

# MASTEROPPGAVE

**Mastergrad i organisasjon og leiing – helse- og velferdsleiing og utdanningsleiing**

## **Utfordringer ved implementering av standardiserte pasientforløp**

av

Ellen Marie Hatlen

Juni 2016

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgave i: **organisasjon og leiing – helse- og velferdsleiing og utdanningsleiing**

Tittel: Utfordringer ved implementering av standardiserte pasientforløp

Engelsk tittel: Challenges in implementing care pathways

Forfatter: Ellen Marie Hatlen

Emnekode og emnenavn:

MR 691 Masteroppgåve i organisasjon og leiing

Kandidatnummer:

14

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (sett kryss):

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven i Brage.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett

JA X    Nei\_\_

Dato for innlevering: 8/6/2016

Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF

Emneord (minst fire):

Standardiserte pasientforløp, implementering, Komplekse pasientforløp, samhandling,

## Tittel og sammendrag: Utfordringer ved implementering av standardiserte pasientforløp

**Bakgrunn:** Innføring av standardiserte pasientforløp er beskrevet som å være selve navet i kvalitetsforbedringsarbeidet på sykehus. Standardiserte pasientforløp er redskapet som skal brukes for å kunne utvikle, implementere, lede og måle kvaliteten på behandlingen som gis. Målet er "fremragende behandling".

Implementering av standardiserte pasientforløp er en organisatorisk endring som kan oppleves som utfordrende i den praktiske hverdagen hos de som behandler pasientene.

**Mål:** Målet med studiet er å se på årsakene til at implementering av komplekse standardiserte pasientforløp viser seg å være utfordrende å gjennomføre i praksis, selv om det finnes gode verktøy for dette.

**Metode:** Gjennom et strukturert litteratursøk identifiseres flere kriterier som er av betydning for god implementering av standardiserte pasientforløp. Dette danner grunnlaget for å utføre en flercasestudie bestående av tre cases med 11 intervjusubjekter. Metoden samsvarsdesign med replikasjon benyttes for gjentagende prøvinger av teori.

**Resultat:** Majoriteten av de kriterier som er avdekket i litteraturen som er viktige for god implementering og kriterier som kan være årsak til dårlig implementering er funnet i de tre casene. Det er ikke entydig hvilke kriterier som er de essensielle for å lykkes med implementeringen. Det tyder på at en kombinasjon av flere kriterier spiller inn, avhengig av personale, pasientgruppe og avdelingens organisering. Lederforankring, informasjon, undervisning og tverrfaglighet er noen av de viktigste kriterier selv om de er noe forskjellig vektlagt i de tre casene.

**Konklusjon:** Komplekse standardiserte pasientforløp oppfattes ikke som entydig godt implementert ved St. Olavs Hospital. Forståelsen av, og betydningen av å jobbe etter standardiserte pasientforløp, ser ikke ut til å være godt nok innarbeidet i organisasjonen. Man er avhengig av gode rollemodeller som tar ansvar og får de ansatte med.

## Title and Abstract: Challenges in implementing care pathways

**Background:** The introduction and use of care pathways is at the core of the quality improvement effort in the hospital sector. *Care pathways* is the tool used to develop, implement, lead, and measure the quality of the treatment. The main goal is "excellent treatment". Yet, there are many challenges in the daily work situation arising from the organisational changes, which the implementation of care pathways represents.

**Aim:** The aim of this study is to investigate the reasons for the challenges occurring from implementing complex care pathways in praxis, despite the availability of good tools and methods.

**Method:** A structured literature review is carried out to identify the criteria affecting implementation of care pathways. This literature study forms the basis of a multi-case study consisting of three cases, involving 11 subjects who are interviewed using pseudo-structured interviews. The case study is designed using replication.

**Result:** The majority of the criteria uncovered in the literature study, both positive and negative, affecting the successful implementation of care pathways are also found in the three cases. However, it is not clear which criteria are essential for successful implementation. It would appear as if a combination of multiple criteria affects the implementation, depending on the personnel, patient group, and the organisation of the specific department. Tight leadership, information, training, and teamwork are some of the most important criteria identified in this work. Yet, the importance of these criteria varies across the three cases.

**Conclusion:** The complex care pathways at St. Olavs Hospital are not uniformly perceived as successfully implemented. The understanding and importance of following care pathways does not appear to be sufficiently well integrated into the organisation. Success depends on good role models who take charge and instigate engagements among the personnel.

# Utfordringer ved implementering av standardiserte pasientforløp

Ellen Marie Hatlen



## Sammendrag

**Bakgrunn:** Innføring av standardiserte pasientforløp er beskrevet som å være selve navet i kvalitetsforbedringsarbeidet på sykehus. Standardiserte pasientforløp er redskapet som skal brukes for å kunne utvikle, implementere, lede og måle kvaliteten på behandlingen som gis. Målet er ”fremragende behandling”.

Implementering av standardiserte pasientforløp er en organisatorisk endring som kan oppleves som utfordrende i den praktiske hverdagen hos de som behandler pasientene.

**Mål:** Målet med studiet er å se på årsakene til at implementering av komplekse standardiserte pasientforløp viser seg å være utfordrende å gjennomføre i praksis, selv om det finnes gode verktøy for dette.

**Metode:** Gjennom et strukturert litteratursøk identifiseres flere kriterier som er av betydning for god implementering av standardiserte pasientforløp. Dette danner grunnlaget for å utføre en flercasestudie bestående av tre cases med elleve intervjusubjekter. Metoden samsvarsdesign med replikasjon benyttes for gjentagende prøvinger av teori.

**Resultat:** Majoriteten av de kriterier som er avdekket i litteraturen som er viktige for god implementering og kriterier som kan være årsak til dårlig implementering, er gjenfunnet i de tre casene. Det er ikke entydig hvilke kriterier som er de essensielle for å lykkes med implementeringen. Det tyder på at en kombinasjon av flere kriterier spiller inn, avhengig av personale, pasientgruppe og avdelingens organisering. Lederforankring, informasjon, undervisning og tverrfaglighet er noen av de viktigste kriterier selv om de er noe ulikt vektlagt i de tre casene.

**Konklusjon:** Komplekse standardiserte pasientforløp oppfattes ikke som entydig godt implementert ved St. Olavs Hospital. Forståelsen av, og betydningen av å jobbe etter standardiserte pasientforløp, ser ikke ut til å være godt nok innarbeidet i organisasjonen. Man er avhengig av gode rollemodeller som tar ansvar og får de ansatte med.





## Abstract

**Background:** The introduction and use of care pathways is at the core of the quality improvement effort in the hospital sector. Care pathways is the tool used to develop, implement, lead, and measure the quality of the treatment. The main goal is "excellent treatment". Yet, there are many challenges in the daily work situation arising from the organisational changes, which the implementation of care pathways represents.

**Aim:** The aim of this study is to investigate the reasons for the challenges occurring from implementing complex care pathways in praxis, despite the availability of good tools and methods.

**Method:** A structured literature review is carried out to identify the criteria affecting implementation of care pathways. This literature study forms the basis of a multi-case study consisting of three cases, involving eleven subjects who are interviewed using pseudo-structured interviews. The case study is designed using replication.

**Result:** The majority of the criteria uncovered in the literature study, both positive and negative, affecting the successful implementation of care pathways are also found in the three cases. However, it is not clear which criteria are essential for successful implementation. It would appear as if a combination of multiple criteria affects the implementation, depending on the personnel, patient group, and the organisation of the specific department. Tight leadership, information, training, and teamwork are some of the most important criteria identified in this work. Yet, the importance of these criteria varies across the three cases.

**Conclusion:** The complex care pathways at St. Olavs Hospital are not uniformly perceived as successfully implemented. The understanding and importance of following care pathways does not appear to be sufficiently well integrated into the organisation. Success depends on good role models who take charge and instigate engagements among the personnel.



# Innhold

<b>I</b>	<b>Introduksjon</b>	<b>1</b>
1	Formål med oppgaven	3
2	Bakgrunn	5
2.1	Standardiserte pasientforløp som kvalitetsforbedring . . . . .	5
2.2	Rammer for driften av helsevesenet . . . . .	8
2.3	Metodikk for standardiserte pasientforløp . . . . .	8
2.4	Eksempel på et standardisert pasientforløp . . . . .	9
3	Strukturert litteratursøk for å finne kunnskapsstatus	17
3.1	Gjennomføringen av det strukturerte litteratursøket . . . . .	20
3.1.1	Fase 1 – Planlegging . . . . .	20
3.1.2	Fase 2 – Utføring . . . . .	20
3.2	Resultat av det strukturerte litteratursøket . . . . .	21
3.2.1	Positive kriterier . . . . .	23
3.2.2	Negative kriterier . . . . .	26
3.3	Oppsummering . . . . .	29
<b>II</b>	<b>Teori og metode</b>	<b>31</b>
4	Teori	33
4.1	Hva er en organisasjon? . . . . .	33
4.2	Organisasjonskultur . . . . .	34
4.3	Helsevesenet som produksjonsorganisasjon . . . . .	34
4.4	Sykehus – en kunnskapsorganisasjon . . . . .	37
4.5	Koordinering og strukturering i organisasjoner . . . . .	40

4.6	Vilkår for samhandling . . . . .	42
4.7	Modeller for samhandling . . . . .	44
4.8	Ledelse av endringsprosesser . . . . .	46
4.9	Oppsummering . . . . .	47
<b>5</b>	<b>Metode</b>	<b>49</b>
5.1	Den kvalitative metode . . . . .	49
5.2	Samsvarsdesign med replikasjon . . . . .	50
5.3	Veien mot gjennomføringen av flercasestudiet . . . . .	52
5.4	Variabler . . . . .	53
<b>III</b>	<b>Resultater</b>	<b>55</b>
<b>6</b>	<b>Samsvarsdesign med replikasjon</b>	<b>57</b>
6.1	Gjennomføring av et flercasestudie . . . . .	57
6.2	Klargjøring av begreper . . . . .	57
6.3	Strukturering . . . . .	58
6.4	Case 1 . . . . .	58
6.4.1	Implementering . . . . .	59
6.4.2	Samhandling innad og utad . . . . .	60
6.4.3	Lederinvolvering i prosessen . . . . .	60
6.4.4	Forløpsansvarliges og forløpsveileders rolle . . . . .	61
6.4.5	Tverrfaglighet i prosessen og informasjon til ansatte . . . . .	62
6.4.6	Endring av maktstrukturer . . . . .	63
6.4.7	Fremmende og hemmende faktorer for implementering . . . . .	65
6.5	Case 2 . . . . .	66
6.5.1	Implementering . . . . .	66
6.5.2	Samhandling innad og utad . . . . .	67
6.5.3	Lederinvolvering i prosessen . . . . .	67
6.5.4	Forløpsansvarliges og forløpsveileders rolle . . . . .	68
6.5.5	Tverrfaglighet i prosessen og informasjon til ansatte . . . . .	69
6.5.6	Endring av maktstrukturer . . . . .	70
6.5.7	Fremmende og hemmende faktorer for implementering . . . . .	72

6.6	Case 3 . . . . .	73
6.6.1	Implementering . . . . .	73
6.6.2	Samhandling innad og utad . . . . .	74
6.6.3	Lederinvolvering i prosessen . . . . .	75
6.6.4	Forløpsansvarliges og forløpsveileders rolle . . . . .	75
6.6.5	Tverrfaglighet i prosessen og informasjon til ansatte . . . . .	76
6.6.6	Endring av maktstrukturer . . . . .	77
6.6.7	Fremmende og hemmende faktorer for implementering . . . . .	80
6.7	Sammenligning av de tre casene sett opp mot funnene gjort i det strukturerte litteratursøket . . . . .	80
6.7.1	Implementering . . . . .	80
6.7.2	Samhandling . . . . .	81
6.7.3	Lederforankring . . . . .	82
6.7.4	Forløpsansvarliges og forløpsveileders rolle . . . . .	82
6.7.5	Tverrfaglighet, informasjon og opplæring . . . . .	84
6.7.6	Endring av maktstrukturer . . . . .	85
6.8	Oppsummering . . . . .	86
<b>7</b>	<b>Analyse og Diskusjon</b>	<b>89</b>
<b>8</b>	<b>Konklusjon, validitet og fremtidig arbeid</b>	<b>97</b>
8.1	Svar på forskningsspørsmålene . . . . .	98
8.2	Andre observasjoner . . . . .	98
8.3	Validitet . . . . .	100
8.4	Fremtidig arbeid . . . . .	100
	<b>Referanser</b>	<b>100</b>
<b>IV</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>107</b>
<b>A</b>	<b>Protokoll for strukturert litteratursøk</b>	<b>109</b>
<b>B</b>	<b>Skåring av artikler</b>	<b>115</b>
<b>C</b>	<b>Retts svar til rett tid</b>	<b>117</b>

<b>D Intervjuguide</b>	<b>119</b>
<b>E Samtykkeskjema</b>	<b>123</b>
<b>F Godkjenning fra NSD</b>	<b>127</b>

# Figurer

2.1	Hovedforløp for primærrehabilitering paraplegi . . . . .	10
2.2	Henvisningsfasen for primærrehabilitering paraplegi . . . . .	11
2.3	Startfasen for primærrehabilitering paraplegi . . . . .	12
2.4	Rehabiliteringsfasen for primærrehabilitering paraplegi . . . . .	13
2.5	Detaljer om rehabiliteringsfasen for primærrehabilitering paraplegi . . . . .	14
2.6	Utskrivningsfasen for primærrehabilitering paraplegi . . . . .	15
4.1	The seven wastes modellen . . . . .	35
4.2	The model of improvement . . . . .	36
4.3	Organisasjoners fem hoveddeler . . . . .	38
4.4	Profesjonelt byråkrati . . . . .	39
4.5	Vanhaechts modeller av pasientforløps koordineringsmekanismer . . . . .	45
5.1	Hermeneutisk spiral . . . . .	50
5.2	Uavhengige og avhengige variabler . . . . .	53





# Tabeller

3.1	Systematisering av søkeord . . . . .	20
3.2	Inklusjons- og kvalitetskriterier . . . . .	21
3.3	Gjenværende artikler som danner kunnskapsstatus . . . . .	22
3.4	Positive kriterier . . . . .	24
3.5	Negative kriterier . . . . .	27
6.1	Status på forløpsimplementering . . . . .	81
6.2	Status på lederforankring . . . . .	82
6.3	Status på forløpsansvarliges og forløpsveileders rolle . . . . .	83
6.4	Status på tverrfaglighet, informasjon og opplæring . . . . .	84
6.5	Status på endring av maktstrukturer . . . . .	86



## Forord

Det har vært en lang reise mot målet. Den startet allerede for snart 10 år siden da jeg tok lederutdanning på Høgskolen i Nord-Trøndelag. Det ble ikke før i 2014 at jeg fortsatte utdanningen slik at jeg kunne få fullført en Master i organisasjon og ledelse. Endelig er målet nådd og oppgaven er ferdigskrevet. Jeg har lært mye om ledelse men ikke ikke minst mye om meg selv i denne perioden. Det er utrolig hva man kan få til når man har bestemt seg selv om rammene rundt ikke er optimale.

Det er mange personer som behøver en stor takk, og jeg er dem evig takknemlig for at de har hjulpet meg, slik at jeg har kunnet gjennomføre dette arbeidet.

Takk til klinikkssjef Bjørn Skogstad, som har støttet meg og lagt til rette så godt det har latt seg gjøre, slik at jeg har kunnet gjennomføre dette i tillegg til min jobb som avdelingssjef. Mine gode kollegaer, som har støttet meg, heiet på meg og godtatt at jeg har hatt et noe delt fokus den siste tiden. Takk til Trude Flatås Sæter som har vært gjennom dette tidligere og har støttet og hjulpet meg med gode faglige innspill. Takk til seksjonsleder Marit Kvangardsnes som har måttet overta oppgavene mine på avdelingen i perioder slik at jeg har kunnet ha fullt fokus på ferdigstilling av oppgaven. Takk til medstudent, kollega og gode venninde Vigdis Strand for støtte og support.

Takk til RSHU for hjelp slik at jeg kunne gjennomføre min casestudie. En stor takk til de elleve informantene. Uten deres hjelp så hadde denne oppgaven ikke vært mulig å gjennomføre.

Takk til Marte Høyem for korrekturlesning. Godt å ha noen språkkyndige i omgangskretsen som kan stille opp når man har sett seg blind på ord, setninger og formuleringer.

Tusen takk til min mann og mine barn som alle har blitt påvirket og involvert i denne prosessen, enten de har villet eller ei. Spesielt takk til min kjære mann Anders som har fungert som en ekstra veileder når behovet for tilbakemeldinger og svar har meldt seg akutt. Det har vært godt å ha en med veilederbakgrunn i nærheten, når panikken har meldt seg. Takk til Monika og Marius som har hatt meg på overnatting når jeg har vært på samlinger i Bergen.

Til slutt en stor takk til min veileder professor Oddbjørn Bukve som hele tiden har trodd på denne oppgaven, og at jeg skulle få den ferdig. Dine konstruktive og gode tilbakemeldinger har gjort at jeg stadig vekk har kunnet komme videre, selv om det har sett mørkt ut.



# **Del I**

## **Introduksjon**



# Kapittel 1

## Formål med oppgaven

Denne oppgaven har fokus på de utfordringer som kan oppstå når man skal implementere standardiserte pasientforløp i en sykehusavdeling. Jeg ønsker i mitt prosjekt å gå dypere inn i, å se på årsakene til, at implementering viser seg å være utfordrende å gjennomføre i praksis, selv om det finnes gode verktøy for dette.

Gjennom et strukturert litteratursøk, har jeg identifisert flere faktorer som er av betydning for god implementering av standardiserte pasientforløp. Dette danner bakgrunn og fundament for å utføre et flercasestudie. Målet med casestudien er å kartlegge om noen av de samme faktorene også gjør seg gjeldende på St. Olavs Hospital, og viktigheten av dem sett i sammenheng med graden av implementering.

Formålet med prosjektet, er å oppnå økt kunnskap om hvordan man best mulig kan lede en organisasjon i en hverdag preget av stadige krav om endringer og forbedringer, og at mine funn også kan brukes i det videre kvalitetsarbeidet på St. Olavs Hospital. For å avdekke de utfordringene en står overfor, må man ha en forståelse for de mekanismer som har betydning for styring av en organisasjon slik et stort sykehus som St. Olavs Hospital er.

Min interesse for temaet, kommer fra min hverdag som avdelingssjef ved Avdeling for ryggmargsskader ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Avdelingen er en av tre avdelinger i Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering.

Klinikken har utarbeidet flere standardiserte pasientforløp de siste årene, men det oppleves stadig at det kan være utfordringer med selve implementeringen og gjennomføringen av de endringer som er blitt vedtatt innført.

Avdeling for ryggmargsskaders standardiserte pasientforløp kan beskrives som komplekse. Med dette menes at behandlingen som er beskrevet, krever samhandling innad på sykehuset

mellom avdelinger, samt samhandling utad med for eksempel 1. linjetjenesten.

Mye av litteraturen som omhandler standardiserte pasientforløp, beskriver ikke de komplekse forløpene. Man kan tenke seg at det vil er mer utfordrende å implementere komplekse standardiserte pasientforløp enn å implementere pasientforløp som beskriver enklere prosesser.

Min problemformulering er følgende:

*Hva kan årsakene være til at implementering av standardiserte pasientforløp kan være utfordrende i en sykehusavdeling?*

Jeg har definert to forskningsspørsmål som kan gjøre det lettere å svare på min problemformulering:

*FS<sub>1</sub>* Hvilke organisatoriske kriterier er viktige for å lykkes med implementering av standardiserte pasientforløp?

*FS<sub>2</sub>* Er det noen kriterier som er spesielt viktige, i de pasientforløp som omhandler pasienter med behov for samhandling på tvers av avdelinger, og utad med andre organisasjoner?



# Kapittel 2

## Bakgrunn

### 2.1 Standardiserte pasientforløp som kvalitetsforbedring

Sykehussektoren er som alle andre offentlige sektorer, underlagt krav om hele tiden å forbedre seg for å levere best mulig resultat. Det gjelder ikke bare i kroner og ører, men tjenestene som leveres skal være av god kvalitet, være virkningsfulle og trygge for pasientene.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten beskriver hva kvalitet og kvalitetsbegrepet betyr i denne sammenheng [Helsedirektoratet, 2005a]. For sosial- og helsetjenesten innebærer god kvalitet at tjenestene:

- Er virkningsfulle,
- Er trygge og sikre,
- Involverer brukere og gir dem innflytelse,
- Er samordnet og preget av kontinuitet,
- Utnytter ressursene på en god måte, og
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

I strategi 2020 for Helse Midt-Norge som ble vedtatt i 2010, pekes det på fire hovedutfordringer for spesialisthelsetjenesten i årene framover: *i)* befolkningens sammensetning og behov endres; *ii)* krav til dokumentert kvalitet; *iii)* ansatte i helsesektoren blir en knapphetsfaktor; og *iv)* økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten [Helse Midt-Norge, 2010].

Med dette som bakgrunn, har styret for Helse Midt-Norge valgt å formulere fem mål som skal være retningsgivende for styringen framover. Disse fem mål er: *i)* styrket innsats for de store pasientgruppene; *ii)* kunnskapsbasert pasientbehandling; *iii)* en organisering som underbygger gode pasientforløp; *iv)* rett kompetanse på rett sted, til rett tid og robuste fagmiljøer; og *v)* bærekraftig økonomi.

Innføring av standardiserte pasientforløp har vært, og er en del av St. Olavs Hospitals forbedringsprogram 2014-2016 [St. Olavs Hospital, 2014b]. Dette er selve navet i kvalitetsforbedringsarbeidet ved sykehuset. Standardiserte pasientforløp er redskapet som skal brukes for å kunne utvikle, implementere, lede og måle kvaliteten på behandlingen som gis. Innføring av standardiserte pasientforløp, fordrer også innføring av et godt og moderne IKT-verktøy.

I St. Olavs Hospitals strategidokument gjeldene for 2015-2018 beskrives visjonen om at behandlingen som befolkningen i Midt-Norge blir tilbudt, skal være av fremragende karakter. Med det menes at pasientene skal få den beste anbefalte behandlingen, og at behandlingen skal utføres av ansatte som er faglige kompetente, og som er svært kvalitets- og sikkerhetsbevisste. Forskning og vitenskapelig dokumentasjon skal legge føringer for all behandling. St. Olavs Hospitals hovedstrategier på kvalitetsforbedring er: *Kvalitetsforbedring gjennom et integrert universitetssykehus, gjennom standardiserte pasientforløp og gjennom en optimal ressursbruk* [St. Olavs Hospital, 2015, s. 2].

I Forbedringsprogram 2016, beskrives de prioriterte tiltakene for å nå de satsninger de har satt seg. Fremragende behandling krever at det legges til rette for at hele organisasjonen kan ha fokus på kontinuerlig forbedring. For å få dette til, har sykehuset fokusert på å bygge kompetanse i forbedringsarbeid [St. Olavs Hospital, 2016]. Sykehusets satsning på implementering av standardiserte pasientforløp henger sammen med den ønskede satsningen på pasientsikkerhet. Ved å bygge opp kompetanse i forbedringsarbeid, er målet å nå visjonen om «fremragende behandling» [Blokkum, 2015].

