perspektiv benytter lederen både strukturelle og kulturelle føringer for å

oppnå resultater. Lederskapet utføres med fokus på kommunikasjon og samarbeidsrelasjoner som går både vertikalt og horisontalt i organisasjonen (Christensen et al., 2009).

Datamaterialet viser at i oppgavens case beskrives tavlemøtet som en arena hvor medlemmer fra flere avdelinger får anledning til å treffes og snakke sammen om forbedringer og tiltak.

Lederens ledelse av tavlemøtet fremkommer som en viktig forutsetning for gjennomføringen.

Det er forventninger til at lederen gir struktur og rammer til møtet. Sett i lys av det institusjonelle perspektivet bidrar lederen gjennom toveis kommunikasjon og samarbeid til å koordinere oppgaver og funksjoner. På den måten gis rammer for utvikling og endring (Johnsen & Johnsen, 2011).

Løskobling

Spesialisthelsetjenesten må som beskrevet tidligere, forholde seg til mange og komplekse mål. Høye forventninger til samordning, kvalitet og effektivitet er noen av de krav som stilles fra omgivelsene. Strategier for å møte disse kravene blir derfor viktige redskaper for at organisasjonen skal oppnå legitimitet i omgivelsene (Christensen et al., 2009). Som tilsvar på dette behovet presenteres organisasjonsoppskrifter som fremstår som symboler og løsninger på utfordringene (Røvik, 1998). Norske helseforetak innfører forbedringsmodeller som skal bidra til å øke kvaliteten på pasientbehandlingen, og samtidig ha fokus på effektiv drift og samordning (Grøndalen, 2013).

Jeg har tidligere antydnet at prosessforbedringsmodellen i SØ er utarbeidet for å møte krav og forventninger fra omgivelsene (myter) som beskrevet ovenfor. Sykehuset har også foretatt tilpasninger i organisasjonsstrukturen for å understøtte prosessforbedringsarbeidet og den horisontale samordningen. Dette viser en stor grad av tilpasning til omgivelsenes forventninger og vil kunne gi organisasjonene høy grad av legitimitet (Christensen et al., 2009).

Formell organisasjonsstruktur er nødvendigvis ikke alltid koblet sammen med det som *faktisk gjøres* i organisasjonen (Christensen et al., 2009). Det er dette som innenfor institusjonell teori kalles *løskobling*. Det blir beskrevet to årsaker til at planer og praksis kan være løst koblet sammen (Brunsson, 2006). Den ene årsaken forklares med manglende samsvar mellom krav fra omgivelsene (myter) og organisasjonens interne krav (kultur). Dette kan føre til at organisasjoner hevder de har tilpasset seg, uten at dette faktisk har skjedd. Den andre årsaken finner vi når det stilles motstridende krav i organisasjonen som ikke lar seg oppfylle samtidig

(Brunsson, 2006). I det følgende vil jeg drøfte muligheten for at vi finner en løskobling mellom tilpasninger i organisasjonsstrukturen og praksis i denne undersøkelsen.

SØ beskrivelse av prosesseierens ansvar, myndighet og funksjon i forhold til koordinering og oppfølging av pasientforløp (SØ, strategiplan 2017-2020), svarer ikke til hvordan informantene i undersøkelsen oppfatter fordeling av ansvar og myndighet i pasientforløpet. Datamaterialet viser at prosessorienterte roller og funksjoner er nærmest ukjente begreper for mange av medlemmene. Dette gir grunnlag for å stille spørsmål ved om tilpasninger i formell struktur møter myten om prosessledelse ved å hevde at horisontale prosessroller sørger for samordning og oppfølging av pasientforløp. Dette vil kunne føre til at opprettelsen av horisontale prosessledere (prosseiere) blir å anse som et mål, og ikke et middel for koordinering og samordning (Christensen et al., 2009). På denne måten vil strukturen i SØ kunne bidra til å gi organisasjonen legitimitet gjennom og speile myter i omgivelsene (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

Ser vi på funnene for øvrig, finner vi at det er begrenset kunnskap om prosessforbedringsmodellen i sin helhet blant informantene. Modellen og verktøyene er lite kjent blant medarbeidere som ikke har så tett tilknytning til enheten i studiens case. Brunsson (2006) viser til hvordan skille mellom prat, beslutninger og handlinger kan forklare løskobling mellom planer og praksis i organisasjoner. Datamaterialet viser at enheten benytter seg av verktøy i forbedringsmodellen. Det gjennomføres ukentlige forbedringsmøter (tavlemøter), hvor forbedringstiltak diskuteres i et tverrfaglig fellesskap. Informanter med tilhørighet til enheten forteller om høyt fokus på å forbedre arbeidsprosesser knyttet til pasientbehandlingen. Funnen gir slik jeg forstår det, ikke grunnlag for å hevde at modellens arbeidsform og verktøy er direkte løskoblet fra praksis, all den tid det arbeides etter modellen ved enheten. Slik det er presentert her mener jeg det derimot kan gi grunnlag for å stille spørsmål ved om forbedringsmodellens overordnede tanke sett og struktur er *løskoblet* til praksis. Dette har vi sett kan forklares med manglende informasjon om modellen blant medlemmene i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2009).

Tverrfaglig samarbeid

«Hvordan muliggjøres bedre samarbeid ved hjelp av arbeidsformen?»

Funnene i undersøkelsen viser at samarbeidet i enheten som er undersøkt, har endret seg. Når jeg skal svare på oppgavens tredje forskningsspørsmål; «Hvordan muliggjøres bedre

samarbeid ved hjelp av arbeidsformen?»), drøftes funn knyttet til samarbeid opp mot aspekter fra PINCOM modellen som antas å ha betydning for hvordan samarbeidet kan utvikles over tid (Ødegård, 2012). Dette for å se om funnene samsvarer med det som beskrives som relevante faktorer for tverrfaglig samarbeid i modellen.

