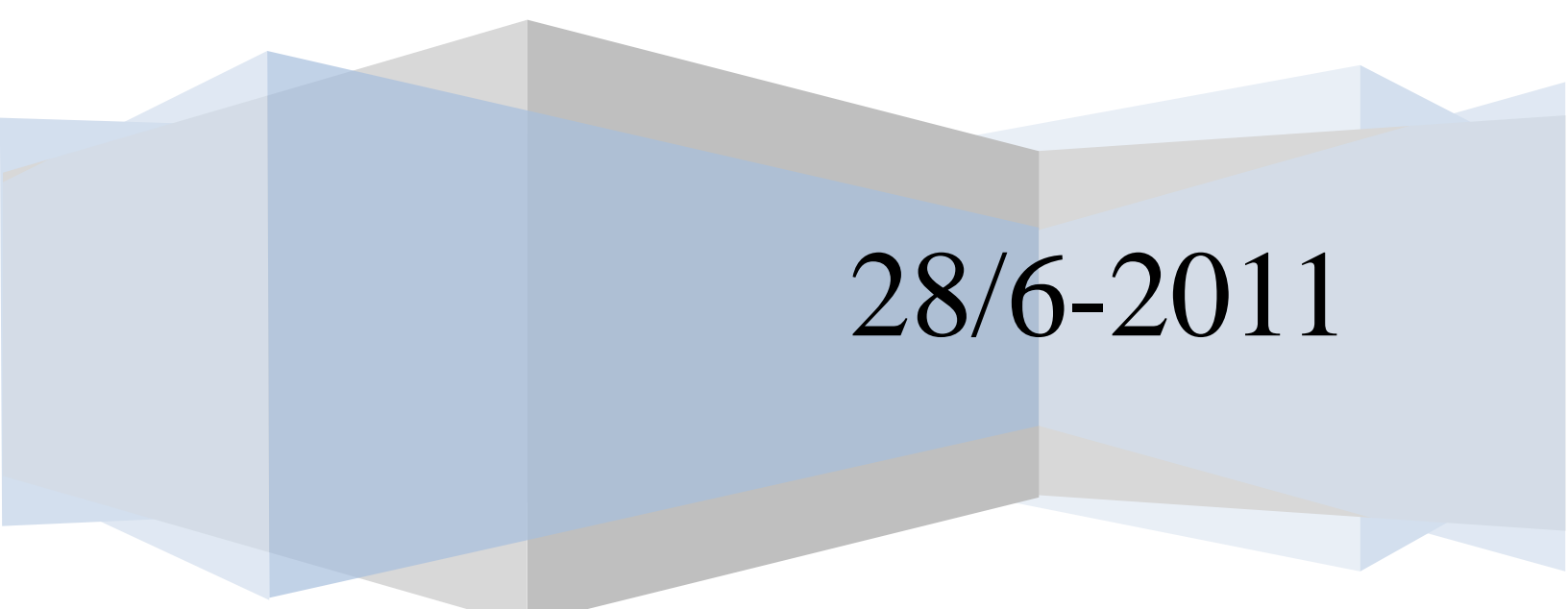


Universitetet i Stavanger
Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Master i Endringsledelse

I hvilken grad vil man ved å innføre "leanifisering", få et mer effektivt pasientforløp, i betydningen eliminering av uhensiktsmessig "spill", slik at det fører til positive resultater i form av målbar reduksjon av behandlingstid?

Elin Hjorteland & Ingjerd Aa



28/6-2011

Studiens siktemål og hovedfunn

Utgangspunktet for denne masteroppgaven er å se på om det vil være en forskjell i behandlingstid avhengig av om det aktuelle sykehus har implementert Lean-konseptet eller ikke. Lean-konseptet bygger på prinsippet om å eliminere spill, for å få mest mulig flyt i produksjonen (herunder forstått som pasientforløpet). Studien omfatter Stavanger Universitetssykehus (SUS) som ikke har implementert Lean og Universitetssykehuset i Tromsø (UNN) som har implementert Lean i flere pasientforløp. Oppgaven tar for seg data før og etter ”leanifisering” ved UNN. I tillegg blir det gjort en sammenligning av SUS og UNN, der variabelen det er målt på er behandlingstid.

Det er benyttet kvantitativ tilnærming, hvor ”leanifisering” av pasientforløp belyses med interne tall hentet inn ved UNN, samtidig som sammenlikningen mellom SUS og UNN er supplert med tallmateriale hentet ut fra Norsk Pasientregister (NPR). Det blir målt på hvor lang tid det tar fra henvisning til første behandling for pasientforløpet lungekreft. Ulike funn som kommer frem diskuteres i lys av det teoretiske rammeverket og de tre ulike perspektivene; det rasjonelle, det naturlige og det nyinstitusjonelle.

Funn fra studien blir presentert i figurer for å gi et visuelt overblikk.

De interne målingene ved UNN viser en klar reduksjon av behandlingstid etter implementeringen av Lean.

I studien ble det i tillegg avdekket målbare forskjeller mellom SUS og UNN i forhold til de data som ble hentet ut fra NPR. SUS kom positivt ut i forhold til behandlingstid sammenlignet med UNN. Dette til tross for at UNN var det sykehuset som hadde implementert Lean og hadde satt et overordnet fokus på å effektivisere pasientforløp.

En bieffekt av denne studien er at vi avdekker at det ikke er samsvar mellom NPR sine data og interne data hentet inn fra UNN. Dette leder bl.a. til spørsmålet om på hvilket grunnlag NPR baserer sine nasjonale målinger og om det er tatt høyde for de ulike sykehus sine særtrekk på bakgrunn av strukturen og rutineene, kulturen og konteksten til de ulike sykehus. Når man blir presentert for de interne målingene ved UNN viser disse en klar redusering av behandlingstid

etter implementering av Lean. Det er en indikasjon på at ”leanifiseringen” har hatt en effekt på vedkommende pasientforløp.

Forord

Etter å ha gått to år på master i Endringsledelse ved Universitet i Stavanger, er tiden kommet for

å avslutte studiet med masteroppgave innen studieretningen.

Vi har hatt gleden av å kunne kombinere vårt arbeidsliv og kunnskapen vi har tilegnet oss i masterstudiet.

En viktig del av oppgaven har vært å samle inn data og informasjon fra Universitetssykehuset i Stavanger og Universitetssykehuset i Tromsø. Vi vil benytte anledningen til å takke alle våre informanter som har stilt opp med å gi oss informasjon via e-post, telefonintervju og møter. En stor takk rettes spesielt til vår nøkkelinformant ved UNN.

Vår aller største takk går til professor Kjell Arne Røvik, for hans kunnskapsrike veiledning og store engasjement overfor vårt tema. Ved hjelp av ham har vi modnet i skriveprosessen og oppnådd en vel gjennomført oppgave.

Stavanger, 28.06.2011

Elin Hjorteland

Ingjerd Aa

Innhold

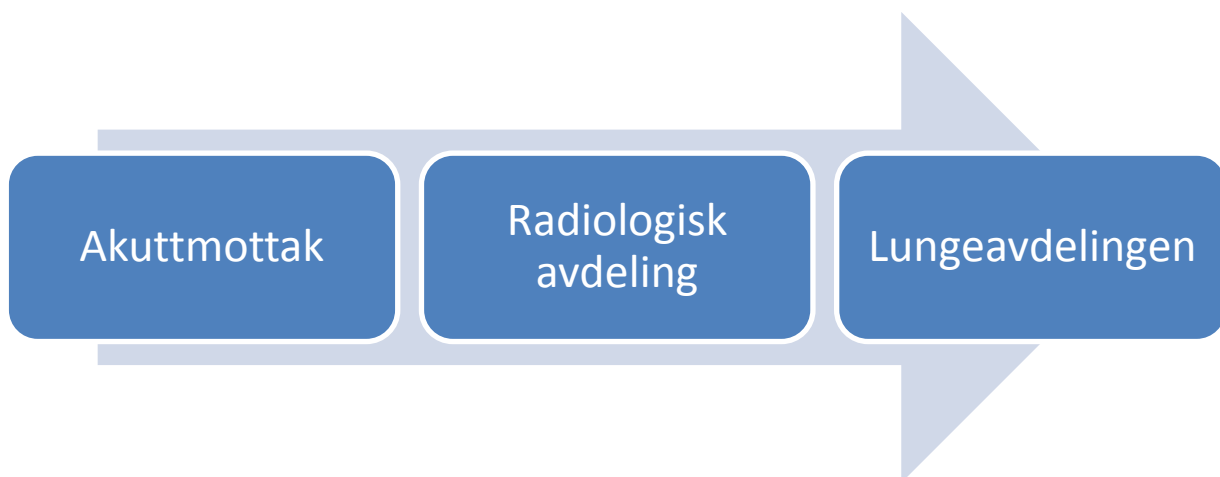
Studiens siktemål og hovedfunn	2
Forord.....	3
1.0 INNLEDNING.....	7
1.1 Problemstilling	10
1.2 Oppgavens oppbygging	11
2.0 LEAN-KONSEPTETS OPPHAV	13
2.1 Lean i helsesektoren.....	16
2.2 Oppsummering over kunnskapsstatus.....	23
3.0 ORGANISASJONSPERSPEKTIVER	24
3.1 Organisasjonsteoretisk rammeverk	25
3.2 Overføring av organisasjonskunnskap	29
3.3 Det rasjonelle perspektivet.....	32
3.4 Det naturlige perspektivet	37
3.5 Det nyinstitusjonelle perspektivet.....	42
3.6 Oppsummering av perspektivene.....	45
4.0 DESIGN OG BESKRIVELSE AV METODE	48
4.1 Forskningsdesign	48
4.2 Beskrivelse av metode	49
4.3 Forskningsstrategi	52
4.4 Troverdighetskriterier	52
4.5 Metodiske utfordringer	53
4.6 Forskningsetiske aspekter	54
4.7 Datainnsamling	54
4.8 Forventninger til empiriske funn	58
5.0 RESULTATER	60
6.0 DRØFTING/ANALYSE.....	66
6.1 Empiriske funn sett fra det rasjonelle perspektiv.....	67
6.2 Empiriske funn sett fra det naturlige perspektiv	70
6.3 Empiriske funn sett fra det nyinstitusjonelle perspektiv.....	75
6.4 Nullhypotese	77
7.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	79
7.1 Hypoteser ut fra det rasjonelle perspektiv	79

7.2 Hypoteser ut fra det naturlige perspektiv	80
7.3 Hypoteser ut fra det nyinstitusjonelle perspektiv.....	82
7.4 Nullhypotese	82
7.5 Oppsummering.....	83
7.6 ”Veien videre”	84
7.6 Hovedinnsikten fra studien	84
8.0 LITTERATURLISTE	86
8.1 Nettsteder:	89
Vedlegg: Organisasjonskart.....	91

1.0 INNLEDNING

Det finnes mye teori og empiriske data omkring det å gjennomføre det ”perfekte” pasientforløp. Flere sykehus har implementert ulike teorier i sin praksis, for at det der igjen skal kunne gi et mer effektivt pasientforløp, noe som gagnar både den enkelte pasient og hindrer at ”ressurser kommer på avveie”.

Et typisk pasientforløp, vil ofte gå på tvers av avdelinger/klinikker noe som kan medføre at det vil ha en horisontal bane på tvers av vertikale inndelte divisjoner. En pasient som for eksempel kommer inn på sykehus med mistanke om lungekreft, vil først komme inn til akuttmottak som er en egen avdeling med sin kultur og sine rutiner. Pasienten må ta blodprøver, som enten tas av klinisk kjemisk avdeling eller av mottaket selv. Disse prøver analyseres på klinisk kjemisk avdeling, som igjen har sine rutiner og sin kultur. Pasienten er i tillegg ofte innom radiologisk avdeling for å ta røntgenbilde av lungene, og pasienten legges til slutt på lungeavdelingen. Disse har også ulike rutiner og kan også ha ulike organisasjonskulturer. Når man ser et forløp i dette perspektivet, forstår man hvor viktig det er med godt samarbeid på tvers av avdelinger/klinikker. Dette for at pasienten skal ivaretas på en best mulig måte uten at det går på bekostning av pasientens sikkerhet, men ikke minst også for at sykehusets ressurser skal kunne bli brukt mest mulig effektivt.



Figur 1.1: Eksempel på pasientforløp.

Det er denne ”reisen” eller pasientforløpet vi ønsker å belyse i oppgaven.

Sykehusene i Norge har i utgangspunktet nokså standardiserte behandlingsopplegg, dette skal sørge for at pasienten er sikret den beste behandlingspraksis. Det er derfor nærliggende å anta at gangen i identiske pasientforløp vil arte seg ganske likt. Spørsmålet blir om vi ut ifra dette finner målbare forskjeller eller likheter, når det kommer til behandlingstid, som kan forstås/forklares ut ifra om det er et ”leanifisert” eller ”ikke-leanifisert” pasientforløp.

Lean er et begrep som er hentet fra ledelsesteori, der metodikken fokuserer på å eliminere sløsing (waste). Sentralt i denne tenkningen er det å skape merverdi med mindre innsats av ressurser.

I Norge er alle offentlige sykehus eid av staten ved sine fire regionale helseforetak. I det offentlige helsevesen er det tre typer somatiske sykehus; lokalsykehus, sentralsykehus og regionsykehus. Alle norske regionsykehus er også universitetssykehus. Ved å ta for oss to av disse regionsykehusene, SUS (Stavanger Universitetssykehus) og UNN (Universitetssykehuset i Nord-Norge), må vi redegjøre for det som vi mener er et reelt sammenligningsgrunnlag. Det er vanskelig å finne to aktører som har et helt likt utgangspunkt, men ut ifra det antall mennesker som SUS og UNN betjener, mener vi allikevel at det finnes grunnlag for å inkludere nettopp disse to.

SUS er landets fjerde største sykehus målt i aktivitet. Det har 6500 ansatte og betjener en befolkning på 330.000 i Sør-Rogaland. SUS er organisert i seks divisjoner, stabs og støttefunksjoner, Dalane DMS og MOBA (Mottak, observasjons- og behandlingsavdeling). De seks divisjonene er: Medisinsk, Kirurgisk, Medisinsk service, Kvinne- og barn, Psykiatrisk og Intern service. Stabs- og støttefunksjonene er Direktørens kontor med informasjonsavdeling og forskningsavdeling, Fag- og foretaksutvikling, Personal- og organisasjonsutvikling og Økonomi og Finans. For hver av disse divisjonene befinner det seg en divisjonsdirektør. Det er også en stabsdirektør for hvert av de fire feltene; Fag- og foretaksutvikling, Forskning, Personal og organisasjon og Økonomi og finans (se vedlegg organisasjonskart SUS).

UNN har 5900 medarbeidere som er fordelt på 70 avdelinger – fra Longyearbyen i nord til Narvik i sør. UNN betjener en befolkning på ca. 470 000. Pasientbehandling, opplæring, forskning og diagnostisk utredning foregår på 11 klinikker, mens to driftssentre og fem

stabsavdelinger bidrar med støttefunksjoner. UNN har sin virksomhet spredd på ulike steder med sykehus i Tromsø, Harstad, Narvik og Longyearbyen (se vedlegg organisasjonskart UNN).

Til tross for at disse to sykehusene er lokalisert i forskjellige landsdeler, er oppbyggingen og organiseringen så lik, at det av denne grunn gir oss mulighet for å kunne legitimere en sammenligning. Det vi i denne oppgaven ønsker å sammenligne er en identisk pasientdiagnose ved SUS og UNN. Dette for at vi skal få et likt utgangspunkt når det gjelder å se på om dette pasientforløpet har målbare forskjeller og eventuelt likheter, når det gjelder behandlingstid. Fra vårt ståsted ønsker vi å belyse hvilken effekt de tre faktorene; struktur, kultur og kontekst kan ha på behandlingstid.

Mens SUS i januar 2011 gikk ut med at de ønsker å sette fokus på pasientforløp, for der igjen å få økt forutsigbarhet og kvalitet både for pasienter og ansatte, gikk UNN allerede i 2007 ut med at de ønsket å videreutvikle systemer for bedre samhandling og helhetlig pasientforløp. UNN valgte Lean som verktøy, og omtaler denne metoden som ”sunn fornuft satt i system”. Vi ønsker derfor videre å sette søkelyset på ett sykehus som har innført ”leanifiserte” pasientforløp (UNN) og ett som foreløpig er på planleggingsstadiet med å innføre standardiserte pasientforløp (SUS).

For å kunne få en forståelse av denne prosessen/forløpet, ønsker vi å ta for oss et utvalgt pasientforløp på SUS, som er et sykehus som ikke har tatt i bruk Lean-tankegangen. Vi vil måle på behandlingstid, og sammenligne dette med tilnærmet samme pasientforløp på UNN, som har valgt å bruke Lean-tankegangen i sitt arbeid med effektivisering av pasientforløp. Vi vil så sammenligne resultatet fra disse to sykehusene opp mot hverandre, for og mulig kunne avdekke eventuelle likheter og forskjeller mellom ”leanifiserte” og ”ikke-leanifiserte” pasientforløp. Til slutt vil vi gi mulige forklaringer på disse funnene, gjennom fremsatte hypoteser.

Ifølge prosjektbeskrivelsen fra et forskningsprosjekt som foregår ved UNN hvor de studerer forsøkene på å utvikle, implementere og drifte pasientforløp basert på Lean-tankegangen, er det i Lean-forskningen flere svakheter, og særlig knyttet til forskningsprosjektene design. Blant annet at det er mangel på komparativt design, det vil si stort sett helt fravær av studier der man sammenligner ”leanifiserte” forløp med ”ikke-leanifiserte” forløp. Det er med blant annet med bakgrunn i denne påpekingen, at vi nå ønsker å belyse denne problemstillingen. Vårt mål med

oppgaven er å bidra til en utvidet forståelse på dette området ved nettopp å legge til grunn en komparativ forskningsdesign.

På SUS sine intranettsider i januar 2011 ble det opplyst at det hadde vært et møte, hvor det omtales at SUS har planer om å kartlegge de mest vanlige pasientforløpene for å få økt forutsigbarhet og kvalitet for ansatte og pasienter. Direktøren uttaler da at han ser på etablering av standardiserte pasientforløp som en konkretisering av det arbeidet som allerede foregår ved sykehuset. Også fagdirektør poengterer her at SUS må gjøre standardisering av pasientforløp til sitt eget fordi lokal tilpasning og implementering skaper eierskap. Dette kan underbygge påstanden om at SUS angivelig enda ikke har tatt i bruk ”leanifiserte” pasientforløp.

Målet med studien er å finne ut om det er en forskjell i behandlingstid ut ifra utvalgt pasientforløp ved UNN som er ”leanifisert” og tilnærmet samme ”ikke-leanifiserte” pasientforløp ved SUS.

Samtidig som vi ønsker å se på den organisatoriske delen av denne prosessen, skal vi heller ikke glemme ”pasienten” oppi dette. Er det slik at en eventuell reduksjon har ført til at pasientene opplever et bedre forløp, fordi ting går ”raskere”? Selv om det ikke er dette vi ønsker å bygge oppgaven vår på, er dette helt klart en problemstilling som vi må nevne og ta hensyn til.

Det er også viktig å nevne hva konsekvensene av ”leanifiseringen” kan få for personalgruppen som er involvert. Dagens ”helse-Norge” er preget av stramme budsjett og nedskjæringer. Hvis ”leanifisering” av en avdeling fører til reduksjon av for eksempel antall stillinger, vil dette kunne føre med seg motstand mot implementeringen.

1.1 Problemstilling

Vi ønsker å sette søkelyset på pasientens horisontale ”reise” gjennom vertikalt inndelte klinikker/avdelinger. Uttrykt på formelt ”metode-språk”, kan behandlingstid forstås som den avhengige variabel, mens andre faktorer, som for eksempel trekk ved organiseringen (de ulike avdelinger/klinikker, organisasjonsform, organisering av relasjon til ledelse og linje), organisasjonskultur (ulike faggrupper og profesjoner) og kontekst, kan sees på som uavhengige variabler, som kan bidra til å forklare variasjoner på den avhengige variabelen.

For å forklare variablene i oppgaven vil vi i tillegg til Lean benytte oss av teoretisk verktøy for å forstå sammenhenger og hendelser. Vi vil legge til grunn Røvik (2004) sin tolkning av Scott sine tre teoretiske perspektiver. Disse skal representere ulike tilnærminger og forklaringer på oppgavens empiriske problemstilling.

Vår problemstilling blir som følgende:

I hvilken grad vil man ved å innføre "leanifisering", få et mer effektivt pasientforløp, i betydningen eliminering av uhensiktsmessig "spill", slik at det fører til positive resultater i form av målbar reduksjon av behandlingstid?

1.2 Oppgavens oppbygging

Avhandlingen bygger på tallmateriale hentet inn fra Norsk Pasientregister (NPR) som gjelder både SUS og UNN samt interne data hentet inn av UNN selv. Da dette er data som allerede foreligger, og ikke noe vi har hentet selv, karakteriserer vi det som sekundærdata. Siden vi begge er ansatt som sykepleiere ved SUS, har vi en empirisk innsikt i organisasjonsstrukturen. Vi har ikke selv vært på UNN for å hente inn materiale, men har hatt løpende kontakt med nøkkelpersoner i pasientforløpsprosjektet ved UNN.

For å besvare problemstillingen vil vi først i kapittel 2 gi en beskrivelse av Lean-konseptet. Kapittelet tar for seg utviklingen av ledelsesfilosofien "Lean-thinking" før den gir en nærmere beskrivelse av Lean i helsesektoren.

Kapittel 3 er et teorikapittel som gir en redegjørelse av anvendt teori. Dette er strukturert ut fra Richard W. Scott sine tre perspektiver: rasjonelle-, naturlige- og nyinstitusjonelle perspektiv. På bakgrunn av disse har vi utledet flere hypoteser, som vil belyses empirisk og deretter inngå i analysen.

I metodekapittelet (kapittel 4) gjør vi grundigere rede for vår datainnsamling og metodebruk, samt diskuterer generaliserbarheten i vår oppgave.

Kapittel 5 inneholder en presentasjon av resultatet vi har fått på bakgrunn av tallmateriale vi har innhentet.

I kapittel 6 analyserer og drøfter vi det vi har fremsatt i det foregående kapittel. Vi forsøker også å sette det inn i større sammenheng ved hjelp av valgt teorimateriale. Også dette kapittelet har vi strukturert etter Richard W. Scott sine perspektiver. Dette i forsøket på å gi en rød tråd i oppgaven, som gjør vår analytiske diskusjon enklere å følge.

Vi avslutter i kapittel 7 med en konklusjon hvor vi sammenfatter det vi har kommet frem til. I tillegg evaluerer vi styrker og svakheter i vårt arbeid, samt sier noe om vårt bidrag til feltet.

2.0 LEAN-KONSEPTETS OPPHAV

Lean Production oversatt til norsk blir slank produksjon. Slank produksjon er hovedsakelig hentet fra Toyota Production System (TPS). Toyotas grunnlegger, Kiichiro Toyoda satte på 1930-tallet fokus på ressurs sparende produksjon. Det ble utviklet et system som gjennomsyret virksomhetens kultur og som kunne brukes på alle områder. Det bygget på arbeidet til tidligere ledere som Frederick Winslow Taylor og Henry Ford, men hvor K. Toyoda lærte av deres feil. Lean sin prestasjon ligger i det at de satte sammen alle delene i prosessen, helt fra ideen var på planleggingsstadiet, gjennom alle de etterfølgende prosessene helt til produktet var hos kunden (Womack 1991). Kjernepunktet var å få bort alt sløseri, sette fokus på de stegene i prosessen som tilførte verdi og de stegene som ikke gjorde det. TPS bygger på 14 prinsipper, som igjen er inndelt i 4 grupper (Liker 2004):

Filosofien

Prinsipp 1: Basere beslutninger på en langsiktig tenkemåte, til og med når det skjer på bekostning av kortsiktige mål.

Prosessene

Prinsipp 2: Skape kontinuerlig prosessflyt som fører problemene opp på overflaten.

Prinsipp 3: La etterspørselen styre, unngå overproduksjon.

Prinsipp 4: Jevne ut arbeidsbelastningen.

Prinsipp 5: Stopp prosessen om det behøves for å løse et problem, slik at kvaliteten blir riktig fra starten.

Prinsipp 6: Standardiserte oppgaver er en base for stadige forbedringer og for personalets deltakelse.