St. Olavs Hospital og Helse Midt-Norge har stort fokus på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. De har i de siste årene lagt ned store ressurser på å innføre dette som et av premissene for god pasientbehandling. Ved et styrket fokus på pasientsikkerhet, skapes det ”*gode og trygge tjenester for våre pasienter og brukere*” [St. Olavs Hospital, 2016, s. 2]. Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender*, skal bidra til å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten [Helsedirektoratet, 2014]. Et viktig premiss for å lykkes med dette, har vært god undervisning til lederne og god lederinvolvering i hele prosessen [Blokkum, 2015].

Det er utviklet en felles metodikk for Helse Midt-Norge som er førende for all utvikling av standardiserte pasientforløp. Et slikt felles fokus vil "... gi kunnskapsbasert og likeverdig praksis, samt kortere ventetider innen diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter." [St. Olavs Hospital, 2016, s. 2].

Definisjonen på standardiserte pasientforløp bygger på definisjonen fra European Pathway Association (EPA). Viktige momenter i definisjonen fra EPA er: [St. Olavs Hospital, 2014a]

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

Som metode ble pasientforløp først tatt i bruk i USA i 1980 årene, og kom som en respons på innføring av Diagnoserelaterte Grupper (DRG-systemet) og behovet for å redusere kostnadene i helsevesenet. "*(DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. DRG prøver å håndtere en kompleks virkelighet, hvor pasienter har tusenvis av ulike diagnoser og like mange ulike behandlinger. Alle pasienter kan klassifiseres ved dette systemet. I stedet for antall opphold, brukes antall DRG-poeng som aktivitetsmål. DRG gir en oversiktlig beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene. Systemet gjør det også mulig å sammenligne sykehus, selv om disse skulle behandle helt ulike pasienter*"<sup>1</sup>.

I England ble metodikken standardiserte pasientforløp innført tidlig på 1990-tallet. Det skulle være et verktøy for utforming av behandlingsprosesser, implementering av klinisk nettverksstyring, strømlinjeformede tjenestene og forbedre helsetjenesten. I tillegg skulle den sikre at helse-tjenestene som ble gitt, var basert på gjeldene forskning, det man kaller *Best Practice*.

Som universitetssykehus har St. Olavs Hospital i oppgave å utforme og implementere standardiserte pasientforløp, ikke bare innad på sykehuset, men også sammen med kommunehelsetjenesten og de andre sykehusene i regionen. Dette på bakgrunn av det overordnede målet om en helhetlig helsetjeneste hvor pasienter og pårørende skal oppleve at alle nivåer i helsetjenesten samarbeider godt både innad og på tvers av nivåer og etater. Et godt samarbeid på tvers av nivåer, er et mål for Samhandlingsreformen [Helse- og omsorgsdepartementet, 2012].

<sup>1</sup><https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/drg-systemet>

## 2.2 Rammer for driften av helsevesenet

Innenfor helsevesenet er det mange gitte rammer som er styrende for driften, blant annet:

**Norsk lov** Spesialisthelsetjenesteloven [Helse- og omsorgsdepartementet, 2001b], Pasient- og brukerrettighetsloven [Helse- og omsorgsdepartementet, 2001a], og Helse- og omsorgstjenesteloven [Helse- og omsorgsdepartementet, 2016];

**Departementers- og stortingets føringer og veiledninger** Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten [Helse- og omsorgsdepartementet, 2013], Stortingsmeld. 10, (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester [Helse- og omsorgsdepartementet, 2013], Samhandlingsreformen av 2012 [Helse- og omsorgsdepartementet, 2012], Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7 - strategi 2014-2018 [Helsedirektoratet, 2014], Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) [Helse- og omsorgsdepartementet, 2015];

**Sentrale og lokale føringer (helseforetak, sykehus, etc.)** Nasjonal strategi for kvalitet i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) [Helsedirektoratet, 2005b], Strategi 2020 Helse Midt Norge [Helse Midt-Norge, 2010], Forbedringsprogrammet 2014-2016 St. Olavs Hospital [St. Olavs Hospital, 2014b], Strategi for St. Olavs Hospital Forbedringsprogram 2016 [St. Olavs Hospital, 2016], Styringskrav og rammer 2016 for St. Olavs Hospital [Helse Midt-Norge, 2016];

**Annet** Notat fra Kunnskapssenteret 2013, En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeid [Kunnskapssenteret, 2013].

## 2.3 Metodikk for standardiserte pasientforløp

Metodikken for standardiserte pasientforløp er beskrevet i *Regional metodikk for Standardiserte pasientforløp* [Regionalt Senter for Helsetjenesteutvikling, 2016]. Det består av en fase for planlegging og utvikling, og en fase for høring og godkjenning før man bruke forløpet. I planleggingsfasen skal pasientforløpet defineres, det skal formuleres mål og det skal lages en framdriftsplan. Det skal forut for denne jobben være gjennomført et 0-møte. I dette møte gjennomgås metodikken samt klargjøring av forløpsansvarliges rolle og ansvar i prosessen. I fasen

for utvikling er det viktig at nåsituasjonen blir kartlagt, forbedringsområder definert, gjennomgang og revidering av retningslinjer og prosedyrer må gjøres.

Det er viktig å kartlegge eventuelle problemområder og flaskehalsen som man ønsker å sette fokus på og forbedre i et standardisert pasientforløp. Når dette er gjennomført, kan man begynne å beskrive det nye forløpet. Når forløpet er beskrevet, skal det sendes på høring til relevante instanser, eksempelvis brukergrupper og representanter for kommunene. Når høring er gjennomført, skal forløpet godkjennes av klinikkens sjef. Først da er det standardiserte pasientforløpet klar til å bli tatt i bruk som et arbeidsverktøy.

Forløpsansvarlig og forløpsveileder har en svært viktig rolle i hele denne prosessen. Det er i metodikken beskrevet at *implementering er en kritisk suksessfaktor og må tillegges stor vekt* [Regionalt Senter for Helsetjenesteutvikling, 2016, s. 8]. Det er leders og forløpsansvarliges oppgave og ansvar å sørge for at forløpene etterleveres.

## 2.4 Eksempel på et standardisert pasientforløp

For å gi et eksempel på oppbygging og hva som ligger i et standardisert pasientforløp, velger jeg å vise et eksempel fra min egen arbeidsplass. Pasientforløpet ble laget for noen år siden og er, etter noen runder med revisjon, blitt et standardisert pasientforløp som ligger til grunn for vår behandling av denne pasientgruppen. Om pasientforløpet er fullstendig implementert i hele organisasjonen, er det fremdeles noe uenighet om.

Avdeling for ryggmargsskader er en avdeling som gir et tilbud om spesialisert rehabilitering til personer som har pådratt seg en ryggmargsskade.

Det er tre avdelinger i Norge som gir et spesialisert rehabiliteringstilbud til denne pasientgruppen. Disse har alle regionansvar og deler Norge mellom seg når det gjelder nedslagsfelt. De tre avdelingene er: Sunnaas sykehus som dekker Østlandet, Haukeland universitetssykehus som dekker Vestlandet, og St. Olavs Hospital som dekker Midt- og Nord Norge.

Pasienter som har pådratt seg en ryggmargsskade, har behov for langvarig spesialisert rehabilitering. De er ofte innlagt på avdelingen i mellom tre og seks måneder, avhengig av skadens art og omfang. Mange pasienter har behov for koordinerte tjenester fra det kommunale hjelpeapparatet etter utskrivning, og ofte er dette et behov som vil vedvare resten av pasientenes liv.

Avdeling for ryggmargsskader skiller seg fra de andre avdelingene på St. Olavs Hospital blant annet ved oppholdslengde. Gjennomsnittlig oppholdslengde på sykehuset er per i dag i

2016, 5-6 dager. Dette til stor forskjell fra en rehabiliteringsavdeling med opphold på opptil 6 måneder. Kravet om kortere oppholdstid gjelder hos alle klinikker og har ført til et behov for tydelige arbeidslinjer og fokus på effektiv drift.

Selve rammeverket for alle pasientforløp ved St. Olavs Hospital er det samme, slik at det skal være enkelt å forstå og å bruke. De utviklede standardiserte pasientforløpene er beskrevet i St. Olavs digitale kvalitetsverktøy EQS. Kvalitetsverktøyet er et nettbasert verktøy som gir mulighet til å kunne slå opp hvor man er i prosessen, og også kunne se hva de forskjellige delene av prosessen består av.

Standardiserte pasientforløp er en prosessbeskrivelse av hvilken behandling en spesiell pasientgruppe skal få, og skal være bygget på kunnskapsbasert praksis, såkalt *best practice*. Alle har tilgang til beskrivelsene av pasientforløpene ved å gå inn på nettsiden til sykehuset<sup>2</sup>.

## Standardisert pasientforløp: Primærrehabilitering paraplegi



Figur 2.1: Hovedforløp for primærrehabilitering paraplegi

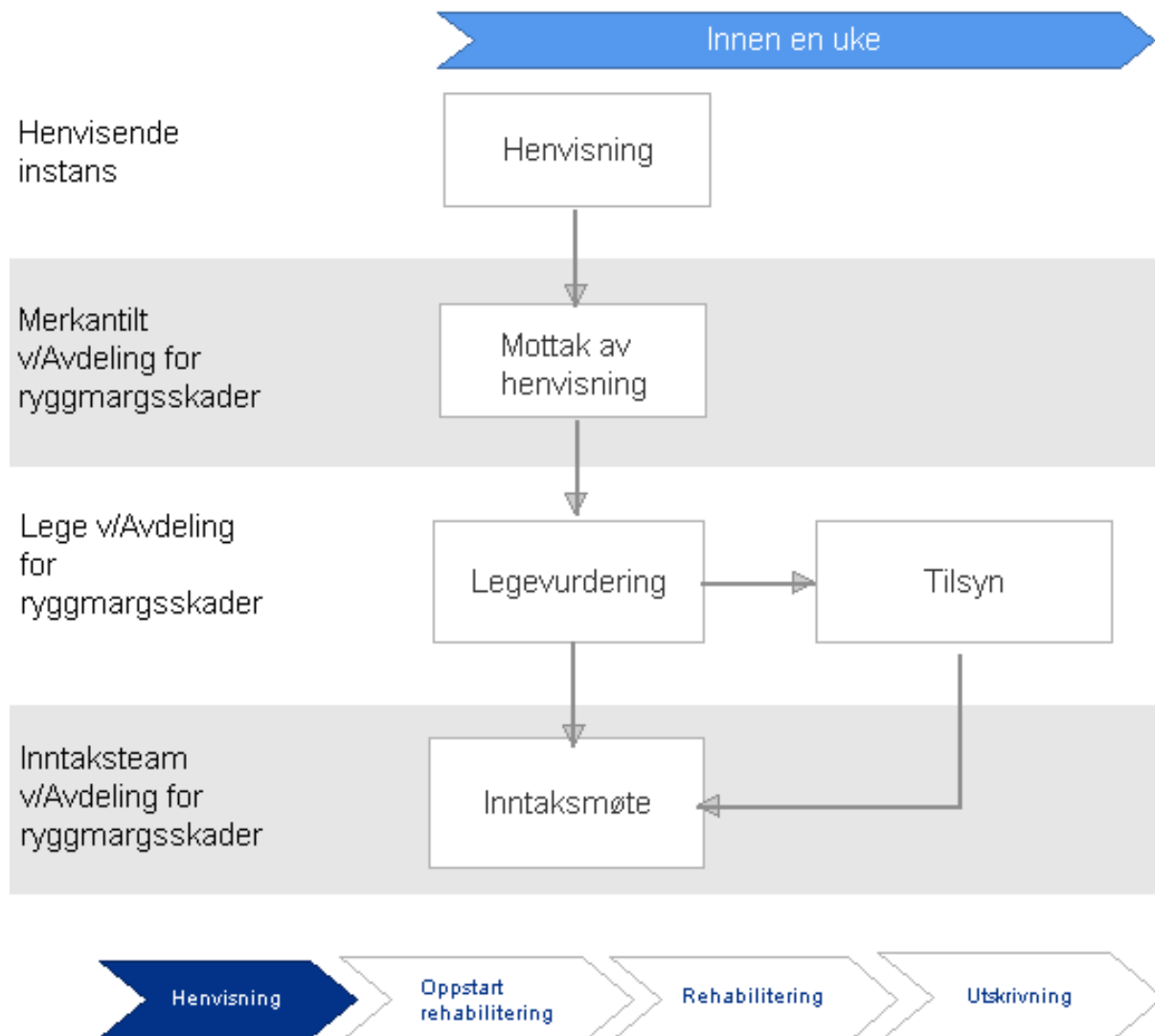
Eksempel på et av de standardiserte pasientforløpene som er laget ved Avdeling for ryggmargsskader er: *primærrehabilitering paraplegi*. Paraplegi er betegnelse på en skade i ryggmargen som forårsaker lammelser i ulik grad av overkropp og ben avhengig av skadens omfang og nivå. Funksjonen i armene er intakt hos disse pasientene.

Figur 2.1 viser oversikten over hovedforløpet for primærrehabilitering paraplegi, som også er det første bildet man får frem når man klikker seg inn på beskrivelsen av pasientforløpet.

Pilene beskriver hva som skal skje fra pasienten henvises til avdelingen, til pasienten blir

<sup>2</sup>[www.stolav.no](http://www.stolav.no)

utskrevet. Ved å klikke på de forskjellige pilene, kommer man til nye faneblad som igjen beskriver hva som vil skje i de forskjellige fasene. De blå boksene under kan også klikkes på og relevant informasjon om de forskjellige temaene blir tilgjengelig.



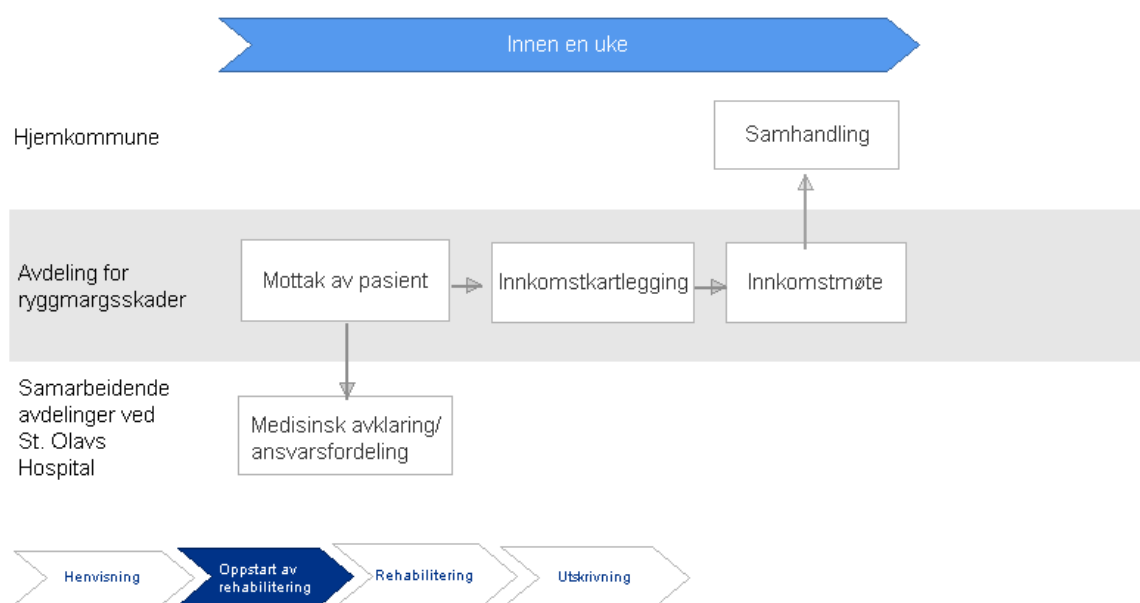
Figur 2.2: Henvisningsfasen for primærrehabilitering paraplegi

Ved å klikke på den første pilen "Henvisning" i hovedforløpet, kommer man til neste faneblad (se figur 2.2). Ved å klikke på de enkelte boksene, får man informasjon om hva som skal foregå i denne fasen.

En pasient fra Helseregion Midt og Nord som pådrar seg en paraplegi, vil først bli innlagt på en ortopedisk avdeling eller en intensivavdeling. Det blir i løpet av få dager sendt henvisning til avdelingen om pasienten og at denne vil ha behov for spesialisert rehabilitering ved Avdeling for ryggmargsskader.

Merkantilt personale mottar henvisningen og registrerer denne. Henvisningen blir så lagt til en av avdelingens leger til vurdering. Hvis pasienten ligger på St. Olavs Hospital, drar lege og eventuelt annet personale på tilsyn ved denne avdelingen. Dette for å danne seg et bilde av skadens omfang, sette i gang samarbeid rundt pasienten og planlegge overflytting til avdelingen. Avdelingen har tett telefonisk kontakt med helsepersonell når det gjelder planlegging og overflytting av pasienter som ligger ved andre sykehus i Helseregion Midt og Nord.

En gang i uken har avdelingen inntaksmøte. Her gjennomgås alle henvisninger og det bestemmes når pasientene kan overflyttes til avdelingen.



Figur 2.3: Startfasen for primærrehabilitering paraplegi

Ved å klikke på pila "oppstart rehabilitering", ligger det et faneblad som beskriver hva som skal skje den første uken pasienten er innlagt ved avdelingen (se figur 2.3).

Når pasienten kommer til avdelingen, blir han mottatt av lege og sykepleier. Pasienten får møte et tverrfaglig team som skal følge han under hele oppholdet.

I løpet av de første dagene blir pasientens funksjon kartlagt. Dette gjøres av de forskjellige yrkesgruppene i teamet. Innen den første uken avholdes et innkommstmøte med pasient, eventuelt pårørende og det tverrfaglige teamet. På møtet gjennomgås bakgrunnen for hvorfor pasienten er innlagt, informasjon om hva som kjennetegner en ryggmargsskade, gjennomgang av de enkelte yrkesgrupper i teamet og hva de kan bidra med.

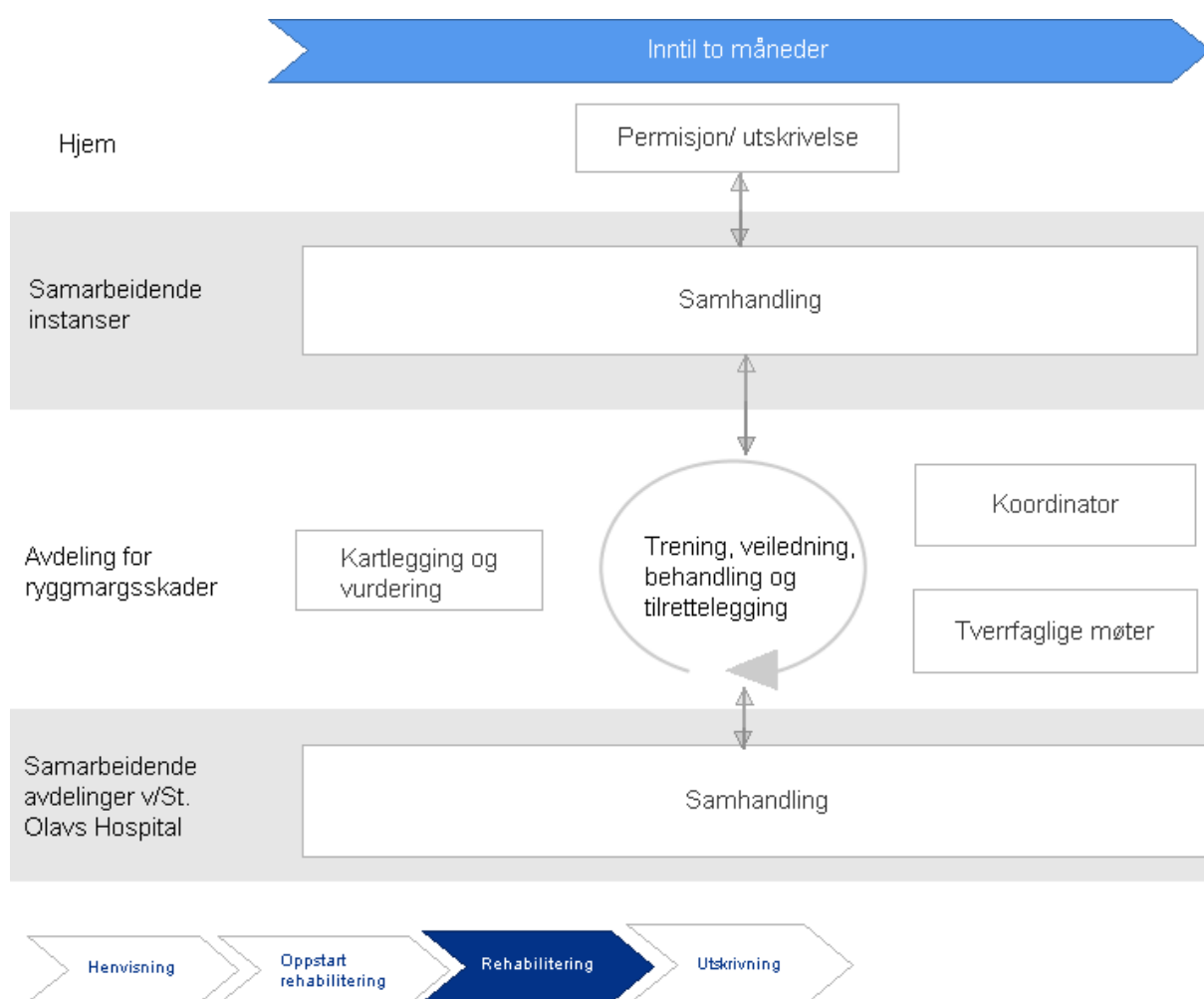
Pasienten får allerede før han blir innlagt ved avdelingen en pasientkoordinator. Dette er



en person fra det tverrfaglige teamet som har som spesiell oppgave å være den som har det overordnede ansvaret for rehabiliteringsprosessen sammen med pasienten og resten av teamet.

Under innkommstmøtet starter arbeidet med å utarbeide en rehabiliteringsplan. Dette er pasientens plan hvor kortsiktige og langsiktige mål skisseres, samt tiltak for å nå målene. Planen følger pasienten under hele oppholdet og endres underveis når mål er nådd og nye mål blir satt.

Etter innkommstmøtet tas det etter pasientens samtykke, kontakt med det kommunale hjelpeapparatet for på et tidlig tidspunkt å starte et samarbeid og planlegge hva som skal skje når pasienten skal hjem. Det er viktig å starte prosessen tidlig, da det ofte er mye som må på plass for at en pasient kan flytte hjem.



Figur 2.4: Rehabiliteringsfasen for primærrehabilitering paraplegi

Ved å trykke på pilen ”rehabilitering”, kommer man til det fanebladet som beskriver hva som skjer under selve rehabiliteringsoppholdet (se figur 2.4).