Samarbeid på individ- og gruppenivå

«Først og fremst- er samarbeid viktig?»

Datamaterialet viser at samarbeid mellom medlemmene i operasjonsteamet, anses for å være svært viktig i arbeidshverdagen. Grad av samarbeid har en direkte innvirkning på hvordan oppgaver i pasientforløpet løses. Denne oppfatningen møter Ødegårds (2012) beskrivelse av hvilken betydning samarbeid kan ha i organisasjoner. Han sier at det av mange blir hevdet at samarbeid ikke bare er viktig, men faktisk helt avgjørende for å kunne yte høy kvalitet på de tjenestene som gis i helse- og sosialsektoren. Dersom man ønsker å videreutvikle og forbedre samarbeidet i en organisasjon eller enhet, kan det synes nødvendig å klargjøre hva samarbeid faktisk handler om (Ødegård, 2012).

Når vi ser på funnene finner vi at samarbeid først og fremst handler om å snakke sammen. Kommunikasjon mellom teammedlemmene anses for å være nærmest avgjørende for å få pasientene «gjennom operasjonsforløpet på en god måte». Andre betydningsfulle aspekter som fremkommer, er at alle i teamet forstår *hvorfor* det er viktig å samarbeide. Det må eksistere et ønske om, og en vilje til samarbeid. Det fremkommer eksempler på «andre kollegaer» som ikke har denne forståelsen. Disse oppfattes å være mindre motiverte for å delta på samarbeidsarenaer, som for eksempel på tavlemøtet.

Motivasjon

Funn viser at motivasjon for tverrfaglig samarbeid knyttes til i hvilken grad medlemmene ser resultater og gevinster av samarbeidet. Dette møter det Ødegård (2012) sier i forhold til at samarbeidet må oppleves å være meningsfullt for den enkelte. Dersom grad av motivasjon er svært forskjellig blant medlemmene i teamet, fremholder han at det er stor grunn til å anta at dette vil ha innvirkning på hvor godt eller dårlig samarbeidet fungerer i sin helhet (Ødegård, 2012). Funn i undersøkelsen svarer til denne oppfatningen. Det gis eksempler på hvordan samarbeidet *kan* spoles dersom en eller flere ikke er motivert for å bidra inn i samarbeidet.

En tidligere studie som er gjort på dette temaet, viser til at ulik oppfatning av hvordan samarbeidet fungerer innad i et operasjonsteam, kan ha direkte innvirkning på utfallet av pasientbehandlingen (Leonardsen, 2013). Dersom man legger til grunn at endringer i arbeidsform fører til at medlemmene opplever bedre samarbeid i teamet, vil funn i egen studie knyttet til forbedringsresultater i form av mer effektiv pasientbehandling, understøtte funn fra nevnte studie. Datamaterialet viser at flere av informantene mener at operasjonsforløpet har blitt *tightere* ved at det er bedre flyt og mer effektivitet i operasjonsforløpet etter endring i arbeidsform. Dette har ført til at det nå opereres flere pasienter enn tidligere, og at det er «færre strykninger» på operasjonsprogrammet. Slik det er presentert her, mener jeg datamaterialet gir grunnlag for å antyde at samarbeidet i teamet har betydning for pasientbehandlingen også i studiens case.

Rolleforventninger

Avklarte rolleforventninger blant teammedlemmene mener Ødegård (2012) også kan ha betydning for hvordan samarbeidet utvikles. Profesjoner eller yrkesgrupper som har uavklarte, eller feilaktige forventninger til hverandre som samarbeidspartnere, vil kunne hemme samarbeidet og videre føre til rollekonflikter. Vi finner i datamaterialet eksempler på hvordan medlemmene tidligere hadde urealistiske forventninger til hverandre i forhold til tidsbruk eller gjennomføring av arbeidsoppgaver. Ved at oppgaver og ansvarsforhold nå i større grad er tydeliggjort, vises det til større forståelse for andres arbeidsoppgaver og kompetanse. Dette anses som en fremmede faktor for samarbeid. Gjennom å avklare roller sier Willumsen (2012) at det er enklere å se egen kompetanse i sammenheng med andres. Det vil også kunne bidra til å skape forståelse og anerkjennelse for den jobben som gjøres av den enkelte i teamet. Funn viser at respekt og anerkjennelse av hverandres kompetanse fremstår som viktige aspekter for samarbeidet i teamet. Dette understrekes av hvordan informantene omtaler alle i teamet som like viktige. Funnene møter i stor grad også det Vangen & Huxman (2012) fremholder som viktig for å forstå samarbeidets natur. De hevder at profesjoner og yrkesgrupper kan dra fordeler av ulik kompetanse, dersom medlemmene samtidig respekterer hverandres individuelle behov og ambisjoner (Vangen & Huxman, 2012).

Kommunikasjon

Kommunikasjon anses å være en meget viktig nøkkel til samarbeid i organisasjoner. Betydningen av å snakke sammen blir av mange sett på som en helt avgjørende faktor i

samarbeidet (Jacobsen & Thorsvik, 2009). Dette er sammenfallende med hvordan informantene i undersøkelsen beskriver betydningen av kommunikasjon. Funn viser at det nærmest settes likhetstegn mellom samarbeid og kommunikasjon. I følge Ødegård (2012) er det mye å hente på å skape gode rutiner for kommunikasjon. Han sier videre at det er av betydning hvordan informasjon kommuniseres mellom medlemmene. I undersøkelsen gis det eksempler på hvordan samarbeidet kan svekkes dersom man ikke finner tid eller anledning til å snakke sammen. Det anes å ha stor betydning i hvilken grad det tilrettelegges for felles møteplasser hvor medlemmene kan treffes og snakke sammen. Kommunikasjonen som foregår på tavlemøtet en gang i uken, er en viktig faktor som oppfattes å fremme samarbeidet i teamet. Raivola (1997) beskriver i Ødegård (2012) to sentrale kjennetegn som kan knyttes til kommunikasjon; kvaliteten på tilbakemeldinger som gis i samarbeidsteamet, og den uformelle støtten som gis i gruppen.