Prinsipp 7: Kontrollere visuelt slik at ingen problemer forblir skjulte.

Prinsipp 8: Anvend kun pålitelig, vel utprøvd teknikk som passer personalet og prosessene.

Ansatte og partnere

Prinsipp 9: Dyrke ledere som virkelig forstår arbeidet, lever etter Toyotas filosofi og lærer andre å gjøre det.

Prinsipp 10: Utvikle enestående mennesker og grupper som følger virksomhetens filosofi.

Prinsipp 11: Respektere partnere og leverandører ved å utfordre dem og hjelpe dem å bli bedre.

Problemløsning

Prinsipp 12: Gå å se med egne øyne for å forstå situasjonen skikkelig.

Prinsipp 13: Ta beslutning langsomt og i samforståelse, og gjennomfør dem raskt.

Prinsipp 14: Bli en lærende organisasjon gjennom stadig å reflektere og forbedre.

”The Toyota Way” er mer en kultur, heller enn en oppsetting av metoder. På 60-tallet hadde TPS blitt en filosofi som alle virksomheter kunne bruke (ibid).

Ifølge Røvik er Lean-konseptet et relativt nytt begrep, selv om grepet er gammelt. Termen ”Lean Production” ble utviklet i siste halvdel av 80-årene. Det ble utviklet av amerikansk bilindustri i et forsøk på å lage en tilpasset vestlig variant av japanske produksjonsenheter. Den er siden blitt videreutviklet på sin reise, gjennom konsulentvirksomheter, til en mer raffinert bruk overalt i den vestlige verden hvor det skal skapes verdi gjennom sammenhengende prosesser (Melander 2009). Et viktig formål med ”Lean-production”, er å utforme produksjonsprosesser som en mest mulig sammenhengende flyt uten unødig spill av ressurser (Røvik 2007).

Lean satte medarbeiderne sin styringskompetanse i sentrum. De skulle ikke bare arbeide ved et samlebånd, men de skulle kunne se deres eget arbeid som et bidrag til den samlede prosess. Det er en endeløs syklus, hvor målet er perfektjon og veien frem mot det er at produksjonen av et produkt eller en service, kontinuerlig blir fornyet og forbedret. Det er simpelthen en oppskrift på hele tiden å forbedre eksisterende prosesser (Melander 2009). Lean er et sett av verktøy som

bidrar til å identifisere og kontinuerlig eliminere sløsing, med andre ord kan det brukes som en plattform for forandring og forbedring.

Lean må sees i sammenheng med verdikjedeprosesser. Man må analysere nåværende situasjon hvor hovedhensikten er å bli seg bevisst på de prosessene som ikke alltid er like hensiktsmessige samtidig som man må analysere den fremtidige ønskede situasjon. Implementering av noe nytt tar utgangspunkt i noe eksisterende. Altså må vi gjøre tingene smartere, og Lean-tankegangen er et redskap i den retningen. Lean er altså ikke et mål i seg selv, men et middel. I bunn og grunn går det ut på å forholde seg kritisk til det man gjør, og hele tiden overveier muligheten for å gjøre det bedre. Man må hele tiden reflektere og forbedre. Skal man kunne gjennomføre det, må man ha en kultur som tar ansvar for kvaliteten. Samtidig må man også helt fra starten forstå systemet man er i, før man velger å implementere tankegangen.

”Another important attitude to avoid from the beginning is the impulse to implement tools without seeking to understand the system in which they fit”.

(<http://www.lean.org/WhatsLean/History.cfm>).

Selve kulturaspektet ved Lean er muligens enda viktigere enn verktøyene.

”Lean implementation is therefore focused on getting the right things to the right place at the right time in the right quantity to achieve perfect work flow, while minimizing waste and being flexible and able to change” (ibid).

Lean er langt mer enn en produktivitetsjakt. Derfor må Lean-prosessen fra starten av forberedes grundig gjennom basal innlæring i hva Lean og Lean-ledelse er. Lean er ikke kun til rasjonaliseringer og besparelser, men skal brukes til å skape bedre kundetilfredshet, medarbeiderinvolvering og trivsel, til verdiskapelse for alle aktører og interessenter i organisasjonen (Melander 2009).

Lean kan sammenlignes med et symfoniorkester, som selvfølgelig kan notene (forskriftene) og som etter lang øvelse også behersker instrumentene (styringshåndverket). Men det blir først en kunstnerisk opplevelse for publikum, når de alle forstår verket vesen (organisasjonens misjon) gjennom dirigentens fortolking (den strategiske visjon) og orkesterets kreative samspill

(prosessen) der man så kan levere den unike fremførelse (et lærerikt resultat) som et ledd i orkesterets løpende samspill og utvikling (Lean) (Melander 2009).

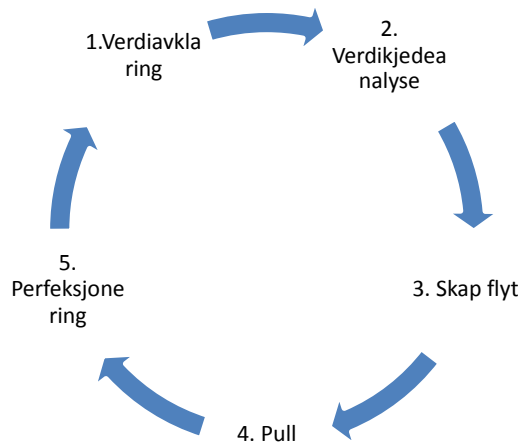
2.1 Lean i helsesektoren

De siste årtier har Lean-tankegangen hatt stor suksess, og dette har igjen ført til større etterspørsel etter kunnskap om emnet. Lean-tankegangen og metodene har begynt å få rotfeste i mange sektorer i dag, blant annet også i helsesektoren. Lean betraktes derfor i dag som et av de mest populære ledelsesverktøy innenfor den offentlige sektor (Melander 2009). Hva man kaller selve prosessen er ikke så viktig, det viktigste er å skape en prosess for kontinuerlig å forbedre pasientbehandlingen og pasientforløpene innen norsk helsevesen.

Boken "Langsigtet Lean" (Nørgaard 2009) viser til undersøkelsen "Lean Survey 2008", hvor det hevdes at nesten 90 prosent av alle produksjonsvirksomheter i Europa benytter en eller annen form for Lean. For administrative og offentlige organisasjoner ligger andelen på rundt 50 prosent.

I løpet av de siste tiår har mange sykehus verden over forsøkt å utvikle og implementere Lean-tankegangen. I Danmark anbefalte Finansministeriet i 2005 at ikke bare sykehus, men samtlige offentlige virksomheter burde effektiviseres med utgangspunkt i Lean-prinsippene. De aller fleste største danske sykehus har nå implementert Lean-baserte pasientforløp. Et lignende spredningsforløp kan også iakttas i Sverige. Men en del forhold tyder på at Lean-prinsippene ikke tas i bruk i samme tempo i norske sykehus. Tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen undersøkte hvordan norske sykehus kunne lære mer av japanske bilprodusenter (Mandag Morgen 2009). Norske sykehusdirektører stilte seg imidlertid imot forslaget, og i en undersøkelse foretatt av Mandag Morgen, svarer 63 % av norske sykehusdirektører nei til Lean-tankegangen (<http://www.mandagmorgen.no/atikkel.shtml?id=3665>).

Avhengig av den konteksten sykehuset befinner seg i, vil det være variasjon i hvilke prinsipper som vektlegges, men det vil som oftest være varianter av de fem grunnleggende Lean-prinsippene.



Figur 2.1: De fem grunnleggende Lean-prinsippene.

- **Verdiavklaring:** innsats for å klarlegge hva som er av verdi for den enkelte pasient. Man skaper verdi for pasienten ved å tilby en løsning på pasientens problem eller behov. Her er det ikke bare det økonomiske aspektet som er viktig. Andre forhold som behandlingstid, liggetid, organisasjonsstruktur- og kultur samt behandlingsstedets kontekst er vel så viktige.
- **Verdikjedeanalyse/verdistrømsanalyse:** identifisere de aktivitetene som henholdsvis skaper verdi for behandlingen og pasienten, og de som ikke gjør det. Ved å kartlegge alle steg i pasientforløpet, vil man få en oversikt over prosessene som igjen gjør det mulig for alle involverte parter å se ”det store bildet”.
- **Flyt:** et viktig prinsipp i Lean er å skape flyt i produksjonen. Forløpet for hver enkelt pasient skal flyte jevnt fra start til ferdigbehandling. Man må sørge for at pasientforløp flyter kontinuerlig uten avbrytelser – også i tilfeller der forløpene må ”passere” formelle organisatoriske grenser, for eksempel mellom avdelinger og/eller klinikker.
- **Pull:** tanken innenfor Lean er at hver aktivitet må trekke den neste for å oppnå flyt. Det er pasientens behov som skal styre forløpet. Dette betyr ikke at det alltid skal være konkrete pasientforløp, det kan også være et prognostisert behov. Når behandlingsbehovet er fastlagt, skal man kun utføre de nødvendige steg i prosessen. Dette for å forhindre ”sløsing” og ”ressurser på avveie”.
- **Perfeksjonering:** bygging og vedlikehold av kultur for kontinuerlig forbedring og eliminering av ikke-verdiskapende aktiviteter. Hver feil eller hvert problem som oppstår i

et pasientforløp avslører et forbedrings potensiale. Når dette er identifisert og løst, kan forløpet gjøres enda litt ”slankere”. Perfekt vil som regel alltid være et umulig mål, derfor har man alltid noe å strekke seg etter – man kan alltid bli litt bedre.

Hensikten med denne sirkelen og disse punktene, er å synliggjøre Lean som en kontinuerlig prosess. Målet er at alle involverte parter i prosessen skal utvikle en holding hvor man med stadig forbedringer oppnår et mer perfekt forløp.

Det er flere og sammensatte grunner til at nettopp sykehus er de organisasjoner utover de rene produksjonsbedrifter som synes å være de mest mottakelige for Lean-baserte reformer. Pasientens behov for raskest og best mulig behandling innfris samtidig med at tilbydende institusjons tilgjengelige (og knappe) ressurser anvendes så effektivt som mulig. Innen helsevesenet kan Lean sees på som en metodikk som skal bidra til å maksimere verdien for pasientene. Men det som er spesielt innenfor helsesektoren, er at pasienten både er kunden og produktet.

Ifølge artikkelen ”Lean thinking in healthcare: a realistic review of the literature” (P. Mazzocato m.fler 2010), anses Lean-tankegangen som et holistisk grep. Av 1000 artikler som ble vurdert for gjennomgang, var det kun 33 som gikk videre fra eksklusjonsrunden. I disse 33 artiklene utpekte det seg fire forskjellige endringsmekanismer; analysere prosesser for å skape felles forståelse, organisere for effektivitet og økt virkningsgrad, forbedre feildeteksjon, øke bevisstheten og prosessens pålitelighet, samarbeide for og systematisk løse problemer og øke kontinuerlig forbedring.

Det hevdes at Lean-tankegangens suksess hviler på ledernes evne til å skape en læringsprosess gjennom spørsmål og problemløsning, snarere enn å fortelle personalet hva de skal gjøre og hvordan de skal gjøre det. Den konkluderer videre med, at for bedre å forstå fordelene, må helseorganisasjoner direkte involvere topp-ledelsen, arbeide på tvers av allerede oppsatte grenser, gå etter å skape verdi for pasienter og oppfordre til kontinuerlig forbedring. Man må få de involverte i prosessen på tvers av profesjoner til å se ”det store bildet”. For at endringen skal vare, må den ”eies” av de ansatte. Det er de ansatte selv som må identifisere problemene, finne løsningene og gjennomføre de nødvendige endringene. Et av eksemplene i artikkelen er

”Virginia Mason and the Pittsburgh Regional Healthcare Initiative”, som integrerte Lean, laget det om til sitt eget og kalte det; ”The Virginia Mason Production system” og ”Perfecting Patient Care”.

Hvis man skal lykkes med implementering av Lean-konseptet må det bli en overordnet strategi for hele organisasjonen.

Review-artikkelen avdekket flere regelmessigheter som gikk igjen i arbeidet med å implementere Lean. Disse var: ønske om å forbedre organisasjonen, uklare retningslinjer og prosedyrer for personalet, byråkratiske og hierarkiske organisasjoner, profesjonsforskjeller, midlertidige løsninger, uklar kommunikasjon og ”tyster-kultur”.

Alle de 33 artiklene som ble gjennomgått rapporterte om vellykket Lean-anvendelse. De mest vanlige forbedringsområdene var; tidsbesparelser, kostreduksjon, produktivitetsforbedringer, kvalitetsforbedringer (som reduksjon av feilbehandling), økt tilfredsstillelse blant personale og pasienter, og redusert dødelighet.

Det var mange ulike forbedringsområder, men de artikler som rapporterte om tidsbesparelser, sa lite om hvordan denne tidsbesparelsen ble anvendt, om det ble brukt til å flytte på personale eller redusering i antall stillinger. Samtidig ble det også rapportert om mange forbedringsområder som umiddelbart ble utført etter implementeringen; reduksjon av antall prosesser i pasientforløpet, mindre avstander for personalet å gå, roligere arbeidsomgivelser og økt samarbeid.

Det er viktig å være klar over, at det er få som har interesse av å formidle dårlige Lean-erfaringer. Det er derfor under alle omstendigheter viktig og nødvendig å ha kritisk distanse til Lean-konseptet. Artikkelen hevder at det vil være en skjevhet i resultatet, da alle artiklene rapporterte om positive resultat. Det konkluderes derfor med at feltet; Lean i helsesektoren, kanskje ennå ikke er modent nok for en realistisk review (ibid).

Ifølge Preben Melander i boka ”Lean med lederskab” (2009), er det vanskelig å finne eksempler på, at det er skjedd en systematisk analyse av kundenes opplevde verdi av de ytelser, som har vært gjenstand for et Lean-prosjekt. Det synes til at kunde verdi har vært definert på forhånd – som raskere (og gjerne bedre) saksbehandling/behandlingstid. En grunn til dette kan være, at

Lean oppfatter ofte målet (reduisert sløsing) og middelet (Lean) som gitte størrelser, som der igjen gjør det mindre interessant hva kunden egentlig mener. Verdiskapelsen blir derfor en effekt av redusert sløsing, og de etterfølgende frigjorte ressurser blir automatisk forventet brukt til nye og/eller bedre produkter og serviceytelser. At gevinsten fra redusert sløsing ikke nødvendigvis kommer kunden til gode, blir sjeldent betraktet som en mulighet.

I artikkelen "Applying Lean techniques to improve the patient scheduling process" (Wojtys 2009), vises det til hvordan Lean-tankegangen ble implementert på MedSport-Facility in Ann Arbor, University of Michigan. Grunnen til at de valgte å implementere Lean, var at mange av pasientene (kundene) hadde sagt seg misfornøyde med henvisningssystemet og opplevde at det tok lang tid før de fikk en avtale. Det første de gjorde var å kartlegge alle steg i prosessen, som da gjorde det synlig hvor ineffektiv den viste seg å være. De oppdaget at det "gamle"-systemet var holdt ved like, fordi de som var involvert ikke så "det store bildet". En kartlegging av dette, synliggjorde for alle å se hvor i prosessen det var "forsinkelser". Ved sentralbordet tok det for lang tid per pasient til å bli henvist til riktig behandling. (Det tok også opp mot 36 dager for noen pasienter å bli henvist til riktig behandler, og opp mot 21 minutter per telefonsamtale). Det viste seg at de ved sentralbordet trengte mer kunnskap, for effektivt og selvstendig å kunne henvise pasienter til de ulike behandlinger uten å skulle konsultere andre først. Et av hjelpemidlene i denne forbindelse var å lage såkalte oversiktsskjema med steg for steg metoden over de mest vanlige "plagene", som de så brukte for å identifisere hvor pasientene skulle henvises til videre. Implementeringen av denne prosessen tok bare 10 dager. For å opprettholde dette, var det viktig at alle de involverte hele tiden tenkte på kontinuerlig forbedring og eliminering av spill. Det opprinnelige målet var å få henvist 90 % av pasientene til riktig behandling i løpet av den første telefonkontakten, men det viste seg at etter målinger underveis i prosessen var det mest realistisk å legge seg på 85 %. Nå går de gjennom og vurderer prosessen hvert halvår, for å forsikre seg om at "the process stays Lean" (ibid).

I 2006 besluttet Odense Universitetshospital (OUH) i Danmark, at de ville innføre Lean-metoden (<http://www.ouh.dk> brosjyre i pdf.format: Lean på OUH "Sund fonuft og sterke resultater"). De startet først med noen få avdelinger, og siden er flere og flere avdelinger blitt satt i gang. Men da Lean krever grundighet og strategi, var det begrenset hvor mange nye avdelinger som kunne settes i gang på samme tid. Utbredelsen ble hjulpet på vei av sykehusets egne konsulenter fra

Lean-staben. Den første erkjennelse de gjorde var at utviklingen av Lean skal skje nedenfra gjennom involvering av medarbeiderne, men drives ovenfra via ledelsens oppbakking og vedholdende fokus (ibid). Ved røntgendiagnostisk avdeling, ble ventetiden på ultralyd-scanninger nedsatt fra 22 til 8 uker, bare ved at arbeidsprosessene ble analysert og endret, arbeidsoppgaver ble utdelegert og nye deadlines fastsatt (ibid). Gevinsten av dette, i form av nedsatt ventetid, ble brukt dels til ventelistene og dels til utdanning og utvikling av personalet. Ved ortopedkirurgisk avdeling, var man ofte frustrert over at det var for dårlig tid mellom hver pasient som skulle opereres, sykepleierne ved operasjonsstuen følte de fikk for dårlig tid til å klargjøre og snakke med pasientene før hver operasjon. Det løste de ved at medarbeiderne laget en verdistrømsanalyse på utvalgte pasienters forløp og tok tiden på skiftet mellom pasienter. I praksis tok prosessen 38 minutter, de satte seg da for mål at det skulle ta 20 minutter. Etter at de ble seg bevisste på de steg i verdistrømsanalysen som ikke var hensiktsmessige, kom de ned i 23 minutter i gjennomsnitt.

Prosjektet "Enda litt bedre" ved Kvinneklinikken på Ullevål Universitetssykehus, bygger på Lean-tankegangen for kontinuerlig effektivisering av arbeidsprosesser og flyt i produksjonssystemer. Poenget var ikke at de var dårlige, men tvert imot at de var opptatt av kvalitet og så nødvendigheten av å fokusere på forbedringsarbeid. Prosjektet kom i gang høsten 2007, og konsulenter fra Ernst & Young ble tatt med i styringsgruppen. Ved operasjonsenheten startet de med å kartlegge alle deler av pasientforløpet, fra henvisning til første konsultasjon til pasienten ble utskrevet. Og hele tiden på grunnlag av pasientens behov. Det konkrete resultatet av dette prosjektet, var at ventetiden før operasjon ble forkortet for pasienter med kreftdiagnose. Tidligere hadde ventetiden vært mellom 25-30 dager fra legehenviing til innleggelse. Kartlegging av det totale pasientforløp på tvers av divisjoner og faggrupper som resulterte i endring av en del forhold spesielt i fasen forut for operasjon, omlegging av rutine sånn at henvisning fra fast lege blir vurdert samme dag som den kommer inn, var tiltakene som ble gjort. Samlet resultat for disse tiltakene ble at ventetiden for operasjon for pasienter med underlivskreft gikk ned fra 25-30 dager til 10 virkedager ([http://www.ey.com/Publications/wLUAssets/EY-mag-nr. 1 2009](http://www.ey.com/Publications/wLUAssets/EY-mag-nr.1.2009)).

I følge UNN sine internett-sider (<http://www.unn.no/pasientforloep/strategi-for-pasientforloepsprosjektet-ved-unn-hf-2009-2011-article70066-22872.html>) ser man at de i 2008

besluttet å videreutvikle systemer for bedre samhandling og helhetlig pasientforløp. Grunnelementene i pasientforløpsprosjektet ved UNN er at pasientforløpsarbeidet er; *medarbeiderbåret, har fokus på pasienten, er forankret i ledelsen, er ikke et verktøy for nedbemanning og innsparing samt at det er et kontinuerlig forbedringsarbeid.*

UNN har valgt å kalle denne prosessen; *"Sunn fornuft satt i system"*.

Lean ble valgt som verktøy, og høsten 2008 ble pasientforløp knyttet til behandling av slagtilfeller utviklet og implementert. Etter dette har flere pasientforløp blitt utviklet og implementert blant annet lungekreft. Da UNN målte seg opp mot andre sykehus så de at det ved UNN tok forholdsvis lang tid fra symptomdebut til behandling av lungekreftpasienter. Ønsket om å utforme et smidigere pasientforløp for denne pasientgruppen resulterte i det UNN har valgt å kalle; lungepakken. Lungepakken inneholder alt fra henvisning fra lege til røntgen av lungene (røntgen thorax) til i siste rekke behandling er bestemt. Tiltak som ble gjort for å redusere behandlingstiden var; kontakte vakthavende lungelege ved positivt svar på røntgen thorax som der igjen kan igangsette "pakkeforløpet", eventuelt rekvirere CT-thorax og aktuelle blodprøver. Pasientansvarlig lege (PAL) og pasientansvarlig sykepleier (PAS) utnevnes, og der igjen vurderes det å koble inn tverrfaglig ekspertise samt om PET-scan er aktuelt. På bakgrunn av dette tas pasienten opp på et thoraxmøte hvor videre behandling bestemmes det være seg; kirurgi, strålebehandling, cellegift eller palliativ behandling. Etter å ha fremlagt dette satte UNN seg som mål at "lungepakken" i tidsrom ikke skulle overstige 4 uker. I tillegg til de "store" overordnede grep som vi viser til her, innebærer "lungepakken" også små grep som for eksempel; fysisk flytting av utstyr, flytting av kaffepause, synliggjøring av fortløpende resultater på vaktrom og lignende.

Lungeforløpet møtte flere utfordringer som ikke ble løst innenfor prosjektperioden. Blant annet; rutiner for PAS, definere sekretær oppgaver i koordineringen, etablere polikliniske prosedyrer for utvikling av lungelab for leger og sykepleiere, behov for histologiske prøvesvar i DIPS.

Målsettingen for UNN er at innen 2012 skal pasientforløpsarbeid være gjennomført i alle klinikker/sentra, og alle ledere på alle nivå skal ha kjennskap til – og helst ha fått opplæring i Lean-metodikken.

2.2 Oppsummering over kunnskapsstatus

”Å se det store bildet” er et av hovedelementene i Lean. Man kan ikke endre en del av prosessen uten å ha klart for seg og ha en forståelse av de omkringliggende prosesser. Alt henger sammen, og endringer et sted vil alltid få konsekvenser et annet sted. For å ta et praktisk eksempel fra fiskeriindustrien; det hjelper ikke for et fiskemottak å sende ut flere båter for å få større mengder fisk, hvis ikke de som står i fiskemottak har bemanning nok til å ta imot den økte mengden. Det hjelper også lite hvis man bemanner opp i pakkeavdelingen hvis ikke de som står i slaktingen klarer å forsyne pakkeavdelingen med nok fisk. Dette viser hvor viktig det er å ha hele oversikten, og at endringer i en del av organisasjonen også får konsekvenser for de resterende deler.

Samtidig er det viktig å involvere alle de parter som blir berørt. Skal man foreta en endring er det viktig å forstå at en stor endringsfordel beror på villigheten hos driverne av endring til å være ærlige og åpne om årsakene til endring, målene og prosessene som skal brukes. Omfattende endringsprosesser kan skape utrygghet hos de ansatte, men dette kan reduseres hvis de forstår hva som skal skje, og hvorfor endringen er nødvendig.

Lean fordrer også til en ”bottom-up”-strategi, hvor et viktig element er at utviklingen av Lean skal skje nedenfra gjennom involvering av medarbeiderne. Samtidig bør det skapes en læringsprosess gjennom spørsmål og problemløsning, istedenfor at ledelsen skal fortelle personalet hva de skal gjøre og hvordan de skal gjøre det.

Skal man beholde motivasjonen til de involverte, er det viktig hele tiden å synliggjøre resultatene. Blir dette fulgt vil det legge grunnlaget for kontinuerlig evaluering og forbedring. Ikke minst er dette viktig da Lean-konseptets hjørnestein er; kontinuerlig forbedring og en stadig søken mot perfektionering.