I denne perioden jobbes det med at pasienten skal få et så høyt funksjonsnivå som mulig.

Pasienten jobber etter rehabiliteringsplanen for å nå sine mål med god hjelp og støtte av det tverrfaglige teamet. Det vil underveis være behov for nye kartlegginger og vurderinger for å kunne følge med pasientens utvikling.

Det avholdes tverrfaglige planmøter sammen med pasienten hver tredje uke hvor rehabiliteringsplanen tas opp og mål og tiltak evalueres. Det holdes kontinuerlig kontakt med pasientens hjemkommune og hjelpeapparat for planlegging av utskriving. De fleste pasientene drar på en lengre permisjon for å prøve seg hjemme før de utskrives for godt.

Relevante eksterne samarbeidspartnere i rehabiliteringsperioden er skole/jobb, NAV, Hjelpemiddelsentral, etc.

Under oppholdet ved avdelingen kan pasienten ha behov for tjenester fra andre avdelinger. Dette koordineres via interne henvisninger.

Ved å klikke på ”trening, veiledning, behandling og tilrettelegging” i midten av fanebladet, kommer man til et nytt faneblad (se figur 2.5).

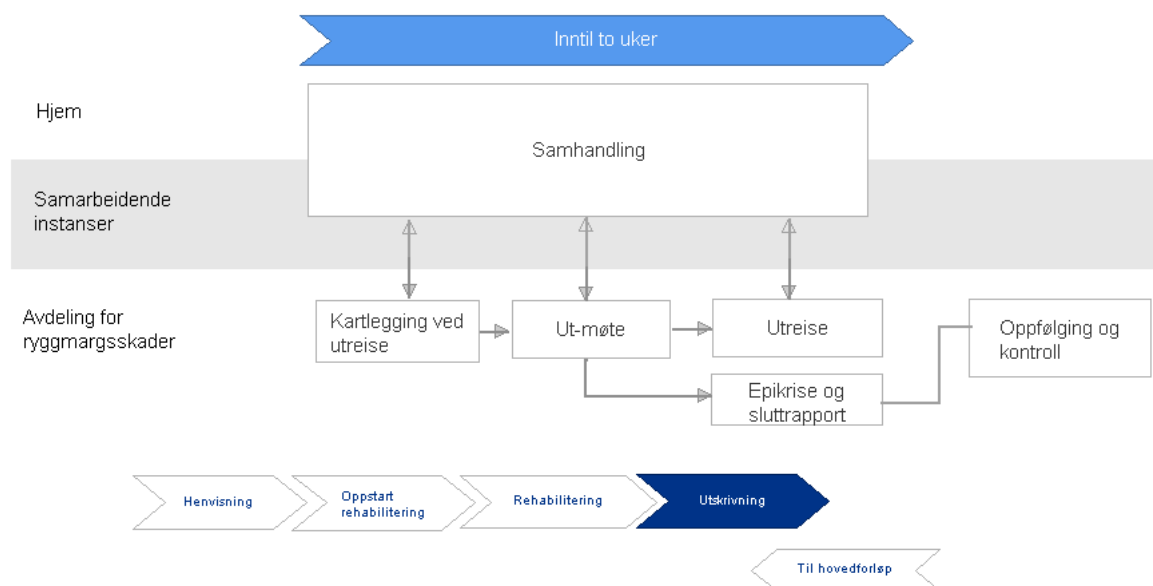


Figur 2.5: Detaljer om rehabiliteringsfasen for primærrehabilitering paraplegi

I dette fanebladet har hver yrkesgruppe beskrevet sine oppgaver. Her ligger også annen relevant informasjon fra de enkelte yrkesgruppene.

Det siste fanebladet (se figur 2.6) beskriver de siste dagene av pasientens opphold i avdelingen og hva som skal skje når pasienten utskrives.

De forskjellige yrkesgruppene kartlegger igjen pasienten og hans funksjonsnivå. Dette, samt all dokumentasjon gjort underveis i oppholdet, danner grunnlaget for epikrisen eller sluttrapportene som blir skrevet. Rapportene blir sendt til pasientens fastlege, samt andre relevante instanser, eksempelvis fysioterapeut og ergoterapeut i kommunen.



Figur 2.6: Utskrivningsfasen for primærrehabilitering paraplegi

Det kommunale hjelpeapparatet er godt forberedt når pasienten kommer hjem på grunn av den kontinuerlige kontakten som har vært underveis. Ofte har representanter fra den kommunale hjemmetjenesten, samt fysioterapeut og ergoterapeut vært på hospitering ved avdelingen og møtt pasienten før utskrivelsen.

Noe av det siste som blir gjort før pasienten reiser, er at han har en utskrivningssamtale med legen. De aller fleste pasienter med en paraplegitilstand reiser direkte hjem til egen bolig med et relativt godt funksjonsnivå, selv om flere vil måtte ha behov for noe hjelp.

Mange pasienter vil, etter en periode hjemme, få tilbud om et rehabiliteringsopphold på en annen institusjon. Ofte er dette Catosenteret i Son, eller Helsesportsentrene Beitostølen og Valnesfjord.

Avdeling for ryggmargsskader har et livslangt oppfølgingsansvar for pasientene, og det anbefales at pasientene via sin fastlege, blir henvist til avdelingen etter noen tid for oppfølging.

Som vist i denne beskrivelsen, er det mye som skjer og mye som skal koordineres under et rehabiliteringsopphold. Man er derfor avhengig av et godt samarbeid innad i det tverrfaglige teamet, mellom avdelingene på sykehuset og ikke minst utad, med blant annet kommunehelse-tjenesten. Utfordringer oppstår når det glipper i et eller flere av leddene. Årsaker til glipp kan være mange og noe jeg blant annet ønsker å se mer på i denne oppgaven.



# Kapittel 3

## Strukturert litteratursøk for å finne kunnskapsstatus

Det er opp gjennom årene blitt utført mange studier hvor kriterier for å lykkes med implementering av pasientforløp har vært i fokus. For å kunne ha en god bakgrunn for videre besvarelse av min problemformulering og mine forskningsspørsmål, må jeg se på dagens kunnskapsstatus. Jeg velger å benytte meg av et strukturert litteratursøk (SLR – *Structural Literature Review*) til dette arbeidet.

Et strukturert litteratursøk er en systematisk tilnærming for å innhente relevant litteratur. Dette er en formell måte å sammenfatte tilgjengelig informasjon fra primærkildene og som er relevante for forskningsspørsmålene man har definert [Kofod-Petersen, 2014].

En SLR garanterer ikke at man finner all litteratur på området, men den garanterer at den litteraturen man finner, er relevant. I tillegg er det slik at siden man bruker en formell metode for søk som er etterprøvable, så blir de konklusjonene man trekker til slutt også valide.

De viktigste fasene i SLR-metoden er følgende: Planlegging, utføring og rapportering. Hver av disse fasene er inndelt i forskjellige steg.

De følgende steg og de fasene som er relevante for mitt arbeid er (for en komplett liste, se Kofod-Petersen [2014]):

### **Fase 1 :** Planlegging

#### 1. Spesifisere forskningsspørsmål

For å gjøre et godt litteratursøk, er det viktig å ha et velspesifisert forskningsspørsmål. Dette for å kunne finne de mest relevante artiklene.

## 2. Designe protokollen

Protokollen er svært viktig da den forklarer steg for steg hvordan søket gjennomføres og derfor vil det også være mulig å reprodusere.

### Fase 2 : Utføring

#### 1. Finne artikler

Målet her er å finne de mest relevante artiklene som passer til forskningsspørsmålet. Det er viktig å definere gode søkeord. Søkeordne kan benyttes hver for seg eller de kan kobles sammen for et mer spesifikt søk. Det er viktig å beskrive hvilke søkemotorer man benytter og hvorfor.

#### 2. Velge primærstudier

Ved litteratursøk kan man ende opp med et uttall av artikler som blir vanskelig å sortere og gjennomgå. Et godt prinsipp er å velge kun primærstudier. Man vil ofte finne studier publisert og sitert gjennom flere kanaler, slik at det er viktig å luke ut duplikater. For å begrense antall treff, kan det også være smart å definere et årstall, og kun søke etter artikler som er utgitt etter dette spesifikke årstallet.

#### 3. Utføre en kvalitetsvurdering av studiene

En god kvalitetsvurdering av studiene i litteratursøket, vil hindre at artikler som ikke er relevante vil komme igjennom til slutt. Man må beskrive hvilke inklusjonskriterier og kvalitetskriterier man velger å bruke for å sortere i søket.

#### 4. Finne hovedbudskapet i studiene

Når man har sortert og kommet fram til de artikler som skal gjennomgås, må man finne hovedbudskapet i hver artikkel. De som finnes relevante for forskningsspørsmålet, vil være de artiklene som danner kunnskapsstaus på feltet.

#### 5. Sammenskriving av funnene

Funnene i de gjenværende artiklene må sees i sammenheng med hverandre og sammen danner de kunnskapssatus.

Det strukturerte litteratursøket tar utgangspunkt i to artikler som er sentrale for å forstå bakgrunn for standardiserte pasientforløp. Disse to artikler er:

- *Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcome, length of stay and hospital costs (review)* [Rotter et al., 2010].

- *An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions* [Vanhaecht et al., 2010].

Rotter et al. [2010] gjorde et systematisk søk etter studier som var gjort på standardiserte pasientforløp i sykehus og effekten av disse. De fant relevante studier fra flere land, men flest fra USA.

Flere studier sammenlignet effekten av standardiserte pasientforløp med ordinær behandling. Det ble i studiene funnet resultater på bedret journalføring og reduksjon i antall komplikasjoner. De fant ikke forskjell når det gjaldt antall reinnleggelser eller dødelighet. I tillegg viste flere studier signifikant redusert liggetid samt at det også i flere studier ble funnet at sykehuskostnadene ble redusert på bakgrunn av innføring av standardiserte pasientforløp.

Vanhaecht et al. [2010] beskriver i sin oversiktsartikkel at standardiserte pasientforløp er en metode for kontinuerlig kvalitetsforbedring i helsevesenet. Pasientforløp blir implementert som metode verden rundt og målet med dette er å effektivisere samtidig som man opprettholder eller forbedrer kvaliteten.

For å forbedre dagens praksis, er man avhengig av at hele det multidisiplinære teamet er med allerede fra starten av. Vanhaecht et al. poengterer viktigheten ved at alle profesjoner må være med i utarbeidelsen. Godt teamarbeid er en av de viktigste faktorene i utvikling av pasientforløp. Samarbeid, samhandling og koordinering er noe av det viktigste for at team skal fungere.

For å lykkes med utvikling og implementering er det viktig å sette av god tid. Det er viktig å bruke tid på gjennomgangen av forskning slik at man blir oppdatert på hva som er gjeldende *Best Practice*. For å oppnå det beste resultatet må man heller ikke glemme teammedlemmenes og pasientenes egne erfaringer.

Vanhaecht et al. poengterer viktigheten med å definere gode måleindikatorer på forhånd hvis man skal lykkes med implementeringen. Evidensbaserte indikatorer må inngå i forløpene.

Når først forløpene er implementert er det særdeles viktig å sette av tid til jevnlig revidering, slik at de til en hver tid er oppdaterte. Hvis man ikke bruker tid på revideringen, er det stor sannsynlighet for at forløpene ikke vil bli brukt.

Med disse to artikler og min bakgrunnskunnskap som utgangspunkt, går jeg i gang med mitt strukturerte litteratursøk.

## 3.1 Gjennomføringen av det strukturerte litteratursøket

### 3.1.1 Fase 1 – Planlegging

Jeg har benyttet meg av følgende søkeord: Standardiserte pasientforløp, pasientforløp, pakkeforløp, behandlingslinjer, critical pathway, clinical pathway, integrated care pathway, care pathway, implementering, implementation, gjennomføring.

Tabell 3.1: Systematisering av søkeord

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
<b>Term 1</b>	Pasientforløp	Standardiserte pasientforløp	Pakkeforløp	Behandlingslinjer
<b>Term 2</b>	Implementering	Gjennomføring		
<b>Term 3</b>	Critical pathway	Clinical pathway	Integrated care pathway	Care pathway
<b>Term 4</b>	Implementation			

Tabell 3.1 beskriver søkeordene og hvordan de er organisert. De søkeuttrykk som brukes er:

**Norsk:** (Pasientforløp ∨ Standardiserte pasientforløp ∨ Pakkeforløp ∨ Behandlingslinjer) ∧  
(Implementering ∨ Gjennomføring)

**Engelsk:** (Critical pathway ∨ Clinical pathway ∨ Integrated care pathway ∨ Care pathway) ∧  
Implementation

Relevante søkedatabaser jeg har benyttet meg av: Bibsys, Google Scholar, Brage.

Dato for søk: 02.04.15

Jeg har laget en protokoll som beskrives i sin helhet i vedlegg A.

### 3.1.2 Fase 2 – Utføring

**Finne artikler** Tabell 3.1 viser hvordan jeg har systematisert søkeordene, og hvordan de kan kobles sammen.

Jeg har besluttet å begrense søket til kun å gjelde tittel, da de artikler som vil være relevante, høyst sannsynlig også vil ha de relevante ordene i tittelen.



**Inklusjons- og kvalitetskriterier** Ved å sette tydelige inklusjonskriterier, har jeg mulighet til å filtrere søket, slik at jeg kan sortere ut de studiene og artiklene som ikke er tematisk relevante for oppgaven. Tabell 3.2 viser hvilke inklusjonskriterier og hvilke kvalitetskriterier jeg har valgt. Om artiklene er relevante i forhold til kvalitetskriterium 1 og 2, kan jeg finne ut av ved å lese abstractene. I abstractene må man forvente at det står beskrevet både mål for studien og hvilke metoder som er brukt for å komme fram til konklusjonen. Kvalitetskriterium 3 og 4 kan jeg forvente å finne svar på ved å gjennomgå hele artikkelen.

Tabell 3.2: Inklusjons- og kvalitetskriterier

Kriterium ID	Kriterium
<b>IK1</b>	Implementering av standardiserte pasientforløp
<b>IK2</b>	Originalstudier/artikler
<b>IK3</b>	Ikke eldre enn fra 2005
<b>IK4</b>	Må være på norsk eller engelsk
<b>IK5</b>	Tilstrekkelige referanser i søkemotorene
<b>IK6</b>	Ikke diagnosespesifikke studier
<b>KK1</b>	Målet for studien er klart formulert
<b>KK2</b>	Studiets metode er klart formulert
<b>KK3</b>	Studiet er tydelig plassert i forskningsfeltet
<b>KK4</b>	Resultatene i studien er godt analysert

Når jeg har fått lest abstractene, sitter jeg igjen med et antall artikler som skal gjennomgås. De som etter gjennomgangen blir vurdert å være relevante i henhold til KK3 og KK4, vil være de artiklene som danner grunnlaget for kunnskapsstatus. Ved å benytte et strukturert litteratursøk, greier jeg å sikre meg relevant litteratur med god kvalitet, i motsetning til mer tilfeldige søk i de forskjellige databasene.

## 3.2 Resultat av det strukturerte litteratursøket

Det strukturerte litteratursøket resulterte i 11 artikler (se tabell 3.3). Kunnskapsstatus er derfor syntesen av disse 11 gjenværende artikler, samt de to tidligere nevnte artikler. De 11 gjenvæ-

Tabell 3.3: Gjenværende artikler som danner kunnskapsstatus

<b>Tittel</b>	<b>Sum</b>	<b>Referanse</b>
Kan man se ledelsesmessige og organisatoriske fellestrekk ved pasientforløp som har blitt effektivt redesignet?	4	[Andersen, 2009]
Factors affecting the implementation process of clinical pathways: A mixed method study within the context of Swedish intensive care	4	[Bjurling-Sjöberg et al., 2015]
Implementation of a Clinical Pathway: A Prospective Case Study	4	[Bor, 2011]
Prosessledelse og standardiserte pasientforløp: en kvalitativ casestudie av to norske sykehus	4	[Hermansen og Salthaug, 2014]
Healthcare professionals' experiences of the implementation of integrated care pathways	4	[Hogan et al., 2011]
Organisatoriske innovasjoner i helsesektoren: prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert praksis og behandlingslinjer	4	[Ramsdal og Ramsdal, 2007]
Prosesstenkning – utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer	4	[Ramsdal og Fineide, 2014]
Behandlingslinjer – kvalitetsløft for hvem: utvikling og bruk av behandlingslinjer i Sykehuset Østfold	4	[Sletvold og Finnanger, 2006]
Behandlingslinjer i et translasjonsperspektiv	4	[Sundstøl, 2008]
Kunnskapsdeling og kunnskapsforståelse – En studie av standardiserte pasientforløps innvirkning på sykepleierens arbeidshverdag	3,5	[Berg, 2010]
Å samhandle om samhandling: Etablering av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten	3	[Neverdal og Rystad, 2014]

rende artikler må ses i sammenheng med hverandre. De studier og artikler som danner min kunnskapsstatus omhandler blant annet kriterier som har en positiv innflytelse, altså kriterier som forfatterne mener må være til stede for at implementeringen skal lykkes (se tabell 3.4). De omhandler også kriterier som har en negativ innflytelse, altså kriterier som er direkte årsak til at implementering av pasientforløp ikke lykkes (se tabell 3.5).

Som man kan se av tabell 3.4 og 3.5, er det flere kriterier forfatterne er enige om er viktige for å lykkes, eller som er årsaker til at man ikke lykkes i implementering av pasientforløp. Hvert kriterium gjennomgås og sammenfattes for å få en oversikt over hva de enkelte har kommet fram til, samt at de blir sett i forhold til hverandre.

### 3.2.1 Positive kriterier

**Lederforankring** Ved innføring av en hver ny prosess i en organisasjon, er det viktig med god lederforankring. Når det gjelder innføring av standardiserte pasientforløp, beskriver flere studier betydningen av at både den overordnede administrative ledelsen og den kliniske ledelsen er engasjert [Andersen, 2009; Bor, 2011; Hermansen og Salthaug, 2014; Hogan et al., 2011; Sletvold og Finnanger, 2006; Bjurling-Sjöberg et al., 2015]. Ledelsens engasjement vil være med å sikre medarbeidernes engasjement. Ledelsens oppgave er å holde tråden og etterspørre resultater. Dårlig lederforankring kan gjenspeiles i vanskeligheter med implementeringen [Andersen, 2009].

Innføring av standardiserte pasientforløp krever en kulturendring som må initieres og ledes av ledelsen [Hogan et al., 2011]. Også Sletvold og Finnanger [2006] poengterer viktigheten med lederforankring. De sier at innføring av standardiserte pasientforløp må være en del av ledelsesfilosofien på sykehuset. Med god forankring i ledelsen, vil det være lettere å akseptere at dette er en del av kulturen i en avdeling.

**Alle profesjoner i teamet deltar i utarbeidelsen** Et annet poeng som vektlegges av flere forfattere, er betydningen av å involvere hele teamet i utarbeidelsen av forløpene [Andersen, 2009; Bjurling-Sjöberg et al., 2015; Bor, 2011; Neverdal og Rystad, 2014; Ramsdal og Ramsdal, 2007]. For å sikre god implementering og at dette blir en akseptert måte å jobbe på, må alle berørte involveres fra starten av. De ansatte må få et eieforhold til forløpene. Ramsdal og Ramsdal [2007] gir råd om at den konkrete utformingen av forløp må overlates til de som faktisk skal bruke dem, altså fagpersonalet.

Tabell 3.4: Positive kriterier

Kriterium	Antall	Referanser
Ledelsesforankring	6	[Andersen, 2009], [Bor, 2011], [Hermansen og Salthaug, 2014], [Hogan et al., 2011], [Sletvold og Finnanger, 2006], [Bjurling-Sjöberg et al., 2015]
Alle profesjoner i teamet deltar i utarbeidelsen	5	[Andersen, 2009], [Bjurling-Sjöberg et al., 2015], [Bor, 2011], [Neverdal og Rystad, 2014], [Ramsdal og Ramsdal, 2007]
Forløpsansvarlig og forløpsveileder	5	[Bor, 2011], [Hermansen og Salthaug, 2014], [Hogan et al., 2011], [Ramsdal og Ramsdal, 2007], [Ramsdal og Fineide, 2014]
Informasjon og opplæring	3	[Bjurling-Sjöberg et al., 2015], [Bor, 2011], [Sundstøl, 2008]
God tid til utarbeidelse	3	[Bjurling-Sjöberg et al., 2015], [Hermansen og Salthaug, 2014], [Hogan et al., 2011]
Kulturendring	3	[Andersen, 2009], [Hogan et al., 2011], [Sletvold og Finnanger, 2006]
Resultatmåling	2	[Andersen, 2009], [Sletvold og Finnanger, 2006]
Tverrfaglig team	2	[Bjurling-Sjöberg et al., 2015], [Neverdal og Rystad, 2014]
Felles forståelse	2	[Berg, 2010], [Sundstøl, 2008]
Entusiasme	2	[Bjurling-Sjöberg et al., 2015], [Berg, 2010]
Lettere med små enheter	1	[Bjurling-Sjöberg et al., 2015]
Evaluerings	1	[Berg, 2010]

I tillegg må global evidensbasert kunnskap bli tilpasset lokale forhold, og det er det kun de ansatte som kan gjøre. Vanhaecht et al. [2010] beskriver i sin oversiktsartikkel at alle profesjoner må være med i utarbeidelsen av pasientforløpene. Teamarbeid har vist seg å være en av de viktigste faktorene i utvikling av gode pasientforløp. Samarbeid, samhandling og koordinering er noe av det mest sentrale for at team skal fungere.

**Forløpsansvarlig og forløpsveileder** Det er nødvendig med personer som er spesielt engasjerte i prosessen og som får et spesielt ansvar både under planlegging, utarbeidelse og gjennomføring. Flere forfattere poengterer at både forløpsansvarlige og forløpsveiledere har viktige roller i arbeidet med utarbeidelse og implementering av pasientforløp. Gode forløpsansvarlige og gode forløpsveiledere er et nøkkelkriterium for å lykkes, ifølge flere forfattere. Uten disse til å drive prosessene framover og som kan gå foran som et godt eksempel, blir gjennomføringen vanskelig [Hogan et al., 2011]. Hermansen og Salthaug [2014] sier i sin masteravhandling *Prosessledning og standardiserte pasientforløp*, at systematisk oppbygging av prosesslederkapasitet, er en god måte å tilnærme seg arbeidet med standardiserte pasientforløp.

**Informasjon og opplæring** God informasjon og opplæring av alle ansatte, er også avgjørende i prosessen for å lykkes. Bjurling-Sjöberg et al. [2015] kom fram til i sin studie av alle intensivenheter i Sverige, at for å lykkes så må opplæringen være god. Pasientforløpene må være lette å forstå, det vil si enkelt beskrevet og lett tilgjengelig, for at de skal bli brukt. Det er ikke nok med opplæring i starten, men det må være en kontinuerlig prosess, slik at opplæringen må gjentas.