Når det gjelder kvaliteten på tilbakemeldinger, kan dette dreie seg både om den feedbacken som gis mellom gruppemedlemmene, i tillegg til de tilbakemeldinger som gis fra ledelsen (Ødegård, 2012). I undersøkelsen beskrives en åpen form for kommunikasjon mellom medlemmene. Teamet arbeider tett sammen, og snakker mye sammen i løpet av arbeidsdagen. I funnene finner vi videre at informantene forteller om hvordan tilbakemeldinger og forbedringsforslag tas opp på tavlemøtet. Tidligere ble det ikke gitt tilbakemeldinger innad teamet i samme grad som nå. Flere mener at dette har endret seg etter innføringen av arbeidsformen. Det legges til grunn at de nå har mulighet for å treffes i faste rammer hver uke, nettopp for å vurdere resultater og gi hverandre tilbakemeldinger på arbeidet.

Profesjonell makt

Ulike profesjoner har ulik status i samfunnet. På bakgrunn av det kan ulike profesjoner eller yrkesgrupper få større eller mindre makt i et arbeidsteam (Ødegård, 2012). Bråthen (2004, i Willumsen, 2012) hevder at modellmakt kan oppstå mellom profesjonelle når en gruppe eller et medlem blir premissleverandør for arbeidet. Flere funn viser til hvilken betydning det har at legene nå deltar, og er mer aktive i samarbeidet. Legenes forståelse for helheten og deres deltagelse i samarbeidet fremstilles som nærmest avgjørende for å lykkes i samarbeidsprosessen. Vi kan derfor anta at legene er en gruppe som oppfattes som premissleverandør for samarbeidet i teamet. Dette møter det som i PINCOM modellen beskrives som modellmakt. Dette skjer ifølge Ødegård (2012), når betydningen av en gruppe eller enkeltmedlemmers meninger, erfaringer eller kompetanse er avgjørende for arbeidet.

Samarbeid på organisasjonsnivå

Det blir i PINCOM modellen beskrevet flere overordnede forhold som kan innvirke på samarbeidet internt i tjenesteytende organisasjoner. Organisasjonens samfunnsansvar, samarbeidsmål, samt kultur og organisasjonsmiljø er eksempler på slike forhold (Ødegård, 2012). Videre drøftes funn fra undersøkelsen opp mot de nevnte aspekter.

Organisasjonsmål og -ansvar

Den enkelte organisasjon har et overordnet ansvar i forhold til hvilket spesialområde de representerer, og hvilke oppgaver organisasjonen er satt til å gjøre. Spesialisthelsetjenesten må forholde seg til nasjonale lover og forskrifter knyttet til sitt område. Profesjonelle tar ifølge Ødegård (2012) hensyn til disse overordnede forpliktelsene og det ansvaret de har ovenfor pasienter og brukere. Dette sier han kan ha innvirkning på hvordan samarbeidet utvikler seg i organisasjonen. I SØ strategiplan (2017-2020:3), heter det at: «*Pasientene skal oppleve tilgjengelige, forutsigbare og helhetlige tjenester*». Dette innebærer ifølge målsetningen blant annet å gå fra seriefaglig til tverrfaglig samhandling, samt å etablere flere felles samarbeidsarenaer mellom aktuelle fagområder. Datamaterialet viser at det er opprettet en felles samarbeidsarena gjennom å innføre tavlemøte hvor deltagerne representerer ulike profesjoner og yrkesgrupper fra flere avdelinger (fig.1.0). Deltagerne bidrar med hver sin kompetanse for å ivareta det felles ansvaret de har for pasientgruppen tilknyttet dette fagområde.

Funn viser derimot ingen indikasjon på at det eksisterer egne konkrete målsetninger for *samarbeid* i studiens case. Undersøkelsen viser at medlemmenes målfokus synes å være knyttet til produksjon og effektivitet innenfor egen enhet. Dette møter noe av det Ødegård (2012) sier om forventinger knyttet til produksjonsmål og effektivitet. Han fremholder at fokus på effektivitet og produksjon vil kunne overskygge mål om samarbeid og føre til at dette nedprioriteres. Datamaterialet gir ikke grunnlag for å hevde at samarbeidet *nedprioriteres*, men manglende samarbeidsmål kan indikere at samarbeidet i enheten mer anses som et *middel* for å nå effektmål og resultater, enn å representere et mål i seg selv.

Organisasjonskultur

Organisasjoners verdier og normer kan komme i konflikt med profesjoners verdier og faglige standarder. Dersom dette skjer vil profesjonelle som oftest være lojale til egen profesjonskultur (Jacobsen & Thorsvik, 2009). Medlemmene tar med seg gruppens syn på

samarbeid inn i det tverrfaglige teamet, og samarbeidet i, vil derfor kunne preges av kulturen som eksisterer internt i de ulike gruppene (San Martin -Rodriguez et al., 2005). Datamaterialet viser at det eksisterer ulik forståelse og motivasjon for samarbeidet blant medarbeiderne.

Legene som profesjonsgruppe blir, som vi har sett tidligere, trukket frem som en premissleverandør for at samarbeidet skal fungere i teamet. Ser vi på funn for øvrig, finner vi ikke grunnlag for å hverken hevde eller utelukke, at medarbeidere som oppfattes å ha lavere grad av motivasjon for å delta i samarbeidet, tilhører en bestemt profesjonsgruppe.