Etter gjennomgang av de empiriske eksemplene som er nevnt i dette kapittelet er det en gjennomgående faktor at alle organisasjoner har oppnådd positive resultater etter implementering av Lean. Med bakgrunn i dette og som det konkluderes med i artikkelen ”Lean thinking in healthcare: a realistic review of the literature”, er Lean i helsesektoren muligens enda ikke modent nok for en realistisk anmeldelse.

3.0 ORGANISASJONSPERSPEKTIVER

Vi har valgt å legge til grunn tre ulike perspektiver i studien av organisasjonene SUS og UNN og for å besvare oppgavens problemstilling. Hvert av disse perspektivene representerer hver deres ”lyskaster”, som fra tre forskjellige synspunkter vil bygge opp under resultatene og gi funnene et bredere drøftningsgrunnlag.

Lean-konseptet bidrar til endringer i organisasjoner. Ut i fra de empiriske eksemplene som presenteres i forgående kapittel, ser man at implementering av Lean i helsesektoren kan gi utslag både i den strukturelle, den kulturelle og den institusjonelle delen i organisasjonen. På bakgrunn av dette så vi klarere at veien videre ble mer interessant og fruktbar ved å ta utgangspunkt i det rasjonelle-, det naturlige- og det nyinstitusjonelle perspektiv.

Hvilket perspektiv som legges til grunn, vil ha stor betydning for både synet på organisatoriske endringer og synet på endringsledelse. Under hvert perspektiv er det utledet flere hypoteser som illustrerer mulige utfall på oppgavens problemstilling. Perspektivene vil da utgjøre flere ”sett med briller”, som da blir den teoretiske plattform for forståelsen av resultatet.

Busch og Vanebo (2007) forklarer at studier av organisasjonsatferd kan ifølge Scott skje med utgangspunkt i tre perspektiver hvor organisasjoner betraktes som henholdsvis:

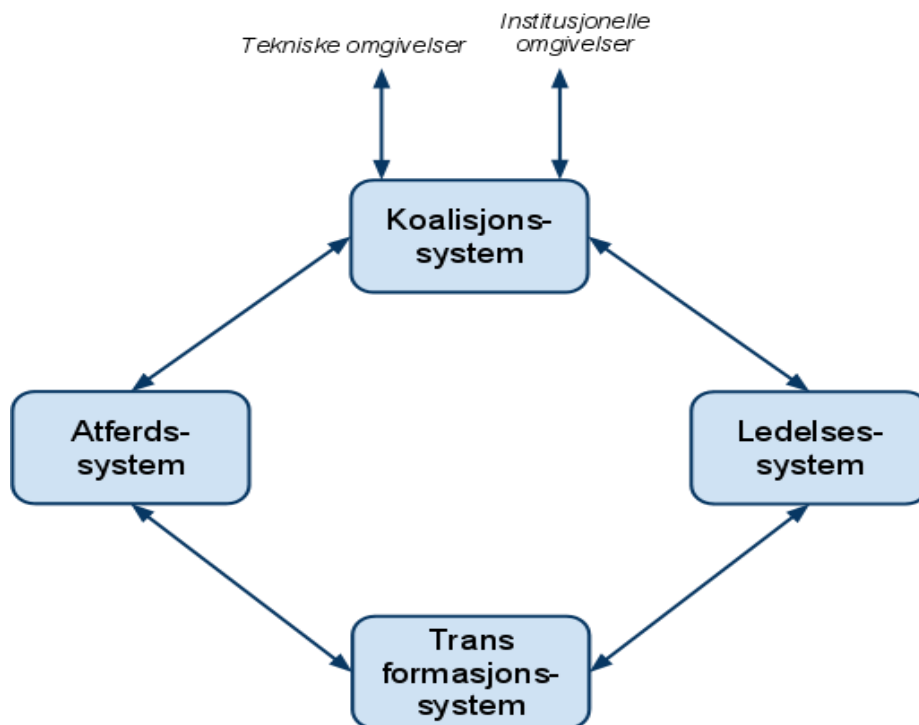
- **Rasjonelle systemer:** hvor organisasjoner sees som formelle strukturer rettet mot realisering av spesifikke mål.
- **Naturlige systemer:** hvor organisasjoner sees som organiske enheter som bygger på felles interesse om at systemet skal overleve.
- **Åpne systemer:** hvor organisasjoner sees som gjensidig avhengige aktiviteter som konstitueres av sine omgivelser.

De enkelte perspektiver er fremkommet i hver deres historiske tid, men det er imidlertid ikke ensbetydende med at de skal sees på som hverandres avløsere. Tvert imot skal de betraktes som komplementperspektiver med hver deres fokus. I den enkelte organisasjon vil det allikevel være et perspektiv som er fremtredende.

3.1 Organisasjonsteoretisk rammeverk

En organisasjon består av to eller flere mennesker som jobber sammen mot et mer eller mindre definert mål. Innenfor organisasjonsteorien sier vi at en organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for og nå bestemte mål.

For å forstå hvordan en organisasjon er oppbygd og senere forstå perspektivenes innfallsvinkel på organisasjoner, vil vi først forklare en konseptuell modell for endringsledelse. Bush og Vanebo (2007) betrakter organisasjoner som bestående av fire delsystemer; *koalisjonssystemet* (forhold mellom interessenter og virksomhet), *transformasjonssystemet* (teknologi og strukturer), *ledelsessystemet* (ledelsesfunksjoner) og det organisatoriske *atferdssystemet* - kultursystemet (alle menneskene som er involvert i virksomheten). Til sist vil disse fire delsystemene være koplet opp til organisasjonens omgivelser gjennom koalisjonssystemet - både tekniske og institusjonelle omgivelser.



Figur 3.1: Konseptuell modell for endringsledelse (Busch og Vanebo 2007).

Formålet med denne modellen er at den gir fokus på sentrale aspekter i organisasjoner som SUS og UNN, samt peker på hvordan systemene er koplet sammen. Modellen representerer en forenkling og oversikt samtidig som den gir et bilde av den høye kompleksiteten som kan prege arbeidet i prosessene rundt de ulike pasientforløp.

I forbindelse med endringsledelse er prosessene mellom de ulike delsystemene av stor viktighet. Bush og Vanebo (2007) viser til at endringer i ett system vil bli spredd mellom de ulike delsystemene. Gjennom en gjensidig avhengighet vil de bli skapt et komplekst mønster av endringsprosesser i organisasjonen. Gjensidig avhengighet står også sentralt i Lean, se figur 2.1.

Endringsledelse innebærer å arbeide med disse delsystemene med sikte på å skape en organisasjon som er i stand til å ivareta og utvikle sitt eksistensgrunnlag. Hvor innsatsen skal settes inn, vil variere fra situasjon til situasjon.

Endringer i organisasjonsprosesser, som i denne oppgaven menes med pasientforløp, representerer komplekse prosesser, og det er nødvendig med et bredt utgangspunkt for å sikre seg den nødvendige innsikt som kreves. Det innebærer at man må være villig til å utfordre den dominerende rasjonalitetsforstillingen som dominerer i vårt samfunn, noe som vil åpne for alternative forestillinger om hva som preger organisatoriske endringer. Et slikt utgangspunkt innebærer ikke at det rasjonalistiske perspektivet forkastes. Det vil alltid stå sentralt, men ved å se det i sammenheng med alternative forklaringsmodeller fremkommer en bedre forståelse av kompleksiteten og styrbarheten av endringsprosesser.

Et annet viktig aspekt ved innføring av nye teorier i organisasjoner, eller gjennomføring av planlagt endring, er i følge Jacobsen (2004) å forsøke å få tak på sammenhengen mellom endringens kontekst og hvordan endringen forløper. Konteksten er viktig fordi den legger begrensninger på- og åpner muligheter for- hvordan endringen kan skje.

Oppgaven vår tar utgangspunkt i helsesektoren hvor vi har valgt å bruke UNN og SUS som tilhører de regionale helseforetakene Helse Nord og Helse Vest. De er begge underlagt de samme nasjonale retningslinjer, men hvor utøvelsen skjer i ulike lokale kontekster, med de utfordringer dette kan by på.

Utfordringen blir å forsøke å avdekke hvilke forhold som gjør endring lettere, og hvilke forhold som kan tenkes å vanskeliggjøre endring. Eksempel kan være trekk ved organisasjonens formelle elementer; strategi, struktur og systemer, i tillegg til ressurser de disponerer og historie de drar med seg, og omgivelser som tekniske og institusjonelle, samt trekk ved organisasjonens uformelle elementer - kultur og maktforhold.

Struktur er selve bygningen i organisasjonen, den måten man har “skrudd” sammen organisasjonen sammen på. Formålet med den er å kunne påvirke atferden til de mennesker som involveres i organisasjonen. Struktur er derfor et grunnriss for mønsteret av forventninger og samhandling mellom interne deltakere og eksterne interessenter, for at en på best mulig måte kan få til en effektiv og god produksjon av varer og tjenester (Bolman 2009). På samme måte som skjelettet i et dyr eller reisverket i en bygning, kan de strukturelle formene både understøtte og begrense det organisasjonen er i stand til å oppnå (ibid).

Henry Mintzberg (Mintzberg 2003), en av de største bidragsyterne innenfor organisasjonsteorien, har i flere bøker systematisert sentrale deler av feltet, og blant annet utviklet et deskriptivt rammeverk for organisasjonsstruktur og strategi. Mintzberg sitt fremste bidrag er at han samler forskjellige funksjoner i grupper og viser hvordan deres innbyrdes størrelse og tyngde i en organisasjon varierer ut fra organisasjonens oppgave og eksterne utfordringer. Ifølge Mintzberg, finnes det spesielle konfigurasjoner av organisasjonsstruktur som gjentar seg i alle organisasjoner, og i koordineringsmekanismene mellom dem. Han opererer med fem konfigurasjoner, basert på individuelle stillinger, gruppering og beslutningssystemet. Det er: *den enkle struktur, maskinbyråkratiet, det profesjonelle byråkrati, den divisjonaliserte struktur og Ad-hoc-kratiet* (Jacobsen 2009). Hver av disse formene innebærer særegne lederutfordringer. Hans ide med det hele er at hvordan strukturen omkring en organisasjon er, har stor konsekvens for hvordan man betrakter endring i organisasjonenes formelle elementer. Fordelen med disse “rammene” er at organisasjonen føler en form for system eller orden, og utenforstående forstår organisasjonen bedre. Selv om en organisasjon kan kategoriseres i en av Mintzberg sine fem ulike konfigurasjoner, kan den også inneholde elementer av andre konfigurasjoner i sin struktur og oppbygging.

Et helseforetak vil fremstå med en litt annen struktur enn de tradisjonelle organisasjonstypene, fordi de er dominert av kunnskap og profesjoner. UNN og SUS vil på bakgrunn av dette falle inn under det *profesjonelle byråkratiet*, da de er avhengige av de ansattes profesjonelle kunnskap og ferdigheter for å kunne fungere. Samtidig vil elementer fra maskinbyråkratiet også ha en rolle, da det genererer sine egne standarder og hviler på en hierarkisk natur.

Røvik (2007) henviser til Parsons (1956) samt Meyer og Rowan (1977), og forklarer at organisasjoner ikke bare kan overleve ved bare å være effektivitetsorienterte, men de må og søke legitimitet fra omgivelsene. Organisasjoner må vise at de kan leve opp til grunnleggende vestlige modernitetsnormer om kontinuerlige fremskritt, fornyelse og rasjonalitet. Disse normene kommer til uttrykk gjennom ideer og oppskrifter på hvordan moderne, tidsriktige og legitime organisasjoner bør se ut.

Rogalandsavis publiserte 21/5-11 en artikkel som tar for seg ventetid på kreftbehandling. Helsedirektoratet har offentliggjort konkrete tall på flere kreftdiagnoser, og i følge helseminister Anne- Grete Strøm- Erichsen skal dette bidra til bedre kvalitet i helsevesenet. Hun sier videre at det er potensial for forbedring ved en del sykehus og at sykehusene kan ha noe å lære av hverandre ved å studere disse tallene (<http://www.rogalandsavis.no/nyheter/article5613182.ece>).

Artikkelen ”Strengt hemmelig” i Dagens Næringsliv (DN lørdag 18/6 -11) setter også fokus på kvalitet i helsevesenet. Den sier videre at i Sverige og Danmark har myndighetene offentliggjort tall i ti år, mens i Norge vet ikke nordmenn noen ting om kvalitet på norske sykehus. I de svenske registrene er det detaljerte lister over; forskjeller på sykehus, sannsynlighetsårsaker, behandlingskompetanse og forbedringspotensial. Sykehuspersonell i Norge mener at statistikk i form av sammenligninger av pasientgrupper og rangering av sykehus er en banalisering av debatten om kvalitet. Legene mener indikatorene mangler treffsikkerhet og utvikler heller målesystemer på egenhånd. Tidligere helseminister Dagfinn Høybråten sier det er en inngrodd motstand i helsetjenesten mot å bli kikket i kortene. Sykepleierforbundets leder, Lisbeth Normann, uttaler at helsepersonell er redde for å sammenligne seg med hverandre og lærer for lite av de feilene man gjør.

3.2 Overføring av organisasjonskunnskap

Røvik (2007) forklarer at fenomenet “overføring av organisasjonskunnskap” analytisk kan deles inn i to hovedtyper av prosesser, nemlig dekontekstualisering og kontekstualisering.

- Dekontekstualisering vil si at “noe” blir forsøkt tatt ut av en sammenheng, mens
- Kontekstualisering vil si at “noe” blir forsøkt satt inn i en ny sammenheng.

Vi har i litteraturen tre ulike typer forventninger om hva som kan bli utfallet når konsepter som Lean forsøkes iverksatt i helsevesenet. Christensen m.fl.(2004) beskriver disse på følgende måte;

- **Rask tilkopling:** oppskriftene, eller konseptene, kan relativt raskt bli iverksatt og gi de forventede positive virkningene. Forutsetningen er imidlertid at selve iversettingen skjer rasjonelt og planmessig. Moderne konsepter framstilles gjerne som nokså ferdig utviklet og som velprøvde verktøy klare til å bli tatt i bruk.
- **Frastøting:** innenfor kulturperspektivet finner man ofte et langt mer reformskeptisk og pessimistisk scenario for hva som kan skje når organisasjoner forsøkes endret i lys av nye oppskrifter. Organisasjoner forstås i denne tradisjonen som komplekse og verdibærende institusjoner, som generelt motstandsdyktige mot reformer, særlig forsøk på rask omstilling. Oppskriftene framstilles ofte tilsvarende som vage ideer som er tatt ut av sine opprinnelige sammenhenger, og som er blitt forenklet og popularisert. Når de forsøkes iverksatt i komplekse organisasjoner, vil det ofte vise seg at de rett og slett ikke passer inn der, det vil si at de må gjennomgå en kompatibilitetstest i forhold til tradisjonene. Dersom oppskriftene ikke passer, vil de kunne bli frastøtt, det vil si at forsøkene på å iverksette dem opphører.”
- **Frikopling:** selv om populære konsepter ofte både er for vage og for enkle i forhold til kompleksiteten i oppgavene som organisasjoner må løse, og at de kanskje også oppfattes å være i utakt med grunnleggende verdier og normer i organisasjonen, vil moderne organisasjoner likevel oppleve press fra institusjonelle omgivelser til å inkorporere de tidsriktige og legitime oppskriftene. Dette er nøkkelresonnementet hos toneangivende nyinstitusjonalister. En måte å takle dilemmaet på er å adoptere moderne konsepter, men sørge for å holde dem frikoplet slik at de i liten grad får styrende virkninger på aktiviteter,

i alle fall på de aktivitetene som er av stor betydning for organisasjonens evne til å produsere vedtak, varer og tjenester på en effektiv måte. Ut fra denne betraktningmåten blir mytene eller oppskriftene noe som ligger på overflaten i organisasjonene, som et utstillingsvindu eller et blendverk, som skal overbevise omgivelsene om at organisasjonen er moderne og effektiv, uten at praksis internt endres i særlig grad.

Nevnte teorier tar i liten grad høyde for at adopterings- og iverksettingsprosesser vanligvis er noe som folder seg ut over relativt lang tid. To teorier som tar tidsaspektet i betraktning og som dels modifierer, dels supplerer de tre ovennevnte teoriene er *virusteorien* (som omhandler mulige langsiktige effektene i organisasjoner av å adoptere ideer) og *oversettelsesteorien* (som omhandler i hvilken grad og på hvilke måter organisasjonen kan bearbeide oppskriftene).

Røvik forklarte virusteorien i undervisning (UiS 2010) og sa at utfordring ved kunnskapsoverføring er at ideer er som virus som må ha “inkubasjonstid”. Ideers inkubasjonstid vil si at det kan ta svært lang tid fra ide smitter som språklig virus, og til den eventuelt materialiseres, det vil si slår ut i mer synlige strukturer, rutiner og aktiviteter. Ideer vil i tillegg kunne veksle mellom inaktive og aktive faser, eller forsvinne ut igjen. Dette vil kunne påvirkes av organisasjonens aggressivitet og de ansattes motstand.

Videre hevder Røvik at når en virksomhet skal oversette en god praksis til en språklig representasjon og senere lykkes med implementeringen, er det viktig at oversetteren blant annet har dekontekstualiserings-kompetanse. Det vil si å skaffe innsikt om praksisens kompleksitet, innvevdhet og eksplisitet. Man fanger da inn en dekkende beskrivelse av praksis (for eksempel struktur, teknologi, prosedyrer, rutiner, menneskelige faktorer) og ser på virkningene av disse i utførelsen av praksis. Oversetteren må også ha rekontekstualiserings-kompetanse. Dette betyr at dersom man møter en praksis som representerer “pseudooversettelse”, som vil si at det er skapt en praksis gjennom inntrykk av at de er utprøvd og vellykkede, må man omlokalisere ideen til andre bestemte organisasjoner og kontekster. En oversetter bør også ha kompetanse når det gjelder selve implementeringen, samt kunne gi råd om hvilke type ideer og grep organisasjonen har bruk for. En oversetter kan være både innleid konsulent og/eller personell med spesifikk opplæring.

Translatørkompetanse er en kritisk suksessfaktor. En god eller dårlig oversetter er nærmest ensbetydende med et godt eller dårlig overføringsresultat. Røvik (2007) forklarer at;

“den dugende oversetteren er en som besitter - og dermed kan kombinere - kunnskap både fra avgivende og mottagende kontekst.”

Ved UNN har de ansatt Lean-konsulenter og disse bør dermed ha kunnskap om organisasjonens kontekst, aktører, struktur, prosedyrer, rutiner og reformhistorie. En oversetter som skal lykkes med å lage gode lokale oversettelser av ideer må ha kunnskap om konteksten der det oversettes fra og til, mot til å ha tro på teksten og kreativitet til å tilpasse teksten, tålmodighet til å se at ideen modnes og styrke til å kombinere kyndighet og myndighet i prosessen.

Det er også viktig å være bevisst de utfordringer en kunnskapsoverføringsprosess fører med seg. Dette kan være ansattes *reaksjoner* og eventuelle *motstand* til prosessen. Jacobsen (2004) sier at i tillegg til at man betrakter endringsprosess som oversettelsesprosess, så må man også vite at den inneholder en politisk og en emosjonell komponent. Det kan skje at en endringsidé ikke blir oversatt og iverksatt på grunn av motstand på bakgrunn av interesseforskjeller eller mer følelsesmessige forhold. Motstand kan ytre seg som passiv, aktiv, aggressiv eller likegyldighet. Årsaker til motstand kan i følge Røvik (Undervisning UiS 2010) være for eksempel frykt for det ukjente og ønske om å unngå usikkerhet, frykt for økt arbeidsbyrde, tap av tilhørighet og opprivning av organisasjonskultur, brudd på psykologiske kontrakter, endring i maktforhold og symbolsk orden.

Motstanden kan også være positiv. Motstand kan sees på som en kontinuerlig debatt om hva som er den riktige beskrivelsen av dagens tilstand og eventuelle problemer, og hva som eventuelt er gode og dårlige løsninger. Artikkelen av Ford og D`Amelio (2008) utvider motstandshistorikken ved å forklare at motstand er et uavhengig fenomen, og det er nødvendigvis ikke motstand før de ansatte blir “stemplet” av endringsagenten som motstandere. Jacobsen (2004) forklarer at graden av motstanden varierer sammen med flere andre sentrale elementer i endringen. For eksempel hvor klar og entydig selve endringsideen eller drivkreftene og behovet for endring er, hva som endres/innholdet i endringen, hvor omfattende endringen er, tidsperspektivet på endringen og hvordan selve endringsprosessen blir lagt opp.

Men er motstand alltid negativt? I følge Piedrit (2000) må vi anerkjenne ambivalensen. Hun mener at responsen på endring har tre dimensjoner (emosjonell, kognitiv og intensjonell), og gjennom å forstå disse, får vi et flerdimensjonalt syn til handlinger. Et flerdimensjonalt syn kan øke vår nøyaktighet i å forutsi individets atferd. Graden av ambivalens i individets holdning kan ha både ønskede og uønskede konsekvenser, men hvis man fokuserer på å balansere disse, kan det hjelpe oss å forstå hvordan man kan lede endringsprosesser suksessfullt.

Et sentralt spørsmål i organisasjonsendring er: hvorfor klarer noen organisasjoner å gjennomføre vellykkede endringsprosesser, mens andre klarer det ikke. Jacobsen (2004) forklarer at det kan være flere svar, og noen av dem kan være at organisasjoner har ulik kapasitet til å absorbere impulser fra omgivelsene og tilpasse seg dem, ulik evne til å lære, ulik grad av fleksibilitet og at de i ulik grad tillater endring.

Mennesker beveger seg inn og ut av endringsarbeidet både rent fysisk, men også identitetsmessig. Endringsarbeidet krever god organisering og at man er oppmerksom på mer implisitte aspektene som antakelser, forestillinger og identiteter hos de berørte partene.

Forandringer og stabilitet står paradoksalt til hverandre: organisasjoner er alltid i endring og endrer seg aldri (Bolman 2009). Som i all konkurranseidrett er det slik at spillerne kommer og går, men spillet fortsetter (ibid).

3.3 Det rasjonelle perspektivet

Det rasjonelle perspektiv har røtter tilbake til industrialiseringens tidlige år, omkring 1900-tallet. I følge Røviks forelesning (UiS 2010) er det rasjonelle perspektivet en dominerende system-ide lik den mekaniske maskinen. Dette betyr at en organisasjon er som en mekanisk maskin som ikke kan endre seg selv men der andre må gripe inn for å endre den. Hovedkjennetegnet er at organisasjoner oppfattes som redskaper eller instrumenter for ledelsen, rettet mot å oppnå visse mål og resultater. Dette kan komme til uttrykk gjennom at organisasjoner og dets medlemmer handler formålsrasjonelt ved utføringen av oppgavene og at resultatene av handlingene blir som ønsket. Dette innebærer at de vurderer tilgjengelige alternativer eller virkemidler ut fra konsekvensene de har i forhold til målene som er fastsatt, foretar viljestyrte valg mellom alternativene, og oppnår de effektene som ønskes gjennom disse valgene.

Instrumentalitet kan også komme til uttrykk ved at organisasjonsstrukturen er utformet på grunnlag av mål - middel vurderinger, og at den i neste omgang virker bestemmende for medlemmenes handlemåte ved utføringen av oppgaver. Det kjennetegnes dermed ved at organisasjoner er ledelses- og målfokusert ved at organisasjoners mål bør legges til grunn ved utformingen av organisasjonen. Organisasjoner skal være et knivskarpt redskap for måloppnåelse. Lederen må ha kontroll og autoritet. Ut fra et instrumentelt syn på organisasjoner vil styring kunne skje dels ved utforming av organisasjonsstrukturen og forholdet til omgivelsene, og dels ved formålsrasjonelle handlinger innenfor disse rammene.

Organisasjonsledelsen kan i ulik grad påvirke sitt eget og andres handlingsrom, og i ulik grad være i stand til å utnytte dette handlingsrommet. I prinsippet har ledelsen mange frihetsgrader for alternativ utforming (design) av formelle organisasjoner.

Perspektivets hovedforklaring på atferd og resultater innebærer at variasjon i organisasjoners formelle struktur gir variasjon i atferd og i organisasjoners resultater. Som tidligere nevnt vil SUS og UNN falle inn under det Mintzberg kaller den profesjonelle organisasjon. Makten her vil ofte være desentralisert, og beslutninger tatt på et overordnet nivå kan møte motstand på lavere nivå.