**God tid til utarbeidelse** Bjurling-Sjöberg et al. [2015] påpeker at det er viktig at det blir satt av god tid til arbeidet med pasientforløp. Hermansen og Salthaug [2014] sier at de som ønsker å jobbe med standardiserte pasientforløp som verktøy, må få satt av tid og ressurser for dette. Hogan et al. [2011] beskriver også betydningen god tid og engasjement for å lykkes i arbeidet.

**Kulturendring** Nødvendigheten av en kulturendring i organisasjonen for å lykkes, blir tatt opp av noen av forfatterne. Hogan et al. [2011] kommenterer at den eksisterende institusjonelle struktur og kultur må endres, for at man skal lykkes i implementeringsprosessen. Hun oppsummerer at en kulturendring som innføring av pasientforløp er, krever ressurser, godt utdannede ledere og tydelig lederskap for å redusere risikoen for motstand fra profesjonsutøverne.

For å kunne jobbe med, utarbeide og innføre pasientforløp, er det nødvendig å skape en kultur for stadig forbedring, sier Ellen Andersen i sin masteroppgave [Andersen, 2009]. Som nevnt tidligere, skriver også Sletvold og Finnanger [2006] at god ledelsesforankring vil føre til at endringen blir lettere tatt inn som en del av kulturen på avdelingen.

**Andre kriterier** Resultatmåling, arbeid i tverrfaglige team og at alle i organisasjonen har en felles forståelse av viktigheten av innføring av pasientforløp trekkes fram av noen av forfatterne. Vanhaecht et al. [2010] poengterer i sin oversiktsartikkel viktigheten med å definere gode måleindikatorer på forhånd, hvis man skal ha suksess med implementeringen. Han sier at evidensbaserte indikatorer må inngå i forløpene. Bjurling-Sjöberg et al. [2015] trekker i tillegg fram at det er viktig med entusiasme i organisasjonen, og at de i deres studie så at det var lettere å få implementert pasientforløp ved små enheter enn i større.

Berg [2010] merker seg i sin masteroppgave om kunnskapsdeling og kunnskapsforståelse, at kontinuerlig oppdatering og evaluering av pasientforløpene vil gi større deltagelse og engasjement hos de involverte yrkesgruppene.

### 3.2.2 Negative kriterier

Flere forfattere har kommet fram til kriterier som har en negativ innflytelse, altså kriterier som kan være en direkte årsak til at implementering av pasientforløp oppleves utfordrende og vanskelig (se tabell 3.5 for en oversikt).

**Endring av maktforhold** I flere studier framheves det at implementering av pasientforløp kan føre til en endring av maktforholdene eller av maktstrukturene i organisasjonen og at dette vil hemme implementeringen [Andersen, 2009; Bor, 2011; Ramsdal og Fineide, 2014; Sletvold og Finnanger, 2006]. Andersen [2009] skriver i sin masteroppgave at en årsak til motstand mot implementering, skyldes endring av posisjon og styrkeforhold blant de ansatte.

Flere forfattere beskriver at de som påvirkes negativt av endring av maktforhold for det meste er leger [Andersen, 2009; Bor, 2011; Ramsdal og Fineide, 2014; Sletvold og Finnanger, 2006].

På bakgrunn av dette, vil motstand mot prosessene ofte komme fra legestanden som følgelig ikke ønsker forandringer som vil omfatte endring av posisjoner og maktbalanse [Bor, 2011]. Ramsdal og Fineide [2014] beskriver også at nye prosedyrer og arbeidsrutiner vil kunne føre til

Tabell 3.5: Negative kriterier

Kriterium	Antall	Referanser
Endring av maktforhold	4	[Andersen, 2009], [Bor, 2011], [Ramsdal og Fineide, 2014], [Sletvold og Finnanger, 2006]
Uenighet p.g.a. forskjellig kunnskapsgrunnlag	3	[Bor, 2011], [Ramsdal og Fineide, 2014], [Sundstøl, 2008]
Manglende informasjon og opplæring	2	[Hermansen og Salthaug, 2014], [Sundstøl, 2008]
Kompliserte modeller	2	[Bjurling-Sjöberg et al., 2015], [Ramsdal og Fineide, 2014]
Tidkrevende å bruke	2	[Bjurling-Sjöberg et al., 2015], [Ramsdal og Fineide, 2014]
Dårlig fungerende IT-system	1	[Berg, 2010]
Fortsetter som før av gammel vane	1	[Bjurling-Sjöberg et al., 2015]
Med standarder mister man den "tause" kunnskapen	1	[Ramsdal og Fineide, 2014]

forskyving av maktforhold innad i organisasjonen. Sletvold og Finnanger [2006] fant i sin masteroppgave at leger er mer skeptiske til denne prosessen enn andre yrkesutøvere i helsevesenet.

**Uenighet p.g.a. forskjellig kunnskapsgrunnlag** At det å jobbe ut ifra standardiserte pasientforløp krever en teambasert tankegang, er mange forfattere enige i (se seksjon 3.2.1). En av de viktigste kjennetegn på gode pasientforløp, er at de er interdisiplinære. Dette krever et godt teamsamarbeid på tvers av faggruppene. For at dette arbeidet skal fungere, kreves det at faggruppene erkjenner at de er gjensidig avhengig av hverandre, og at alle er like viktige.

Teamet må jobbe mot samme mål, selv om oppgavene til de forskjellige teammedlemmene er forskjellig ut i fra forskjellig profesjon [Vanhaecht et al., 2010]. Når dette ikke fungerer, vil man få store utfordringer med implementeringen.

Ramsdal og Fineide [2014] kommenterer at man kan oppleve at ikke alle ansatte aksepterer kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for forløpene, og at enkelte ikke mener at prosedyrer som blir lagt til grunn, er relevante for å utføre jobben sin.

Sundstøl [2008] peker i sin masteroppgave på litteratur som viser flere tilfeller der det er manglende enighet blant de forskjellige profesjonene om hva som er viktig, og hva som er den beste behandlingen.

**Manglende informasjon og opplæring** Sundstøl [2008] sier i sin masteroppgave at implementeringen feiler når de ansatte mangler informasjon, opplæring og oppfølging. De ansatte må føle at dette er et nyttig verktøy å ta i bruk. Hvis de ikke gjør det, er ikke organisasjonen endringsvillig.

**Kompliserte modeller** Ramsdal og Fineide [2014] refererer til Ramsdal og Ramsdal [2007], hvor de kommenterer at kompliserte modeller kan være en av årsakene til at implementeringen feiler. Berg [2010] kommer også fram til at dårlig fungerende eller lite brukervennlig IT-løsninger kan være en årsak. Kompliserte modeller og IT-løsninger kan kanskje sees i sammenheng og være en forklarende faktor.

**Tidkrevende å bruke** Bjurling-Sjöberg et al. [2015] sier blant annet at manglende implementering kan skyldes at de ansatte føler at de ikke har tid til å sette seg inn i hva det vil si å jobbe etter standardiserte pasientforløp, og derfor ikke prioriterer dette i en hektisk hverdag. De ansatte vil derfor føle at det er lettere å fortsette som før.



**Andre kriterier** I tillegg til de overnevnte kriterier kommenterer blant annet Bjurling-Sjöberg et al. [2015] at noe av utfordringen kan være at de ansatte rett og slett bare fortsetter å gjøre som de alltid har gjort av gammel vane. Ramsdal og Fineide [2014] diskuterer om viktige elementer kan glippe ved innføring av standarder. Det stilles spørsmål om hva som skjer med den ”tause” kunnskapen som ikke vil stå skrevet noe sted, men som alltid har vært til stede i møtet med pasientene. Retningslinjer og standardiserte prosedyrer kan bli for snevre. Innføring av standardiserte pasientforløp kan føre til at den profesjonelle skjønnsutøvelsen blir redusert.

### 3.3 Oppsummering

Jeg har gjennom den strukturerte gjennomgangen av litteraturen på området, funnet fram til hva som per i dag er den gjeldende oppfattelse av hva som kan være kriterier både for å lykkes og mislykkes med implementering av standardiserte pasientforløp.

Som beskrevet under negative kriterier, framheves det at implementering av standardiserte pasientforløp kan føre til en endring av maktforholdene, eller maktstrukturene i organisasjonen og at dette vil hemme implementeringen [Andersen, 2009; Bor, 2011; Ramsdal og Fineide, 2014; Sletvold og Finnanger, 2006]. Andersen [2009] skriver også at en av årsakene til motstand mot implementering skyldes endring av posisjon og styrkeforhold blant de ansatte.

I boken *Velferdens organisering* [Vabø og Vabo, 2014] har Fineide og Ramsdal [2014] skrevet kapitell 7 som omhandler: *Prosesstenkning- utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer*. Der dveler de ved spørsmålet om utfordringene kan være forskjellige, eller enda tydeligere i forløp som er knyttet til pasienter med mere komplekse utfordringer. Disse pasientene har sammensatte behov og trenger hjelp fra flere instanser.

Fineide og Ramsdal [2014] sier at de utfordringer beskrevet i litteraturen og som er dokumentert, gjelder for det meste forløp knyttet til behandling av én diagnose. Det finnes per i dag lite forskning på graden av implementering av forløp som er komplekse. Dette gjelder for eksempel pasienter som har flere diagnoser, eller som har behov for tjenester fra flere instanser både innad på sykehuset, og utad med blant annet det kommunale hjelpeapparatet. De antar at iverksettelsesutfordringene endrer karakter og blir enda mer utfordrende i slike tilfeller. En årsak til dette, kan være det at kunnskapsgrunnlaget er mindre entydig i slike tilfeller enn for forløp knyttet til kun én diagnose. Implementering av standardiserte pasientforløp som dette, krever ikke bare kunnskap om evidensbasert praksis, men krever også god kunnskap om organisering.



## **Del II**

### **Teori og metode**



# Kapittel 4

## Teori

### 4.1 Hva er en organisasjon?

En organisasjon kan beskrives som en gruppe mennesker med felles oppgaver og mål som knytter dem sammen. Ofte vil det være felles retningslinjer og prosedyrer som knytter gruppen sammen, slik at målene kan realiseres. En organisasjon kan defineres som: ". . . *et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål.*" [Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 18].

En hver organisasjon kan beskrives som en type produksjonssystem. Med det menes at en organisasjon produserer noe, enten det er varer, tjenester eller beslutninger. Organisasjoner setter seg mål for hva de ønsker å oppnå, og lager seg strategier for å nå disse. Mål og strategier er førende for hvordan de ansatte tenker og handler. De er også førende for hvordan organisasjonene tilpasser seg det landskapet de opererer i.

Mål beskriver hvordan en organisasjon ønsker å være. Strategi beskriver hvordan organisasjonen har tenkt å nå målene den har satt seg. Strategibegrepet kommer fra privat sektor, men begrepet står sterkt også i de offentlige organisasjonene om enn tilpasset den offentlig sektor.

Flere beskriver at organisasjoner har mest fokus på og derfor er gode på planlegging. Man jobber fram mål og strategier, men faller igjennom når det gjelder å iverksette dem [Jacobsen og Thorsvik, 2013].

## 4.2 Organisasjonskultur

Organisasjoner er avhengig av struktur for å fungere optimalt. I en organisasjon med flere medlemmer, er det ikke alltid at alle overholder og handler etter den formelle strukturen som det er forventet at de skal gjøre. Det vil si at en organisasjon kan oppleve at det er sprik mellom den forventede adferden og den faktiske adferden.

Organisasjonskultur blir av Edgar Schein definert som: ”*et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern tilpasning – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene*” [Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 130].

Med dette mener Schein at for at man skal kunne snakke om organisasjonskultur, så må en gruppe i en organisasjon dele felles tanker og verdier, og at kulturen blir til ved læring. Kulturen dannes ved de erfaringer som gruppen tilegner seg gjennom tid, og ved at nye medlemmer blir lært opp av de eldre. Organisasjonskultur har i høyeste grad med følelser å gjøre. Man ønsker å snakke om at organisasjoner har en felles kultur, men store organisasjoner kan være preget av forskjellige og motstridende kulturer innad og dette kan føre til konflikter.

En sykehusorganisasjon som består av flere forskjellige profesjoner kan, og vil ha forskjellige normer og oppfatninger om hva som er viktig. Dette kan være både positivt og negativt. Det er bra med mangfold, men det kan på samme tid være utfordrende å styre, ha felles verdier og nedfelle felles standarder når utgangspunktet er forskjellig.

Gjennom sin utdanning vil de forskjellige profesjonsutøverne i en kunnskapsbedrift som for eksempel et sykehus, tilegne seg forskjellige typer kunnskap og kompetanse. I tillegg vil de i stor grad tilegne seg verdier, normer og holdninger som vil være typisk for ens utdanning og profesjon. Denne bakgrunnen vil de enkelte ta med seg inn i organisasjonen. Disse momentene kan være forskjellige og føre til konflikter. De profesjonsspesifikke verdiene kan være de dominerende, selv om de går på tvers av organisasjonens standarder, normer og verdier [Jacobsen og Thorsvik, 2013].

## 4.3 Helsevesenet som produksjonsorganisasjon

Vanhaecht et al. [2010] beskriver i en oversiktsartikkel at standardiserte pasientforløp er en metode for kontinuerlig kvalitetsforbedring i helsevesenet. Standardiserte pasientforløp blir im-

plementert som metode verden rundt, og målet med dette er å effektivisere samtidig som man forbedrer kvaliteten.

I dag er standardiserte pasientforløp utviklet og tatt i bruk verden over, men Vanhaecht et al. beskriver at implementeringsraten svinger.

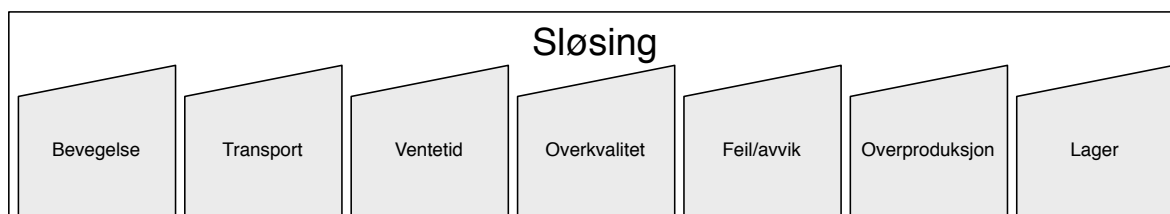
Der implementeringen lykkes, kan man allerede under arbeidet med utvikling av pasientforløpene se at kvaliteten på helsetjenesten blir bedret.

Man får oversikt over hvilke flaskehalsen som utfordrer dagens praksis, og ser på hva man kan gjøre for å forbedre dette. Kvalitetsforbedringen starter derfor allerede under forberedelsene og utarbeidelsen av de standardiserte pasientforløpene [Regionalt Senter for Helsetjenesteutvikling, 2016].

Mye av kvalitetsforbedringstanken i helsevesenet bygger på prinsipper og modeller tatt i fra annen produksjonsindustri og som er bearbeidet for å kunne passe inn i en sykehusorganisasjon. Man kan derfor se at modeller for kvalitetsforbedring som er brukt i helsevesenet, er metoder eller modeller som er utviklet for ressursforbedring i for eksempel prosessindustrien [Vanhaecht et al., 2010]. Eksempel på slike metoder er metoden *Quality of Improvement* og metoden *Lean*.

Leanmodellen bygger på *The Toyota Production System*. Bilfabrikanten Toyota utviklet et produksjonssystem som gjorde dem i stand til å kunne konkurrere med bilindustrien i Amerika og Europa [Scoville og Little, 2014].

Produksjonssystemet ble adaptert av annen industri og prinsippene har også blitt overført til offentlig sektor. Deler av helsevesenet har adoptert denne måten å tenke på, på bakgrunn av ønsket om økt effektivitet i alle ledd.

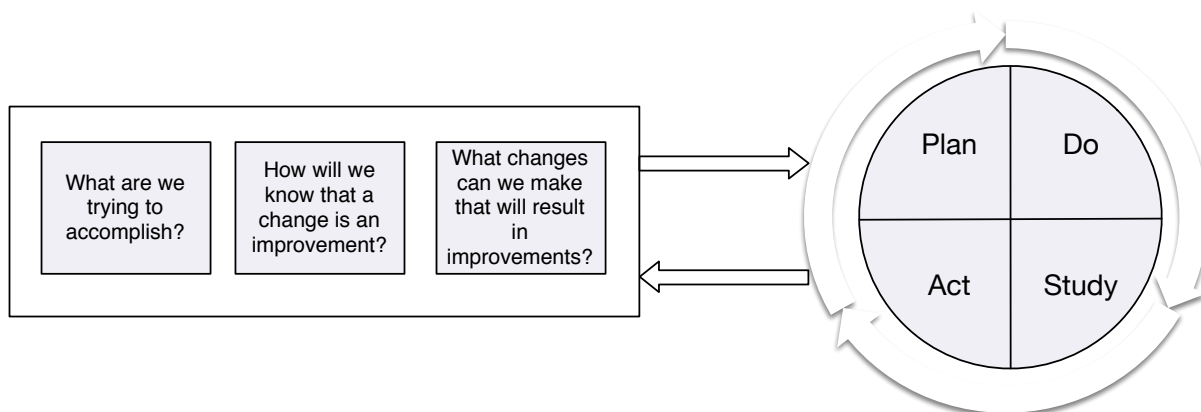


Figur 4.1: The seven wastes modellen

For å drive en organisasjon mest mulig effektivt og på best mulig måte, er man avhengig av å avdekke og fjerne det som er unødig og unødvendig. Dette beskrives som "The seven wastes" i modellen (se figur 4.1).

*The model Improvement* er utviklet av G. Langely og T. Nolan (se figur 4.2). Modellen

tar utgangspunkt i Demings sirkel [Scoville og Little, 2014]. Sirkelen er utviklet av William Edwards Deming (1900–1993), og er en av de mest kjente modellene for kvalitetsforbedring. Demings sirkel består av fire trinn: *plan, do, study, act*. The model of improvement består av to deler som kombineres. Den første delen inneholder tre spørsmål, og den andre delen er forbedringssirkelen PDSA (Plan, Do, Study, Act) til Deming.



Figur 4.2: The model of improvement

Gjennom pasientsikkerhetskampanjen og senere pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender*, har helsevesenet i Norge tatt til seg modellen Quality of improvement. Dette er en enkel metode for å gjennomføre forbedringsarbeid.

Tanken bak bruken av modellen er at dette er små-skala testing, og man tester, justerer og tester igjen til man har det optimale resultatet, som ser ut til å fungere i praksis. Først når man har funnet den optimale løsningen, kan man implementere endringen i sin helhet.

St. Olavs Hospital har de siste årene vært aktiv innen forbedringsarbeid. Standardiserte pasientforløp skal være kjernen i sykehusets forbedringsprogram, og vil være et redskap for å utvikle, implementere, lede og måle kvaliteten i behandlingen som gis. Ledelsen ved St. Olavs Hospital har som mål å få god kompetanse i forbedringsarbeid. God kompetanse i forbedringsarbeid vil *understøtte implementering av den strategiske satsingen på standardiserte pasientforløp og den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen* [Blokkum, 2015].

Suksesskriteriene for å lykkes med forbedringsarbeid gjennom pasientsikkerhetsprogrammet er blitt beskrevet som [Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016]:

- Ledelsesforankring på alle nivåer,
- Ledelsen må etterspørre resultater,



- Tavlemøter er viktige for å nå målet,
- De ansattes involvering må følges opp, slik at alle føler de bidrar,
- Ting tar tid, så man må være tålmodige, og
- Man må tenke nytt/annerledes når ting ikke fungerer.

Denne beskrivelsen harmonerer godt med de kriterier funnet i mitt litteratursøk og som viser hvilke kriterier som må være tilstede for å få til god implementering av standardiserte pasientforløp (se seksjon: 3.2.1).

På St. Olavs Hospital har man begynt å se resultater av denne tydelige satsningen. Pasient-sikkerhetsarbeid er i fokus i hele organisasjonen. Relevante tiltakspakker er implementert eller igangsatt implementert i alle klinikker. I følge St. Olavs Hospitals intranett er alle tiltakspakker som allerede er definerte, enten implementert eller igangsatt pr. 1. tertial, 2016.

Det rapporteres om gode resultater fra flere forbedringsprosjekt. Et godt eksempel er prosjektet *Retts svar til rett tid* fra Avdeling for patologi og medisinsk genetikk, som vant *Forbedringsprisen for 2015* (se vedlegg C). De har gjennom sitt forbedringsprosjekt dokumentere en reduksjon i gjennomsnittlig svartid fra mellom 60-70 dager, til 10 dager<sup>1</sup>.

## 4.4 Sykehus – en kunnskapsorganisasjon

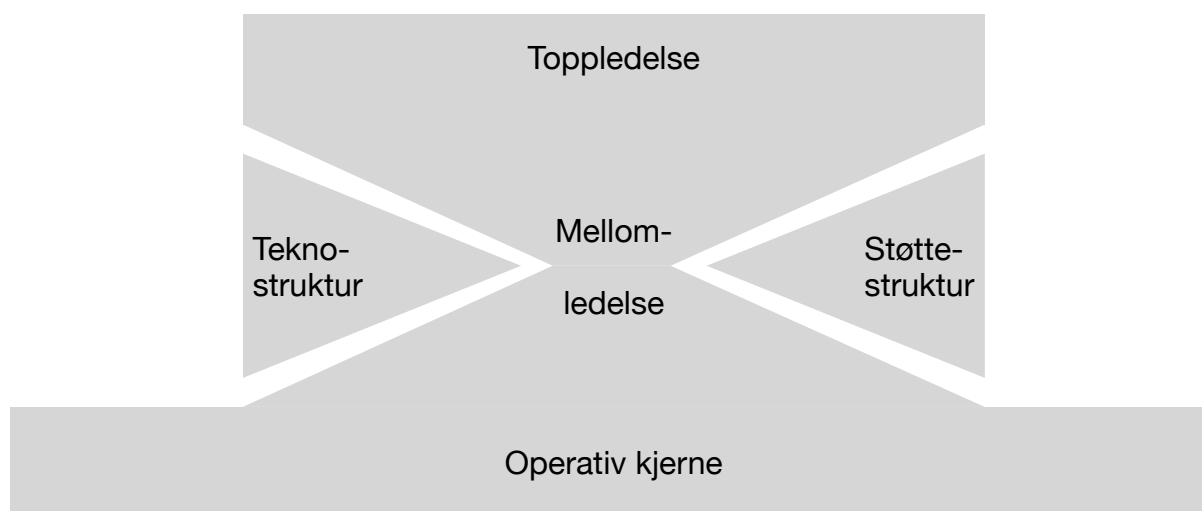
Henry Mintzberg har utviklet en modell for å beskrive hvordan ulike organisasjoner er oppbygd. Organisasjoner består av fem deler. Delene er ulikt vektlagt, ut ifra hvilken type organisasjon man tilhører [Mintzberg, 1983].

De fem hoveddelene en organisasjon består av er: *i*) operativ kjerne, *ii*) mellomledelse, *iii*) toppledelse, *iv*) teknostruktur, og *v*) støttestruktur. De tre første delene kan beskrives som en del av linjeorganisasjonen, mens de to siste kan beskrives som stabsfunksjoner (se figur 4.3, størrelsen på figurens deler representerer maktfordeling i en organisasjon).