Organisasjonsmiljø

Ødegård (2012) mener at organisasjonsmiljø i form av organisatoriske og strukturelle aspekter, kan ha betydning for samarbeidet. Datamaterialet tilsier at organisatoriske forhold som *nærhet i lokalisasjon* tillegges betydning for samarbeidet ved enheten. Funn viser at kommunikasjonen bedres og arbeidsflyten går *lettere*, når medlemmer fra ulike profesjoner og yrkesgrupper treffes og blir bedre kjent med hverandre, også utenfor operasjonsstuen.

Jacobsen (2012) understøtter disse funnene, han sier at fysisk nærhet i lokalisasjon er et aspekt som på mange måter er undervurdert i organisasjonsteorien. Effektene er så åpenbare at man nærmest tar dem for gitt. Han sier videre at ved å treffes hyppigere vil både informasjonsflyten og kommunikasjonen gå lettere. Det er i denne sammenhengen verdt å merke seg at det ikke er gjort endringer i lokalisasjon i studiens case, etter innføring av prosessforbedringsmodellen.

Oppsummering

I dette kapittelet har jeg drøftet om den formelle organisasjonsstrukturen i SØ er koblet sammen med det som *faktisk gjøres* i organisasjonen (Christensen et al., 2009). Jeg har funnet at det er grunn til å tro at prosesseierens ansvar, myndighet og funksjon i forhold til koordinering og oppfølging av pasientforløp, er løskoblet til hvordan informantene i undersøkelsen oppfatter fordeling av ansvar og myndighet i pasientforløpet. Det er drøftet hvordan prosessledelse i form av prosesseierroller fremstår som en tilpasning til krav eller «myter» vi finner i omgivelsene, dette for at sykehuset skal oppnå legitimitet i sine omgivelser (Christensen et al., 2009).

Drøftingen har videre vist at i et instrumentelt perspektiv speiles en grunnleggende tro på rasjonell konsekvenslogikk gjennom fordeling av formelle roller, ansvar og oppgaver.

Variierende motivasjon for å delta aktivt i forbedringsarbeidet ved enheten som er undersøkt, kan tyde på at vi finner forskjeller mellom *de medarbeiderne som har kontinuerlig tilknytning* til fagområdet og *de medarbeiderne med mer sporadisk tilknytning* til enheten. Sett i lys av det instrumentelle perspektivet kan større engasjement og høyere grad av motivasjon blant medarbeiderne, forklares med større kjennskap til verktøyene og mer kunnskap om arbeidsformen. Løsningen vil derfor være mer informasjon og opplæring i metode og arbeidsform blant de medarbeiderne med mer sporadisk tilhørighet til fagområdet (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). Videre har drøftingen vist at medlemmenes begrensede forståelse for de overordnede målene eller den formelle prosessorienterte strukturen, til dels også kan forklares gjennom begrepet *begrenset rasjonalitet* (Christensen et al., 2009).

Innenfor institusjonell teori åpnes det for en forståelse for at utfordringer knyttet til motivasjon og forståelse for arbeidsformen, kan bety at medlemmene ikke nødvendigvis tilpasser seg alle styringssignaler fra ledelsen, men tar selvstendige valg på bakgrunn av egne erfaringer, normer eller faglige standarder (Eriksson-Zetterquist, 2014). Drøftingen har videre vist at ved å ha fokus på egne utarbeidede måleparametere, opplever informantene forbedringsarbeidet som *nyttig og fornuftig*. Sett i et institusjonelt lys er det enklere å engasjere medarbeidere i mål som oppfattes å være formålstjenlig (Christensen et al., 2009).

Videre er det i dette kapitlet drøftet om det er grunnlag for å hevde at det skjer målforskyvning i form av *suboptimalisering* ved enheten. Drøftingen har imidlertid vist at ettersom medlemmene ikke kjenner til overordnede målsetninger, finner vi ingen ignorering av overordnede mål til fordel for lokale målsetninger (Jacobsen & Thorsvik, 2009). Det er heller ingen grunn til å anta at enhetens egne målsetninger og måleparametere strider mot de overordnede mål i organisasjonen. Drøftingen stiller derimot spørsmål til om det skjer elementer av *overmåling* ved enheten (Jacobsen & Thorsvik, 2009). Vi finner at det er et høyt fokus på kvantitative måleparametere ved enheten. Det fremkommer derimot ingen funn som viser at det måles på kvalitative resultater (Christensen et al., 2009).

Det er videre drøftet om fokus på effektivitet og produksjon fører til at mål om samarbeid overskygges og nedprioriteres. Det er ikke funnet egne samarbeidsmål ved enheten som er undersøkt, men det heller ikke funnet grunnlag for å hevde at samarbeidet *nedprioriteres*. Mye kan derimot tyde på at samarbeid sees som et *middel* for å oppnå produksjonsmål, snarere enn å representere et mål i seg selv (Ødegård, 2012). Videre har drøftingen vist at det er grunnlag for å anta at prosessforbedringsmodellens arbeidsform fungerer som redskaper

som muliggjør bedre samarbeid. Drøftingen kan tyde på, at ved å gjennomføre ukentlige tverrfaglige tavlemøter ved enheten muliggjøres bedre samarbeid. Aspekter som kommunikasjon, forståelse for andres roller, og oppgaver er viktig for at samarbeidet skal utvikles (Ødegård, 2012). Analysen viser at dette er aspekter som har blitt påvirket og forbedret etter innføring av tavlemøtet.

7.0 AVSLUTNING

I denne studien har jeg undersøkt hvordan prosessforbedringsmodeller fungerer i arbeidshverdagen. Innledningsvis formidlet jeg et ønske om å bidra til å belyse hvordan denne arbeidsformen oppleves å fungere i den ordinære driften, blant medarbeidere som arbeider etter modellen. Grunnen til at jeg mente, og fortsatt mener at dette er et interessant tema, er forankret i en tro på at medlemmene i en organisasjon er å regne som den viktigste driveren i hvordan modeller og arbeidsformer forvaltes og benyttes av organisasjonene (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). Dette førte meg til hovedproblemstillingen for oppgaven; «Hvordan fungerer prosessforbedringsmodeller i arbeidshverdagen?»