Christensen m.fl. (2004) forklarer at formell organisasjonsstruktur er;

”En struktur som består av posisjoner og regler for hvem som bør eller skal gjøre hva, og hvordan ulike oppgaver bør eller skal utføres”.

Organisering gjennom utforming av den formelle organisasjonsstrukturen skjer ved ulike grader av og former for spesialisering og samordning. En hierarkisk organisasjonsform, slik Weber beskriver den, er preget av hierarki, arbeidsdeling og rutiner. Hierarki innebærer over- og underordning mellom ulike vertikale nivå i organisasjonen. Arbeidsdeling innebærer at organisasjonens oppgaver blir gruppert i ulike enheter og knyttet til konkrete posisjoner, det vil si den berører den horisontale spesialiseringen. Gjennom over- og underordningsforholdet mellom de ulike nivåene i et hierarki vil det bli stor grad av vertikal samordning innenfor en organisasjon og mellom organisasjoner. Hierarki kan også innebære vertikal spesialisering, ved at ulike typer oppgaver blir lagt til ulike nivå i organisasjonen eller til organisasjoner på ulike nivå.

Horisontal spesialisering uttrykker hvordan ulike oppgaver tenkes å bli delt opp på ett nivå ved hjelp av organisasjonsstrukturen.

Skal man velge vertikalt eller horisontalt når det kommer til samordning i pasientforløpsprosesser? Vertikal samordning bygger som sagt på styring og kontroll ovenfra. Det er effektivt, men ikke uproblematisk. Forutsetningen er at medarbeiderne er villige til å følge ordre ovenfra. Ofte trengs det mer desentraliserte og interaktive horisontale samordningsformer for å hindre at toppstyring kveler initiativ og kreativitet. Horisontal samordning gir ofte bedre resultater, men sluker mer tid og krefter enn den vertikale. Et møte gir for eksempel anledning til dialog og beslutning ansikt til ansikt, men en risikerer å sløse med tid og krefter.

Bolman og Deal (2009) sier at organisasjoner må ha både vertikal og horisontal samordning. Den optimale balansen mellom vertikalt og horisontalt avhenger av de problemene hver enkelt organisasjon står ovenfor. Vertikal samordning er generelt det beste når forholdene er stabile, oppgavene er forutsigbare og klart forstått og ensartethet er vesentlig. Horisontal kommunikasjon fungerer best der man har komplekse oppgaver som skal løses i turbulente og raskt omskiftelige omgivelser.

I følge Røvik (2007) preges organisasjonstenkningen ved starten av det nye århundret en trend som omfatter opptatthet av de verdiskapende prosesser i organisasjoner. Dette er en tung ideestrømning, men med noe ulike opphav og uttrykk. Felles for de fleste bidragene her er imidlertid en utpreget skepsis mot den sentralt styrte og vertikalt sterkt funksjonsinndelte organisasjon. Prosesstilnærminger kjennetegnes blant annet av en rekke grep som handler om å være kontinuerlig opptatt av å utvikle nye verdiskapende prosesser og av å effektivisere eksisterende prosesser. Dette gjennom innsats for å måle og forbedre dem, som for eksempel tidsbruk og kvalitet. Prosesstenkning er et brudd med strukturtenkningen generelt, spesielt med idealet om "siloorganisasjonen", det vil si den vertikalt styrte og strukturerte organisasjon. Det uttrykkes at prosessparadigmet kan og bør legges til grunn i analysen av så vel alle deler av som alle typer av organisasjoner.

Lean-konseptet som beskrevet i forgående kapittel, bygger også på denne tankegangen.

Jacobsen (2009) forklarer at offentlige organisasjoner har ofte vanskeligheter med å definere klart hva som menes med inntjening og kostnader. De opererer ikke i et marked med priser, kjøp og salg, og de har ofte komplekse og motstridende målsettinger. Det betyr likevel ikke at ikke også slike organisasjoner kan fokusere på synlige resultater. Det kan for eksempel være at man setter tall på ventelister på sykehus eller antall pasienter som blir behandlet. I tilfeller der det er vanskelig å kvantifisere resultater, kan man likevel vise til synlige endringer i formelle strukturer og prosedyrer.

I forhold til problemstillingen vår hvor vi sammenlikner UNN og SUS, så ser vi at måten UNN har valgt å definere sin kostnadsbruk på, er å gjøre pasientforløpene smartere. De har som tidligere nevnt valgt å bruke Lean-konseptet i dette arbeidet. Essensen her er å eliminere spill i produksjonsprosesser (her forstått som pasientforløp), som igjen synliggjør hvilke prosesser som tilfører pasientforløpet verdi og hvilke som ikke gjør det.

Som nevnt i innledningen forklarer Jacobsen (2009) at organisasjoner består av to hovedtyper elementer: de formelle elementene knyttet til teknologi, struktur og strategi samt de uformelle elementene organisasjonskultur og maktforhold.

Ifølge Jacobsen (2009) presenterer Michael Beer og Nitin Nohria i boken “Breaking the code of change” to grunnleggende strategier for endring av organisasjoner. Den første strategien kaller for strategi E, der E står for “economic”, en strategi som beskriver at:

“det har det formål å skape økonomisk verdi, ofte uttrykt i form av avkastning for eierne. Strategiens fokus er på formelle strukturer og systemer. Den er drevet frem av toppledelsen med betydelig hjelp av eksterne konsulenter og med bruk av finansielle incentiver. Endringen er planlagt og programmatisk, den er pro-aktiv eller reaktiv“.

Strategi E utarter seg ved at den formelle toppledelsen har vurdert at det foreligger et behov for endring, deretter utarbeider de løsninger og implementerer disse i organisasjonen (top-down).

Jacobsen nevner flere grunner til hvorfor man bør begynne med å endre organisasjonens *formelle elementer* gjennom strategi E. For det første er det først og fremst de formelle elementene ledelsen i en organisasjon kan kontrollere. Strukturer kan vedtas endret, ved at man slår sammen

eller deler opp enheter. Mål og strategier kan formuleres av ledelsen, og de kan vedtas i formelle forum. For det andre er det en sammenheng mellom de formelle strukturer og strategier på den ene siden og atferd på den andre siden. Strukturer og mål fungerer som normative standarder, det vil si at de angir hvilken atferd en organisasjon ønsker, og dermed hvilken atferd man kan belønne, og hvilken man kan straffe. I de fleste tilfeller vil mennesker i en organisasjon tilpasse seg endrede strukturer, eller det kan kalle endrede rammevilkår. Like viktig er det å påpeke at det er en sammenheng mellom de formelle og de uformelle elementene. På samme måte kan endring i struktur over tid føre til endring i kulturen. For det tredje gir endring i formelle elementer en symbolsk effekt som vitner om at organisasjonen har handlekraft. Dette kan skape større legitimitet og støtte i omgivelsene. Problemet er likevel at endringer i formelle forhold oftest har en viss effekt på dyptliggende forhold. Dermed kan symbolske endringer få faktiske konsekvenser som man ikke ønsker.

Verktøyperspektivet (det rasjonelle perspektivet) er på mange måter et klart modernistisk inspirert perspektiv, det er preget av generell utviklingsoptimisme og en sterk rasjonalistisk orientering (Røvik 1998). Grunnleggende er den sterke troen på forandring og forbedring ved hjelp av organisasjoner og aktører som er kunnskapsrike og fornuftige.

Røvik (1998) forklarer at av verktøyperspektivet kan det avledes mer presise ideer om forløpet av institusjonaliserte organisasjonsoppskrifters "livssyklus". Det vil si spørsmålet om hvorfor og hvordan de oppstår, spres og senere gjerne falmer og erstattes av nye. Oppskrifter som har fått utbredelse til flere organisasjoner antas å ha sitt opphav i en bestemt kontekst (eksempel en organisasjon) der de har virket godt og derfor har fått et godt rykte. Det kan være oppskrifter som for eksempel har ført til raskere behandlingstid, mer fornøyde og motiverte ansatte og så videre.

Under verktøyperspektivet kan det også avledes et sett antakelser om hvordan man innenfor den enkelte organisasjon mest sannsynlig vil takle en tilstand med mange flyktige organisasjonsoppskrifter (ibid). Helt grunnleggende er ideen om at organisasjoner har formålsrasjonelle ledere som adopterer eller forkaster oppskrifter ut fra tilgjengelig erfaringsbasert kunnskap om hvordan verktøyet har virket til praktisk problemløsning.

I det rasjonalistiske verktøyperspektivet oppfattes organisasjonsoppskrifter som redskaper for kalkulerende og effektivitetsorienterte aktører. En oppskrift kvalitetsvurderes derfor utelukkende på grunnlag av hvordan den virker i praksis, det vil si ut i fra hvilke *resultater* som vanligvis frembringes i de organisasjoner der den tas i bruk. Etterprøvde og dokumenterte resultater er i dette perspektivet det avgjørende kriterium for en oppskrifs omdømme og følgelig også for dens spredningsevne. Har man har fått positive resultater, i form av kortere behandlingstid, etter implementering av Lean på UNN. Da vil man anta at dette vil få konsekvenser for andre helseforetaks holdninger til å ta inn lignende konsept.

Ut i fra det rasjonelle perspektivet og den teorien som er fremsatt ovenfor kan man tenke seg følgende forventninger til empiriske funn:

- Ved at et sykehus velger å ta i bruk Lean-konseptet, vil dette kunne gi utslag i gevinst med kortere behandlingstid for ulike pasientdiagnoser, sammenlignet med sykehus som ikke er ”leanifiserte”.
- Ved å sette søkelyset på hver enkelt del av prosessene i et pasientforløp, som oftest går på tvers av ulike avdelinger/klinikker, vil man lettere kunne identifisere forbedringspunkter (svinn) som ved bevisstgjøring kan hindre forsinkelser, og muligens redusere behandlingstiden.

3.4 Det naturlige perspektivet

Omkring 1930-tallet fremkommer det ideer i organisasjonsteorien som senere er blitt kalt det naturlige perspektiv, og som en reaksjon på de da dominerende rasjonelle tilnærminger. I motsetning til det rasjonelle perspektiv der organisasjoner betraktes som “døde maskiner” er i følge Røvik (undervisning UiS 2010) den dominerende system-ide i det naturlige perspektivet, organismen. Det vil si at organisasjoner betraktes som levende og mye mer komplekse. En organisasjon er en helhet som ikke uten problemer kan splittes opp i delsystemer og avgrensede funksjoner. Dette kan sette i gang prosesser som kan føre til reaksjoner og motreaksjoner. Formelt oppsatte mål betyr lite for hva medlemmene foretar seg i organisasjoner. Den formelle organisasjonsstrukturen styrer også i liten grad medlemmenes atferd. Formelle organisasjoner holdes sammen av de uformelle sosiale bånd som utvikles mellom medlemmene, gjerne over et langt tidsrom.

Endring av organisasjoner forstått som naturlige systemer skjer langsomt. Endring kan sees på som organisasjoners respons for å tilpasse seg “farer som truer”, slik at ny balanse oppstår. Endringsprosesser er mer bottom-up enn top- down samt kommer mer innenfra enn utenfra. Variasjon er i uformelle normer (kultur) gir variasjon i atferd og organisasjoners resultater.

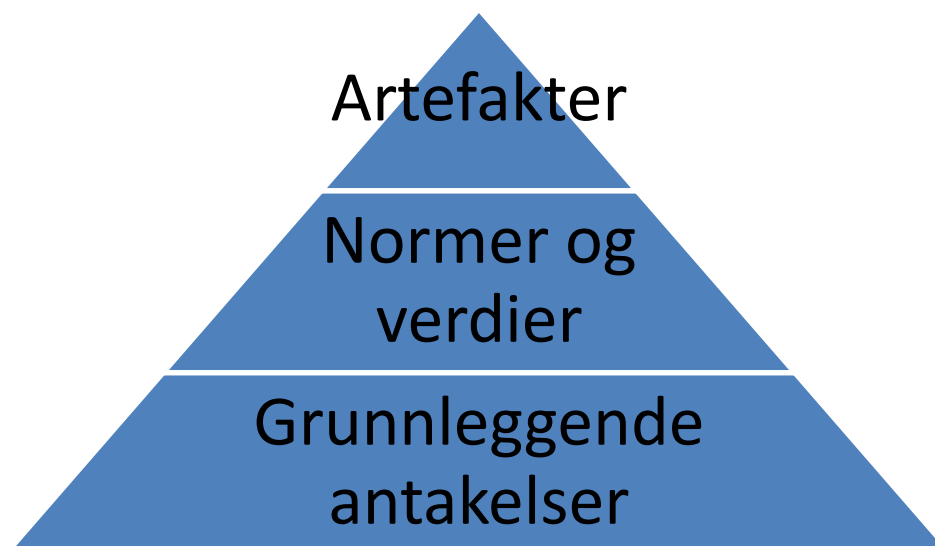
Organisasjoner er ikke bare forskjellige strukturelt. Under den mer synlige overflaten finner vi også flere uformelle forhold skapt i samhandlingen mellom mennesker i organisasjonen.

Jacobsen (2004) forteller at organisasjoner består både av kultur og uformelle maktforhold. Disse elementene har stor betydning for i hvor stor grad endring er mulig å gjennomføre. I følge Christensen m.fl. (2004) forbindes organisasjonskultur med de *uformelle normene og verdiene* som vokser frem og har betydning for livet i og virksomheten til formelle organisasjoner. I en instrumentell handlingslogikk er mål ofte gitt og formelle strukturer og normer er virkemidler for å oppfylle disse. Mål i en kulturell handlingslogikk oppdages underveis, og det utvikles gradvis uformelle normer, verdier og identiteter. Man sier gjerne at organisasjonskulturen er noe som “sitter i veggene” og noe som man bare kan lære noe om og internalisere etter en viss tid i institusjonen, det vil si at den er forbundet med sosialisering. Organisasjonskulturen lager en “moralsk ramme” for hva som er passende atferd, også kalt etikk. Det skapes også betingelser for høy grad av gjensidig tillit og verdier i organisasjonen.

Kaufmann (2007) definerer organisasjonskultur som:

“Et system av felles verdier og felles ideer om hvordan ting fungerer og skal gjøres.”

Jacobsen (2004) sier at Edgar Schein beskriver kultur som noe som består av flere nivåer.



Figur 3.2: Kulturpyramide (E. Schein).

Kjernen i enhver kultur er et sett grunnleggende antakelser. Dette går på hvordan man oppfatter verden, hvordan ting henger sammen. Dette er oppfatninger som ikke bare er skjult for andre, men også for oss selv. Det er oppfatninger som er et resultat av en livslang sosialiseringssprosess. De grunnleggende oppfatningene følges som regel av et sett normer og verdier. En verdi er noe vi synes er godt og riktig, noe som kan styre våre handlinger i retning av å handle i tråd med disse verdiene. En norm er hva vi betrakter som akseptabel atferd eller ikke, og inneholder også ofte retningslinjer for hvordan vi bør handle når andre ikke følger normene. Også normer og verdier er ofte skjult for andre, det er noe som befinner seg inne i hodet på den enkelte. Kulturer blir først direkte observerbare når de gir seg utslag i synlige elementer, artefakter, som handlinger, prat eller fysiske objekter.

Christensen m.fl. (2004) forklarer at den dominerende forståelsen av etablering av organisasjonskultur er at de uformelle, institusjonelle normene og verdiene gradvis vokser frem gjennom *evolusjonære, naturlige utviklingsprosesser*, der en organisasjon gradvis tilpasser seg indre og ytre press. Når man snakker om *indre press* som opphav til institusjonelle trekk, representerer det for det første uformelle normer og verdier som organisasjonsmedlemmer bringer med seg inn i organisasjonen. I forhold til SUS og UNN som består av mange ulike individer, kan dette være trekk som for eksempel profesjon, utdanning, arbeidserfaring og sosial bakgrunn.

Ytre press koples gjerne til press fra det nære handlingsmiljøet. Dette betyr at aktører i omgivelsene som man er særlig mye i interaksjon med eller er særlig avhengig av - enten for tilførsel av ressurser eller for den output man har - får betydning for de institusjonelle trekkene som utvikles (se figur 3.1)

Organisasjonskultur kan ofte sees i reformprosesser og omorganiseringer i offentlige organisasjoner, særlig hvis det eksisterer trusler mot de dominerende, uformelle normene og verdiene (Christensen m.fl. 2004).

Han sier videre at *sti-avhengighet*, som går ut på at de kulturelle normene og verdiene som preger en organisasjon i dens begynnende og formative år vil ha stor betydning for de utviklingsveiene den følger. En offentlig organisasjon etableres i en bestemt tidsperiode og får “fødselsmerker” som kan være karakterisert av bestemte kulturelle kontekster eller normer og verdier, noe som vil prege den sterkt senere. De typene mål man etablerer fra begynnelsen i en offentlig organisasjons liv vil kunne ha stor betydning for utviklingen videre og er ikke lette å forandre, selv når omgivelsene og konteksten endrer seg. Kostnadene kan bli for store hvis man omstiller seg for mye. Dette viser en historisk ineffektivitet. Sett ut fra en instrumentell logikk vil institusjonene ikke være i stand til å være effektive, siden de ikke raskt tilpasser seg endrede handlingsbetingelser og endrede problemer. Men fra et kulturelt perspektiv kan man si at det er godt mulig for en institusjon å leve med denne historiske ineffektiviteten over tid. En slik sti-avhengighet kan ha klare fordeler og ulemper. Fordelene er åpenbare i og med at sti-avhengighet gir stabilitet og dybde i de uformelle verdiene og normene i en offentlig organisasjon. På den andre siden gjør denne historiske skjevheten at de institusjonelle trekkene gir organisasjonen og dens aktører manglende fleksibilitet.

Organisasjonskultur dreier seg om å *overleve* (ibid). For offentlige organisasjoner er ikke dette en sentral problemstilling, fordi de sjelden dør. Derimot kan reduksjon av usikkerhet og fravær av konflikt ha en verdi i seg selv. Organisasjonskultur er det “integrative limet” som bidrar til at det utvikles fellesskap i offentlige organisasjoner, noe som forutsetter fravær av kulturell heterogenitet og spenninger.

Hawthorne-studien er et eksempel på at det kan være en nytteeffekt av uformelle normer og verdier knyttet til organisasjonskultur. I dette eksempelet ble de ansatte plassert i en arbeidssituasjon hvor man skulle manipulere med lyset. Det viste seg at de ble mer effektive når lyset ble sterkere der de arbeidet, men overraskende nok forble de like effektive når lyset ble svakere igjen. En forklaring på dette var at all den ekstra sosiale oppmerksomheten de fikk i forbindelse med dette eksperimentet.

Som nevnt tidligere, beskriver Jacobsen (2009) to grunnleggende strategier for endringer i organisasjoner, dette bygger på Nohria og Beer sitt arbeid. Når fokuset flyttes fra de mer formelle elementene i organisasjonen - struktur, strategi og systemer - over til mennesker og menneskelige relasjoner kalles den for strategi O, der O står for "organization". Den beskriver at:

“den har som formål å utvikle organisasjonens menneskelige ressurser slik at den blir i stand til å iversette strategi og å lære fra de erfaringer man har fra endringstiltak. Strategiens fokus er utvikling av kultur for å skape et stort engasjement. Virkemidlene som benyttes, er en utstrakt grad av deltakelse. Endring er noe som skjer sakte, og den er mindre planlagt og programmatisk.”

I følge Jacobsen (2009) kan man ved å tegne endringsprosessen som en sirkel få klart frem at man i dette perspektivet ser endring som noe kontinuerlig, som går over lengre tid. Samme prinsipp ligger til grunn i Lean-konseptet (se figur 2.1). I motsetning til strategi E foretas det ikke en fullstendig analyse av problemer og utvikling av løsninger. I stedet legges det vekt på usikkerhet. I en situasjon preget av usikkerhet og tvetydighet blir det desto viktigere å eksperimentere, og å lage systemer som sikrer at man kan lære av sine eksperimenter. Også strategi O fokuserer på de resultater en organisasjon oppnår i økonomisk forstand. Men her legges vekten mer på hvilke prosesser som må skapes for å oppnå slike resultater. Fokuset settes mer på usynlige, menneskelige egenskaper og prosesser. For å skape en lærende organisasjon er det nødvendig å fokusere på menneskene i organisasjonen. Organisasjoner kan per definisjon ikke lære, det er bare individene som kan lære.

Peter Senge (2007) hevder at de fleste alvorlig mente forandringsinitiativer ender i siste instans med og stå overfor forhold, som fundamentalt har med de fremherskende ledelsessystemer å

gjøre. Felles engasjement i forandring utvikles kun gjennom en kollektiv evne til å bygge opp felles forventninger. Å holde i gang enhver gjennomgripende forandringsprosess krever et fundamentalt skifte i tenkemåte.

“Det er ikke nok å endre strategi, strukturer og systemer, med mindre den tankegangen som gav anledning til disse strategier, strukturer og systemer, også endres” (ibid).

I strategi O tones ikke nødvendigvis toppledelsens betydning ned, men deres rolle blir en helt annen enn strategi E. Strategi O legger vekt på at ledere skal klare å skape engasjement blant de ansatte i organisasjonen. I stedet for å være instruerende og kommanderende må ledelsen være deltakende, støttende og delegerende. Det er de ansatte som blir den sentrale drivkraften i endringen, ikke den formelle toppledelsen. Som tidligere nevnt er motstand mot endring et sentralt fenomen. Ved å åpne for deltakelse og innflytelse i beslutningsprosessen kan selve beslutningens legitimitet forbedres, noe som kan minske motstanden mot beslutninger man ikke liker.

Ut i fra det naturlige perspektivet og den teorien som er fremsatt ovenfor kan man tenke seg følgende forklaringer på vår problemstilling:

- På grunn av helsepersonells iboende evne til å tenke effektivisering i alle steg av arbeidsprosessen, vil ikke ”leanifiserte” pasientforløp gjøre en målbar forskjell når det kommer til behandlingstid.
- Det er selve kulturen i organisasjonen (sykehusene), som påvirker resultatet av behandlingstid, uavhengig av kontekst og implementerte konsept som Lean.
- Ved å innføre Lean, ligger det implisitt at man skal gjøre ting annerledes enn tidligere, og ved å gjøre ting annerledes kan det tenkes at man også påvirker andre forhold i organisasjonen enn de man primært ønsker å endre.

3.5 Det nyinstitusjonelle perspektivet

Dette perspektivet har sin utbredelse rundt 1980-tallet og i følge Christensen m.fl.(2004) er nøkkelresonnementet i det nyinstitusjonelle perspektivet at organisasjoner befinner seg i institusjonelle omgivelser, hvor de konfronteres med sosialt skapte normer for hvordan de bør

være utformet. Organisasjoner må forholde seg til slike normer for organisasjonsutforming og forsøke å inkorporere og reflektere dem utad, selv om de ikke nødvendigvis gjør virksomheten mer effektiv. Gjennom denne prosessen blir organisasjoner mer like på overflaten, noe som er svært forskjellig fra det mangfoldet som beskrives i det kulturelle perspektivet. Her er det altså snakk om dekontekstualisering, ikke kontekstualisering som kulturperspektivet omhandler. De sosialt skapte normene i de institusjonelle omgivelsene kan være brede, ofte kalt superstandarder, eller smalere - institusjonaliserte standarder, del-myter eller organisasjonsoppskrifter. De spres ofte raskt, gjennom imitasjon, og de kan tas inn i offentlige organisasjoner uten at de gir instrumentelle effekter, det vil si de fungerer ofte som et "utstillingsvindu". Offentlige ledere kan for eksempel snakke om reformer på en måte som gjør at folk tror de setter dem ut i livet, mens de i realiteten gjør lite for det. Det skilles mellom snakk og handling.

Hva motiverer organisasjoner til å adoptere populære organisasjonsoppskrifter? Hva skjer når oppskriftene blir tatt inn i organisasjonen og tatt i bruk?

I følge DiMaggio og Powell (Christensen m.fl. 2004) skiller de mellom tre grunner organisasjoner kan ha for å adoptere:

- **Tvangsmessig adoptering:** at organisasjoner gjennom lov og forskrifter, pålegges til å innføre bestemte oppskrifter. I slike tilfeller har man få eller ingen valg.
- **Normativt basert adoptering:** Spredning og adoptering skjer som følge av ulike faggruppers og profesjoners felles normer, verdier og kunnskaper.
- **Mimetisk adoptering:** I situasjoner preget av stor usikkerhet prøver organisasjoner å etterligne andre som man oppfatter har suksess og anseelse (slapp imitasjon fordi det ikke er særlige grundige forutgående analyser).