Den operative kjernen består av den delen som utfører oppgavene, slik at organisasjonen når de mål en har satt seg, det vil si det er de som produserer varer og tjenester.

Mellomledelsen er ledere på avdelingsnivå. De har ansvar for at produksjonen blir gjennomført og å koordinere oppgavene som skal utføres. Mellomledelsen er bindeleddet mellom den operative kjernen og toppledelsen.

<sup>1</sup><http://data.stolav.no/no/Nyheter/Arkiv-2015/Prisdryssende-inngang-til-jula/135637/>



Figur 4.3: Organisasjoners fem hoveddeler [Mintzberg, 1983]

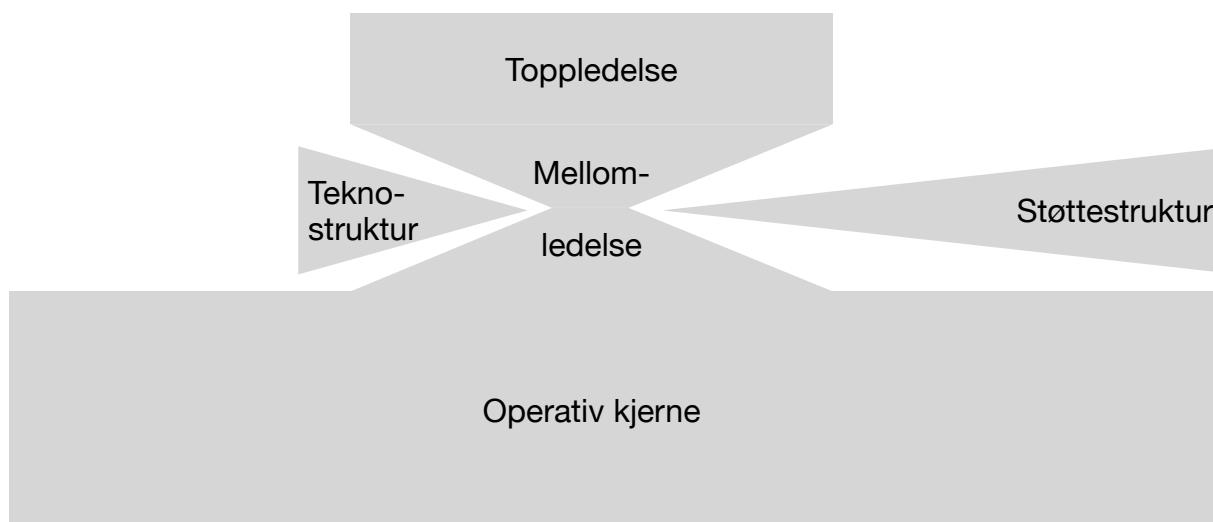
Toppleidelsen er de som har det administrative ansvaret for organisasjonen. Dette er den øverste ledelsen.

Teknostruktur beskriver de som ikke er direkte involvert i produksjonen, men som er tilknyttet organisasjonen og påvirker denne gjennom for eksempel å organisere opplæring, ha kontroll over økonomien og legge planer for driften.

Støttestrukturen er heller ikke direkte involvert i produksjonen, men er nødvendig for at en organisasjon i det hele tatt skal fungere. Dette kan for eksempel være rengjøringspersonale og ansatte i resepsjon.

Avhengig av organisasjonstype, vil disse fem delene vektlegges forskjellig. Sykehus blir av Mintzberg beskrevet å være en type organisasjon som han kaller et *profesjonelt byråkrati*. Med dette mener han at beslutninger i organisasjonen desentraliseres til et lavere nivå, slik at den operative kjernen er de som har størst myndighet. Dette gjøres fordi profesjonsutøverne har utdanning og kunnskap i det som er viktig for å nå organisasjonens mål. Det profesjonelle byråkratiet fokuserer på å standardisere oppgavene ved å rekruttere de riktige profesjonsutøverne med de ønskede kvalitetene, slik at man har felles fagkunnskap og verdibakgrunn (se figur 4.4, størrelsen på figurens deler representerer maktfordeling i en organisasjon).

I Jacobsen og Thorsvik [2013] beskrives det at desentralisering av beslutninger kan føre til at de ansattes ansvarsfølelse overfor oppgavene som skal gjøres, blir styrket. Dette skjer gjennom at de selv kan bruke sine kunnskaper og erfaringer slik de synes det passer. Selv om dette på den ene siden kan framheves som positivt, kan det på den andre siden også føre til at en ønsket ensartet praksis, blir vanskeliggjort. Det kan bli vanskelig for ledelsen å komme



Figur 4.4: Profesjonelt byråkrati [Mintzberg, 1983]

igjennom med sine krav om gjennomføring og styring. Det kan derfor føre til uklarheter og uforutsigbarhet angående arbeidsoppgavene. De ansatte kan beslutte og handle uten å ta direkte hensyn til organisasjonens overordnede mål.

Mintzberg [1998] sammenligner ledelse av et sykehus med ledelse av et symfoniorkester. Sykehus og symfoniorkester kan beskrives som kunnskapsorganisasjoner. De er organisert rundt personer med høy utdanning og høy integritet, som selv vet hva de skal gjøre og når. De vil derfor ofte ikke handle ut ifra ledelsens direktiver.

Ledelse av kunnskapsbedrifter, blir av de ansatte ofte kun sett på som nødvendig for å legge til rette, slik at profesjonsutøverne kan utføre sine oppgaver som de selv ønsker. Ledere skal være tilretteleggere istedenfor å legge føringer på hvordan ting skal gjøres.

Mintzberg [1998] beskriver videre at legegruppen ser på organisasjonsstrukturen på sykehuset som "upside down", hvor legene selv er på toppen og lederne er på bunnen og kun legger til rette slik at legene kan gjøre sin jobb. Han sier at det på bakgrunn av dette, er svært utfordrende å lede kunnskapsbedrifter. Ledere i kunnskapsbedrifter kan ikke ha fullstendig styring og kontroll, og de kan heller ikke være totalt uten makt, men ledere bør være noe midt i mellom. Dette midt i mellom kan ofte oppleves av ledere som utfordrende og vanskelig.

## 4.5 Koordinering og strukturering i organisasjoner

God koordinering er viktig og nødvendig for at en organisasjon skal greie å levere gode produkter og tjenester. Kravet om koordinering blir større jo mer spesialisert og fragmentert en organisasjon er. Jacobsen og Thorsvik [2013] skiller mellom flere måter å koordinere arbeid på: *i)* gjensidig tilpasning; *ii)* direkte ordre; *iii)* standardisering av arbeidsoppgaver, resultater og kompetanse; *iv)* standardisering av normer; og *v)* horisontale ordninger for samarbeid.

**Gjensidig tilpasning** De ansatte i en organisasjon tilpasser seg de andre automatisk, på grunn av en gjensidig avhengighet til hverandre.

**Direkte ordre** En hierarkisk organisering der noen i organisasjonen er overordnet andre og legger føringer for de andres adferd og arbeidsoppgaver.

**Standardisering av arbeidsoppgaver, resultater og kompetanse** Ved standardisering av oppgaver er det viktig med prosedyrer og regler, slik at arbeidsoppgavene blir utført som planlagt. Ønsket bak en slik standardisering, er blant annet å skape forutsigbarhet og å få kontroll på produksjonskostnadene.

Webers beskrivelse av byråkratiet trekkes ofte fram når det snakkes om regelstyrte organisasjoner. For best mulig effektivitet, er regelstyrt byråkrati det beste. For at dette skal kunne realiseres, er det i idealmodellen ikke rom for skjønn og at ansatte tar sine egne vurderinger. En organisasjon hvor alle gjør det de er satt til, til riktig tid og etter gjeldene prosedyrer og regler, vil være en organisasjon som ideelt sett vil fungere supert og mest effektivt [Weber, 2000].

Vanhaecht et al. [2010] beskriver at pasientforløp skal være helsevesenets måte å sikre gode helsetjenester ved standardisering av behandlingen. Standardiserte pasientforløp er tenkt å skulle være et verktøy for utforming av behandlingsprosesser, implementering av klinisk nettverksstyring, for å strømlinjeforme tjenestene og forbedre helsetjenesten. I tillegg skal de sikre at helsetjenestene som blir gitt, er basert på gjeldene forskning og hva som er *best practise*.

Jacobsen og Thorsvik [2013] beskriver flere ulemper ved en slik tydelig regelstyrt organisasjon, hvor de påpeker at den ikke vil fungere optimalt ved uforutsette hendelser. Regelstyring kan føre til at de ansatte blir pasifisert og at organisasjonen blir svært rigid, noe som kan redusere organisasjonens evne til omstilling.

Standardisering av resultatene kan være en annen måte å koordinere organisasjonen på. Ved

å beskrive hva man ønsker av sluttresultater, kan man lettere åpne opp for mere fleksibilitet på veien til målet. Måling og evaluering vil være viktige elementer her.

Ved innføring av standardiserte pasientforløp blir det poengtert viktigheten av å definere gode måleindikatorer på behandlingen, slik at man kan evaluere effekten på det man tilbyr. Vanhaecht et al. [2010] beskriver betydningen av at man på forhånd har satt disse måleindikatorene, hvis man i det hele tatt skal ha suksess med implementeringen av slike forløp.

Jacobsen og Thorsvik [2013] snakker videre om standardisering av kunnskap som koordineringsmekanisme, og trekker frem sykehusvesenet spesielt. Forskjellige profesjoner med sine profesjonsutdannelse, arbeider sammen i team og bruker hver sin profesjonsbakgrunn, slik at pasientene får den beste behandlingen. Ved at bruke standardisering av kunnskap som koordineringsmekanisme, vil man ha mulighet for å legge til rette for faglig utvikling. Man legger vekt på at dette styrker organisasjonens og de ansattes kompetanse.

Profesjonskamper kan oppstå når forskjellige profesjoner skal jobbe tett sammen og har med seg sine forskjellige kunnskapsbakgrunner inn i samarbeidet. Vanhaecht et al. [2010] sier at de viktigste kjennetegn på gode pasientforløp, er at de er interdisiplinære. Dette krever et godt teamsamarbeid på tvers av faggruppene. For at et slikt samarbeid skal fungere, kreves det at de ulike faggruppene erkjenner at de er gjensidig avhengig av hverandre.

**Standardisering av normer** Organisasjoner kan, gjennom sine mål og strategiplaner, beskrive hvilke verdier og normer som ligger til grunn for organisasjonen. Verdigrunnlaget er viktig for å vise hvilke normative standarder organisasjonen jobber etter. I strategidokumentet 2015-2018 for St. Olavs Hospital, blir verdigrunnlaget beskrevet slik: *Trygghet, respekt og kvalitet og at helhet, likeverd og medbestemmelse skal kjennetegne sykehusets kultur* [St. Olavs Hospital, 2015, s. 5].

Standardisering av normer kan føre til en sterk organisasjonskultur og fellesskapsfølelse. Jacobsen og Thorsvik [2013] påpeker at selv om man har tydelig normer og verdigrunnlag, så vil det alltid være en fare for at det i en organisasjon vil utvikles underkulturer med andre normer og verdier, som går på tvers av organisasjonenes. De påpeker at de ulike profesjonskulturene innad i helsevesenet, er eksempler på slike subkulturer.

**Horisontale ordninger for samarbeid** Det finnes organisasjoner som har så komplekse oppgaver som involverer flere avdelinger eller nivåer, slik at de ikke kun kan koordineres gjennom standardisering av oppgaver, normer og kunnskap. Gjensidig tilpasning blir viktig for at organi-

sasjonen skal fungere. For at dette skal kunne la seg gjøre, er det nødvendig med det Jacobsen og Thorsvik [2013, s. 85] kaller horisontale ordninger for samarbeid.

I sykehussektoren i dag sees koordinering gjennom horisontalt samarbeid ved at man samarbeider både innad på hver enkelt avdeling, men også på tvers av de forskjellige avdelingene, for at pasientene skal kunne få optimal behandling. Dette krever en god kommunikasjon og koordinering mellom avdelingene.

**Kombinasjon av koordineringsmekanismer** Når kompleksiteten i en organisasjon øker, vil også behovet for å bruke flere koordineringsmekanismer øke. Ofte vil allikevel en koordineringsmekanisme dominere. Sykehussektoren bruker flere av disse mekanismer for å koordinere organisasjonen. Jacobsen og Thorsvik [2013] beskriver at man ofte begynner med koordinering av standarder, da det vil føre til en oversiktlig organisasjonen. Hvis standardisering ikke er nok, vil en organisasjon ta i bruk de andre mekanismene som gjensidig tilpasning, ordre og kontroll.

Mintzberg [1983] beskriver at sykehussektoren for det meste koordineres gjennom standardisering av kunnskap og kompetanse hos de ansatte. Dette blir gjort gjennom en systematisk rekruttering, slik at man til enhver tid har de mest kompetente fagfolkene på de riktige plassene.

Både Mintzberg [1983] og Jacobsen og Thorsvik [2013] kommenterer at standardisering av kompetanse som koordineringsmekanisme, er med å fremme en ensartet praksis og at det skaper gode muligheter for faglig utvikling og innovasjon. De fremhever at standardisering fører til forutsigbarhet i organisasjonen. Men de er også tydelige på at dette kan føre til konflikter og uenighet, hvis de forskjellige profesjonene ikke anerkjenner disse standardene.

## 4.6 Vilkår for samhandling

Samhandling i organisasjoner blir ofte brukt synonymt med integrasjon. Man skiller mellom vertikal og horisontal samhandling. Vertikal samhandling beskriver samarbeid som foregår mellom forskjellige nivå i et hierarki. Horisontal samhandling beskriver samhandling mellom enheter eller aktører definert som å være på samme nivå.

Når man snakker om vertikal samhandling, definerer man at kvalitet er et resultat av rammer og strukturer bestemt fra toppen av organisasjonen. Det vil være toppen som legger føringer for arbeidsdeling og samhandling. Dette beskriver Valaker [2014] som instrumentell integrasjon eller samhandling. Utfordringer med en toppstyrt organisering kan være at oppgaver og ansvar hos de ansatte blir uklare, og man får problemer med å se seg selv som en del av en helhet.

Innføring av standardiserte pasientforløp kan sies å være toppstyrt, eller *top-down* i følge iverksettingsteori [Offerdal, 2014], da det er bestemt fra direktoratnivå, og det er ledelsen som legger føringer for hvilke standarder man skal jobbe etter.

I motsetning til den vertikale samhandlingen, bygger den horisontale samhandlingen på en nettverkstankegang hvor man har nettverk av relasjoner som gjensidig er avhengige av hverandre. Dette betyr også at en organisasjon er en del av et større hele. Et behandlingsteam er en del av og også avhengig av andre, både innad og utenfor organisasjonen.

Vanhaecht et al. [2010] bruker begrepet *kliniske mikrosystemer*. Kliniske mikrosystemer beskrives som å være en liten uavhengig gruppe mennesker som jobber sammen for å sørge for god behandling til spesifikke pasientgrupper. Denne lille gruppen er ofte koblet opp mot en større organisasjon, slik at de både samhandler med andre innad i organisasjonen, men også utenfor organisasjonen. Eksempler på slike mikrosystemer, kan være en Spinalenhet. Et pasientforløp rundt komplekse tilstander, eller hvor pasienter har sammensatte behov, kan og vil ofte involvere flere mikrosystemer.

Den horisontale samhandlingen er derfor det som Vanhaecht et al. [2010] og Valaker [2014] beskriver som kliniske mikrosystemer, hvor mennesker er gjensidige avhengige av hverandre for å utføre oppgaver på en god måte.

Valaker [2014] skriver også om kliniske mikrosystemer i sin studie om helhetlige behandlingsforløp. Hun har gjennomført en studie som ser på hvordan profesjoner og tjenestenivå samhandler for å sikre god oppfølging og sammenhengende pasientforløp til pasienter som har hatt hjerteinfarkt. Hun beskriver at pasientforløp til denne pasientgruppen kan være kompliserte og inneholde mange elementer. Hun ser på hvordan pasientforløpene fungerer på tvers av organisasjonsgrenser og hvordan det påvirker kvaliteten på tjenesten som blir gitt.

Andersen [2009] beskriver i sin masteravhandling at kliniske mikrosystemer bygger på at man har pasientperspektivet i fokus, og at man derfor må organisere behandlingen rundt pasienten og ikke primært rundt systemet og de ansatte.

*"Så fort en pasient er i en relasjon med en helsearbeider- og informasjon om pasienten og pasientens helse trenger å utveksles er et klinisk mikrosystem etablert. Dette lille systemet har inputs, prosesser, outputs og tilbakeføringsløyper, og medlemmene i systemet har felles mål: å beskytte, gjenopprette eller forbedre pasientens helse"*[Nelson et al., 2008, s. 368], via oversettelse av Andersen [2009, s. 26].

Vanhaecht et al. [2010] trekker også fram hvor viktig det er med pasienten i sentrum i det

han sier at også pasientene bør være aktivt med i utarbeiding av pasientforløpene.

I samme serie av artikler som Nelson et al. [2008], er det flere arbeider som omhandler kliniske mikrosystemer. I del to fra 2008 beskrives det hva som kjennetegner et godt og vel-fungerende mikrosystem. Viktige punkter er: *pasienten i fokus; evidensbasert praksis, slik at behandlingen til en hver tid er den beste; rutinemessige kvalitetsmålinger; og at endringer som blir gjort, er basert på disse målingene* [Wasson et al., 2008].

Ut i fra pasientens diagnose og dens kompleksitet kan han komme til å være i kontakt med flere mikrosystemer. På et sykehus fungerer mikrosystemer side om side og i samarbeid med hverandre. Knyttes flere mikrosystem sammen, kalles det *mesosystem*. Når disse fungerer sammen, vil pasienten få den beste behandlingen, og organisasjonen jobber best og mest effektivt.

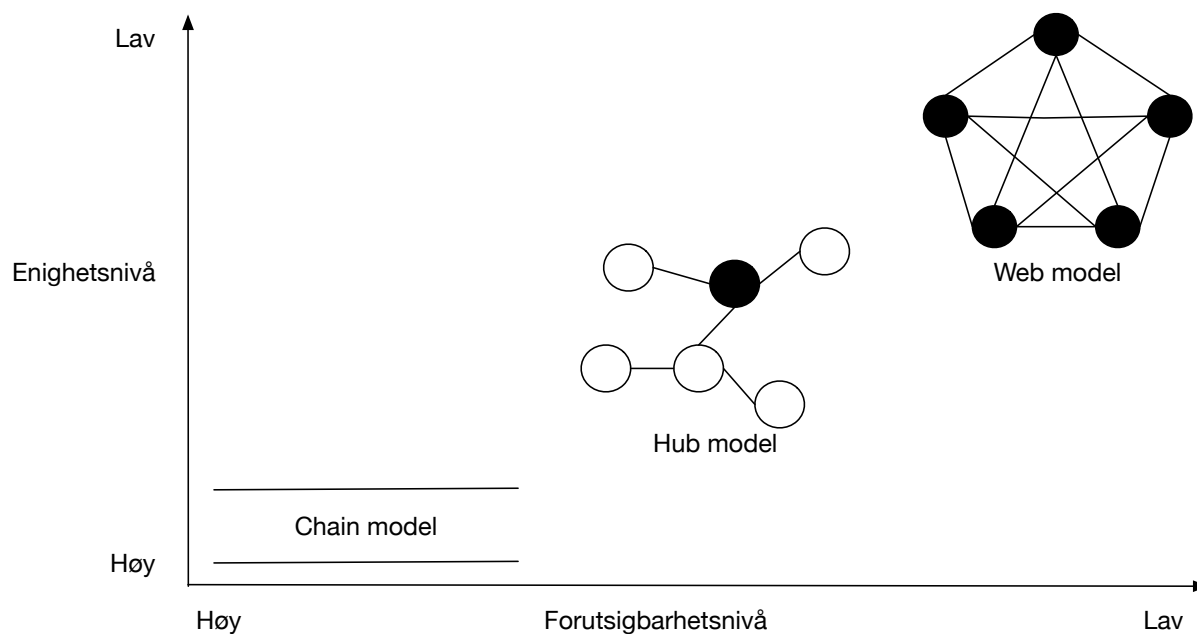
Ledelsens engasjement vil være med å sikre medarbeidernes engasjement. Ledelsens oppgave er å holde tråden og etterspørre resultater. Manglende lederforankring kan gjenspeiles i vanskeligheter med implemeteringen [Andersen, 2009]. Innføring av standardiserte pasientforløp krever en kulturendring og må både initieres og ledes av ledelsen [Hogan et al., 2011]. Også Sletvold og Finnanger [2006] poengterer viktigheten av ledelsesforankring. De sier at innføring av standardiserte pasientforløp må være en del av ledelsesfilosofien på sykehuset. Med god forankring i ledelsen, vil det være lettere å akseptere at dette er en del av kulturen i avdelingen.

Toppstyrt ledelse er en beskrivelse på vertikal samhandling, og det ser ut til at man har behov for både den vertikale og den horisontale samhandlingen for at organisasjonen skal fungere, og at tjenestene som ytes blir av den beste kvalitet. Utfordringer kan oppstå hvis ledelsens standarder er i konflikt med profesjonsutøverenes forståelse for arbeidsoppgavene. Det er derfor viktig at det horisontale samarbeidet, altså teamsamarbeidet, fungerer i tråd med standardene.

## 4.7 Modeller for samhandling

Standardiserte pasientforløp er en modell for standardisering og oppfølging av pasientfokusert behandling. En av de viktigste kjennetegn med gode pasientforløp er at de er interdisiplinære og det vil si at det krever et godt teamsamarbeid på tvers av faggruppene. For at dette skal fungere kreves det at faggruppene erkjenner at de er gjensidig avhengig av hverandre og at alle er like viktige. Teamet må jobbe mot samme mål, selv om oppgavene til de forskjellige teammedlemmene er forskjellig ut i fra forskjellig profesjon.





Figur 4.5: Vanhaecht et al. [2010] modeller av pasientforløps koordineringsmekanismer

Vanhaecht et al. [2010] poengterer at ved bruk av metoder for forbedring er det to utfordringer man alltid må ta høyde for: *i)* graden av forutsigbarhet i behandlingsprosessen; og *ii)* graden av enighet og samarbeid mellom medlemmene i behandlingsteamet.

Basert på disse utfordringene kan man vurdere å beskrive pasientforløp basert på tre forskjellige modeller: *chain modellen*, *hub modellen* og *web modellen* (se figur 4.5).

Chain modellen beskriver behandlingsprosesser som er forutsigbare og som har et høyt nivå av enighet mellom medlemmene i behandlingsteamet. Dette kan for eksempel gjelde prosesser som beskriver forløp for planlagt kirurgi, eller annen planlagt og forutsigbar behandling. For slike prosesser, vil pasientforløpet være en framdriftsplan som er nøye beskrevet i forhold til når ting skal gjøres, hva som skal gjøres og av hvem.