Jeg presenterte innledningsvis også et ønske om at denne studien skulle bidra til å belyse hvordan prosessforbedringsmodellens arbeidsform påvirker samarbeidet i organisasjonen. Verdien av tverrfaglig samarbeid som strategi for å bedre kvaliteten på pasientbehandling, fremstår både nasjonalt og internasjonalt som et viktig tema (WHO, 2010). Jeg har med dette som bakteppe, benyttet tre forskningsspørsmål for å besvare hovedproblemstillingen:

- Hvordan arbeides det etter prosessforbedringsmodellen i SØ?
- Hvordan påvirkes arbeidsformen av organisatoriske og strukturelle rammer?
- Hvordan muliggjøres bedre samarbeid ved hjelp av arbeidsformen?

Undersøkelsen er gjennomført som et casestudie. Det er intervjuet åtte personer med tilknytning til et fagområde i Sykehuset Østfold, som har innført prosessforbedring som arbeidsform. For å belyse og besvare problemstillingen er det gjort en gjennomgang av strategiplaner og andre dokumenter som beskriver organisasjonsstrukturen i SØ.

Dokumentgjennomgangen har vist at sykehuset har utviklet en egen prosessforbedringsmodell som baseres på elementer fra blant annet Lean modellen. Modellen skal bidra til å utvikle en kultur for prosessforbedring i organisasjonen, og bygge inn kvalitet i alle arbeidsprosesser og pasientforløp (SØ, strategiplan 2014-2017). Videre har jeg funnet at sykehuset har gjort tilpasninger i den formelle strukturen. Det er opprettet prosesseierroller som skal sikre gjennomføring av viktige pasientforløp, og bidra i forbedringsarbeid knyttet til tverrfaglige arbeidsprosesser. Det er også opprettet en prosessdirektørstilling med ansvar for prosesseierne.

Analysen av datamaterialet tyder på at det er et høyt fokus på forbedringsarbeid ved enheten som er undersøkt. Dette til tross for at prosessforbedringsmodellen i sin *helhet* er lite kjent blant medarbeiderne. Videre viser funn at det blir benyttet et begrenset utvalg av modellens verktøy. Tavlemøte gjennomføres en gang per uke og fremkommer som et godt redskap i forbedringsarbeidet. På møtet blir forbedringsområder diskutert og tiltak besluttet. Funnene viser at arbeidsformen i stor grad oppleves som en naturlig og viktig del av arbeidshverdagen. Kvalitetsarbeidet har i følge flere av informantene, fått en konkret form og et innhold som oppfattes som *nyttig og fornuftig*. Funnene tyder også på at forbedringsarbeidet er nært knyttet til kvantitative mål ved enheten. Drøftingen har vist at det er grunnlag for å stille spørsmål ved om det skjer elementer av *overmåling*, da det ikke er funnet kvalitative målsetninger eller systematisk rapportering på kvalitative parametere (Jacobsen & Thorsvik, 2009).

Flere av informantene forteller om varierende grad av motivasjon for å delta i forbedringsarbeidet blant *noen* av de kollegaene som arbeider i operasjonsavdelingen for øvrig. Dette gjelder kollegaer som har en mer sporadisk tilknytning til fagområdet. Det er drøftet hvorvidt grad av motivasjon, kan forklares med manglende eller begrenset kunnskap om modellen og verktøyene. Jeg mener drøftingen gir grunnlag for å anta, at en del av løsningen på denne utfordringen, ligger i å gi mer informasjon og opplæring i metode og arbeidsform, til alle medarbeiderne som er ansatt i operasjonsavdelingen (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

Den overordnede prosessorienterte strukturen i sykehuset, anses ikke å ha direkte betydning for hvordan prosessforbedringsarbeidet ved enheten foregår. Det er i kapittel seks drøftet om SØ har gjort tilpasninger i overordnet struktur for å møte de krav og forventninger (myter) som finnes i omgivelsene (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). Prosessorienterte roller og funksjoner synes løst koblet til den oppfatningen informantene har av ansvarsfordeling i pasientforløpet. Den prosessorienterte strukturen er nærmest ukjent for medlemmene ved enheten. Drøftingen har derfor gitt grunnlag for å stille spørsmål ved om opprettelsen av prosesseiere, er å anse som et mål for å oppnå legitimitet i omgivelsene, snarere enn et middel for samordning (Christoffersen et al., 2009).

Analysen viser videre at medlemmenes fokus, er på eget arbeid, egne målsetninger og egne måltall. Denne *nærheten* til forbedringsarbeidet oppfattes å være en positiv implikasjon av arbeidsformen. Jeg mener på bakgrunn av dette, at det kan stilles spørsmål ved om hvor *avhengig* arbeidsformen egentlig er av overordnet strategi og struktur for å oppnå

forbedringer. Drøftingen kan tyde på at det i praksis skapes resultater, uten at medarbeiderne oppfatter at arbeidet er direkte koblet til en overordnet struktur eller modell. Ettersom medlemmene ikke kjenner til overordnede mål, finner vi ingen ignorering av disse til fordel for lokale målsetninger. Det er heller ingen grunn til å anta at enhetens mål, strider mot de overordnede målene i organisasjonen. Jeg mener derfor at det ikke er grunnlag for å hevde at det skjer målforskyvning i form av *suboptimalisering* ved enheten (Jacobsen & Thorsvik, 2009). Drøftingen gir snarere grunnlag for å anta at begrenset kjennskap til overordnede mål i organisasjonen, ikke nødvendigvis gir manglende forbedringsresultater innenfor egen enhet (Christensen et al., 2009).