De institusjonelle omgivelsene som offentlige organisasjoner som SUS og UNN må forholde seg til, er sammensatte. Ulike deler av en organisasjon kan være rettet inn mot, og avhengig av legitimitet fra ulike eksterne aktørgrupper, som for eksempel media. En organisasjon må derfor ofte forholde seg til mange ulike, gjerne inkonsistente, og over tid skiftende oppskrifter for legitime strukturer og prosedyrer.

Når en oppskrift *blir* til forbilde og får utbredelse, handler det om langt mer enn hvorvidt den har vist seg å virke godt som effektiviseringsverktøy. En oppskrift kan få spredningskraft og bli gjort til standardoppskrift for flere dersom og fordi den blir assosiert med autoritative instanser, som for eksempel fremgangsrike og moderne land, bedrifter, forskningsinstitusjoner eller enkeltpersoner. Oppskriften spres og autoriseres gjennom meningsdannende prosesser der organisasjonskonsulenter, forskere og fremgangsrike ledere ofte har viktige roller. Disse aktører er viktige meningsdannere da de kan fortolke og forsterke budskapet blant annet gjennom media og publikasjoner.

På bakgrunn av det nyinstitusjonelle perspektivet, kan man anta at en organisasjonsoppskrift som ikke blir autorisert heller ikke kommer til å bli en institusjonalisert standard.

Som tidligere nevnt kan en oppskrift få kraft til spredningen dersom den blir satt i sammenheng med autoritative instanser. Oppskrifter får derfor også ofte spredningskraft dersom det lykkes å gjøre dem til symboler på “det nye”, det som bryter med gamle tilvante måter å frembringe varer og tjenester på og som slik sett hører fremtiden til. Dette kan ha bidratt til å gjøre Lean-konseptet til et av de mest populære ledelsesverktøy innenfor offentlig sektor. Det som fanger interesse er at selve begrepet er nytt, til tross for at det er et gammelt grep.

Mens adoptering av oppskrifter fortolket i det instrumentelle perspektivet skjer som problembetinget søkning, åpner det nyinstitusjonelle perspektivet for at det kan være motsatt; først blir noen i organisasjonen oppmerksom på og begeistret for en rasjonalisert oppskrift, og deretter “oppdager” man at man har et lokalt problem som hensiktsmessig kan løses med oppskriften. Men selv om man har “tatt inn” en oppskrift, vil den ikke nødvendigvis bli “tatt i bruk” (Christensen m.fl. 2004).

Ut i fra det nyinstitusjonelle perspektivet og den teorien som er fremsatt ovenfor kan man tenke seg følgende forklaring på vår problemstilling:

- Det er sykehusenes forvaltning av tildelte ressurser og interne politiske prioriteringer som kan utgjøre en målbar forskjell i arbeidet med pasientforløp.

På bakgrunn av de tre perspektiv vi har redegjort for i dette kapittelet, har vi utledet mulige forklaringer (hypoteser) i forhold til de sammenhenger som fokuseres på i vår problemstilling. I tillegg til disse har vi også kommet frem til følgende nullhypotese:

- Det vil ikke være en målbar forskjell i behandlingstid, mellom UNN og SUS, til tross for at UNN har tatt i bruk Lean-konseptet.

3.6 Oppsummering av perspektivene

I følgende tabell har vi valgt å fremsette hvordan elementene i de tre perspektivene kan påvirke pasientforløp og komme til uttrykk i variabelen behandlingstid.

<i>Perspektiv</i>	<i>Forstås gjennom</i>	<i>Organisatoriske kjennetegn</i>
Rasjonelle	Struktur	Rask tilkobling Formelle rutiner, planlegging, kontroll, rasjonalitet, mål og måloppnåelse, ”top-down”, hierarki, strategi E
Naturlige	Kultur	Frastøting Uformell struktur, sosiale grupper, ”bottom-up”, strategi O, fokus på normer og verdier
Nyinstitusjonelle	Kontekst	Frikobling Sosialt skapte normer, imitasjon, skille mellom snakk og handling (”tatt inn er ikke lik med tatt i bruk”), avhengig av ekstern legitimitet, spredning gjennom media

Tabell 3.1

Utdyper i tabell 2 ved i tillegg å si noe om kjennetegn og forventninger til empiriske funn.

<i>Perspektiv:</i>	<i>Kjennetegn:</i>	<i>Forventninger om empiriske funn:</i>
Det <u>rasjonelle</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Organisasjoner som maskiner. • Mål og måloppnåelse • Planlegging og kontroll • Rasjonalitet og effektivitet • Formalisering av regler og roller • Fokus på struktur og rutiner 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementering av Lean fører til kortere behandlingstid, forutsatt at implementeringen følger standardiserte og erfaringsbaserte måter å gjøre det på. • Søkelys på prosesser og struktur vil kunne identifisere forbedringspunkter som igjen kan redusere behandlingstid.
Det <u>naturlige</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Organisasjonen forstås som organisme. • Mål endres hele tiden. • Uformell struktur, sosiale grupper. • Fokus på kultur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Normer og verdier om kontinuerlig forbedring og effektivisering av arbeidsprosesser ligger til grunn hos helsepersonell, uavhengig av ulike implementerte konsept. • Organisasjonskulturen påvirker behandlingstid. • Andre forhold enn de man i starten ønsket å endre på kan bli påvirket.

<p>Det <u>nyinstitusjonelle</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organisasjoner forstås som miljøtilpasset organisme. • Organisasjonen har grenser som kan gjennomtrenges. • Fokus på organisasjonens omgivelser 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisasjonens omgivelser påvirker pasientforløpsprosessen, uavhengig av implementerte organisasjonsoppskrifter. • Lean er ”bare” en luftig organisasjonsoppskrift som kun fungerer som ide og som prat. Den vil ikke finne veien ned i praksisfeltet, dvs. i det enkelte pasientforløp.
--	---	--

Tabell 3.2

4.0 DESIGN OG BESKRIVELSE AV METODE

I dette kapitlet vil vi presentere tilnærmingen og teknikkene vi benyttet for å studere SUS og UNN, samt UNN sin måte å fokusere på og kontinuerlig forbedre utvalgte pasientforløp. Videre vil vi drøfte fordeler og ulemper ved valg av metode, her vil også data validitet og reliabilitet bli drøftet. Mot slutten av kapitlet vil vi vende oppmerksomheten mot å diskutere i hvilken grad vi kan stole på funn og konklusjoner i denne studien. Dette vil være basert på vår kunnskap om bruken av disse metodene.

4.1 Forskningsdesign

Forskningsdesignet blir bestemt ut fra hvordan dette kan belyse problemstillingen best mulig.

”Designing social research is the process of making all decisions related to the research project before they are carried out” (Blaikie 2010).

Blaikie har fremsatt følgende rammeverk:

- **Tittel:** skal være konsis og informativ, samt fange essensen i oppgaven.
- **Forskningsproblem:** et intellektuelt puslespill over det forskeren ønsker å undersøke.
- **Motiv og mål:** presisere forskerens personlige motiver og mål for oppgaven.
- **Forskningsspørsmål og hensikt;** ”startskuddet” for forberedelsene av et forskningsdesign.
- **Litteraturgjennomgang/oversikt:** hovedfunksjonen er å koble den foreslåtte forskning til nåværende viten på området.

Bakgrunnen for vår problemstilling er å undersøke om det kan være noe ”å hente” for helsesektoren, gjennom å ta i bruk kjente organisasjonsoppskrifter. I og med at begge er ansatt ved SUS, ble det naturlig å ta med dette sykehuset i vårt arbeid med temaet. SUS har som nevnt tidligere, ikke tatt i bruk noen overordnet organisasjonsoppskrift på forbedring av pasientforløp. De har i den senere tid gått ut med at de ønsker fokus på standardiserte pasientforløp. Dette som et ledd i å oppnå et mer effektivt og kvalitetssikkert forløp.

Gjennom vårsemesteret 2010, hadde vi Kjell Arne Røvik som foreleser i endringsledelse. Han var på dette tidspunkt i en forskergruppe som var knyttet opp til et prosjekt ved UNN. Utgangspunktet for dette prosjektet var at UNN valgte å implementere Lean-konseptet, for å forbedre og standardisere pasientforløp. UNN sin hovedhensikt med å ta i bruk Lean-konseptet, var å kartlegge de ulike prosesser og delprosesser, for deretter å kunne se det ”store bildet”. Ut ifra dette kunne man bedre se hvor forbedringspotensialet lå (eliminering av ”spill”). Da vi bestemte oss for å gå videre med dette temaet, gav Røvik oss tilgang til materiale og satte oss i kontakt med ansvarlige for dette prosjektet ved UNN. Dette så vi som en unik mulighet til å kunne gjøre en sammenligning av UNN og SUS, samt også en fantastisk mulighet til å kunne kombinere vår teoretiske viten fra studiet sammen med vår empiriske tilnærming fra praksisfeltet.

Vi har valgt å benytte oss av teori som er kjent fra masterstudiet i endringsledelse, i tillegg har vi supplert med en del nytt teorimateriale.

Vi har valgt å legge opp studien vår med et kvantitativt utgangspunkt, da det hovedsakelig er innhentet tallmateriale som best kan besvare vår problemstilling. I tillegg har vi innslag av kvalitativ metode. Dette innslaget innbefatter ustrukturerte intervju vi har hatt med sentrale aktører ved både UNN og SUS. På bakgrunn av dette synes vi det er naturlig å kalle prosjektet vårt for en kvantitativ studie med komparativt forskningsdesign. Komparativt forskningsdesign kjennetegnes ved at man finner et teoretisk interessant sammenligningsgrunnlag og anser dette både som den teoretiske og empiriske bærebjelken i undersøkelsen. Problemet med komparativ metode er at det kan være en annen ukjent årsak til det observerte forhold mellom variablene, samt vanskelig/umulig å ta hensyn til alle tenkelige årsaksfaktorer.

4.2 Beskrivelse av metode

En metode skal angi hvilke fremgangsmåter som skal anvendes for å kartlegge virkeligheten. Det er en måte å gå fram på for å samle inn empiri om virkeligheten. Metoden hjelper oss sånn at vi på en systematisk måte kan stille kritiske spørsmål til valg som skal gjøres, og hvilke konsekvenser disse valgene kan ha (Jacobsen 2010). Uansett hvilken empiri som skal samles inn, bør den tilfredsstillende to krav: den må være valid og den må være reliabel.

Det vil ofte være uenighet når det gjelder hvilken metode som er best egnet til å studere virkeligheten på. Før man bestemmer seg for hvilken metode man skal velge, bør man ha klart for seg problemstillingen. Ofte vil det ut ifra denne, gi seg nokså klare føringer for hvilken metode, det være seg kvalitativ eller kvantitativ, som vil være mest hensiktsmessig å benytte.

Kvalitative forskningsmetoder kan gi tilgang til andre former for kunnskap eller andre nyanser av kunnskapen, enn dem vi får ved å benytte kvantitative tilnærminger. Man kan også kombinere disse metodene i samme prosjekt, altså se det fra to ulike perspektiv. Gevinsten vil da være at vi får en bredere kunnskap. Ved å velge denne kombinasjonen, stiller det større krav til forskeren om å holde ” tunga beint i munnen”.

Som tidligere nevnt har vi i denne oppgaven valgt å avgrense oss til kvantitativ metode.

Kvantitative metoder er forskningsmetoder som befatter seg med tall og det som er målbart, altså kvantifiserbare data. Hensikten med kvantitativ metode er å få inn lett systematiserbar informasjon, som kan legges inn på datamaskiner i standardisert form, slik at vi kan analysere mange enheter samlet (Jacobsen 2010). Når problemstillingen er klar og der man ønsker å kartlegge kausale sammenhenger mellom fenomener, er det mest hensiktsmessig å bruke kvantitativ metode.

Vi vil i oppgaven bruke sekundær-data i form av tilgjengelige data som allerede er innsamlet internt ved UNN. Vi har også valgt å bruke offentlige data som presenteres i Norsk Pasientregister (NPR). Da vi velger å bruke dette må vi være ekstra oppmerksomme på kilders gyldighet og pålitelighet. Det er ingen ulempe at andre har tenkt på det samme som deg, det at du ”står på andres skuldre”, vil bare skyve forskningen frem.

Oppgavens utgangspunkt er å sammenligne UNN og SUS, som er henholdsvis et ”leanifisert” (UNN) og et ”ikke-leanifisert” (SUS) sykehus. Her tar vi for oss et utvalgt pasientforløp, hvor det er mulige forklaringer på variasjon hva angår utvikling og måloppnåelse for de ulike pasientforløpene. Målingen av dette kan sees i forhold til et bredt sett variabler. Disse variablene kan ha utgangspunkt i; *pasientrettede effekter* som ventetider, epikrisetider og liggetid, *personellmessige effekter* som sykefravær, turnover og medarbeidertilfredshet og *ressursutnyttelse og økonomi* som målinger i forhold til DRG-poeng og innsatsstyrt finansiering.

Dette er et utvalg av de variablene UNN har målt på. På grunn av tidsperspektiv og oppgavens omfang har vi valgt å avgrense oss til å se om det er målbare forskjeller på variabelen behandlingstid.

Behandlingstid sier oss noe om tidsperspektivet innenfor aktuell behandling av ulike diagnoser. Det er et vidt begrep og kan si noe om alt fra antall minutter, timer, dager, måneder og år. Behandlingstid involverer ofte flere behandlende parter, og kan derfor gi oss et bilde på intern organisering og tverrfaglig samarbeid innad i et sykehus. Vi har valgt denne variabelen fordi vi ut ifra vårt empiriske ståsted og teoretiske viten, ser at dette er en interessant vinkling på forståelsen av et pasientforløp. Resultatet av behandlingstid kan tolkes på flere måter. Vi mener at man ikke får full forståelse av variabelen før vi tar i betraktning den kontekst det aktuelle sykehus befinner seg i, samt den strukturelle og kulturelle siden av organisasjonen.

Vi har en kilde som vi anser som nøkkelinformant, da vedkommende var prosjektansvarlig for Lean-implementeringen ved UNN. I tillegg er vedkommende i dag doktorgradstudent og studerer nettopp implementeringen og effekter av ”leanifiserings”-prosessen ved UNN. I første omgang var det naturlig for oss å etablere kontakt, slik at vedkommende kunne ”fore” oss med opplysninger og tallmateriale. Dette ble utgangspunkt for videre innhenting av opplysninger om SUS. I forhold til vår problemstilling har vi valgt å sette hovedfokus på ett behandlingsforløp. I tillegg har vi hentet inn tall på korridorpasienter som vi karakteriserer som en ”skygge-diagnose”, dette for å kunne utvide drøftingen rundt temaet.

Både SUS og UNN rapporterer til Helsedirektoratet, som igjen presenterer innhentet datamateriale i NPR. Dette bidrar til at vi i sterkere grad kan forsvare å sammenligne tallmateriale fra SUS og UNN. Det vil alltid være en ”risiko” å sammenligne to separate institusjoner, da de vil være institusjonaliserte i ulike kontekster. Som redegjort for i kapittel 1, mener vi likevel at det er grunnlag for å forsvare sammenligningen vi gjøre mellom SUS og UNN.

For å få mer eksakt kunnskap om metodene UNN har brukt i sine interne målinger, valgte vi å kontakte direkte de ansvarlige for hvert enkelt av de pasientdiagnoser vi ønsker å fokusere på. Dette er fortrinnsvis gjort per e-post og per telefon.

4.3 Forskningsstrategi

Vi må være bevisst på hvilken tilnærming vi ønsker å ha i oppgaven vår, eller hvilken strategi vi velger. Det være seg induktiv ("fra empiri til teori"), altså man forsøker å skape kunnskap ut ifra de observasjoner man gjør, vi går fra det spesielle til det generelle (generalisering). En slik tilnærming er datastyrt, og har et bottom-up perspektiv (Malterud 2008). I deduktiv tilnærming ("fra teori til empiri") begynner man med å utvikle hypoteser fra etablerte teorier, som man tester i praksis for å verifisere de som sann eller usann. I deduktiv tilnærming går vi fra det generelle til det spesielle, den er teoristyrt og har et top-down perspektiv (ibid).

I forhold til vår oppgave, vil man i første rekke antyde at vi har en deduktiv tilnærming. Dette fordi vi først har fremlagt teori, og så utledet hypoteser på bakgrunn av teorien (jamfør kapittel 2 og 3). I neste steg (jamfør kapittel 5 og 6) tester vi disse hypotesene mot det empiriske materiale. Deduktiv metode presenteres ofte som motsatsen til induksjon, dette fordi den begynner der induksjonen slutter, nemlig i det generelle lag. I tillegg har oppgaven også et induktivt preg, da vi trekker slutninger som på basis av et lite antall fenomen, antas å gjelde for alle de pasientforløp som er blitt "leanifisert" ved UNN.

På grunn av begrensninger som tidsrom og det at oppgaven skal utformes og jobbes med i løpet av et semester, samt omfanget (oppgavens størrelse), hadde det ikke vært mulig for oss å innhente og analysere opplysninger fra flere pasientdiagnoser enn den som er valgt.

4.4 Troverdighetskriterier

Validitet = gyldighet, dette går på om studiet gir et så korrekt svar på problemstillingen som mulig. I vår oppgave anser vi konklusjonsvaliditet som mest aktuelt. Dette fordi det sier noe om de sammenhengende vi observerer, er reelle eller er et resultat av tilfeldigheter.

Gjennom fremsatte hypoteser, har vi redegjort for mulige forklaringer på problemstillingens svar. Samtidig har vi også fremsatt en nullhypotese som går ut på at det ikke vil være noen målbar forskjell mellom "leanifiserte" og "ikke-leanifiserte" pasientforløp. For å styrke oppgavens validitet har vi valgt å fremsette flere hypoteser under de ulike teoretiske perspektivene, altså en tett kobling mellom teori og empiri. I følge Malterud (2008) skal nullhypotesen i et forskningsprosjekt fremme en falsifikasjonsholdning som forebygger at empirien bare brukes til

å bekrefte eller bevise forforståelsens sannhetsverdi eller fortreffelighet. Nullhypotesen brukes for å vurdere hvilke av de eksisterende alternativer som representerer sterkest sannsynlighetskraft. Den skal brukes som en aktiv påminnelse om at kunnskapen kan befinne seg et annet sted enn der vi venter å finne den.

Formålet med oppgaven er nødvendigvis ikke å kunne trekke generelle konklusjoner, men heller bidra med å kaste lys over teoretiske aspekter for å kunne utvikle en bedre forståelse av undersøkelsesområdet.

Reliabilitet = troverdighet, en konklusjon er reliabel om andre kommer frem til samme konklusjon ved bruk av de samme premisser. I forhold til vår oppgave, hvor vi sammenligner tallmateriale fra UNN og SUS, går vi ut ifra at andre som eventuelt ønsker å etterprøve dette kommer frem til samme resultat. Som tidligere nevnt er vårt tallmateriale sekundærdata. Vi må derfor gå ut fra at dette er innhentet på en gyldig og pålitelig måte. Både SUS og UNN er underlagt nasjonale retningslinjer for regionale helseforetak. På bakgrunn av dette bør grunnlaget for tallmateriale være fremlagt på en korrekt måte.

Styrken i vår oppgave, er at vi har en teoretisk forankring som utdypet forklaringskraften av resultatet.

4.5 Metodiske utfordringer

Designet og problemstillingen har forandret seg opptil flere ganger. Vi har modnet sammen med temaet underveis i prosessen med å skrive denne masteroppgaven. Dette har igjen ført til at vi nå føler vi har en veldig gjennomtenkt og solid innfallsvinkel til problemstillingen.

Vi har valgt å basere vår oppgave på sekundær-data. Vi har derfor vært svært avhengige av kontaktpersoner ved både UNN og SUS for å få tilgang til tallmateriale. Det og ”fore” oss med opplysninger har kommet i tillegg til deres daglige gjøremål, dette har derfor medført en del venting for oss. Vår største utfordring har vært å vente på tilbakemelding og vente på tallmateriale, dette har derfor styrt arbeidsprosessen uten at vi har kunnet påvirke den slik vi har ønsket.

Det er mye aktuell litteratur på området, det være seg både bøker og artikler, så utfordringen vår har vært å ”sile” ut det som har vært mest relevant i forhold til vår oppgave.

4.6 Forskningsetiske aspekter

Vi har valgt å anonymisere de aktuelle aktører som har bidratt med informasjon og tallmateriale ved SUS og UNN. Som tidligere nevnt er det sekundær-data oppgaven vår bygger på. Tallene er allerede forhåndsbehandlet og sikret anonymisering før de blir tilsendt oss. Tallene kan derfor ikke spores til de ulike pasienter. På et overordnet plan er summen av disse tallene, og da spesielt behandlingstid, noe hvert enkelt helseforetak er pliktige til å publisere/offentliggjøre.

Vi har ikke til hensikt å ”henge” ut verken SUS eller UNN på bakgrunn av de resultater vi kommer frem til. Som sykepleiere er vi opplærte til alltid å ha pasienten i fokus, og primærhensikten med denne oppgaven er nettopp å sette søkelyset på dette. Så uansett om resultatet bunner ut i at enten SUS eller UNN gjør det best på disse målingene, eller om det ikke er noen forskjell til tross for at UNN har valgt og ”leanifisere” sine pasientforløp, er det ikke det som er det avgjørende. Det viktigste er at de ulike helseforetak kan lære av hverandre i ”kampen” for et mer effektivt pasientforløp.

4.7 Datainnsamling

Målet vårt i starten av arbeidsprosessen var at SUS og UNN kunne gi oss eksakte tall på utvalgte pasientdiagnoser. Vi visste fra starten av at disse tallene forelå ved UNN da dette var noe de hadde målt internt i forbindelse med implementering av Lean. SUS og UNN bruker begge programvaren DIPS og på bakgrunn av dette gikk vi ut ifra at det kunne la seg gjøre å hente ut tallmateriale som var sammenlignbare. Dette viste seg imidlertid ikke å være tilfelle, og bød på større utfordringer enn vi hadde ventet.

Etter å ha formulert problemstillingen vår hvor behovet for tallmateriale utpekte seg valgte vi først å kontakte UNN for å få tilgang til deres materiale. Der fikk vi flere kontaktpersoner som var ansvarlige for hvert deres diagnose område. Etter hvert fikk vi tilsendt tallmateriale fra tre ulike pasientforløp; lungekreft, hjerneslag og kne- og hofteproteser. Dette dannet grunnlaget for det tallmateriale vi ønsket å hente ut fra SUS.

SUS har ikke i samme grad som UNN selv innhentet interne data på gjeldende pasientforløp, derfor var tallmateriale vi ba om ikke noe som allerede forelå. De mente det vanskelig kunne la seg gjøre å innhente dette og ville kreve store ressurser i form av manuell innhenting. Samtidig stilte de seg kritisk til om datamateriale ville bli sammenlignbare med tanke på dataenes måleparametre og mente at vi uansett i tillegg måtte søke Regional Etisk komité (REK) for godkjenning. På bakgrunn av dette endte vi opp med ny strategi og for å kunne besvare problemstillingen valgte vi å bruke Norsk Pasientregister (NPR) sitt tallmateriale.

Vi var i kontakt med flere ressurspersoner ved SUS og hadde hele tiden et håp om at de kunne hjelpe oss med å fremskaffe ”matchende” tallmateriale. Etter mange e-poster, telefoner og møter viste dette seg å være umulig.

Dette samsvarer med hva helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen uttalte i artikkelen ”Strengt hemmelig” i Dagens Næringsliv. Hun var ikke imponert over kvalitetsarbeidet ved sykehusene, og mente at de hadde mange mangler når det gjaldt gode data og skikkelig rapportering.

Nye utfordringer dukket opp ved bruken av tallene fra NPR, og det som i starten var et ønske om å sammenligne tre pasientforløp ble nå redusert til ett. Dette fordi det kun var ett av de ”leanifiserte” forløpene ved UNN som det var opplyst målinger på i NPR. For å utvide forståelsen og drøftningsgrunnlaget valgte vi også å ta med en oversikt fra NPR over korridorpatienter ved SUS og UNN. En av hovedutfordringene var om datamateriale som ble hentet ut fra NPR, som gjaldt både SUS og UNN, kunne sidestilles og inngå i en sammenligning. Var måleparametrene nøyaktige nok til å kunne si noe eksakt om de spesifikke sykehus? Var det tatt høyde for de ulike sykehus sin organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og kontekst? Var uttrekk av datamateriale så stort at kvalitetssikringen ble ivaretatt på en forsvarlig måte?