Hub modellen er for mer kompliserte og mindre forutsigbare behandlingsprosesser. Dette kan gjelde for eksempel pasientforløp innen rehabilitering og psykiatri. Her er det viktig med en tydelig forløpsansvarlig og en forløpsveileder som styrer prosessene. Det er viktig å merke seg at man kan ha subprosesser i en Hub modell som hver for seg er Chain modeller.

Web modellen brukes til å beskrive pasientforløp som er uforutsigbare og hvor det daglig er nødvendig å legge planer, eller å justere planer for videre behandling.

Uansett hvilken modell som er lagt til grunn for et pasientforløp, er samarbeid innad i behandlingsteamet noe av det viktigste for å lykkes [Vanhaecht et al., 2010].

## 4.8 Ledelse av endringsprosesser

Endringsledelse handler om å være med og endre hverdagen i en organisasjon ved å implementere noe nytt. Hennestad og Revang [2012] beskriver at det viktigste i endringsledelse, ikke er planleggingsprosessen eller beslutningsprosessen, men prosessen underveis og selve implementeringsprosessen. De viktigste oppgavene blir implementering av nye ideer, slik at de danner en ny *hverdagsvirkelighet* for organisasjonen. Det handler om å makte og gå fra en tidligere etablert praksis og over til noe nytt.

Beslutningen om å endre noe i en organisasjon, fører til at man går fra en kjent struktur til noe mer ukjent. Måten man håndterer denne veien mot noe nytt på, blir essensielt for om man vil lykkes eller ei. ”*God endringsledelse handler på mange måter om å beherske dette ukjente terrenget en da gir seg i kast med. Gjør vi ikke det, så kommer vi ikke frem*” [Hennestad og Revang, 2012, s. 136].

Implementering av endringer krever god lederforankring. Lederforankring, og at ledere er aktivt med i prosessene, blir sett på som en forutsetning for at endringer skal lykkes.

Når en organisasjon ønsker endring, går man fra en nåsituasjon til en ny og fremtidig ønsket situasjon. Mellom nåsituasjon og den nye ønskede situasjonen, vil det bli et gap som kan beskrives som endringsrommet. Det er det som skjer i dette endringsrommet som vil være avgjørende for om endringene i organisasjonen blir vellykket. Ledernes oppgave i en organisasjon som er under endring, blir derfor å manøvrere organisasjonen gjennom endringsrommet på en god måte.

En forutsetning for å lykkes med endring, er at organisasjonen har et tydelig mål om hva de vil med den ønskede endringen. Er målet uklart, blir endringene vanskelige å implementere. Endringsledelse handler om å få med seg medlemmene i organisasjonen slik at man jobber mot det samme målet. For å få til dette, må man ha en god *underveisforståelse*.

Underveis i prosessen mot en implementasjon av en endring, skjer det mye. Ledere og deres organisasjon må kjenne til nåsituasjonen, og erkjenne at det er en lang prosess mot den fremtidige ønskede situasjonen. Underveis mot målet kan man oppleve at man må endre kurs flere ganger for å komme fram til det man ønsker. Endringsledelse blir da å evne og forstå situasjonen underveis, og å styre organisasjonen igjennom og frem mot målet.

Endringsledelse handler derfor mye om å få med seg de ansatte slik at de forstår betydningen av endringene. Måten man handler på og tenker på må endres. For å få til det, må prosessen oppleves som motiverende og viktig for den enkelte. Endringsprosesser kan føre til motstand

fra de ansatte. Motstand mot endringer handler ofte om usikkerhet om hvordan fremtiden vil bli. Det tidligere beskrevne endringsrommet, kan derfor også omtales som et rom av usikkerhet. Man kan i endringsprosesser oppleve en kamp mellom drivkrefter og motkrefter. Motstand og motkrefter behøver ikke å være bare negativt, men kan være med på å utvikle og løfte organisasjonen fremover. Det er når motstanden blir større enn drivkreftene at endringsprosessen kan strande.

## 4.9 Oppsummering

Ved å ta utgangspunkt i beskrivelse av at sykehusvesenet er organisert som et profesjonelt byråkrati [Mintzberg, 1983; Jacobsen og Thorsvik, 2013], samt at koordinering av oppgaver bygger på standardisering, vil det være interessant å se om en slik modelltanke kan være med på å forklare hvorfor innføring av standardiserte pasientforløp kan være utfordrende; spesielt i komplekse forløp.

Som beskrevet tidligere, poengteres det av flere forfattere at det er viktig med både den vertikale og den horisontale samhandlingen for at dette skal fungere. Valaker [2014] beskriver dette i boken *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Kan utfordringer med innføring av standardiserte pasientforløp skyldes at det er motstridende krefter mellom den horisontale og den vertikale samhandlingen, og er koordinering gjennom standardisering av arbeidsoppgaver og resultater like viktig eller viktigere enn gjennom kunnskap?

I det profesjonelle byråkratiet gis det stort rom og ansvar til den operative kjernen, altså de ansatte. Historisk sett har helsevesenet vært preget av at legestanden har hatt stor makt. Etter sykehusreformen hvor staten tok over ansvaret og opprettet helseregionene, har sykehusene fått flere toppstyrte krav. Det må leveres gode resultater, samtidig som behandlingen som gis skal være av beste kvalitet. Innføring av standardiserte pasientforløp skal være med på å sikre at dette blir gjort.

Viktigheten av god lederforankring i endringsprosesser er et tilbakevendende tema i litteraturen og vil være et sentralt moment i den videre oppgaven.



# Kapittel 5

## Metode

Forskningsdesign beskriver hvilken plan man har for gjennomføringen av sitt prosjekt [Bukve, 2016]. Hvilke metoder man velger, er avhengig av hva man ønsker å finne ut av. Man velger metode ut i fra hvilket formål prosjektet har, og hvilke forskningsspørsmål man velger å stille.

For å kunne svare på min problemformulering og mine forskningsspørsmål, benytter jeg meg av metoden: *flecasesstudie, samsvarsdesign med replikasjon*. Det strukturerte litteratursøket jeg har gjort i forkant, gir en oversikt over kunnskapsstatus og vil være styrende for hvordan casestudet blir bygget opp og utført.

### 5.1 Den kvalitative metode

Det er mange stikkord som kjennetegner den kvalitative metode. Noen av disse er i følge Aadland [2013]: *subjektiv, induktiv, dybde, forståelse, hermeneutikk, fenomenologi, nærhet, og mikro*. Den kvantitative metoden kan på den andre siden bli beskrevet med stikkord som: *objektiv, deduktiv, bredde, positivisme, forklaring, distanse, og makro*.

Der den kvalitative metoden går i dybden og vektlegger betydning og observasjon, vektlegger den kvantitative metoden utbredelse og antall, det vil si det som kan måles. Det som kjennetegner den kvalitative metoden, er at forskeren er åpen og nysgjerrig etter å finne ut hva respondentene mener og synes.

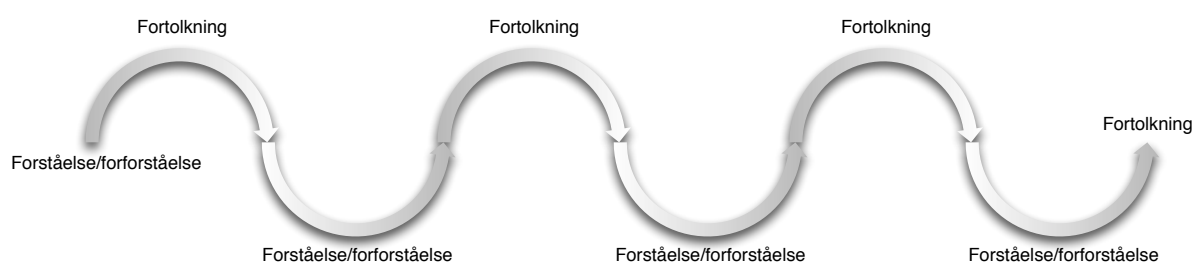
Kvalitativ forskningsmetode kan få en vitenskapelig sammenfatning av karaktertrekk og egenskaper ved de fenomener man studerer [Malterud, 2011]. Kvalitative studier vil gi en god mulighet for å få mye informasjon om få enheter [Thagaard, 2013]. Kvalitativ metode bygger på den hermeneutiske tradisjon. Hermeneutikk kan beskrives som fortolkningsvitenskap. Herme-

neutikken oppsto som en teologisk disiplin på 1600-tallet, hvor man søkte en metode for å tolke Bibelen og dens meningsinnhold. Etter hvert utviklet hermeneutikken seg til å bli en filologisk metode for teksttolkning.

Moderne hermeneutikk bygger på tanker fra filosofene Dilthey, Heidegger og Gadamer. Dilthey så behovet for en forklaringsmetode som gikk på tvers av den positivistiske naturvitenskapelige metode [Aadland, 2013].

Hermeneutikken fokuserer på forståelse og tolkning av omgivelsene. Det finnes ikke egentlige sannheter, men det finnes fenomener som kan tolkes på flere nivåer. ”Hermeneutikken bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer, er den del av. Vi forstår delene i lys av helheten.” [Thagaard, 2013, s. 41].

Den hermeneutiske sirkel, eller spiral kan benyttes som metode når man har behov for å tolke og forstå hensikten med en oppgave. Dette i motsetning til oppgaver som kan kvantifiseres og måles. For å tolke bruker man sin forforståelse. Forforståelse har man med seg fra tidligere erfaringer og fortolkninger. Disse tolkinger har man igjen gjort på bakgrunn av sin tidligere forforståelse osv. Den hermeneutiske spiral kan illustreres slik (figur 5.1):



Figur 5.1: Hermeneutisk spiral

Det er viktig at jeg som forsker er klar over at min egen forforståelse kan ha stor betydning for gjennomføringen av forskningsprosjektet. Forforståelsen kan prege min måte å formulere spørsmål på, og også prege min analyse og tolkning av materialet. Det er derfor viktig at jeg reflekterer over dette gjennom hele forskningsprosessen.

## 5.2 Samsvarsdesign med replikasjon

Jeg velger å gjennomføre en flercasestudie, som er en kvalitativ forskningsmetode. Ved å bruke samsvarsdesign med replikasjon, tar jeg mine tre cases og ser på disse som tre gjentagende

prøvinger av teorien, det vil si at jeg gjør det samme likt metodisk tre ganger. Ved å benytte denne metoden, kan man få en sterkere prøving av teori enn om man kun har en enkelt case. Når man anvender samsvarsdesign, har man på forhånd dannet seg en forventning, og man har etablert en teoretisk ramme før man begynner med analysearbeidet [Bukve, 2016].

Casestudier kjennetegnes av få analyseenheter. Enhetene kan enten være enkeltstående personer, grupper eller organisasjoner. Casestudier er en god metode å bruke når man ønsker svar på spørsmål som handler om hvordan noe skjer og hvordan noe oppleves, i stedet for kun å søke svar på spørsmål om hvorfor det skjer [Andersen, 2013]. Både enkeltcasestudier og flercasestudier ønsker å undersøke og forstå fenomener i dybden. I flercasestudier observeres flere caser som et uttrykk for det samme fenomenet. I slike studier kan man se variasjon innenfor den rammen av fenomen man undersøker [Bukve, 2016].

Man skiller mellom flere typer av case; *ateoretisk*, *teorifortolkende*, *teorigenerende* eller *teoriutviklende*. Casestudier ble ofte opprinnelig beskrevet som ateoretiske. Studiene er da knyttet til enkelte saker, hendelser, grupper, etc., og man prøver å få en forståelse ut ifra caset selv. En typisk ateoretisk case kan være en sosialantropologisk feltstudie.

En teoretisk fortolkende case ser også på selve caset, men ser det i tillegg opp imot eksisterende fenomener eller teorier. Slike type studier bruker teori til å sammenfatte og analysere et empirisk materiale.

Teoriutviklende case bygger opp egen teori. Det kan gjøres enten ved å utvikle nye begrep, modifisere allerede eksisterende begrep eller ved å falsifisere allerede eksisterende teori. *Grounded theory* er eksempel på dette [Strauss og Corbin, 1998].

Flercasestudier kan på samme måte som ved en enkeltcasestudie, være ateoretisk, fortolkende og teoriutviklende. Flercasestudier gir mulighet for å gjøre sammenligninger mellom to eller flere cases, slik at man kan se på både forskjeller og likheter mellom de enheter man studerer. Antall mulige observasjoner øker ved å velge en slik design.

Jeg ønsker i min oppgave å prøve casene opp mot de faktorene som jeg har funnet i mitt litteraturstudium, og som er viktige kriterier for å lykkes med implementeringen. Jeg vil også prøve casene opp mot noen av de faktorer som kan være årsak til at implementering av standardiserte pasientforløp kan være utfordrende. I tillegg ønsker jeg å se casene opp mot annen aktuell etablert teori. Dette gjør min oppgave teorifortolkende, hvor jeg vil ta i bruk relevante teorier for å underbygge, forstå og drøfte mine funn. Intervju av ansatte vil være med på å belyse og besvare min problemformulering og mine forskningsspørsmål.

### 5.3 Veien mot gjennomføringen av flercasestudiet

Min opprinnelige plan var å gjennomføre en komparativ casestudie. Formålet med en komparativ casestudie, er at man studerer variasjonen i fenomener og prosesser, eller ser på variasjon i sammenhenger. Jeg ønsket derfor å gjennomføre semistrukturerte intervjuer av ansatte fra forskjellige avdelinger for å få utdypende og grundigere svar på mine forskningsspørsmål.

Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU) har ansvar for utvikling av standardiserte pasientforløp i Helse Midt-Norge. Jeg tok kontakt med RSHU og la fram mine ønsker om bistand til å utvelge to cases. Bakgrunnen for min forespørsel til RSHU var blant annet at ved å overlate valget av cases til dem, så ble det for meg som forsker et objektivt utvalg, hvor min forforståelse og viten om de forskjellige klinikker ikke kunne komme til å bli en utfordring.

Jeg ønsket å ta utgangspunkt i to cases, ved to forskjellige klinikker. De variabler jeg ønsket å se på, var basert på min problemformulering, samt de kriterier som var blitt avdekket i mitt litteraturstudie.

De opprinnelige krav til de to cases var: Den avhengige variabelen *kompleksitet* var ønsket lik i begge case. Det vil si at forløpene måtte innebære samarbeid med flere avdelinger innad på sykehuset, samt samarbeid med andre instanser utenfor sykehuset, for eksempel samarbeid med kommunehelsetjenesten. Ved å få en så lik bakgrunn på kompleksitet, blir det lettere å avdekke forhold rundt de uavhengige variablene.

Det har vært viktig for meg å fokusere på forløp som er komplekse. Det er slik jeg kjenner forløpene fra min hverdag, og jeg ikke har funnet mange studier som tar for seg komplekse forløpene. Den avhengige variabelen *implementering* var ønsket ulik, det vil si at casene var fra to avdelinger eller klinikker som har komplekse forløp, men hvor den ene har godt implementerte forløp og den andre ikke. Pasientforløp regnes som implementert når de ”...følges og at de er riktig ressursatt.” [Regionalt Senter for Helsetjenesteutvikling, 2016, s. 8].

Tilbakemeldingen fra RSHU var positiv i det at de ønsket å bidra, men de hadde utfordringer med å peke ut forløp som ikke var godt implementert og derfor valgte de å avstå fra det. Deres utfordring var at de ikke kunne velge ut hvilke kriterier som klassifiserer et dårlig implementert forløp. Dette var en noe overraskende tilbakemelding, da blant annet Vanhaecht et al. [2010] beskriver viktigheten av at man på forhånd har satt gode måleindikatorer, hvis man skal kunne vurdere om implementeringen av pasientforløp fungerer eller ikke (se seksjon 4.5).

Svaret fra RSHU resulterte i at jeg måtte endre min opprinnelige plan. Da jeg ikke kunne velge at den avhengige variabelen *implementering* var ulik, valgte jeg å fokusere på kravet om

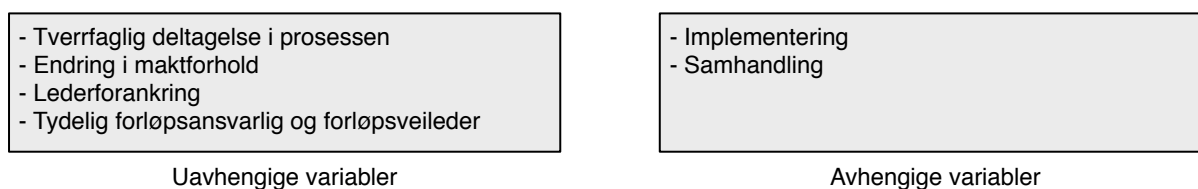


at den avhengige variabelen *kompleksitet* skulle være lik. Om et forløp er godt implementert eller ikke, ble dermed noe jeg måtte spørre hver informant om. På bakgrunn av dette måtte jeg gå fra et komparativt casestudie til et flercasestudie.

Det viste seg at det ble svært vanskelig å rekruttere informanter fra de klinikkene jeg fikk foreslått fra RSHU. Jeg endte derfor opp med å bruke en del av mitt eget kontaktnett til rekruttering i tillegg, for å få nok informanter. Dette betyr at jeg må være spesielt oppmerksom på min forforståelse, både under intervjuene og under min analyse.

## 5.4 Variabler

Jeg har valgt å undersøke tre cases og jeg har til sammen intervjuet elleve personer.



Figur 5.2: Uavhengige og avhengige variabler

De variabler jeg ønsker å se på, er basert på min problemformulering, samt de kriterier som er blitt avdekket i litteraturstudiet (se seksjon 3). Det velges fire uavhengige variabler og to avhengige (se figur 5.2).

De følgende variabler velges til å være casestudiene uavhengige variabler. Variablene er valgt på bakgrunn av at de er de mest dominerende kriterier som er avdekket i det standardiserte litteratursøket (se seksjon 3):

- Tverrfaglig deltagelse (positivt kriterium),
- Lederinvolvering/lederforankring (positivt kriterium),
- Endring i maktforhold (negativt kriterium), og
- Tydelig forløpsansvarlig/tydelig forløpsveileder (positivt kriterium).

Jeg velger *tverrfaglighet* som en variabel, da dette er en av de mest prominente kriterier for å lykkes (se seksjon 3.3).

Flere studier påpeker viktigheten av at både den overordnede administrative ledelsen og den kliniske ledelsen må være engasjert i arbeidet, slik at *Lederinvolvering/lederforankring* også blir en viktig variabel å se på.

Jeg velger å se på *endring av maktforhold*, da det er det mest prominente kriteriet for at implementering ikke lykkes (se seksjon 3.3). Innunder dette kriteriet, ligger endring av roller og ansvarsforhold. Det er i metoden for standardiserte pasientforløp definert at det kun er leger eller psykologer som kan være forløpsansvarlig. Dette er derfor en oppgave som blir definert, eller bestemt fra toppledelsen og som kan påvirke legenes frihet til selv å bestemme.

Kriteriet *tydelig forløpsansvarlig/forløpsveileder* er også et kriterium for å lykkes, så det vil være spennende å se hva deres rolle har av betydning i mine cases.

De avhengige variabler er:

- Samhandling, og
- Implementering.

Variabelen *samhandling* ønskes lik i alle tre cases. De klinikker jeg har hentet cases fra, har alle utarbeidet komplekse forløp. Det vil si at forløpene innebærer samarbeid med flere avdelinger innad på sykehuset, samt samarbeid med andre instanser, for eksempel kommunehelsetjeneste, NAV, jobb, skole, etc. Variabelen *implementering* er ikke definert på forhånd (jmf. seksjon 5.3), derfor vil jeg spørre hver informant om de synes at de standardiserte pasientforløpene på deres arbeidsplass er godt implementerte eller ikke.

## **Del III**

# **Resultater**



# Kapittel 6

## Samsvarsdesign med replikasjon

Målet med å gjennomføre en flercasestudie, er å kartlegge om noen av de samme kriterer funnet i det strukturerte litteratursøket, gjør seg gjeldende i de klinikker på St. Olavs Hospital som har utviklet og implementert komplekse pasientforløp.

### 6.1 Gjennomføring av et flercasestudie

Det er tatt utgangspunkt i tre cases ved tre klinikker som har komplekse pasientforløp.

I begynnelsen av hvert intervju, ble begrepene *komplekse pasientforløp* og *implementering* definert for informantene, for å ha et felles grunnlag og en felles forståelse.

Alle informantene ble spurt om de anser forløpene som godt implementerte eller ikke (jmf. seksjon 5.3).

I tillegg ble de spurt om hvordan de opplever at samhandlingen fungerer, både innad på sykehuset og utad mot blant annet 1. linjetjenesten. Dette sier noe om graden av implementering og helheten i de tjenestene som tilbys.

### 6.2 Klargjøring av begreper

**Implementering** Et pasientforløp regnes som godt implementert når de ”...følges og at de er riktig ressursatt.” [Regionalt Senter for Helsetjenesteutvikling, 2016, s. 8].

**Komplekse pasientforløp** Pasientforløp som beskriver samhandling innad på sykehuset, mellom avdelinger og poster, og også samhandling utad med 1. linjetjenesten, NAV, skole, jobb, etc. (se Fineide og Ramsdal [2014]).

**Forløpsansvarlig** ”Skal være tydelig til stede i prosessen. Utnevnes av klinikkssjef eller avdelingssjef i de respektive HF . Skal som hovedregel være lege/psykologspesialist. Skal ha hovedansvar for å beskrive, implementere og følge opp det standardiserte pasientforløpet. Må ha stor gjennomføringskraft i eget fagmiljø. Er leder av tverrfaglig team.” [Regionalt Senter for Helsetjenesteutvikling, 2016, s. 4].

**Forløpsveileder:** ”Er ressursperson og pådriver og skal sikre at vedtatt metodikk og fremdriftsplan følges. Er spesialist i metodikken. Har hovedansvaret for dokumentering av pasientforløpet, herunder at måleparametere er spesifisert. Har omfattende kunnskap om EQS. Har ansvar for at koding beskrives i pasientforløpet” [Regionalt Senter for Helsetjenesteutvikling, 2016, s. 4].

**Seksjonsleder** Leder av en del eller gruppe i en avdeling/klinikk.

**Behandlerpersonell** Dette er personer som er direkte involvert i behandlingen av pasientene og kan være alle typer yrkesgrupper. For å holde på anonymiteten hos de enkelte informanter, blir dette begrepet valgt.

## 6.3 Strukturering

Jeg tar utgangspunkt i de variabler jeg ønsker å se på, og går igjennom hva hver enkelt har svart rundt de forskjellige temaene. Dette gjør jeg for hver enkelt case. I tillegg ser jeg at det har kommet andre interessante momenter opp som jeg også vil kommentere. Felles for alle tre cases er som sagt at de er komplekse.

Informantene har vært alt fra seksjonsledere, forløpsansvarlige, forløpsveiledere, behandlere og til de som er reelle brukere av forløpene, uten å ha vært direkte involvert i utarbeidelsen. Jeg har ikke intervjuet noen avdelingssjefer eller klinikkssjefer. Det vil si at ved spørsmål om pasientforløpene er lederforankret, blir svarene bygd på den forståelsen informantene har av dette.