Det er ikke funnet spesifikke samarbeidsmål ved enheten som er undersøkt. Jeg mener drøftingen kan gi grunnlag for å anta at samarbeid anes som et *middel* for å oppnå produksjonsmål, snarere enn å representere et mål i seg selv (Ødegård, 2012). Videre er det funnet at tavlemøtet fungerer som et viktig *tverrfaglig samlingspunkt* for medarbeiderne. Drøftingen har vist at samarbeidsgevinster knyttet til bruk av tavlemøtet synes å være flere.

Analysen viser videre at fokus på forbedringer knyttet til måleparameterne på tavlen, kan fremme samarbeidet mellom medlemmene ved enheten. Informantene forteller at de snakker mer sammen, som et ledd i å oppnå forbedringer knyttet til måltallene. Gjennomgang av arbeidsoppgaver og ansvar har gitt større forståelse for andres oppgaver og kompetanse blant medlemmene. Funnene viser hvordan dette synliggjør at alle medlemmene i teamet er viktige bidragsyttere i pasientforløpet. Dette har ført til en større felles forståelse av hvordan de arbeider og samarbeider. Mye kan derfor tyde på at bedre samarbeid muliggjøres ved hjelp av arbeidsformen. For det første mener jeg å ha vist at arbeidsformen bidrar til refleksjon og bevisstgjøring av samarbeidets betydning for medlemmene. Dette fremkommer som en viktig motivasjonsfaktor (Ødegård, 2012). For det andre mener jeg drøftingen viser at for å oppnå bedre samarbeid, er det mye å hente på å skape gode rutiner for kommunikasjon. Betydningen av å snakke sammen fremkommer som en helt avgjørende faktor i samarbeidet (Ødegård, 2012). Ved å gjennomføre ukentlige tavlemøter ved enheten, har medlemmene fått mulighet til å treffes og snakke sammen innenfor faste rammer.

På hvilken måte svarer undersøkelsen på problemstillingen?

For det første mener jeg undersøkelsen har vist at prosessforbedring som arbeidsform bidrar til å skape et generelt fokus på forbedringsarbeid. Ved å benytte verktøy som synliggjør utfordringer, tiltak og resultater kan det oppnås forbedringer med relativt enkle grep. For det

andre mener jeg og ha funnet at medvirkning og involvering fra medarbeidernes side øker engasjement og eierskap til modellen. Dette bidrar i sin tur til at arbeidsformen oppfattes som en naturlig og en viktig del av arbeidshverdagen. Informasjon og opplæring i hvordan verktøyene skal brukes, og hvilken gevinst man kan oppnå gjennom arbeidsformen, antas å være en viktig faktor for å øke motivasjonen til å delta i forbedringsarbeidet.

Jeg mener videre å ha funnet at arbeidsformen muliggjør bedre samarbeid. Ved å gjennomføre ukentlige tavlemøter, er det skapt gode rutiner for å treffes og snakke sammen. Bedret kommunikasjon mellom medlemmene har ført til større forståelse og respekt for andres arbeidsoppgaver og kompetanse. Videre har undersøkelsen vist at arbeidsformen kan bidra til refleksjon og bevisstgjøring av hvilken *betydning* samarbeidet har for forbedringsarbeidet. En slik forståelse gir i neste omgang økt motivasjon for samarbeid.

Mye kan tyde på at overordnet struktur og strategi er av mindre betydning for hvordan det faktisk arbeides med prosessforbedringer. Enheten i caset fokuserer på eget arbeid, egne målsetninger og måleparameter. Dette kan gi grunnlag for å stille spørsmål ved om arbeidsformen er avhengig av overordnet prosessorientert strategi og struktur for å oppnå forbedringer.

Refleksjoner knyttet til egen studie og veien videre

Dersom jeg skulle gjennomført undersøkelsen på nytt, ville jeg innlemmet informanter med mindre tilknytning til enheten som er undersøkt. Dette for å få førstehåndsinformasjon om hvordan denne gruppen opplever arbeidsformen.

Enheten som er undersøkt tar i mot, opererer og skriver ut pasienter innenfor samme lokalisasjon. Flere andre pasientforløp i SØ strekker seg over fysisk lange avstander. Jeg mener det kunne vært interessant og gjennomført en tilsvarende studie ved en avdeling som har en «øyeblikkelig hjelp funksjon», der pasientforløpet strekker seg over mange avdelinger fra innleggelse til utskrivelse. Dette for å se hvordan arbeidsformen fungerer innenfor mer komplekse pasientforløp.

Denne studien har hatt et begrenset fokus på linjelederens rolle og funksjon. Det er ikke foretatt intervjuer av personer med denne rollen. På bakgrunn av funn i egen studie knyttet til prosessorienterte samordningsroller, mener jeg det kunne vært interessant å undersøke nærmere hvordan linjelederens rolle og utøvelse av faget, innvirker på hvordan arbeidsformen fungerer.

SØ har som mål å innføre prosessforbedring som arbeidsform ved alle avdelinger og seksjoner i sykehuset. En helhetlig og tverrfaglig tilnærming til sammensatte og komplekse utfordringer synes på mange måter å være veien å gå. Prosessforbedringsmodellen skal bidra til å ivareta denne helheten. Uttrykket: *Ethvert system er perfekt designet for å gi akkurat det resultatet det gir* (Paul Batalden), mener jeg erkjenner betydningen av både de strukturelle og de kulturelle rammene det arbeides innenfor. Det sier også noe om viktigheten av hvordan systemene forvaltes og benyttes i en organisasjon. Ulike profesjoner og yrkesgrupper som arbeider med forbedringsmetodikk, vil uansett være selve drivkraften i alt kvalitetsarbeid. Gjennom å dra veksler på hverandres kunnskap, erfaring og kompetanse vil effektene kunne bli større. *Sammen* vil organisasjonens medlemmer kunne bidra til å gjøre pasientbehandlingen; «Litt bedre - hver dag!».