Ifølge NPR sine hjemmesider (www.helsedirektoratet.no/norsk_pasientregister) ønsker de så langt det er mulig å kontrollere mottatte data fra somatiske sykehus når det gjelder kvalitet og komplettethet på de fleste administrative variabler. De har som mål å videreutvikle det nasjonale kvalitetsindikatorsystem som tallmateriale deres bygger på, slik at det blir et sett av overordnet nøkkeldata som sier noe om praksis i norsk helsetjeneste.

Da vi ikke lyktes med å få interne data fra SUS til bruk i vår problemstilling, men måtte bruke tall fra NPR, var vi skeptiske til kun å bruke dette i vår avhandling. Siden vi allerede var i besittelse av interne tall fra UNN før og etter ”leanifisering”, valgte vi å presentere disse parallelt med tallene fra NPR. Dette for å skape større nyanse i resultatdelen vår.

Følgende tabell viser en oversikt over de sentrale personer som har bidratt med å gi oss relevant informasjon i prosessen med å besvare vår problemstilling.

	<i>Innledende ustrukturerte intervju</i>
1	Prosjektleder EPJ (Elektronisk pasientjournal) ved SUS
2	Leder av pasientforløpsprosjektet ved SUS
	<i>Ustrukturerte intervju pr. telefon</i>
1	Leder for Leanarbeidet i UNN
2	Leder for Leanarbeidet ved ortopedkirurgisk avdeling UNN
3	Ansatt ved Fag- og foretaksavdelingen SUS
	<i>Ustrukturerte intervju</i>
1	Ansatt ved Fag- og foretaksavdelingen SUS
2	Prosjektmedarbeider ved pasientforløpsprosjektet SUS
	<i>E-post korrespondanse</i>
1	Leder for Leanarbeidet i UNN
2	Leder for lungekreftprosjektet UNN
3	Leder for kne- og hofteproteseprosjektet UNN
4	Leder for ”leanifisering” av slagenheten UNN
5	Divisjonsdirektør medisinsk klinikk SUS
6	Prosjektleder EPJ SUS
7	Avdelingsoverlege hjertemedisinsk avdeling SUS
8	Leder av pasientforløpsprosjektet SUS
9	Ansatt ved Fag- og foretaksavdelingen SUS
10	Rådgiver pasientforløpsprosjektet UNN
11	Ansatt Analyseavdelingen SUS
12	Spesialkonsulent Fag- og foretaksavdelingen SUS
13	Forskningsdirektør SUS

Tabell 4.1

4.8 Forventninger til empiriske funn

Ut ifra de tre perspektivene vi har lagt til grunn i oppgaven; rasjonelle-, naturlige- og nyinstitusjonelle perspektiv, vil vi ha tre sett med briller på som vi med referanse til setter oss i stand til å tolke resultatene i ulike retninger. Med bakgrunn i dette vil vi kunne utlede flere forventninger til empiriske funn.

Innenfor det rasjonelle perspektiv hvor organisasjoner sees på som maskiner og mål og måloppnåelse er viktig, kan vi kunne forvente at ledelsen på UNN har fokus på implementeringen og driftingen av "leanifiseringen". Til tross for at SUS ikke har et overordnet konsept for standardiserte pasientforløp, vil vi anta at ledelsen allikevel har fokus på måloppnåelse i form av stadig færre liggedøgn og kortere behandlingstid.

Uavhengig av om sykehuset har implementert Lean eller ikke, vil det overordnede målet være det samme. Veien frem til færre liggedøgn og redusert behandlingstid, kan derfor utarte seg forskjellig. Man vil innefor dette perspektivet ofte ha en top-down styring med et klart hierarkisk utgangspunkt. Man kan forvente at organisasjonen trengs å styres i en gitt retning for måloppnåelse, og man kan anta at deres syn gjenspeiles i organisasjonsstrukturen. Vedtak og bestemmelser blir gjennomført fra øverste hold (ledelsen ved sykehuset), men blir satt i verk og opprettholdt på de ulike avdelinger/klinikker.

Innefor det naturlige perspektiv, forstås organisasjoner som organismer, de har en uformell struktur og fokuset er det kulturelle aspektet. Man kan anta at det historiske handlingsgrunnlaget, vil gi føring for fremtidige beslutninger og valg av handlinger. Det har en bottom-up styring, og samarbeidet går ofte på tvers av hierarkiske nivåer. Dette kan igjen medføre at målsettingen er i kontinuerlig endring, da organisasjonens medlemmer innehar egne mål som ikke nødvendigvis er i samsvar med de formelle. Top-down styring vil innefor dette perspektivet medføre motstand og treghet ovenfor eventuelle endringsprosesser. Som vi også har nevnt i en av fremsatte hypotesene, så kan det være selve kulturen på sykehuset som påvirker resultatet, uavhengig av om dette er på SUS eller UNN, eller om sykehuset har implementert Lean-konseptet eller ikke.

Helsepersonell har på bakgrunn av sine profesjoner en iboende evne til å velge og til å tenke effektivisering i alt hva de gjør, og denne evnen er uberørt av om sykehuset har implementert et konsept eller ikke.

Innenfor det nyinstitusjonelle perspektivet forstås organisasjoner som en miljøtilpasset organisme, organisasjonens omgivelser er avgjørende for utforming av organisasjonen og hvordan den fungerer. Som vi har redegjort for tidligere hører SUS og UNN til hvert sitt regionale helseforetak. Man kan derfor forvente at økonomiske midler ikke nødvendigvis er forvaltet på samme måte, samtidig som den lokale politiske kontekst legger føringer for hvordan man internt vektlegger de ulike midler for måloppnåelse.

5.0 RESULTATER

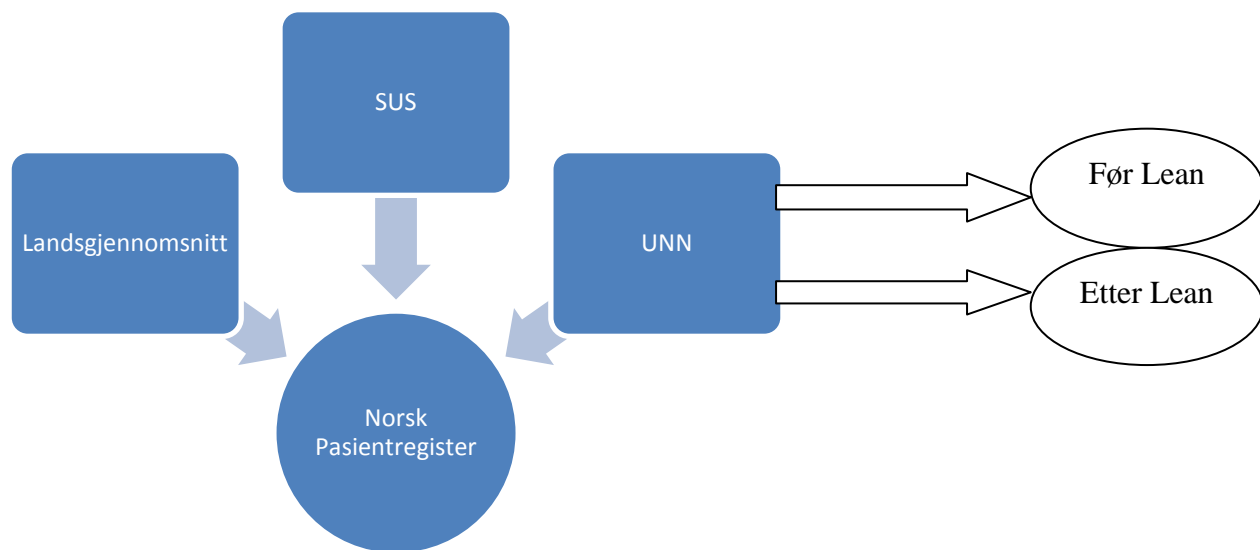
I dette kapitlet presenteres resultatene i vår oppgave. Vi legger i den forbindelse først frem våre funn på den avhengige variabelen; *behandlingstid*.

Som tidligere nevnt bruker vi sekundærdata i form av offentlige tall fra Norsk Pasientregister (NPR) og supplerer med interne data fra UNN. Oppgaven har derfor en kvantitativ tilnærming.

I NPR (www.helsedirektoratet.no/norsk_pasientregister) avgrenset vi dataauthenting til å gjelde UNN, SUS og landsgjennomsnittet. Landsgjennomsnittet ble tatt med for å gi en økt forståelse av UNN og SUS sine resultat sammenlignet med resultatene for resten av landet.

NPR inneholder informasjon om alle pasienter som ventet på, eller som har fått behandling innen spesialisthelsetjenesten. Et godt pasientregister er avgjørende for å forbedre kvaliteten av helsetjenestene. NPR brukes i en rekke sammenhenger; ventelistestatistikk, nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten, forskning og pasientstrømanalyser.

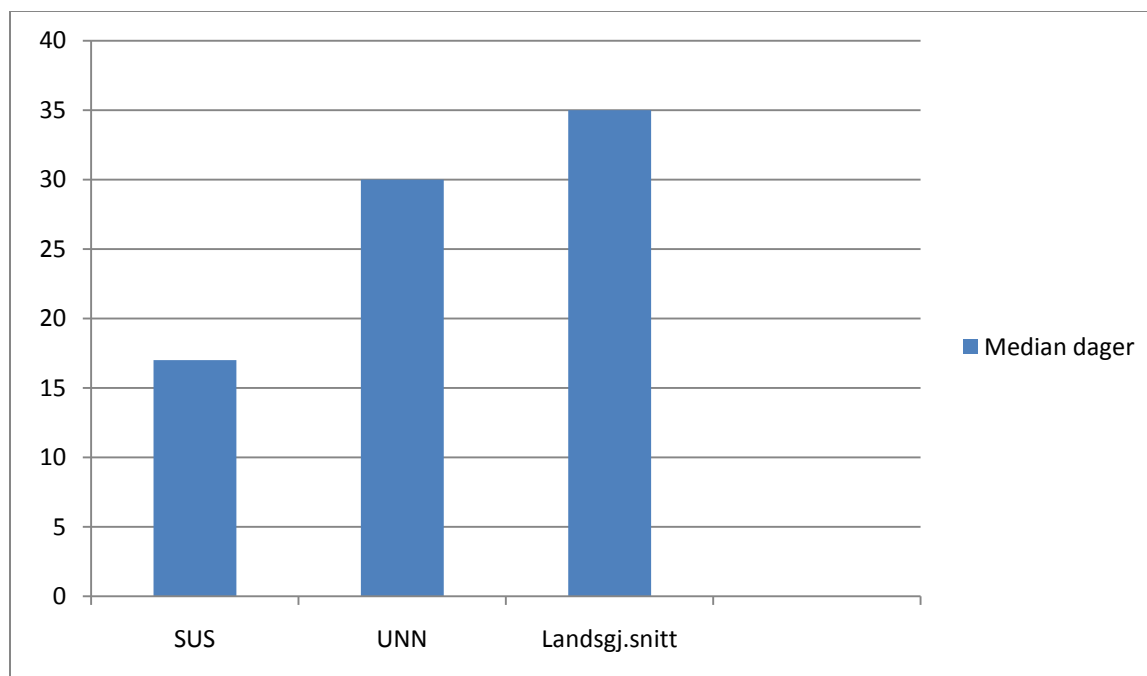
UNN har som kjent brukt Lean-konseptet i sitt arbeid for et mer effektivt pasientforløp. De har derfor foretatt egne interne målinger på utvalgte forløp *før* og *etter* implementering av Lean. Vi har derfor i dette kapitlet brukt lungekreft som et eksempel på et ”leanifisert” forløp (jamfør kapittel 2).



Figur 5.1:Oversiktsbilde over de data vi baserer vår oppgave på.

I avsnittene nedenfor blir innhentet datamateriale vist i form av grupperte stolpediagram. I tillegg blir det supplert med forklarende tekst.

Vi valgte å bruke diagnosen lungekreft i vår datainnhenting, for å avgrense dette valgte vi å ta for oss ”*tid fra henvisning til første behandling for lungekreft*”. Tallene som blir presentert er hentet ut fra NPR. Samtidig har vi valgt å fremsette en figur som viser til antallet korridorpasienter på SUS og UNN i siste tertiær i 2010.



Figur 5.2: Diagrammet gir et bilde på antall median dager fra henvisning til første behandling for lungekreft for de utvalgte sykehus. Tallene gjelder for 2010.

Tallene som representerer SUS gjelder kun Universitetssykehuset i Stavanger, mens tallene for UNN i tillegg til Universitetssykehuset i Tromsø også representerer sykehusene i Harstad og Narvik.

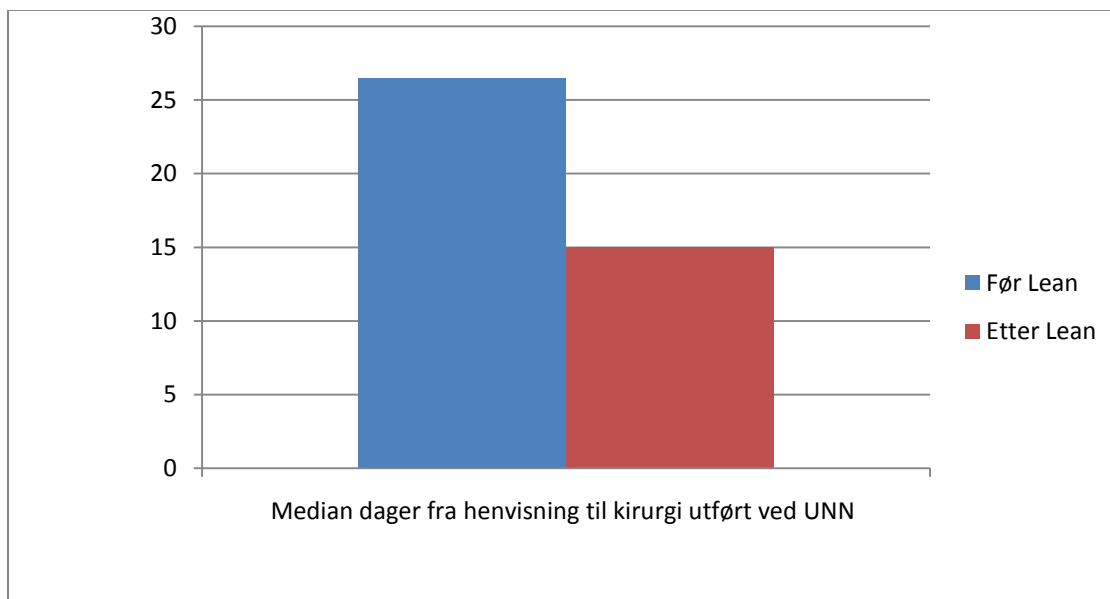
SUS utmerket seg ved å ha lavest antall median dager (17) sett i forhold til UNN som har nesten dobbelt så mange (30). På landsbasis var gjennomsnittet 35 median dager, både SUS og UNN befinner seg godt innenfor dette.

NPR presenterer sine tall i form av nasjonale kvalitetsindikatorer. En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet og sier noe om kvaliteten på det området som måles. Det vil alltid være en utfordring å sammenligne to helseforetak, da det kan være ulikt grunnlag som er utgangspunktet for tallmateriale som presenteres. Måten NPR presenterer sine resultater på forutsetter alle sykehus som en homogen gruppe. Dette er viktig bakgrunnsviden for å kunne forstå tallmateriale som fremlegges i dette kapittelet. Hvert enkelt sykehus i landets helseforetak fremstår som unike, med sin kultur, sin organisasjonsstruktur og sin kontekst.

Tallmateriale er hentet fra 2010, SUS hadde da ikke startet med fokus på standardiserte pasientforløp mens UNN allerede hadde implementert Lean-konseptet i blant annet forløpet med lungekreft pasienter (jamfør kapittel 1).

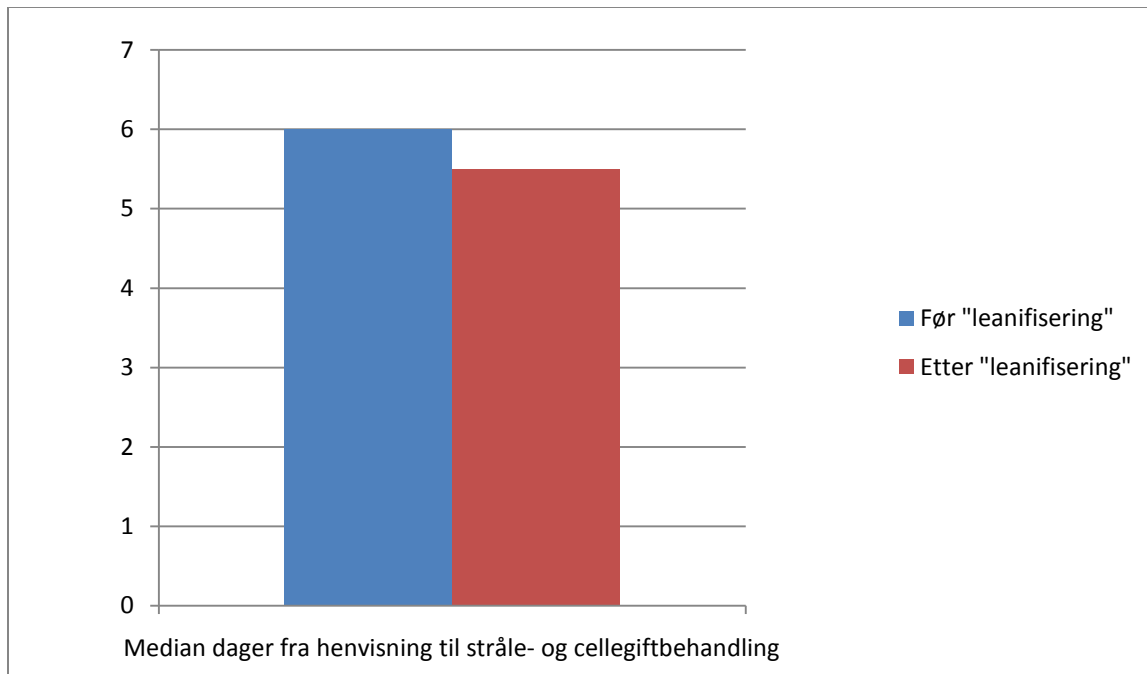
I forbindelse med implementeringen av Lean ved UNN har de selv foretatt interne målinger før og etter ”leanifiseringen”. Resultatet av disse målingene er fremlagt på bakgrunn av manuell gjennomgang av pasientjournaler. Arbeidet var tids- og resursskrevende men UNN mente selv dette var nødvendig for å få mest mulig nøyaktige målinger.

Vi har fått tilgang til UNN sine interne målinger på pasientforløpet lungekreft og vil gjengi disse i figurene nedenfor. UNN har valgt å kategorisere behandlingen for lungekreft til *tid fra henvisning til kirurgi utført* og *tid fra henvisning til stråle- og cellegiftbehandling*.



Figur 5.3: Diagrammet viser antall median dager fra henvisning til utført kirurgi, både før og etter implementering av Lean.

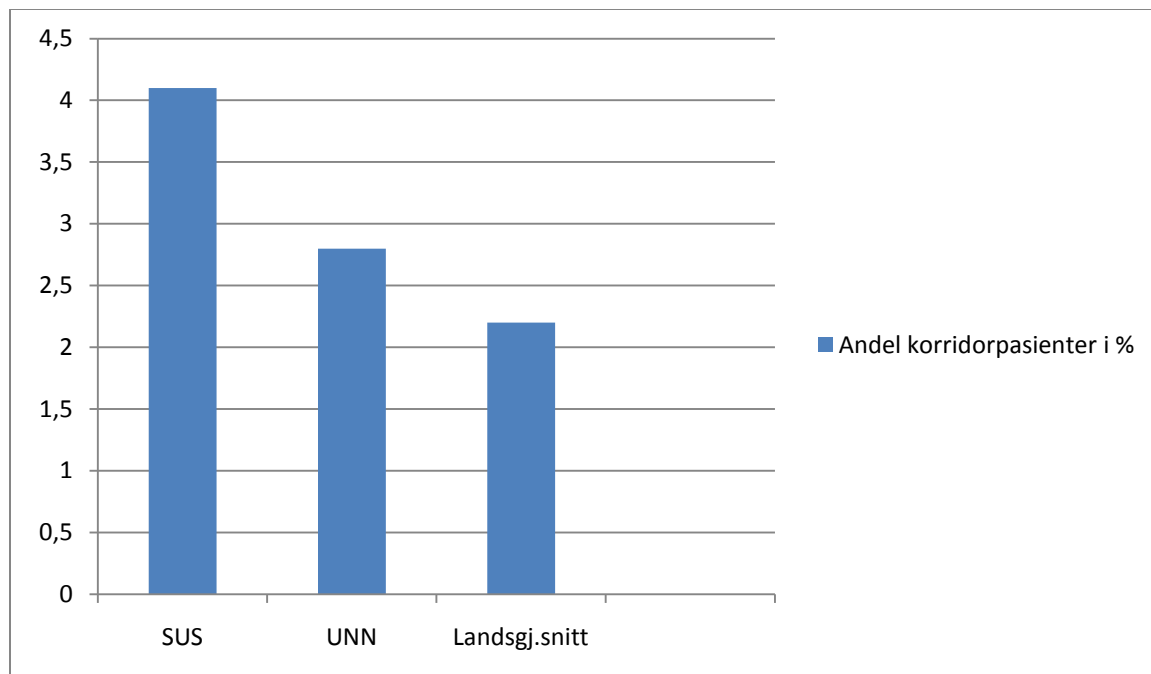
Tallene i figur 5.3 er hentet fra oktober 2009 til og med mai 2010. Her fremgår det en betydelig forbedring, da antall median dager *fra henvisning til kirurgi utført* har gått ned fra 26, 5 dager før implementering av Lean til 15 dager etter implementering av Lean.



Figur 5.4: Diagrammet viser antall median dager, både før og etter leanifisering, fra henvisning til stråle- eller cellegiftbehandling er startet.

Tallene i figur 5.4 er hentet fra oktober 2009 til og med mai 2010. Tallene viser at median dager fra henvisning til stråle- og cellegiftbehandling har gått ned fra 6 dager før "leanifisering" til 5,5 dager etter "leanifisering". Dette viser at det ikke har vært noen særlig forandring etter at Lean ble implementert.

Vi har i tillegg valgt å fremsette tall som viser til andel korridorpasienter ved SUS og UNN. Dette *kan* være en indikator på om sykehusene har lyktes i arbeidet med å effektivisere pasientforløp. Det at SUS og UNN får en reduksjon i behandlingstid kan føre til reduksjon av liggedøgn som kan bety flere pasienter igjennom på kortere tid, disse kan frigjøre sengeplasser og i siste rekke kan gi utslag i færre korridorpasienter.



Figur 5.5: Diagrammet viser prosentandel korridorpasienter.

Tallene i figur 5.5 viser antall korridorpasienter målt i prosent i 3.tertær 2010. Dette sier oss noe om hvor stor andel av det totale pasientantallet ved hvert sykehus som ligger på korridor.

Både SUS og UNN ligger over landsgjennomsnittet som er 2,2 % med henholdsvis 4,1 % og 2,8 % korridorpasienter.

6.0 DRØFTING/ANALYSE

I dette kapitlet drøfter vi de teoretiske perspektivene opp mot våre empiriske funn. Vi har valgt å sammenligne SUS og UNN for å kunne analysere eventuelle likeheter og/eller forskjeller.

Samtidig skal vi drøfte våre funn på den avhengige variabelen; behandlingstid, opp mot de uavhengige variablene; organisasjonskultur, organisasjonsstruktur og organisasjonenes kontekst.

Tabellen (tabell 3.1) nedenfor forklarer som nevnt i kapittel 3, hvordan elementene i de tre perspektivene kan påvirke pasientforløp og komme til uttrykk i variabelen behandlingstid. Dette legger en føring for hvordan vi besvarer og drøfter hypotesene.