## 6.4 Case 1

Case 1 består av svarene fra fire informanter. Dette er en avdeling i en klinikk som er tverrfaglig sammensatt.

Pasientforløpene som er utarbeidet, er for det meste komplekse ut ifra definisjonen at de samhandler med andre avdelinger/klinikker innad på sykehuset, i tillegg til at de også samhandler med instanser utad.

### 6.4.1 Implementering

Det er sprik i svarene om informantene mener at de standardiserte pasientforløpene er godt implementert. Det kommer tydelig frem at det er forskjellig oppfattelse om hva implementering betyr i praksis, på tross av at begrepet var avklart i starten av hvert intervju. Noen av informantene er opptatt av selve IT-verktøyet og at det var utfordrende å få de ansatte til å ta i bruk dette. Informant 1C sier: *”Det er ikke noe vi bruker. Altså, vi bruker det jo, men vi er ikke inne og ser.”*

Avdelingen har utarbeidet flere standardiserte pasientforløp, og de har gjort seg flere erfaringer med at det har vært utfordrende med implementeringen av disse. For å få de ansatte til å jobbe etter det som står beskrevet i de standardiserte pasientforløpene, har man gjort en stor ryddejobb når det gjelder hvilke dokumenter/prosedyrer som ligger tilgjengelige på datamaskinen. De har stort fokus på at det er de dokumentene som ligger beskrevet i pasientforløpene, som er de gjeldende dokumenter og som beskriver hvordan de skal arbeide med og behandle de aktuelle pasientgruppene.

Flere anser standardiserte pasientforløp som et godt og nyttig verktøy for systematisering av behandlingen. Det er flere som beskriver at man opplever en forskjell før og etter implementering av standardiserte pasientforløp. Informant 1A opplever at ved å jobbe etter forløpene, blir man mer bevisst på innholdet i hverdagen til pasientene og hvor de til en hver tid er i behandlingsforløpet.

Flere av behandlerne, de som er nærmest pasientene, bruker det ikke aktivt. Det beskrives at mange jobber slik de alltid har gjort.

**Oppsummering:** I denne casen er det sprikende svar om hvorvidt forløpene er godt implementert eller ikke. Det kommer frem at informantene ikke har samme forståelse av hva implementering betyr, selv om jeg i starten av intervjuene gjennomgikk og definerte begrepet. Det ser ut som om de standardiserte pasientforløpene ligger til grunn for måten det jobbes på, men at det fortsatt er utfordringer med å finne frem og bruke det aktivt i praksis.

For informant 1A, 1C og 1D var det å kunne gå inn på EQS og trykke seg fram i forløpene en viktig pekepinn for om forløpet ble brukt eller ikke. Informant 1B var mer opptatt av at

IT-verktøyet var et oppslagsverk og viktig for nytilsatte. Informant 1C beskriver vel egentlig at forløpene følges av mange, selv om de ikke er inne på EQS jevnlig. Som informanten sier: *”Det er jo slik vi jobber”*.

#### **6.4.2 Samhandling innad og utad**

Informantene beskriver at samhandlingen innad mellom avdelinger på sykehuset fungerer bra og at dette er beskrevet i forløpene. Når det gjelder samhandling utad, er det større utfordringer. Noen forløp beskriver denne samhandlingen og det kan brukes som en sjekklister for når man tar kontakt, hvordan, og med hvem. Forløpene blir da en huskeliste.

Når det allikevel er utfordrende med samhandlingen, er det fordi det ikke er tydelig nok beskrevet. Informant 1A beskriver samhandlingen utad slik den er beskrevet i forløpene som *”fattig og litt kort”*. Det er også noen uklarheter når det gjelder hvem som gjør hva, og hvilke forventninger spesialisthelsetjenesten har til for eksempel 1. linjetjenesten og NAV, og omvendt.

#### **6.4.3 Lederinvolvering i prosessen med utarbeiding og implementering av pasientforløp (positivt kriterium)**

Da ingen informanter er ledere, blir dette de ansattes oppfattelse av lederinvolveringen. Ledelsen har vært med i prosessen med hvilke standardiserte pasientforløp som skal utformes og i sluttfasen med godkjenning av forløpene. De har ikke vært aktivt med i selve utarbeidningen og gjennomføringen. Prosessen med utarbeiding og implementering har blitt utført av en arbeidsgruppe, forløpsansvarlig og forløpsveileder. Det blir beskrevet av informant 1C at seksjonsledersjiktet har vært representert i arbeidsgruppene, men ikke avdelingssjefen. Informant 1A savnet retningslinjer og direktiver fra ledelsen under utarbeidelsesprosessen. Siden ledelsen er god på å lage retningslinjer, hadde det vært smart at de var mer aktivt med på den måten.

**Oppsummering:** Når det gjelder innføring av standardiserte pasientforløp beskriver flere studier viktigheten av at både den overordnede administrative ledelsen og den kliniske ledelsen må være engasjert. Lederinvolvering er beskrevet som et positivt kriterium, og som viktig for at implementeringen skal lykkes (se seksjon 3.2.1).

I selve utarbeidelsesprosessen og i implementeringsfasen har ledelsen i denne casen en noe begrenset rolle. Det at seksjonsledere har vært med i arbeidsgrupper er positivt med tanke på



nærhet til de ansatte. Lederforankringen ser ellers ut til å være begrenset til beslutninger i startfasen og i godkjenningsfasen.

#### 6.4.4 Forløpsansvarliges og forløpsveileders rolle (positivt kriterium)

Under dette temaet svinger det veldig i forståelsen av hvilken rolle en forløpsansvarlig har i prosessen. Behandlerpersonalet er usikre på hva som ligger i begrepet forløpsansvarlig, hvem dette er og hvilke oppgaver en forløpsansvarlig har. Informant 1A sier: *”De skal jo godkjenne det som står der da.”* Når vi snakker litt videre om det og jeg definerer hva en forløpsansvarlig er, er den ene veldig tydelig på at forløpsansvarlig er med i prosessen med utarbeidelse og implementering i kraft av at den er med i arbeidsgruppen.

Andre informanter er mer tydelig på hva rollen innebærer og at det er forløpsansvarlig som har det faglige ansvaret for innholdet i forløpene. Informant 1B beskriver at forløpsansvarlig er den som vurderer hvem som skal være med i en arbeidsgruppe, kaller inn til arbeidsmøter og koordinerer arbeidet. Informant 1D beskriver forløpsveileders rolle som veldig viktig og som en viktig samarbeidspartner til forløpsansvarlig i det å kjøre prosesser og sy det hele sammen. *”Forløpsansvarlig her får veldig mye hjelp fra forløpsveileder i forhold til administrativ gjennomføring. Også alt det rundt i forhold til referat, tegning i EQS og alt det der.”*

Informant 1D forteller videre at det er forløpsansvarliges oppgave å lede møter og at det også er denne som gjennomfører undervisning i implementeringsfasen. Hvor mye oppfølgingsansvar en forløpsansvarlig har etter at forløpet er godkjent og besluttet tatt i bruk, er informanten usikker på. Informant 1B beskriver at forløpsansvarlig har et ansvar sammen med arbeidsgruppen når det gjelder undervisning og implementering. På spørsmål om hvilken rolle forløpsansvarlig har i implementeringsarbeidet, sier informant 1B: *”Har vel sammen med arbeidsgruppa hatt et ansvar for å presentere og formidle nytteverdien og viktigheten av å bruke det som et verktøy.”*

**Oppsummering:** Tydelige forløpsansvarlige som er med og leder hele prosessen, blir sett på som et viktig positivt kriterium hos flere forfattere (se seksjon 3.2.1). I tillegg beskrives det at prosessveiledelse er viktig i utarbeidelsen og for å kjøre prosessene framover. I metodikken for utarbeidelse av standardiserte pasientforløp, brukes benevnelsen forløpsveileder for prosessveileder [Regionalt Senter for Helsetjenesteutvikling, 2016, p. 4]. Uten prosessveiledere/forløpsveiledere til å drive prosessene framover og som kan gå foran som et godt eksempel, blir gjennomføringen vanskelig.

Informantene er enig i at forløpsveileder har hatt en viktig rolle i utarbeidelsen av forløpene. Det er stort sprik mellom informantene når det gjelder hvilken rolle en forløpsansvarlig har. Informanter som er behandlerpersonell er mer usikker på forløpsansvarliges rolle, enn de andre informantene. Forløpsveilederens rolle ser derimot til å være godt definert, og alle er enig om at denne rollen er viktig og at det har fungert godt i denne casen.

#### **6.4.5 Tverrfaglighet i hele prosessen og informasjon til de ansatte forut, underveis og etter utarbeidelsen (positivt kriterium)**

Det er tverrfaglig sammensatte grupper som er med å utarbeide de standardiserte pasientforløpene. Det betyr at de forskjellige faggruppene er representert i arbeidsgruppene. I tillegg får de forskjellige gruppene forløpene ut på høring. Selv om arbeidsgruppen er tverrfaglig, så er det ikke slik at alle ansatte er involvert i dette arbeidet.

Det spriker i informantenes syn på hvordan de ansatte ble informert underveis, men det ser ut til at det sendes ut informasjon til alle ansatte om at arbeidet med forløp skal starte. Informant 1D sier at det også ble informert mye underveis. Dette fordi de hadde gjort seg erfaringer fra tidligere prosesser da informasjonen ikke var så god. Informanten beskriver informasjon som et nøkkelbegrep for å lykkes med implementeringen.

Informant 1C beskriver at de som jobber nær pasienten, som for eksempel pleiepersonalet ikke opplever at det informeres godt. På spørsmål om informanten opplevde at de ble godt informert før de startet er svaret: *”Jeg kan ikke si det, altså. Jeg tror liksom at pasientforløp slik det er nå, bare er et ord, et begrep vi vet er der. Altså på gulvet, i avdelingen så er det ikke noe vi tenker på. Det finnes jo prosedyrer, det finnes alt og det ligger jo der. Men jeg tror ikke det er noe som vi som jobber nære pasienten tenker på eller forholder oss til i det daglige, nei.”*

For å kunne nå alle med informasjon og undervisning for å bedre implementeringen, er forløpsundervisning tatt inn som en del av undervisningen til de nytilsatte. Her får alle nytilsatte opplæring i hvordan det forventes at man jobber. De får opplæring i at dette er standarden man jobber etter på avdelingen.

Informant 1D beskriver at alle ansatte skal ha opplæring i forløpet i forbindelse med implementeringen. Dette er både en praktisk og en teoretisk undervisning. For de ansatte som forløpene gjelder for, er noe av undervisningen gjort obligatorisk.

**Oppsummering:** Både tverrfaglighet i hele prosessen samt informasjon og opplæring til de ansatte, er sett på som viktige positive faktorer for god implementering av standardiserte pasientforløp. Litteraturen beskriver at for å sikre god implementering og at dette blir en akseptert måte å jobbe på, må alle berørte involveres fra start av. Eierforhold til forløpene er en viktig faktor. Dessuten er også teamarbeid en av de viktigste faktorene i utvikling av gode pasientforløp (se seksjon 3.2.1).

Når det gjelder informasjon og opplæring, beskrives det i litteraturen at pasientforløpene må være lette å forstå, det vil si enkelt beskrevet og lett tilgjengelig for å bli brukt. Det presiseres også at det ikke er nok med opplæring i starten, men at dette vil være en kontinuerlig prosess slik at opplæringen må gjentas (se seksjon 3.2.1).

Det ser ut som om de i denne casen har erfart at informasjon er viktig og at det er noe de fokuserer mer på nå enn tidligere. Den tverrfaglige involveringen er også noe som beskrives av informantene som viktig. I denne casen har de fokusert en del på selve IT-verktøyet og opplæring av dette. IT-verktøyet blir sett på som et premiss for å kunne ta i bruk selve innholdet i de standardiserte pasientforløpene. Selv om man har hatt en del opplæring i verktøyet, er det av flere av informantene trukket fram at dette er en vanskelig bit for flere av de ansatte. Det beskrives generasjonsforskjeller, hvor de yngre lettere tar dette, enn de eldre som vegrer seg for å benytte datamaskinen.

#### **6.4.6 Endring av maktstrukturer – endring av ansvarsfordeling, kultur og roller (negativt kriterium)**

Ved å innføre standarder og krav om måleindikatorer, kan man tenke seg at det vil påvirke både maktstrukturer og kulturen i en organisasjon. Dette er bakgrunnen for at jeg har stilt en del spørsmål om innføring av pasientforløp endrer noe på ansvarsfordelingen, endrer på roller og om det endrer noe på kulturen i organisasjonen.

Informantene er ganske enige om at innføring av pasientforløp ikke har endret mye på ansvarsfordelingen, men at ansvaret og rollene er blitt mer tydelig definerte. Dette fordi ansvar og roller er blitt tydelig beskrevet gjennom forløpene. Det at ansvar og oppgavefordeling er tydelig definert i forløpene, gjør at det er lettere å peke på ansvarsforhold.

*Påvirkes kulturen ved innføring av pasientforløp?* På dette spørsmålet kommer det mange interessante betraktninger. Flere er enige i at kulturen er endret, men er usikker på om det har med innføring av pasientforløp å gjøre. Noen peker på et generasjonsskifte på avdelingen som

en grunn til kulturendring. Informant 1D sier: *”Det er et generasjonsskifte, og det merker vi påvirker kulturen på hvorvidt man velger å forholde seg til og å følge forløpene eller ikke. Det er veldig stor forskjell mellom de som på en måte har vært her i 100 år og de som er forholdsvis ny og helt ny.”* Da jeg spør om det er slik at man da gjør ting av gammel vane, sier informanten: *”Ja, og lite endringsvilje hvis det skjer forandringer. Jeg har alltid gjort det slik!”*

Kulturforskjellen går på at det er stor forskjell mellom de som har jobbet lenge og de som er nye. Det handler også om at de nyutdannede er vant til å jobbe mer kunnskapsbasert enn de eldre. Det er en annen måte å tilegne seg kunnskap på nå enn tidligere. Som informant 1C sier: *”Mange av oss er vant til å jobbe, vi har jobbet i mange år. Da var det jo på en annen måte, sånn erfaringsbasert. Nå skal det jo dokumenteres også.”* Informanten beskriver at de er to generasjoner ansatte, særlig blant pleiepersonalet og at det merkes godt.

Informant 1A er tydelig på at innføring av pasientforløp har endret kulturen i organisasjonen. *”Vi er tryggere på at vi gir pasientene det de skal ha, vi er mer rause mot hverandre når vi har møter og slikt. Vi hjelper hverandre til å huske på hvor vi er i forløpene. Ja, jeg tror kulturen har endret seg på det da, på måten vi er mot hverandre.”*

På spørsmål om det oppleves motstand mot innføring av pasientforløp og om det er noen forskjell mellom yrkesgruppene når det gjelder det å ta forløpene i bruk, er de fleste enige om at det er en yrkesgruppe som utmerker seg. Det oppleves som om at pleiepersonalet er de som har hatt vanskeligst for å ta dette i bruk, og har hatt størst motstand mot å jobbe etter standardiserte pasientforløp. Årsakene kan være, som tidligere sagt at mange eldre pleiere synes det er vanskelig å skulle begynne med noe nytt. Da er det særlig motstand mot å gå inn å lese på pasientforløpene på datamaskinen. Det å gå inn på EQS, ser fortsatt ut til å være en bøyg for noen. Ved å ikke bruke EQS kan de gå glipp av de beskrivelsene som ligger der, om hvordan man jobber med de spesifikke pasientgruppene.

Informant 1A påpeker at det er viktig å ha et eierforhold til forløpene, og det er det mange som ikke har. Det er lett å finne frem og å se nytteverdien av et forløp, når man selv har vært med på å utarbeide det. Det krever mye innsats fra de som har utarbeidet det, for å få det ut til resten, slik at de også får et eierforhold til det. Det poengteres at det er viktig å ta fram forløpstankegangen i alle sammenhenger som er relevante. Spesielt er det viktig å ta det opp i teammøter hvor man diskuterer pasienter. Informant 1A beskriver videre at de som har vært direkte involvert i utarbeidelsen av forløp, har en viktig veilederrolle i etterkant.

**Oppsummering:** Endring av maktforhold og maktstrukturer ved innføring av standardiserte pasientforløp, blir i litteraturen sett på som en negativ faktor og en av grunnene til at implementeringen kan være vanskelig. Flere forfattere beskriver at de som påvirkes negativt av endring av maktforhold for det meste er leger (se seksjon 3.2.2).

I denne casen er det ikke tydelige endringer av maktforhold som følge av innføring av standardiserte pasientforløp. Der litteraturen beskriver legene som de største motstanderne, er det her den eldre garde av pleiepersonalet som blir trukket frem som til dels motstandere. Informantene beskriver motstand mot det som er nytt og da spesielt det tekniske IT-verktøyet, og det at de må jobbe etter en kunnskapsbasert praksis. Som informant 1C beskriver det, så er den eldre andelen av pleiepersonalet mer vant til å jobbe erfaringsbasert. Det er derfor en utfordring for denne gruppen at alt skal dokumenteres og at det er et krav om at man jobber kunnskapsbasert til enhver tid.

#### 6.4.7 Fremmende og hemmende faktorer for implementering

**Fremmende faktorer:** I denne casen fremheves tydelig forløpsveileder og fokus på undervisning og opplæring som viktige faktorer som fremmer en god implementeringsprosess. De som er med og utarbeider forløp har en viktig rolle med å selge inn forløpene til sine kollegaer.

**Hemmende faktorer:** Som hemmende faktorer fremheves det at spesielt den eldre generasjonen av pleiere har lite endringsvilje. De føler det skremmende å måtte sette seg inn i nye måter og jobbe på. Spesielt er det vanskelig å benytte seg av IT-verktøyet. Flere jobber erfaringsbasert og ser utfordringer i de økte kravene til dokumentasjon og kunnskapsbasert praksis. Gapet mellom den eldre og den yngre garde av pleiepersonell, ser ut til å være stor. Manglende eierforhold til pasientforløpene er også en klar hemmende faktor. Spesielt oppleves dette hos pleiepersonalet som er den største gruppen av ansatte.

Resultatene fra case 1 viser at de fremmende og hemmende faktorene som er fremkommet, er i samsvar med de positive kriterier (se seksjon 6.4.3-6.4.5) og negative kriterier (se seksjon 6.4.6) som er funnet i litteraturen. Det har fremkommet flere faktorer enn de jeg hadde valgt ut som variabler, men de er alle faktorer som er listet opp litteratursøket.

## 6.5 Case 2

Case 2 består av tre informanter. De kommer fra avdelinger, hvor de har utarbeidet flere standardiserte pasientforløp. Det beskrives at de jobber tverrfaglig. Noen av de standardiserte pasientforløpene er utarbeidet i samarbeid mellom flere avdelinger i klinikken. De har forløp som omhandler både samhandling innad på sykehuset og også utad med for eksempel 1. linjetjenesten, skole, NAV og andre sykehus.

### 6.5.1 Implementering

To av informantene (2A og 2C) beskriver at ikke alle standardiserte pasientforløp er like godt implementert. Det er flere faktorer som spiller inn på hvor godt implementert pasientforløpene er og blir.

Hvor de tidligere hadde en mer tilfeldig måte å implementere forløp på, med varierende suksess, har de nå prøvd å satt dette mer i system. Informant 2C sier om dette: *”så det er mer vellykket nå enn før i hvert fall da.”* Informant 2B beskriver de forløp hun kjenner som vellykkede og godt implementerte. Det tilskriver hun ressurspersoner som ivrer for at dette skal lykkes. Dette og at de ansatte greier å se nytten av det, er for informanten viktige kriterier for å lykkes.

Ved spørsmål om de opplever at det er forskjell fra før og etter innføring av standardiserte pasientforløp, sier alle tre informanter at det er det, og det på en positiv måte. Forløpene fører til at det blir mer struktur og system rundt behandlingen av pasientene. Det beskrives av en at det er mindre tilfeldigheter nå etter innføring av forløp, enn tidligere. For å sikre at forløpene blir brukt, har de valgt å legge inn milepæler som det sjekkes at pasientene har vært igjennom. Dette gjelder på mange ting som for eksempel at de sjekker om alle pasientene har fått riktig informasjon til riktig tid.

Informant 2C er tydelig på at implementering er en lang prosess og det ofte er slik at en ting følger en annen når noe skal innføres. *”Når du først får en ting innført så følger litt resten med også, for det blir fokus på forløpet da.”*

Informant 2A beskriver at det fortsatt er en del usikkerhet i bruken av forløpene. *”Det å gå til kilden er en bøyg fordi det er mye å lese. Det er ikke gjort i en håndvending for å si det slik.”*

**Oppsummering:** I denne casen er det også som i foregående case, sprikende svar om forløpene er godt implementert. Det poengteres at der de har lyktes, så har de satt av både tid og

ressurser i hele prosessen. Det er viktig med tydelige rollemodeller/ressurspersoner. Det er også viktig å erkjenne at ting tar tid. Man kan ikke forvente at et forløp er implementert med en gang det er godkjent, men at dette er en langvarig prosess.

### 6.5.2 Samhandling innad og utad

Når det gjelder spørsmål om samhandling innad på sykehuset, er det litt forskjellig oppfattelse fra de tre informantene. En sier det varierer veldig, en mener det fungerer bra og en mener at samhandlingen innad ofte kan være utfordrende. Spesielt gjelder det utfordringer når pasienter skal overføres fra en avdeling til en annen.

Samhandling utad med for eksempel 1. linjetjenesten er godt beskrevet i pasientforløpene. Alle informanter peker på et kriterium som må være til stede for at for at dette skal fungere. Det at pasienten har en kontaktsykepleier/pasientkoordinator som tar ansvar for kontakten utad, er svært viktig. Informant 2C sier: *”Samhandling krever samhandlingskompetanse til den sykepleieren som skal ha den kontakten utad.”*

De har gjort seg erfaringer med at hvis denne oppgaven blir gitt til en *tilfeldig* sykepleier, så fungerer det ikke optimalt, fordi det da er vanskelig å få inn denne kompetansen.

Informant 2A er tydelig på at pasientkoordinator er viktig, men sier at det ikke er forløpene som gjør at samhandlingen fungerer. Informanten sier de har hatt gode rutiner på dette også tidligere og at de stadig blir enda bedre. Det at det ikke har med forløp å gjøre, refereres til at dette fungerer bra også hos pasientgrupper som ikke har beskrevne pasientforløp. Informant 2A sier det skyldes *”en større bevissthet rundt måten å jobbe på, men også at vi har koordinatorene som holder tråen.”*

### 6.5.3 Lederinvolvering i prosessen med utarbeiding og implementering av pasientforløp (positivt kriterium)

Ledelsen er involvert i hvilke standardiserte pasientforløp som skal lages. Det kommer både ønsker fra de enkelte avdelinger/seksjoner, og pålegg om å utarbeide spesifikke forløp fra Helse Midt-Norge. Alle informantene er tydelig på at lederinvolvering er viktig.