REFERANSELISTE

- Aarrestad, C. & Lindquister, C. (2014). *Hvordan lykkes med implementering av Lean?* (Masteroppgave) Tromsø: Norges arktiske universitet.
- Bolman, L. G. & Deal, T. E. (2009). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brunsson, N. (2006). *The Organization of Hypocrisy – Talk, Decisions and Actions in Organizations*. Malmø: Liber AB.
- Christensen, T., Lægred, P., Roness, P. & Røvik, K. A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Den norske legeforening (DNL) (2013). *Kvalitetsforbedring – hva er det og hvordan gjøres det?* (Kunnskapsoppsummering). Oslo: Den norske legeforening.
- Eriksson-Zetterquist, U. (2009). *Institusjonell teori – Ideer, moden, förändring*. Malmø: Liber.
- Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T., Styhre, A. & Woll, K. (2014). *Organisasjonsteori*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Grøndalen, I. (2013). *Bruk av lean ved norske somatiske sykehus* (Masteroppgave). Oslo: Handelshøyskolen ved UMB.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Halvorsen, K. (1997). *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Bedriftøkonomens forlag.
- Helsedirektoratet (2005-2015). *Og bedre skal det bli – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015*. Hentet 10.4.17 fra:

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>

Helse- og omsorgsdepartementet (2014, 24. november). *De regionale helseforetakene*. Hentet 10.4.17 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene/id528110/>

Helse Sør-Øst RHF (2013). *Plan for strategisk utvikling - Helse Sør-Øst-rullering*. Hentet 3.2.17 fra: <https://www.helse-sorost.no/vart-oppdrag/hva-gjor-vi>

Hermansen, O.-K. & Salthaug, G. E. (2014). *Prosessledelse og standardiserte pasientforløp* (Masteroppgave). Bergen: Norges Handelshøyskole.

Ingvaldsen, J., Ringen, G. & Rolfsen, M. (2014). *Lean på global vandring*. I Rolfsen, M. (Red.), *Lean blir nosk – lean i den norske samarbeidsmodellen* (2014:33-47). Bergen: Fagbokforlaget.

Ivarsson, H. & Molin, C. (2013). *50 nyanser av LEAN: Varför bara några få lyckas*. Riga: Leadership Design Group Sweden AB.

Jacobsen, D. I. (2012). *Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv* i Repstad, P. (Red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretatlig samarbeid i teori og praksis* (2012:75-112). Oslo: Universitetsforlaget.

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2009). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Johnsen, Å. & Johnsen, H. C. G. (2011). *Fra endringsledelse til innovasjonsledelse I offentlig sektor* i Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K. K. & Vanebo, J. O. (Red.) *Modernisering*

av offentlig sektor: *Trender, ideer og praksiser* (2011:226-228). Oslo: Universitetsforlaget.

Konsmo, T. & Westerheim, O. D. (2009, 15. mars). *Prosessforbedring - en praktisk og nyttig metode for kvalitetsforbedring*. Hentet 2.11.2016 fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/prosessforbedring-en-praktisk-og-nyttig-metode-kvalitetsforbedring>

Leonardsen, A. C. (2013, 25. november). *Opplever samarbeidet forskjellig*. Hentet 12.11.16 fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/11/operasjonssykepleier-opplever-minst-stotte>

Modig, N. & Åhlström, P. (2012). *Detta är lean*. Stockholm: Rheologica AB.

Myhre, I. U. (2011). *Betydningen av teamarbeid ved innføring av Lean produksjon i sykehus* (Masteroppgave) Trondheim: Norges Teknisk-naturvitenskapelig Universitet.

Pettersson, P., Johansson, O., Broman, M., Blücher, D. & Alsterman, H. (2008). *Lean – gör avvikelser till framgång*. Bromma: Part Media.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Sosial Care*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Ryen, A. (2012). *Det kvalitative intervjuet: Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Røvik, K.A. (1998). *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.

San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*. Journal of interprofessional care 19-S1, 132-147.

- Sundstøl, L. M. (2016). *Rapport pilot prosessforbedring*. Sarpsborg: Sykehuset Østfold Kalnes.
- Sykehuset Østfold (SØ) (2011). *Styringspyramide – Veien fra nasjonale føringer til gode helsetjenester*. Fredrikstad: Sykehuset Østfold.
- Sykehuset Østfold (SØ) (2014). *Prosessforbedring i sykehus – et forskningsbasert innovasjonsprosjekt* (Prosjektdirektiv). Fredrikstad: Sykehuset Østfold.
- Sykehuset Østfold, strategiplan (2014-2017). *Pasientforløp og prosessforbedring*. Fredrikstad: Sykehuset Østfold.
- Sykehuset Østfold, strategiplan (2016-2020). *Pasientforløp og prosessforbedring*. Sarpsborg: Sykehuset Østfold.
- Sykehuset Østfold, strategiplan (2017-2020). *Pasientforløp og prosessforbedring*. Sarpsborg: Sykehuset Østfold Kalnes.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Torgersen, R. (2011). *Lean*. Hentet 12.11.16 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/lean>
- Vangen, S. & Huxam, C. (2012). *En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi*. I Willumsen, E. (Red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (2012:67-85) Oslo: Universitetsforlaget.
- Vikkelsø, S. & Vinge, S. (2004). *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Wig, B. (2013). *LEAN. Ledelse for lærende organisasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.
- Willumsen, E. (2012). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Worlds Health Organization (WHO) (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva: Departement of Human Resources for Health.

Ødegård, A. (2012). *Konstruksjoner av samarbeid*. I Willumsen, E. (Red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (2012:52-63) Oslo: Universitetsforlaget.