<i>Perspektiv</i>	<i>Forstås gjennom</i>	<i>Organisatoriske kjennetegn</i>
Rasjonelle	Struktur	Rask tilkobling Formelle rutiner, planlegging, kontroll, rasjonalitet, mål og måloppnåelse, ”top-down”, hierarki, strategi E
Naturlige	Kultur	Frastøting Uformell struktur, sosiale grupper, ”bottom-up”, strategi O, fokus på normer og verdier
Nyinstitusjonelle	Kontekst	Frikobling Sosialt skapte normer, imitasjon, skille mellom snakk og handling (”tatt inn er ikke lik med tatt i bruk”), avhengig av ekstern legitimitet, spredning gjennom media

Modeller, teori og funn knyttes sammen for å få en bredere forståelse for vår problemstilling. På bakgrunn av dette vil vi besvare de fremlagte hypoteser (jamfør Tabell 3.2).

6.1 Empiriske funn sett fra det rasjonelle perspektiv

Hypotese:

Ved at et sykehus velger å ta i bruk Lean-konseptet, vil dette kunne gi utslag i gevinst med kortere behandlingstid for ulike pasientdiagnoser, sammenlignet med sykehus som ikke er "leanifiserte".

Når et sykehus velger å implementere et konsept som Lean, vil hensikten være å få en positiv gevinst. Avhengig av hva de ønsker å oppnå og hvordan de uttrykker det, så vil dette igjen legge føringer for videre tiltak.

UNN ønsket å videreutvikle systemer for bedre samhandling og helhetlig pasientforløp. De valgte Lean som et verktøy for å understøtte de omstillinger og endringsprosesser UNN gjennomgår. For å måle den eventuelle gevinst dette resulterte i ble det gjort målinger på de ulike delprosesser i pasientforløpet lungekreft, både før og etter "leanifisering". Disse tallene er presentert i figur 5.3 og 5.4, og viser klart at UNN har oppnådd en positiv virkning når det gjelder reduksjon i antall behandlingsdager. Dette er klare og konkrete resultat, men samtidig gir det ikke et bilde på om pasienttilfredsheten er bedre og om de ansatte er mer tilfredse.

Når UNN forstås gjennom et rasjonelt perspektiv, er det bruk av rutiner og prosedyrer som er det sentrale når vi snakker om Lean i helsesektoren. Forstått fra et hierarkisk ståsted vil det ofte være en "top-down" tilnærming til gjennomføring av ulike prosesser. Dette kan på den ene siden føre til rask tilkøpling og rask iverksetting av Lean-konseptet da bestemmelsen om implementering allerede er tatt og energien blir brukt på selve endringen. Men på den andre siden har de ansatte ved UNN ikke et reelt valg, men må gjennomføre de tiltak ledelsen setter i verk. Ved at de ansatte ikke har medbestemmelse kan dette føre til motstand mot tiltakene.

Videre kan vi sette spørsmålstegn ved om tall faktisk kan si noe om den aktuelle situasjon. Kan vi trekke konklusjoner fra tall på en diagnose og si at det har vært vellykket så lenge det er en reduksjon i behandlingstid?

Ut ifra sine interne målinger, har UNN trukket den konklusjon om at implementeringen av Lean har vært vellykket ved at flere pasientforløp har blitt effektivisert. Det er interne tall som ligger til grunn for denne påstand. De har imidlertid ikke tatt hensyn til nasjonale målinger som blir foretatt av Helsedirektoratet. Paradokset i denne forbindelse er at tallene fra NPR ikke stemmer overens med de tallene som UNN selv har innhentet (jmfør figur 5.2). Her kommer SUS bedre ut enn UNN, dette til tross for at SUS i 2010 enda ikke hadde satt fokus på standardiserte pasientforløp. En forklaring på dette kan være at UNN i utgangspunktet hadde lang behandlingstid for lungekreft, og at de er blitt bedre enn det de var. En annen forklaring kan være at ledelsen ved SUS er bevisste på å skape den strukturen som gir organisasjonen det beste resultat. Hva man kaller denne prosessen er ikke så viktig, det viktigste er å skape en prosess for kontinuerlig å forbedre pasientforløpene.

Hypotese:

Ved å sette søkelyset på hver enkelt del av prosessene i et pasientforløp, som oftest går på tvers av ulike avdelinger/klinikker, vil man lettere kunne identifisere forbedringspunkter (svinn) som ved bevisstgjøring kan hindre forsinkelser, og muligens redusere behandlingstiden.

Lean går ut på å se det ”store bildet”. Man skal ikke kun konsentrere seg om akkurat det en selv gjør, men forstå hver enkelt sin oppgave i den komplekse prosessen som et pasientforløp er. Man kan trekke paralleller mellom pasientforløp og verdikjedeprosesser. Verdikjedeprosesser har fokus på verdiskapende aktiviteter i en organisasjon. Disse prosessene består ofte av komplekse sekvenser av aktiviteter som løper horisontalt og dermed ofte skjærer på tvers av de vertikalt bygde funksjonelle ”siloene”. En pasient med diagnosen lungekreft vil ikke kun være avhengig av hvordan man organiserer seg innenfor lungeavdelingen, men også hvordan de andre avdelinger/klinikker han er inno er organisert. Det nytter ikke at lungeavdelingen ser behovet for rask iverksettelse av behandling for lungekreft, så lenge ikke radiologisk avdeling ser

viktigheten av å prioritere den aktuelle pasient til undersøkelser. Skal den aktuelle pasient ha cellegift, er det en behandling som er avhengig av stabile blodprøver og dermed at klinisk kjemisk ser viktigheten av å analysere disse prøvene så fort som mulig. Summen av alt dette gir utslag på målt behandlingstid. I forhold til vår oppgave og de interne tall vi har innhentet viser det seg at UNN har hatt en reduksjon i antall median dager fra henvisning til behandling. Dette tyder på at UNN har satt søkelyset på hver enkelt prosess i pasientforløpet, og at de involverte har sett viktigheten av å se ”det store bildet”. Lean har i denne sammenheng vært en arena hvor de ulike faggruppene har møttes for å skape felles forståelse av problem og løsning.

Hovedfokuset har vært at det meste kan gjøres bedre. Lean legger samtidig til rette for å se den horisontale dimensjonen i organisasjonen, og se på pasientforløpet som en samling prosesser. Samtidig er det viktig å ha et kritisk blikk når det gjelder konsept som Lean. Som nevnt i artikkelen ”Lean thinking in healthcare: a realistic review of the literature”, er det svært få om nesten ingen som rapporterer om dårlige Lean-erfaringer. Det konkluderes derfor med at Lean i helsesektoren kanskje ennå ikke er modent for en realistisk review.

Det kan være andre faktorer som spiller inn og dermed bidrar til å forklare reduksjonen av behandlingstid som UNN har hatt. Selv om UNN gir inntrykk av at det er det bevisste fokuset på hver enkelt del av prosessene i pasientforløpet som gav utslaget, kan det likeså gjerne være økt bevilgning av økonomiske midler. Dette kan ha blitt brukt til flere ansatte på for eksempel radiologisk avdeling, som igjen kan ha ført til raskere behandling av hver enkelt henvisning og økt det daglige antallet undersøkelser.

Paradokset her er at når man ser de interne tall fra UNN, hvor de har hatt en forbedring etter at de implementerte Lean, så kommer allikevel SUS bedre ut enn UNN i NPR sine målinger. Her viser det seg at SUS har en kortere tid (målt i median dager) fra henvisning til første behandling for lungekreft i forhold til UNN. Differansen er på hele 13 dager i SUS sin favør. Etter flere møter med informanter på SUS, har det blitt klart for oss at SUS ikke før i januar 2011 valgte å sette fokus på pasientforløpsprosesser. De er ennå i en planleggingsfase hvor de er i gang med å formulere prosjektplan som innebærer målsetting, ansvarsfordeling og referansegrupper. De har valgt å arbeide etter Demings forbedringshjul som går ut på å planlegge, utføre, kontrollere og korrigere. Målet med dette er på samme måte som hensikten med Lean, å identifisere forbedringspunkter. Da tallene fra NPR gjelder 2010 kan de forstås på den måten at SUS enda

ikke hadde startet prosessen med standardiserte pasientforløp mens UNN allerede hadde implementert Lean. Så hva kan være grunnen til at SUS på disse målingene gjør det bedre enn UNN? Kan det være at UNN i utgangspunktet var dårlige og at de faktisk har blitt bedre etter ”leanifisering”? Ut ifra et rasjonelt perspektiv er det nærliggende å anta at det er ledelsens fokus på de strukturelle grep samt grep for å endre rutiner og prosedyrer som gir utslag. Innenfor dette perspektivet anses organisasjoner å ha en iboende evne til å tenke rasjonelt uavhengig av implementert teori eller ei. Det er klar formalisering av regler og roller, de ansatte vet hva de skal gjøre og til hvilken tid de skal gjøre det. Samtidig som et overordnet fokus på rasjonalitet og effektivitet gjør planlegging av mål og måloppnåelse tydeligere for alle involverte parter. Dette er i tråd med strategi E som går på de ”harde” verdiene i organisasjonen; strategi, struktur og system.

6.2 Empiriske funn sett fra det naturlige perspektiv

Hypotese:

På grunn av helsepersonells iboende evne til å tenke effektivisering i alle steg av arbeidsprosessen, vil ikke ”leanifiserte” pasientforløp gjøre en målbar forskjell når det kommer til behandlingstid.

Innenfor det naturlige perspektiv forstås organisasjoner som levende og komplekse systemer, hvor den uformelle strukturen råder. Hovedfokuset er på kultur. I forhold til Mintzberg sine konfigurasjoner kan SUS og UNN kategoriseres som en profesjonell organisasjon. Det betyr at de befinner seg i et relativt stabilt miljø, men er likevel komplekst, samtidig som profesjonaliteten er dominerende. Dette krever desentralisering av de kompetente individene i organisasjonen, og stabiliteten krever at ansatte bruker sine standardiserte ferdigheter og jobber med høy grad av autonomi. Helsepersonell består av en rekke faggrupper det være seg leger, sykepleiere, radiografer, bioingeniører osv. Disse har i sin utdanning en forankring hvor man kontinuerlig skal tenke pasienten i fokus. Det at de blir institusjonalisert i organisasjoner som SUS og UNN, gjør at de blir opplært til at dette fokuset også skal gjelde effektivisering av arbeidsprosessene. Summert opp antar vi derfor at helsepersonell ved SUS og UNN har og er opplært til den grunnleggende evnen å tenke effektivisering i alle steg.

Resultatene vi har kommet frem til i NPR kan også være med på å underbygge dette. Her viser det klart at SUS som ikke har tatt i bruk Lean faktisk gjør det bedre enn UNN. Samtidig som UNN sine interne tall viser at det har vært en klar forbedring etter implementering av Lean. Hvordan skal man så tolke dette?

Uansett hvilket konsept ledelsen implementerer i organisasjonen er det fokuset på de ansatte som bidragsyttere som er viktig. I organisasjoner som SUS og UNN er det helsepersonell på ”gulvet” som har den daglige kontakten med pasienter og dermed er det også de som ser forbedringspunktene klarest. Dette er også erfaringen de har fra Lean-implementeringen ved Odense Universitetshospital. Den første erkjennelsen de gjorde var at Lean skal skje nedenfra gjennom involvering av medarbeiderne, men drives ovenfra via ledelsens oppbakking og vedholdende fokus. Dersom ledelsen har forståelse for dette er det ikke så viktig hva man kaller selve prosessen, det viktigste er å skape en prosess for kontinuerlig forbedring av pasientforløpene. Det naturlige perspektiv har en tydelig ”bottom-up” tilnærming. Det viktigste for ledelsen som ”eiere” av endringskonsepter, er at de ansatte er enige i beslutninger som tas da de er viktige aktører i prosessen. Dette er i samsvar med strategi O som legger vekt på at ledere skal være deltakende, støttende og delegerende i motsetning til instruerende og kommanderende.

I artikkelen ”Lean thinking in healthcare; a realistic review for the literature”, kan man summert opp konkludere med at for å få til kontinuerlig forbedring må man arbeide på tvers av allerede oppsatte grenser og på tvers av profesjoner. Det viktigste bidraget ved Lean, ifølge artikkelen, er å skape en læringsprosess mellom toppledelsen og medarbeidere. Spørsmål og problemløsning blir det essensielle i motsetning til å fortelle personalet hva de skal gjøre og hvordan de skal gjøre det. Samtidig må man som Senge sier ikke bare endre systemet, men være bevisst på å endre selve tankegangen som gav anledning til det gjeldende system.

Hypotese:

Det er selve kulturen i organisasjonen (sykehusene), som påvirker resultatet av behandlingstid, uavhengig av kontekst og implementerte teorier som Lean.

Det naturlige perspektivet kom som en motsetning til det rasjonelle hvor man så på organisasjoner som maskiner og de ble oppfattet som redskaper for ledelsen til å oppnå mål. Det

naturlige perspektivet sier at det er medlemmene i organisasjoner som lærer, ikke organisasjonen selv. Organisasjoner oppfattes som levende og komplekse.

I forhold til dette perspektivet og når SUS og UNN sees i lyset av den konseptuelle endringsmodell (jamfør figur 3.1), er det atferdssystemet som er det sentrale. Atferdssystemet er summen av de egenskapene både de interne og eksterne interessentene bringer inn i organisasjonen, dette gir seg utslag som organisasjonskultur. Organisasjonskultur består ifølge Schein (jamfør figur 3.2) av grunnleggende antakelser, normer og verdier og artefakter.

Det naturlige perspektiv fordrer at man alltid skal ta hensyn til menneskene i organisasjonen og ha en "bottom-up" holdning. Variasjon i uformelle normer/kultur gir variasjon i atferd og organisasjoners resultater.

SUS og UNN har gjennom historien etablert hver sine kulturer gjennom såkalt sti-avhengighet. Det er hovedsakelig de ansatte ved SUS og UNN som er opphavet til de institusjonelle trekkene. De ansatte tar med seg ulike trekk som for eksempel profesjon, utdanning, arbeidserfaring og sosial bakgrunn.

UNN har tatt i bruk Lean-konsulenter for å implementere Lean. For å lykkes med dette er det viktig at oversetteren har kunnskap både fra avgivende og mottakene kontekst. Oversetteren kan være både innleid konsulent og personell med spesifikk opplæring. Oversetteren bør ha kunnskap om organisasjonens kontekst, kultur, struktur og reformhistorie. Ikke alle deler av kulturen er synlig og den kan derfor være vanskelig å endre. Å etablere en ny kultur er tidkrevende. UNN valgte i starten å benytte seg av eksterne konsulenter som også lærte opp internt personell til selv å kunne overta denne oppgaven. Dette kan ha gitt UNN positive resultat med å opplære internt ansatte som er i besittelse av denne kunnskapen. Samtidig som det kan ha vært en utfordring for de internt ansatte å endre en etablert kultur som de selv er en del av.

Etter "leanifisering" gir UNN uttrykk for at de nye prosedyrene krever oppmerksomhet og oppfølging fra ledere og ansatte, og at dersom de får dette til er det et tegn på at kulturen er i ferd med å endres og den nye kulturen blir en etablert sannhet. Dette innebærer dermed en endring i sti-avhengigheten ved selve lungeforløpet. En historisk ineffektivitet er dermed i ferd med å snu. På den ene siden kan det diskuteres om det er Lean-effekten som er årsaken til

resultatet, eller om det er selve bevisstgjøringen rundt pasientforløpet som ligger til grunn. En annen mulig årsak kan i tillegg være at de ansatte har opplevd ”Hawthorne”-effekten.

Vår bakgrunnsviden er at SUS i motsetning til UNN ikke har implementert Lean. Man vil da når man ser på resultatene (jamfør kapittel 5) være fristet til å trekke slutning om at det ikke er implementering av ulike konsept som er avgjørende for behandlingstiden, men den grunnleggende kultur i selve organisasjonen. Sentralt i strategi O, som kan sees på som en del av det naturlige perspektiv, er at fokuset ikke ligger på hva som skapes av målbare resultat men av hvilke prosesser som skapes for å oppnå slike resultat.

Hypotese:

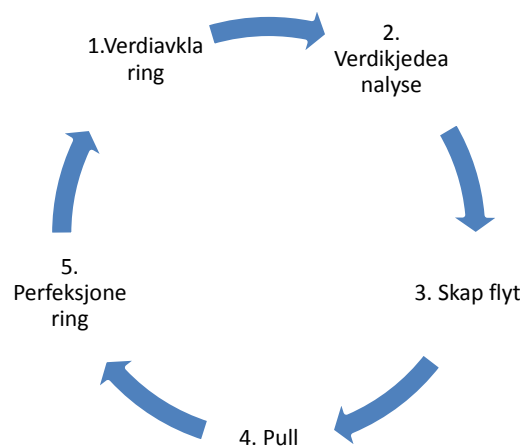
Ved å innføre Lean, ligger det implisitt at man skal gjøre ting annerledes enn tidligere, og ved å gjøre ting annerledes kan det tenkes at man også påvirker andre forhold i organisasjonen enn de man primært ønsker å endre.

For å gjøre endringer i en organisasjon må man ha forståelsen av hvordan organisasjoner er bygd opp og hvordan de fungerer. Tar man utgangspunkt i Busch og Vanebo sin konseptuelle modell (jamfør figur 3.1) vil alle organisasjoner bestå av fire ulike system der koordineringen av disse skjer via ulike prosesser. Man vil alltid finne grunnelementer fra denne modellen i alle organisasjoner. Hovedessensen i modellen er at endringer i ett system vil bli spredd mellom de ulike delsystem. Det at UNN satte fokus på å redusere behandlingstiden for lungekreftpasienter innebærer at ikke kun lungeavdelingen blir påvirket. Som tidligere nevnt er det flere avdelinger/klinikker disse pasientene passerer og man kan anta at dette fører til en spredning av effektiviserings-tankegangen. Dette fordi det er en gjensidig avhengighet mellom systemene. Er organisasjoner seg bevisst dette og de ringvirkninger det kan medføre, er dette noe som helt klart kan ha en positiv effekt.

Man må også være klar over at endringen kan ha en negativ effekt ved at de ansatte kan mobilisere til motstand. Det man da kan diskutere er om motstand alltid er negativt? Piedrit mener man må anerkjenne ambivalensen. I tilfellet med UNN hvor de innførte Lean, kan ledelsen ikke forvente at alle bifaller dette med det samme. Ansatte i store organisasjoner som UNN, har ofte flere ganger tidligere vært med på endringsforsøk som kan ha hatt mer eller

mindre vellykkede utfall. Erfaringene de drar med seg fra dette, vil forme hvordan de tar imot nye konsept som implementeres. Det er blitt sagt at folk har ikke noe imot forandring, men de har noe imot å bli forandret. Det at de ansatte utviser en viss form for skepsis kan være et sunt tegn. Røvik poengterer i Ukeavisen Ledelse at det er viktig at Lean drives på tykk fagkompetanse som også innbefatter å ha den kritiske distansen til konseptet for å unngå å bli troende.

Det som kan sies å være til Lean-konseptets fordel, er at endringene blir initiert nedenfra, altså en ”bottom-up” tilnærming. I forhold til de empiriske eksempler vi har nevnt i kapittel 2, så ser vi at det er der personalet selv ser forbedringspunkter og ønsket om å gjøre noe med det at implementeringen har vært vellykket. I alle de eksemplene vi har trukket frem, kommer det klart til uttrykk at Lean-arbeidet i de ulike organisasjoner har hatt sitt utspring i følgende Lean-sirkel:



1. Verdiavklaring. UNN hadde klart for seg at det tok for lang tid fra de mottok henvisning om behandling for lungekreft til valgt behandling ble startet. Bakgrunnen for dette er at de har målt seg opp mot andre helseforetak og sett at de kom dårligere ut. De hadde et sterkt ønske om å bedre dette, samtidig som de ønsket at pasienter som ”sognet” til UNN skal ha like vilkår som pasienter som ”sogner” til andre sykehus. En annen medvirkende årsak til dette kan også være myndighetenes søkelys på offentliggjøring av ventelistetall. Helseministeren gikk i mai 2011 ut med at det er stort potensial for forbedring ved en del sykehus og at sykehusene også kan lære noe av hverandre ved å studere disse tallene.

2. Verdikjedeanalyse. UNN valgte å ta for seg lungekreftforløpet og laget en oversikt over hvert element i den prosessen. Dette for å få en klarer oversikt over forbedringspunktene.

3. Flyt. Lungekreftpasienter er ikke kun innom lungeavdelingen men selve behandlingen er avhengig av flere andre avdelinger som bidragsyttere. Dette kan føre til store utfordringer for effektiviteten i forløpet, da det passerer formelle grenser mellom disse ulike avdelinger/klinikker. Her kan vi gå tilbake til hypotesen om at det ikke bare er det vi ønsker å endre som blir endret som følge av Lean-implementeringen. Men at et ønske om i utgangspunktet å endre/effektivisere lungeavdelingen også vil få ringvirkninger, både positive og negative, for andre forhold i organisasjonen. Positivt kan det være at andre avdelinger ønsker å etterligne de organisatoriske grep og negativt kan det være at den besparelsen man oppnår ved ”leanifisering” kan føre til nedbemanning og ”gevinsten” i siste ende ikke kommer pasienten til gode.

4. Pull. Hver aktivitet trekker den neste for å oppnå flyt. Man må se sammenhengen mellom alle disse punktene og viktigheten av å gå innom alle, derav sirkelformasjonen.

5. Perfeksjonering. Man må strebe etter kontinuerlig forbedring, og som artikkelen ”Applying Lean techniques to improve the patient scheduling process” oppsummerer så må man hele tiden evaluere arbeidet for å sikre seg om at ”the process stays Lean”.

Våre funn sier ikke noe om påvirkning på andre pasientforløp etter ”leanifisering” av lungeforløpet, men vi antar at fordi det har gitt positive resultat er dette noe som vil fange interessen i andre deler av organisasjonen.

6.3 Empiriske funn sett fra det nyinstitusjonelle perspektiv

Hypotese:

Det er sykehusenes forvaltning av tildelte ressurser og interne politiske prioriteringer som kan utgjøre en målbar forskjell i arbeidet med pasientforløp.

Det nyinstitusjonelle perspektivet fokuserer på de institusjonelle omgivelsene organisasjonen befinner seg i. SUS og UNN er begge helseforetak som er underlagt helsedirektoratet som der igjen legger føringer for lover og regler. Både SUS og UNN må forholde seg til dette for å

oppretholde sitt eksistensgrunnlag og sin legitimitet. Til motsetning fra det naturlige perspektivet som fokuserer på organisasjoners mangfold, vil krav og forventninger fra eksterne hold, som helsedirektoratet, gjøre at SUS og UNN blir mer like på overflaten.

Som tidligere nevnt har helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen uttalt i Rogalandsavis og Dagens Næringsliv viktigheten av Helsedirektoratets offentliggjøring av behandlingstid for ulike diagnoser. Bakgrunnen for dette er å bidra til bedre kvalitet i helsevesenet. Dette kan være med å legge et press på de ulike sykehus til kontinuerlig å evaluere den behandlingstid de kan tilby. Ulempen kan være at det kan utvikles en konkurransementalitet mellom sykehusene som bidrar til uheldige ringvirkninger på andre forhold enn de som blir målt.

”Holdingen er at det er helsevesenets pasienter. Vi må snu pyramiden, det er pasientenes helsevesen” (Sitat Bent Høie, Dagens Næringsliv 18/6-11).

Norske myndigheter fokuserer på at alle har rett til lik behandling uavhengig hvor i landet man er bosatt. Dette setter store krav til fordeling av ressurser og utfordringen er at hvert helseforetak er unikt og dermed har individuelle behov.

UNN er nå i en fase hvor de bruker økonomiske midler på implementering av Lean. Selv om ønsket intensjon er at dette til slutt vil ende i gevinst med kortere behandlingstid, vil deler av deres budsjett på nåværende tidspunkt bli brukt til dette. Etter å ha vært i kontakt med prosjektmedarbeider ved SUS ser vi at i motsetning til UNN så har ikke SUS valgt å bruke sine tildelte ressurser på samme måte.

Når man ser dette i sammenheng med de tall vi har valgt å hente ut fra NPR, hvor SUS kommer bedre ut (jamfør figur 5.2), kan det diskuteres om det virkelig har en hensikt for UNN å bruke ressurser på å implementere konsepter som Lean.

Det kan være ulike grunner til at UNN har valgt å adoptere inn Lean-konseptet. Er det lover og forskrifter som har medført at UNN har sett behovet for en endringsprosess, kaller man det en tvangsmessig adoptering. Skjer det som følge av ulike profesjoners felles normer, verdier og kunnskaper kalles det normativt basert adoptering. Hvis det skjer på bakgrunn av at sykehusene

prøver å etterligne andre suksessfulle helseforetak kalles det mimetisk adoptering, dette er noe konsulentfirmaer ofte bidrar til.

Samtidig som man har klart for seg de ulike adopterings muligheter, må man skille mellom det å ta inn et konsept som Lean og det å ta det i bruk, det må altså skilles mellom ord og handling. Innenfor det nyinstitusjonelle perspektiv vil man ved å adoptere moderne konsepter måtte sørge for å holde dem frikoplet sånn at de ikke får for styrende virkninger. Meningen med dette er å overbevise omgivelsene om at organisasjonen er moderne og effektiv, uten at det nødvendigvis påvirker intern praksis.

Det at SUS kommer bedre ut enn UNN i nasjonale målinger, kan bety at selv om Lean er adoptert inn i UNN så kan selve konseptet være frikoplet. Forstår man sykehuset som organisasjon gjennom Mintzberg sin teori, plasserer han sykehus inn i konfigurasjonen; profesjonell organisasjon. Kjennetegnet her er at makten er desentralisert, og i prinsippet kan de ansatte ”gå og gjøre det de alltid har gjort” uavhengig av hva ledelsen legger føringer for.

I praksis vil dette si at ledelsen ved UNN har iverksatt Lean i organisasjonen, men fordi makten er desentralisert kan en mulighet være at de ikke har den fulle kontroll over hva som egentlig blir gjort.

6.4 Nullhypotese

Nullhypotesen brukes for å vurdere hvilke av de eksisterende alternativer som representerer sterkeste sannsynlighetskraft. Den skal brukes som en aktiv påminnelse om at kunnskapen kan befinne seg et annet sted enn der vi venter å finne den.

Vi har fremsatt følgende nullhypotese:

Det vil ikke være en målbar forskjell i behandlingstid, mellom UNN og SUS, til tross for at UNN har tatt i bruk Lean-konseptet.

Vi stiller aldri med blanke ark i starten av et forskningsprosjekt. Forforståelsen samt det teoretiske rammeverket vil skape forventninger angående resultatene. I starten av vår oppgave hadde vi en oppfatning av at konsepter som Lean ville gi positive resultater på den avhengige

variabel. Men lite ante vi den kraften de uavhengige variablene hadde på resultatet. Ut i fra den teori vi fremsatte utledet vi hypoteser som inneholdt våre forventninger til de resultatene vi trodde vi ville finne. Som nevnt i metodekapittelet så gav datainnsamlingen oss større utfordringer enn det vi i starten hadde forutsett. Når vi fikk fremlagt de interne tall fra UNN, så vi at de hadde en merkbar reduksjon av behandlingstid før og etter ”leanifisering”. Straks vi så tallene fra NPR, så vi at UNN til tross for implementering av Lean gjorde det dårligere enn SUS. Dermed viser det seg at den nullhypotesen vi fremsatte ikke har en empirisk forankring ut ifra vår og oppgavens utgangspunkt.

7.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

I denne avhandlingen har vi forsøkt å belyse om man ved å bruke Lean-konseptet i helsesektoren kan få et mer effektivt pasientforløp og en målbar reduksjon i behandlingstid for lungekreftpasienter. Vi har brukt de tre organisasjonsperspektiver; det rasjonelle-, det naturlige- og det nyinstitusjonelle perspektiv i arbeidet med å fremsette hypoteser. Disse gav oss tre ulike innfallsvinkler til å drøfte våre funn opp mot hypotesene.

Vi avdekket noen nokså overraskende funn, som satte drøftningen av hypotesene i et annet lys enn det vi hadde forventet.

Funnene våre viste at det har vært en betydelig forbedring når det gjelder behandlingstid for lungekreftpasienter ved UNN. Etter «leanifisering» har antall median dager fra henvisning til utført kirurgi gått ned fra 26,5 til 15 dager. I tillegg har også median dager fra henvisning til stråle- og cellegiftbehandling gått ned fra 6 til 5,5 dager. Men paradoksalt nok viste NPR sine data i sammenlikningen mellom SUS og UNN at SUS utmerket seg i positiv retning. SUS hadde 17 median dager fra henvisning til første behandling av lungekreft. Til sammenlikning hadde UNN nærmest dobbelt så mange med 30 median dager.

7.1 Hypoteser ut fra det rasjonelle perspektiv

Sett fra det rasjonelle perspektiv utledet vi en hypotese om at man ville kunne få redusert behandlingstid ved å ta i bruk Lean-konseptet sammenlignet med sykehus som ikke hadde implementert Lean. Denne hypotesen viste seg å ikke få umiddelbart støtte i våre data. Dette fordi NPR sine målinger viste at SUS gjorde det bedre til tross for at de ikke har implementert Lean. Ser man på UNN som et enkeltstående tilfelle så har de lyktes med å redusere behandlingstiden etter at de valgte å ”leanifisere” utvalgte pasientforløp.

Den andre hypotesen vi utledet under dette perspektivet var om det å sette søkelyset på enkeltdele av pasientforløpet gjorde det lettere å identifisere forbedringspunkter som eventuelt kunne redusere behandlingstid. Ut i fra den kunnskap og den informasjon vi fikk fra UNN, hvor

de har satt fokus på å endre rutiner og prosedyrer i tilknytning til utvalgte pasientforløp, viste våre funn at UNN har hatt en reduksjon av behandlingstiden knyttet til lungekreftpasienter etter at Lean ble implementert. Lean- konseptet er et tankesett og et sett av praktiske grep for mer effektive og mindre ressursforbrukende fremstilling av vedtak, varer og tjenester. Grepene er blant annet å få klart identifisert pasientene og deres behov, få gjennomført verdistrømsanalyser og eliminering av ”spill” samt skape flyt, det vil si å legge til rette for så effektivt og ”friksjonsfritt” pasientforløp som mulig. Ser vi det i komparasjon til SUS, som kommer bedre ut fra NPR sine målinger, kan man anta at SUS har innarbeidet rutiner hvor det fokuseres på hver enkelt del i pasientforløpet uten at det har bakgrunn i en bestemt teori eller et bestemt konsept. I lyset av ovenstående resonnement må man kunne si at hypotesen om det å sette søkelyset på enkeltdeler av pasientforløpet for så i siste ende muligens å kunne reduserer behandlingstid, et stykke på vei er underbygget av våre empiriske observasjoner.

7.2 Hypoteser ut fra det naturlige perspektiv

Med utgangspunkt i det naturlige perspektiv, har vi utledet tre hypoteser som forsøker å gi forklaringer på vår problemstilling. Den første hevdet at helsepersonell tenker effektivisering i alle steg, og at dette er uavhengig av ”leanifisering” eller ikke. Sett i lyset av resultatene fra NPR, hvor SUS på tross av at de ikke har valgt å ”leanifisere” pasientforløp har en kortere behandlingstid enn UNN som har ”leanifiserte” pasientforløp, kan man være fristet til å trekke sluttning om at hypotesen ut ifra SUS sitt ståsted har innfridd. Men på bakgrunn av de presenterte interne målingene fra UNN, som er gjort før og etter ”leanifisering”, viser det klart at UNN har hatt en reduksjon av behandlingstid. I så tilfelle må man kunne konkludere at ut i fra UNN sitt ståsted har hypotesen ikke innfridd. Da de gjør det bedre etter ”leanifisering” kan dette tyde på at det å tenke effektivitet i seg selv ikke er nok, man må også ha et overordnet rammeverk.

Vi velger derfor å konkludere med at helsepersonell er opplært til å tenke effektivisering. Dette er noe som ligger i ”ryggraden” og vil ikke ha nevneverdige forskjeller på bakgrunn av om man arbeider ved et sykehus som har valgt å ”leanifisere” pasientforløpene eller ikke.

Den andre hypotesen er en antakelse om at det er selve kulturen i organisasjonen som påvirker behandlingstiden og at dette er uavhengig av kontekst og implementerte konsepter som Lean. Vi har ikke målt eller undersøkt den rådende kultur ved SUS og UNN, da dette er noe som vanskelig kan la seg måle innefor rammen av denne avhandlingen.

Som Schein også hevder er kultur noe som ofte er skjult for andre og for oss selv.

Organisasjonskulturen er som sagt noe som ”sitter i veggene” og vanskelig kan gjøres eksplisitt. Tallene fremsatt i NPR viser som tidligere nevnt at SUS har kortere behandlingstid enn UNN. Man kan da bli fristet til å anta at selve organisasjonskulturen i SUS bygger på et sett av normer og verdier som har fokus på stadig effektivisering og redusering av behandlingstid. På den andre siden kan man også anta at dette gjelder UNN, da de interne målinger viser en nedgang i behandlingstid etter implementering av Lean. Ut i fra våre funn kan det derfor være vanskelig å trekke slutninger omkring en slik hypotese, og våre konklusjoner vil derfor være mer synsing enn stadfesting.

Den tredje hypotesen handler om at man ved å innføre Lean vil gjøre ting annerledes enn tidligere og at det derfor kan tenkes å påvirke andre forhold enn de man primært ønsker å endre. På grunnlag av den teoretiseringen vi har gjort i kapittel 3, kan alle organisasjoner forstås ut i fra den konseptuelle modell for endringsledelse. Det sentrale i denne modellen er at endringer i ett system blir spredd mellom de ulike delsystem. I og med at vi ikke har inngående kjennskap til hvordan ”leanifisering” av lungekreftforløpet ved UNN har berørt andre involverte parter, blir det vanskelig å konkludere i forhold til den fremsatte hypotesen.

Denne innvirkningen på andre forhold, kan være både positiv og negativ. Og er det slik at den angivelige reduseringen av behandlingstid egentlig kommer pasienten til gode? Et av de forhold vi har undret oss over gjennom arbeidet med denne oppgaven er at det er lite empirisk materiale som sier noe om pasienttilfredsheten ved implementering av organisasjonsoppskrifter som Lean. Blir fokuset så sentrert rundt effektivisering for å redusere behandlingstiden at selve kvaliteten i pasientforløpet blir svekket? Alle pasienter har krav på best mulig behandling uavhengig av hvor behandlingen finner sted. Man kan derfor være fristet til tro at tankegangen ”flest mulig pasienter igjennom på kortest mulig tid” kan redusere tiden helsepersonell har på hver enkelt pasient, som igjen kan få konsekvenser på behandlingstilbudet og omsorgsnivået.

Et fokus på effektivisering av pasientforløp som gir utslag i kortere behandlingstid, kan antas å ha en påvirkning på antall korridorpasienter som til en hver tid ligger på sykehusene. Våre funn fra NPR viser at UNN kommer bedre ut enn SUS i målingen prosentandel korridorpasienter. UNN hadde i 3.tertær 2010 en andel på 2,8 % korridorpasienter mens SUS i samme periode hadde 4,1 %. Dette kan underbygge antagelsen vi fremsatte om at i tillegg til at behandlingstiden ved UNN ble redusert etter ”leanifiseringen” også hadde positiv effekt på andelen korridorpasienter når man ser dette i sammenligning med SUS.

7.3 Hypoteser ut fra det nyinstitusjonelle perspektiv

Til sist har vi utviklet en hypotese ut fra det nyinstitusjonelle perspektiv; det er sykehusenes forvaltning av tildelte ressurser og intern politiske prioriteringer som kan utgjøre en målbar forskjell i arbeidet med pasientforløp.

Som vi har redegjort for i innledningen, mener vi det er grunnlag for å kunne føre en sammenligning mellom SUS og UNN. Begge organisasjonene forvalter selv de tildelte økonomiske ressursene. Da vi ikke har inngående kjennskap til dette, kan det bli vanskelig å konkludere om hypotesen innfrir eller ikke. Vi kan anta at siden UNN har implementert Lean, så må angivelig en del av disse ressursene ha blitt øremerket denne prosessen. Da tallene fra NPR sier at UNN gjør det dårligere enn SUS i målingen på behandlingstid, kan det være mulig at Lean-arbeidet i UNN ikke er annet enn andre luftige ideer. Det som imidlertid taler mot dette, er interne tall fra UNN som faktisk viser til gevinst i form av en reduksjon i behandlingstid etter ”leanifisering”. Som Dagens Næringsliv skriver 18/6-11 er det økt fokus på offentliggjøring av tall på behandlingstid for kreftpasienter. I tråd med det nyinstitusjonelle perspektiv viser dette at organisasjoner må være bevisst samtidens fokus og interne politiske prioriteringer for å oppnå legitimitet i omgivelsene. UNN har dermed gjennom sitt arbeid med implementering av Lean vist at de har gjort fremsteg med redusering av behandlingstiden.

7.4 Nullhypotese

I arbeidet vårt med å utvikle hypotesene med utgangspunkt i de ulike perspektivene, valgt vi også å ta med følgende nullhypotese om at det ikke vil være en målbar forskjell i behandlingstid

mellom SUS og UNN til tross for at UNN har tatt i bruk Lean-konseptet. Denne hypotesen har vist seg å bli innfridd av våre data. Funnene i kapittel 5 gir inntrykk av en nokså klar forskjell mellom SUS og UNN, med at SUS har kortere behandlingstid for lungekreftpasienter. Det forholdsvis oppsiktsvekkende funnet her var at forskjellen gjorde seg utslag i SUS sin favør. Dette var en motsetning til det vi forventet i starten av oppgaven da vi antok at UNN ville komme best ut på bakgrunn av Lean-implementeringen

7.5 Oppsummering

Gjennom hele prosessen av arbeidet med denne oppgaven har vi som sagt lagt til grunn det rasjonelle-, det naturlige- og det nyinstitusjonelle perspektivet. Utgangspunktet vårt var at man klarere kunne avgrense disse hver for seg i forhold til å besvare problemstillingen. Det har underveis blitt tydeligere for oss at disse perspektivene er mer komplementerende enn konkurrerende. Allikevel kan det forekomme at det ene perspektivet tillegges større forklaringskraft enn de andre.

I vår oppgave hvor problemstillingen er; I hvilken grad vil man ved å innføre "leanifisering", få et mer effektivt pasientforløp, i betydningen eliminering av uhensiktsmessig "spill", slik at det fører til positive resultater i form av målbar reduksjon av behandlingstid? Ut ifra denne ønsket vi å forklare variasjon på variabelen behandlingstid. Tidlig ble det klart at det rasjonelle perspektivet utmerket seg med en tydeligere forklaringskraft enn de andre to perspektivene. Som resultatene viser har UNN oppnådd en stor fremgang med å redusere behandlingstiden for lungekreftpasienter etter implementering av Lean. Lean-konseptet som omtales i oppgaven bygger på prinsippene om å ta bort det gamle rutiner og innføre nye. Dette er i tråd med sentrale kjennetegn i det rasjonelle perspektivet. Samtidig kan vi ikke utelate påvirkningen både kultur og kontekst kan ha på behandlingstiden. Tallene fra NPR viser at SUS kommer best ut i forhold til UNN når det gjelder behandlingstid for lungekreftpasienter. I og med at SUS ikke har implementert konsept som Lean kan dette vise at kultur og kontekst er en medvirkende faktor i SUS sitt arbeid med pasientforløp.

Sett i bakspeilet kan vi argumentere for at dersom vi hadde hatt bedre tid og resursser hadde det vært interessant å hente inn data manuelt fra identiske pasientforløp ved SUS på samme grunnlag

som ved UNN. Selv om det videre kan diskuteres om man noen gang vil kunne klare å få identiske forløp, tatt struktur, kultur og kontekst i betraktning, ville vi allikevel vært mer rustet til å si noe om spesifikke forhold rundt pasientforløpet som der igjen muligens kunne økt forklaringskraften på de fremsatte hypoteser. Vi har heller ikke i studien vår gått inn på detaljerte beskrivelser av tiltakene som er gjort ved implementeringen av Lean ved UNN. Dette var heller ikke hensikten da vi på grunnlag av sammenligningen mellom SUS og UNN, så at det ble for omfattende å gå så detaljert til verks.

Det er ikke tidligere gjort komparative studier av sykehus som er leanifiserte og sykehus som ikke er leanifiserte. Vi har med denne oppgaven forsøkt å gi et bidrag til dette.

7.6 "Veien videre"

På grunnlag av utfordringene vi møtte ved innhentning av tallmateriale, endte vi opp med et sammenligningsgrunnlag på bakgrunn av tall fra NPR. Det kunne ha vært en interessant vei videre å fullføre vårt tenkte utgangspunkt om å bruke interne tall fra to identiske pasientforløp ved to ulike sykehus. I tillegg vil vi på bakgrunn av vårt teoretiske ståsted også sette spørsmålstegn ved om NPR sine data er innhentet på en måte som tar hensyn til både den strukturen, kulturen og konteksten hver av sykehusene befinner seg i. Grunnen til at vi setter spørsmålstegn ved dette er at det i vår oppgave fremkommer stor kontrast mellom offentlige tall fra NPR og interne tall fra UNN. Dette tatt i betraktning av at utgangspunktet som tidsrom og pasientforløp tilsynelatende var det samme.

7.6 Hovedinnsikten fra studien

Det å implementere Lean og på bakgrunn av dette "leanfisere" pasientforløp vil i stor grad ha en positiv effekt på behandlingstiden, dette underbygges med de resultat som UNN har oppnådd. Man kan utvide forståelsen med å trekke inn påvirkninger som struktur og rutiner, kultur og kontekst. Disse hovedelementene er fra de tre fremsatte perspektiv, og må forstås i en komplimenterende sammenheng. Man kan ikke trekke slutninger ut i fra om det er strukturen og

rutinene i et sykehus som har medført en reduksjon av behandlingstid uten samtidig å ha forståelsen for den effekten både sykehuskulturen og sykehusets omgivelser kan ha.

8.0 LITTERATURLISTE

Blaikie, Norman. *Designing social research*. 2nd edition. Norman Blaikie 2010.

Bolman, Lee G. and Deal, Terrence E. 2009. *Organisasjon og Ledelse; struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. 4.utgave, 1.opplag 2009. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Busch, Tor, Johnsen, Erik, Valstad, Stein Jonny og Vanebo, Jan Ole. 2007. *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Universitetsforlaget 2007.

Christensen, Tom, Lægreid, Per, Roness, Paul G. og Røvik, Kjell Arne. 2004. *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Universitetsforlaget 2004.

Dagens Næringsliv, DNIørdag 18/6-2011. Artikkel i magasinet; *Strengt hemmelig – Dødelighetsprosjektet*.

Ford, J., Ford, L.W. og D'Amelio, A. 2008. *Resistance to change: The rest of the story*. Academy of Management Review, vol.33, no.2, s.362-377.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2004. *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. 4.opplag 2009. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Jacobsen, Dag Ingvar. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 1.utgave 2005, 2.opplag 2010. Høyskoleforlaget 2005.

Kaufmann, Geir og Kaufmann, Astrid. 2003. *Psykologi i organisasjon og ledelse*. 3.utgave 2003, 5.opplag 2007. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Liker, Jeffrey K. 2004. *The Toyota way, om hemligheten bakom Toyotas ihållende framgångar*.

The Toyota Way 14 Management Principles from the world's greatest manufacturer. Copyright © 2004 by McGraw-Hill.

Malterud, Kirsti. 2008. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2.utgave, 4.opplag. Universitetsforlaget.

Mazzocato, Pamela, Savage, Carl, Brommels, Mats, et al. 2010. *Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature*. Qual Saf Health Care (QSHC) published online August 2010.

Melander, Preben. 2009. *Lean med lederskab*. 1. utgave, 1. opplag. 2009 by Jurist- og Økonomiforbundets Forlag.

Minzberg, Henry, Lampel, J., Quinn, J.B. og Ghoshal, S. 2003. *The Strategy Process-concepts, contexts, cases*. European Edition, Pearson Education, 2003.

Nørgaard, Anders, Brandli, Søren og Hildebrandt, Steen. 2009. *Langsigtet Lean: Ledelse, kultur og forbedring*. 1.utgave, 2.opplag. 2009 Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S, København.

Piderit, S.K. 2008. *Rethinking Resistance and Recognizing Ambivalence: A Multidimensional view of attitudes toward an organizational change*. Academy of Management Review, vol.25, No.4, side 783-794.

Røvik, Kjell Arne. 1998. *Moderne organisasjoner; trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 1998.

Røvik, Kjell Arne. 2007. *Trender og translasjoner, Ideer som former det 21.århundrets organisasjon*. Universitetsforlaget 2007.

Scott, W. Scott. 1987. *Organizations: rational, natural, and open systems*. 1987, 1981 by Prentice-Hall, Inc.

Senge, Peter M. et al. 2007. *Forandringens formationer: utfordringerne i at bevare fremdriften i den lærende organisation*. 1. utgave, 1. opplag, Århus 2007. Forlaget Klim.

Skog, Ole-Jørgen. *Å forklare sosiale fenomener; en regresjonsbasert tilnærming*. 2. utgave, 4. opplag 2009. Gyldendal Norsk Forlag AS 2004.

Wojtys, Edward M., Schley, Laurie, Overgaard, Kirsti and Agabian, Julie. *Applying Lean techniques to improve the patient scheduling process*. 2009. Journal for Healthcare Quality, Vol.31, No. 3, pp 10-16.

Womack, James P., Jones, Daniel T. and Roos Daniel. 1991. *The machine that changed the world: the story of Lean production*. First HarperPerennial edition published 1991.

8.1 Nettsteder:

<http://lean.org/WhatsLean/History.cfm>

<http://www.unn.no/pasientforloep/strategi-for-pasientforloepsprosjektet-ved-unn-hf-2009-2011-article70066-22872.html>

<http://mandagmorgen.no/artikkel.shtml?id=3665>

<http://www.ouh.dk> (Lean på OUH “Sund fornuft og stærke resultater” i pdf.format)

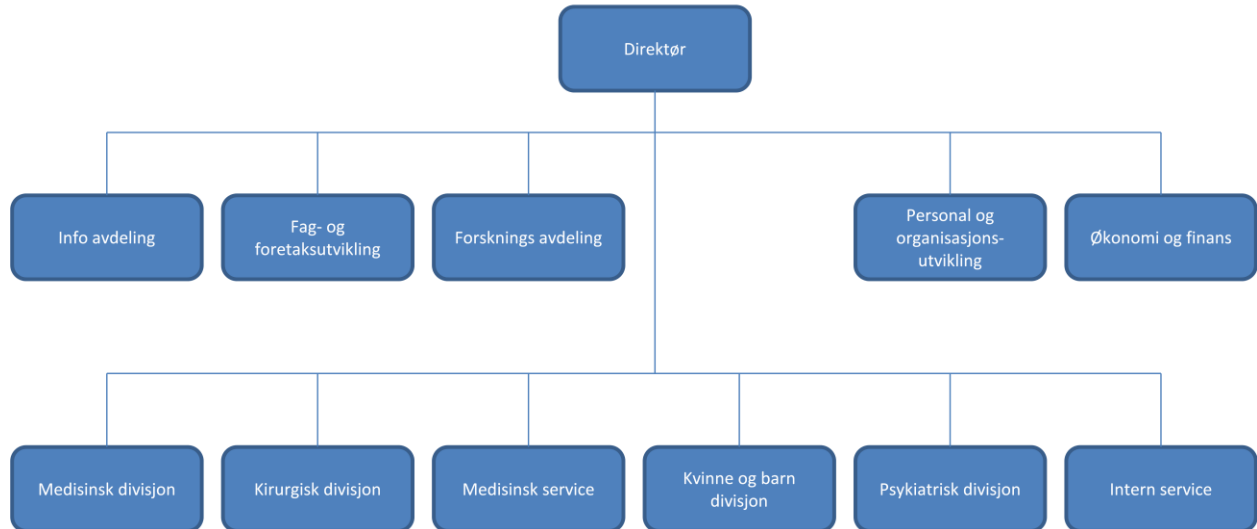
<http://www.ey.com/Publications/wLUAssets/EY-mag-nr. 1 2009>

<http://www.rogalandsavis.no/nyheter/article5613182.ece>

http://www.helsedirektoratet.no/norsk_pasientregister

Vedlegg: Organisasjonskart

Stavanger Universitetssykehus



Universitetssykehuset Nord-Norge