Åhgren, B. (2012). *Evaluering av tverrprofesjonelt samarbeid relatert til klinisk integrering*. I Willumsen, E. (Red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (2012:144-152). Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Hei

Jeg er inne i mitt siste år i et Masterstudie i tverrfaglig samarbeid ved Høgskolen i Østfold. I den forbindelse arbeider jeg med en studie som omhandler prosessbaserte forbedringsmodeller og bruk av ulike verktøy innenfor dette tema.

Operasjonsavdelingen og samarbeidende avdelinger har tatt i bruk utvalgte verktøy i forbedringsarbeidet. Jeg ønsker derfor å intervjuere deltagere fra avdelinger som gjennom sitt daglige arbeid, har tilknytning til operasjonsavdelingen, og prosessbasert arbeid.

Formålet med studien er å finne ut mer om hvordan det oppleves å arbeide med prosessbaserte forbedringsverktøy, (eksempelvis tavlemøte) samt hvordan denne arbeidsformen påvirker samarbeidet. Studien vil også ta for seg strukturelle elementer.

Spørsmålene vil i hovedtrekk omhandle :forbedring, samarbeid, involvering /opplæring, samt koordinering, ansvar og myndighet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Det vil gjennomføres intervjuer innenfor ordinær arbeidstid, med en varighet på ca 1 time.

Det vil bli gjort lydopptak under intervjuet og alt materialet vil destrueres umiddelbart etter prosjektets slutt.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil ikke bli innhentet andre opplysninger om deg utover det du selv velger å fortelle.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke deg uten å måtte begrunne dette ytterligere. Dersom du trekker deg *etter gjennomført intervju*, vil alle data umiddelbart bli slettet.

Studien er igangsatt på eget initiativ og er således ikke et bestillingsverk fra arbeidsgiver.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med meg – Trine Hedin Sjøberg på tlf 92211688 / mail: trine.sjoberg@so-hf.no eller veileder/daglig ansvarlig ved Høgskolen i Østfold: Catharina Bjørkquist tlf.69608827

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Mvh
Trine Hedin Sjøberg

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

«Hvordan fungerer prosessforbedringsmodeller i arbeidshverdagen?»

Intervjuer: Introduksjon av studien.

Informant: Kort om stilling, bakgrunn, rolle i teamet

Samarbeid

- Generelt: Hva innebærer et godt tverrfaglig samarbeid for deg? – og hva mener du betyr mest for å få til dette?
- Har du eksempler på hva som kan hindre et tverrfaglig samarbeid?
- Kjenner du til andre involverte i pasientforløpet? - Kan du nevne andre viktige involverte?
- Hvordan samarbeider dere med andre aktører i pasientforløpet?
- Hvordan vil du si prosessforbedringsmodellen påvirker samarbeidet?

Prosessforbedringsmodellen i SØ

- Kan du si noe om bakgrunn for at dere startet med forbedringsarbeidet?
- Hva var målsettingen – og mener du målsetningene er mulig å nå?
- Hvilke konkrete verktøy i modellen benytter dere i forbedringsarbeidet, og hvorfor ble disse valgt til fordel for andre?
- Hvorfor valgte man bort noen av verktøyene?
- Har du eksempler på utfordringer knyttet til bruk av metodikken?
- Har du eksempler på forbedringer etter innføring av arbeidsformen?

Involvering og opplæring i modellen

- Kan du beskrive hvordan denne modellen ble introdusert for deg?
- Er det noe du savner / mener skulle vært gjort annerledes i innføringsperioden?
- Er det andre involverte i pasientforløpet som du tenker skulle hatt mer informasjon eller bedre opplæring? Hvem? / hvorfor?
- Kan du beskrive hvordan forbedringstiltak planlegges og gjennomføres i teamet?

Organisering og koordinering

- Medlemmene i teamet kommer fra ulike avdelinger med hver sin linjeledelse. Hvilke tanker har du gjort deg om prosessorienterte roller og funksjoner i SØ? Hvilke erfaringer har du om samarbeidet på tvers av avdelingene?
- Dersom det oppstår konflikter eller uenigheter mellom prosesseier / linjeledelse? – hvordan løses dette? Eksempler?
- Ser du andre måter å organisere arbeidsdagen på som ville gitt samme / bedre resultater? (Hva ville du evnet. ha endret / beholdt ved modellen)

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD



Catharina Bjørkquist
Avdeling for helse- og sosialfag Høgskolen i Østfold
Remmen
1757 HALDEN

Vår dato: 17.10.2016

Vår ref: 50039 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.09.2016. Meldingen gjelder prosjektet

50039	<i>Tverrfaglig samarbeid innen prosessorientert forbedringsarbeid</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Catharina Bjørkquist</i>
<i>Student</i>	<i>Trine Hedin Sjøberg</i>

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 melde skjemaet, 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, 12.11.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg 4: Bekreftelse på endring av prosjektslutt NSD

Denne meldingen ble sendt med Høy viktighet.
Ekstra linjeskift ble fjernet i denne meldingen.

Fra: audun.lovlie@nsd.no

Til: Trine Sjøberg

Kopi: catharina.bjorkquist@hiof.no

Emne: Prosjektnr: 50039 Tverrfaglig samarbeid innen prosessorientert forbedringsarbeid

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til statusmelding mottatt 01.02.2017.

Personvernombudet har nå registrert ny dato for prosjektslutt 28.02.2017.

Det legges til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Ved ny prosjektslutt vil vi rette en ny statushenvendelse.

Hvis det blir aktuelt med ytterligere forlengelse, gjør vi oppmerksom på at utvalget vanligvis må informeres ved forlengelse på mer enn ett år utover det de tidligere har blitt informert om.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,

Audun Lovlie - Tlf: 55 58 23 07

Epost: audun.lovlie@nsd.no

Personvernombudet for forskning,

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Tlf. direkte: (+47) 55 58 21 17 (tast 1)