Informant 2A beskriver viktigheten med lederforankring slik: *”For til mere ledelsesforankret det er jo mer forankret er det hos legegruppa.”* Informanten framhever at det er svært viktig at legene er med og at de ser nytten av forløpstenkning. Informant 2A beskriver at lederne har en

rolle i informasjonen til de ansatte. Selv om de oppfordres til å ha en aktiv rolle med å informere, er informanten usikker på hvor mye dette blir gjort. Det kommer dessverre ikke tydelig fram om ledelsen har vært aktivt med i utarbeidningen av forløpene annet enn det som kom fram i utsagnet over.

**Oppsummering:** Viktigheten av lederinvolvering og lederstøtte poengteres i litteraturen av flere. I denne casen er alle tre tydelige på at ledelsen spiller en viktig rolle for å få satt i gang arbeidet med standardiserte pasientforløp. Det beskrives også at de har en rolle i informasjonsarbeidet. Hvor aktive de har vært i selve utarbeidelsesprosessene kommer dessverre ikke klart fram.

#### 6.5.4 Forløpsansvarliges og forløpsveileders rolle (positivt kriterium)

Forløpsansvarliges rolle ligger i det å ha det medisinske ansvaret for forløpet og sikre at alt er faglig forsvarlig. *”Og så er de jo en drivkraft på en måte da”*, sier informant 2C. Ellers beskrives forløpsveileder å ha en svært viktig rolle i hele prosessen. Informant 2B beskriver at: *”Det er forløpsveileder som på en måte har styrt og hanket inn og passet på, de har både vært veileder og ansvarlig.”*

Det er ofte slik at forløpsveileder organiserer og koordinerer. Forløpsveileder beskrives som en moderator som setter opp og organiserer møter. Forløpsansvarlig er ikke med på alle arbeidsmøter underveis i prosessen, men er med å godkjenne i etterkant når arbeidet er gjort.

**Oppsummering:** Flere studier beskriver at for å få et forløp til å fungere, så er det viktig med tydelige forløpsansvarlige som er med og leder hele prosessen. I tillegg beskrives forløpsveileders rolle som svært viktig i utarbeidelsen, og for å kjøre prosessene framover.

Forløpsansvarliges rolle trekkes i denne casen fram som viktig. Det ser ut til at de ikke har en aktiv rolle i hele prosessen, men er mer av og på. Den som er aktiv og driver arbeidet kontinuerlig framover, er forløpsveileder og de oppnevnte arbeidsgruppene.

I denne casen blir rollen som forløpsveileder trukket fram av alle informanter som å være svært viktig. Det fortelles at det er viktig at det er en person som holder i tråden og kan metodikken. Forløpsveileder blir sett på som en veileder for de andre, både i arbeidsgruppene, men også for de andre ansatte.



### **6.5.5 Tverrfaglighet i hele prosessen og informasjon til de ansatte forut, underveis og etter utarbeidningen (positivt kriterium)**

Utarbeidelse av de standardiserte pasientforløpene blir utført av en tverrfaglig arbeidsgruppe, samt forløpsansvarlig og forløpsveileder. Det kan være noe forskjell i antall medlemmer i gruppen, alt etter hvilket forløp de skal utarbeide. De har gjort seg erfaringer med at det er lettere å implementere hvis det har vært flere som har vært delaktig i prosessen. I følge den nye metodikken, ønskes mye jobb gjort av forløpsansvarlig, forløpsveileder og mindre arbeidsgrupper. Dette blant annet for å være mer effektive [Regionalt Senter for Helsetjenesteutvikling, 2016].

Informant 2C forklarer det slik når jeg spør om det er tverrfaglighet i hele prosessen: ”*det var det før men så ble jo metodikken lagt om og da skulle det jo være mye mer begrenset ikke sant, på hvem som var med på alle møter og. Før så startet vi jo med at alle var til stede og tegnet forløp, ikke slik som det fungerer i dag. Da skulle alle sammen komme med ideer på forandring og sånn. Og så opprettet man arbeidsgrupper da ut ifra tema og hva som skulle forbedres og så tror jeg at vi hadde to slike stormøter i løpet av prosessen. Så brukte vi mye lengre tid. Det jeg tror er jo at vi ikke sparer oss veldig mye tid nå egentlig. Fordi de ble så engasjerte og involvert og de forsto hva dette dreide seg om og så går jo alle hver til sitt og snakker om det her og formidler det videre. I stedet for slik som det egentlig fungerer nå så er det jo mye forløpsansvarlig og forløpsveileder som skal sitte sammen og tegne opp hele forløpet, og så skal man jo opprette de her arbeidsgruppene som slike satelitter da. Så det tror jeg var uheldig, egentlig.*”

Når det gjelder informasjon, så beskrives det at ledere og undervisningssykepleiere blir informert i forkant om at arbeidet med forløp skal starte. Forløpsansvarlig har ansvar for å informere legene. Ellers så blir det informert til de ansatte på personalmøter at dette arbeidet er i gang.

Det er litt forskjellig tilbakemelding på hvor mye informasjon som blir gitt forut og underveis i utarbeidelsen. Denne informasjonen beskrives av informant 2A som ”*mer tilfeldig*”, men hvis det kommer opp spørsmål fra de ansatte, så blir de informert om arbeidet som er i gang. En grunn til at det ikke informeres så mye i forkant, er som informant 2A sier: ”*Det er så mye å forholde seg til allikevel og at ting tar så lang tid.*”

Det beskrives av alle at det brukes en del tid og energi i prosessen etter at forløpet er godkjent og skal implementeres. Malen i den sentrale metodikken som beskriver hvordan forløpene skal presenteres, blir brukt. Det arrangeres fagdager hvor forløpene blir presentert. Dette blir gjort

av forløpsveileder og forløpsansvarlig. I tillegg så prøver de å kombinere dette med å leie inn eksterne foredragsholdere som et trekkplaster. Da de erkjenner at ikke alle kan delta på slike fagdager, arrangeres det faste informasjonsmøter i etterkant. Det er obligatorisk å gå igjennom opplæringen. Ved å bruke en del energi på disse informasjonsmøtene, ser man at man får spredd informasjonen ut til flere.

Informant 2B er tydelig på at ressurser i form av avsatt tid og penger har vært viktige faktorer for å lykkes i forløpsarbeidet.

**Oppsummering:** Litteraturen beskriver både tverrfaglighet i hele prosessen, samt informasjon og opplæring til de ansatte som viktige positive faktorer for god implementering av standardiserte pasientforløp (se seksjon 3.2.1).

Det beskrives i denne casen at det er forskjell om man involverer mange i prosessen, eller om man er en liten gruppe slik metodikken per i dag beskriver [Regionalt Senter for Helse-tjenesteutvikling, 2016]. Selv om det tar både tid og ressurser, oppleves det at det er lettere å implementere når flere er delaktige. Eierforholdet til forløpene blir da større. Ivrige ansatte som har vært med i prosessen, vil naturlig nok ivre for å få dette ut i resten av organisasjonen.

Fra å ha slitt en del med implementering tidligere, har de nå tatt grep og bruker en del ressurser på undervisning i implementeringsfasen. De lager en del blest rundt dette og kombinerer undervisning om forløp med annen faglig input, samt sosial hygge.

Informasjonen til de ansatte forut og underveis, kan virke noe knapp, men det kan se ut som om dette oppveies med stor innsats i implementeringsfasen.

### **6.5.6 Endring av maktstrukturer – endring av ansvarsfordeling, kultur og roller (negativt kriterium)**

Informantene beskriver at innføring av standardiserte pasientforløp ikke har endret stort på ansvarsfordelingen. Men informant 2B beskriver at hver enkelt har blitt mer ansvarlig. Det at det er tydelig beskrevet i forløpene når og hvem som skal inn, er positivt.

Informant 2C kommenterer at innføring av standardiserte pasientforløp har resultert i direkte endringer hos en pasientgruppe, ved at man har fått tilført ekstra ressurser. Selv om ansvarsfordelingen ikke har blitt endret, har innføring av pasientforløp resultert i en del endrede rutiner på arbeidsplassen.

Informantene synes det er vanskelig å svare på om kulturen på arbeidsplassen er blitt endret

etter innføring av standardiserte pasientforløp. Men som informant 2A sier: *”Egentlig så ligger det ganske mye kultur der fra før tenker jeg. Men det kan endre noe på arbeidet vårt som medfører en endring i måten å jobbe på. Man er nødt til å lære seg nye ting.”*

Informant 2C sier at hun tror det er blitt mer kultur for å forstå at pasientene er i et forløp: *”Jeg tror at det har spredd seg litt mer slik at jeg tror de ser for seg det bildet av forløpskartet og at det ender jo ut og hjem. At de tenker mer på det.”*

Det beskrives at ting tar tid og at endringer ikke blir innført med en gang. For eksempel beskriver informant 2C hvordan de har strevd med å endre rutinene for kontakt opp mot 1. linjetjenesten. De har brukt mye tid og ressurser på informasjon og undervisning om akkurat dette: *”Vi har slitt veldig med å implementere eller få endret praksis i forhold til det her med å ta kontakt med 1. linjetjenesten og hvordan det skal gjøres og det å følge de retningslinjer vi har for samhandling og slikt. For eksempel med Individuell Plan. Nei, vi har strevd veldig, og så gikk det et år og så har vi hatt runde på runde med undervisning. Så gikk det et år igjen og så kom vi tilbake, og mange sa IP [Individuell Plan] hva er det for noe? Det virket som om vi snakket til veggen.”* Informanten forteller at det etter hvert har begynt å løsne, ting har gått seg til og at det nå har blitt en del av måten man jobber på.

Ved spørsmål om det er noen forskjell på yrkesgrupper og om det oppleves motstand mot innføring av pasientforløp, så beskrives det at det til tider har vært opplevd motstand, men ikke av spesifikke yrkesgrupper. Informant 2C beskriver det slik: *”Enkelte er slik helt motstandere og kan ikke drømme om å lage forløp for sine pasienter, så det går mer på personlighet har jeg inntrykk av enn på yrkesgruppe.”*

Når det har vært opplevd motstand, så har det handlet om at dette arbeidet har blitt opplevd som enormt ressurskrevende og at enkelte har ønsket og ment at ressursene skulle ha blitt brukt på pasientene i stedet for. Noen opplever at et standardisert pasientforløp blir for rigid og at det blir lite rom for skjønn. Det oppleves slik at man må gjøre ting fordi det er beskrevet. Informant 2A beskriver at forskjellig oppfattelse av etterlevelse av pasientforløpene, kan skape og har skapt konfliktsituasjoner og da spesielt etiske konflikter. Disse konfliktene kan oppstå mellom leger og annet personell, da de ser på viktigheten av oppgavene og ressursfordelingen på forskjellig måte.

Informant 2A beskriver ikke å ha opplevd verken konflikter eller motstand mot innføring av standardiserte pasientforløp på sin arbeidsplass. Men informanten sier at flere opplevde at det var vanskelig å finne ting, og å vite hvor de fant forløpet i EQS. Men de har en kultur på

arbeidsplassen som tilsier at hvis det er noen som ikke vet eller lurer på noe, så må de andre hjelpe til å vise dem det. Det har derfor vært viktig med gode rollemodeller som har ivret for at forløpene skal ha blitt tatt i bruk og det har smittet over på de andre.

**Oppsummering:** Endring av maktforhold og maktstrukturer trekkes frem som en negativ faktor i litteraturen (se seksjon 3.2.2). Innføring av pasientforløp kan tenkes å endre på kulturen ved arbeidsplassen.

Ansvars- og rollefordelingen i denne casen, ser ikke ut til å være endret ved innføring av standardiserte pasientforløp. Men informantene beskriver at rollene til de enkelte er blitt tydeligere definert og at det er positivt.

Innføring av pasientforløp har til tider ført til motstand og konflikter mellom yrkesgrupper. Det refereres til etiske konflikter, da det brukes mye ressurser på de pasientgruppene som blir beskrevet gjennom pasientforløp, mens det da blir andre pasientgrupper som blir skjøvet i bakgrunnen og ikke får en slik prioritering. Det er også forskjell på hvor viktig de enkelte ansatte synes dette arbeidet er, satt opp mot annet arbeid.

Motstand mot pasientforløp beskrives av informantene å være personavhengig og ikke knyttet til spesifikke yrkesgrupper. Det beskrives at legene er kommet mer på banen og etterspør pasientforløp, og at dette oppleves som bra og positivt.

### 6.5.7 Fremmede og hemmende faktorer for implementering

**Fremmede faktorer:** Det at undervisning om forløpet i implementeringsfasen er gjort obligatorisk, har en god effekt. I denne casen fremheves det at ved å sette av ressurser både i form av tid, penger og personell, så har de en god forutsetning for å lykkes. Forløpsveileder har en viktig rolle i hele prosessen. Ved å ha god lederforankring og lederinvolvering, så har de erfart at de lettere får legegruppen med i prosessen. Dette anses som essensielt, da legene er en svært viktig yrkesgruppe å engasjere i dette arbeidet. Betydningen av godt skolerte pasientkoordinatorer blir trukket frem som viktig. Det blir også tydelige og engasjerte rollemodeller.

**Hemmende faktorer:** Som hemmende faktorer, er det fokusert på at det per i dag er en liten gruppe som utarbeider forløpene, hvor det tidligere var flere deltagere og mer tverrfaglighet. Krav og mål om at utarbeidelsen skal foregå raskt, er også sett på som negativt. Arbeid med pasientforløp er ressurskrevende, og blir av noen oppfattet som å komme i tillegg til annet ar-

beid. Dette fører til at det blir en belastning, i stedet for å være et godt verktøy. Enkeltpersoners motstand mot utarbeidelse av pasientforløp oppfattes som hemmende faktor når disse får prege organisasjonen.

Resultatene fra case 2 viser at de fremmende og hemmende faktorene som er fremkommet, er i samsvar med de positive kriterier (se seksjon 6.4.3-6.4.5) og negative kriterier (se seksjon 6.4.6) som er funnet i litteraturen. I tillegg beskriver de at innføring av pasientkoordinator og tydelige rollemodeller er viktige premisser for å lykkes. De trekker også frem viktigheten av å sette av ressurser til arbeidet med pasientforløp.

## 6.6 Case 3

Case 3 består av fire informanter. Etter eget ønske og på grunn av informantenes tidspress, ble informant 3A og 3D intervjuet sammen. Klinikken er tverrfaglig sammensatt. Pasientforløp er utarbeidet i samarbeid med flere avdelinger i klinikken. De har pasientforløp som omhandler både samhandling innad på sykehuset og utad med for eksempel 1. linjetjenesten, skole, jobb og Nav.

### 6.6.1 Implementering

I denne casen er det heller ikke enighet om standardiserte pasientforløp er godt implementert.

Informantene 3A og 3D er tydelig på at de synes pasientforløp er godt implementert, informant 3B synes man er på vei med implementeringen og informant 3C synes ikke det er implementert inn som den måten man jobber på. Informant 3D som mener dette er godt implementert, sier: *”Det er vel nettopp fordi det er implementert, det er der i praksis. Da jeg fikk lov til å lese over og sette meg litt mer inn i hva ligger formelt inn i forløpet, så er det jo ganske mye der vi er. Så det er implementert inn i daglig drift. Og da tenker man ikke så mye på det som et forløp egentlig.”*

En av de andre informantene, 3C mener at grunnen til at det ikke er implementert blant annet skyldes at forløp har blitt utarbeidet av en liten og lite tverrfaglig gruppe. Dessuten har man fått det presentert først når det nesten var ferdig utarbeidet: *”Det har blitt presentert et tilnærmet ferdig pasientforløp, riktignok vært ute på høring med ganske kort frist, som nå da alle medarbeidere med sine ulike perspektiver da skal forholde seg til. Og dit er vi ikke kommet.”*

Betydningen av hvordan man skal forstå et standardisert pasientforløp, hva det er og hvordan det skal brukes, oppleves også forskjellig. Det er flere informanter i denne casen som beskriver pasientforløp som et verktøy til å gi dem noen knagger, og som er med på å sikre kvaliteten på det arbeidet som gjøres. Det oppfattes ikke av alle som en detaljert oppskrift på hvordan man skal behandle hver og en pasient, men at det beskriver en prosess med viktige sjekkpunkt og evalueringspunkt, slik at man kan få en god kvalitetssikring på arbeidet som blir gjort.

Ved spørsmål om innføring av standardiserte pasientforløp har endret noe på måten man jobber på, beskriver informant 3B at: *”Det gjør noe med en bevissthet i forhold til det å jobbe strukturert, at man har det i bakhodet at vi skal følge en viss struktur.”*

Informant 3A sier at de jobbet slik allerede før pasientforløp ble innført. Det har vært gjort et stort arbeid i forhold til struktur og arbeidsmetodikk på et tidligere tidspunkt, og som nå er tatt inn i forløpsbeskrivelsen.

**Oppsummering:** I denne casen er det et tydelig sprik i forståelsen av om standardiserte pasientforløp er godt implementert eller ikke. Der noen informanter er tydelig på at det er slik de jobber og slik de har jobbet også før pasientforløp ble innført, mener andre at det ikke er godt implementert. De begrunner blant annet dette med at det er noe som er bestemt og laget av en liten gruppe, og som skal beskrive det viktige arbeidet som gjøres av de ansatte. Dette arbeidet har de ikke fått være deltagende i, og derfor har de heller ikke noe stort eierforhold til det.

## 6.6.2 Samhandling innad og utad

Samhandlingen innad mellom avdelinger ser ut til å fungere bra og det er gode rutiner for dette. Disse rutineene og de gode overgangene er ikke et resultat av at det er innført standardiserte pasientforløp. Både informant 3A og 3D beskriver at det har manglet gode rutiner på samhandling og overføring av pasienter mellom avdelinger. De er tydelige på at det ikke er pasientforløp som er grunn til forbedrede rutiner, men at enkeltmennesker kom inn som nyansatt, så hva som ikke fungerte og fikk gjort noe med det.

Når det gjelder samhandling utad, så ser det ut som om man har gode rutiner for dette, men at det til tider kan være utfordrende. Kommunen greier ikke alltid å dekke de behovene som pasientene har der og da, og at det derfor kan føre til lang ventetid på tjenestene pasientene har behov for. Men selve kommunikasjonen med kommunen oppleves som god.

Informant 3C kommenterer at det kan være utfordrende å samhandle, når det kun er den ene

siden som har utarbeidet samhandlingsverktøyet: ”Det som har vært og er en problemstilling er jo det at det her forløpet har vært utarbeidet kun innenfor spesialisthelsetjenestenivået og det har skapt noen reaksjoner utenfor organisasjonen vår.”

### **6.6.3 Lederinvolvering i prosessen med utarbeiding og implementering av pasientforløp (positivt kriterium)**

Utarbeidelsen av standardiserte pasientforløp har vært styrt av en liten gruppe. Denne beskrives av alle informantene å være lite tverrfaglig. Hele prosessen beskrives av informant 3C å ha vært toppstyrt. Når det gjelder lederinvolvering, er prosessen styrt av ledelsen. Hvor mye ledere på de enkelte avdelinger/poster har deltatt, er uklart.

**Oppsummering:** Her har ledelsen på klinikknivå vært aktiv i utarbeidelsen. Det beskrives at det har vært viktig med en leder som er tydelig og som ivrer for dette. I denne casen er det en leder som er forløpsansvarlig.

Bakgrunnen for oppstart beskrives som en opplevelse av at man hadde behov for standardiserte pasientforløp på grunn av en god del uklarheter og uklare linjer mellom de forskjellige enhetene/avdelingene. Dette var noe ledelsen tok tak i, og de besluttet derfor at det skulle utarbeides standardiserte pasientforløp.

Det har vært representanter for noen av de forskjellige enhetene med i arbeidsgruppen. Om noen av disse var ledere, er ikke kommet klart fram.

### **6.6.4 Forløpsansvarliges og forløpsveileders rolle (positivt kriterium)**

Forløpsansvarliges rolle beskrives av informant 3C å være den som leder utarbeidelsen av forløpet, og som også er involvert i opplæring av metoden. Forløpsansvarlig har vært rundt i organisasjonen, presentert og gjennomgått forløpet. Det er etablert en forløpsgruppe som skal ha ansvar for den videre implementeringen. Det er lokale grupper på avdelingene/enhetene som også har et ansvar for å følge opp at forløp blir godt implementert.

Det er flere informanter som peker på viktigheten av å ha en tydelig forløpsansvarlig, som styrer prosessen. Iver og karisma nevnes som viktige kriterier for å få folk med på et slikt arbeid. Flere av informantene er tydelige på at det er en av grunnene til at de er kommet langt i dette arbeidet.

På spørsmål om viktigheten av at det er en som virkelig brenner for dette som er ansvarlig, svarer informant 3B: ”*Ja, det vil jeg nesten tenke. Fordi det er jo litt sånn motstand eller treghet i systemet, ikke sant når noen kommer utenifra og pirker på det vi pleier å gjøre og sier at egentlig så burde vi være mer stringent slik og slik. Så det første som skjer er jo at det kommer masse motforestillinger. Så jeg tror at uten en som kan stå litt fast og stødig i det og være med å sortere de innvendinger som kommer og allikevel holde fokus så ser jeg for meg at det kan bli vanskelig.*”

**Oppsummering:** Som beskrevet i de andre casene, blir tydelige forløpsansvarlige som er med og leder hele prosessen sett på som et positivt kriterium i den gjennomgåtte litteraturen (se seksjon 3.2.1). Forløpsveilederens rolle blir også trukket fram som svært viktig. I denne casen, ser det ut til at de har hatt en svært tydelig forløpsansvarlig, med evne til å gjennomføre. Forløpsansvarlig har hatt det overordnede ansvar i hele prosessen fra start til slutt. Det beskrives også at forløpsansvarlig har jobbet sammen med forløpsveileder og en liten arbeidsgruppe gjennom hele prosessen.

### **6.6.5 Tverrfaglighet i hele prosessen og informasjon til de ansatte forut, underveis og etter utarbeidningen (positivt kriterium)**

Selve utarbeidelsen av standardiserte pasientforløp har blitt utført av en liten arbeidsgruppe, med liten tverrfaglig representasjon. Den manglende tverrfagligheten blir av flere informanter trukket frem som svært uheldig. De ansatte har blitt presentert for så å si ferdige forløp, uten at de har følt at de har kunnet medvirke stort. På bakgrunn av dette, har det blitt opplevd at flere sider ved behandlingen har blitt noe knapt beskrevet, noe som har ført til en del motstand når det ble presentert for de ansatte.

Informasjon forut og underveis i arbeidet oppleves av alle som mangelfull. Det ble gitt informasjon om hva standardiserte pasientforløp er og oppbyggingen av det. Men denne informasjonen ble av mange opplevd som veldig generell. Informant 3C beskriver dette med: ”*Det var kanskje greit nok, uten at jeg tror vi helt klarte å se konsekvensen av det her, eller se hvordan vi kunne ha nytte av det på den måten å organisere tjenesten på.*”

Informant 3C er usikker på om utfallet hadde vært annerledes hvis flere hadde vært mer involvert i prosessen, og om forløpet hadde blitt bedre implementert hvis så var tilfelle. Det er noe informanten har tenkt en del på, men fortsatt er usikker på: ”*Ett er å sikre at vi bruker en del*



*verktøy, det tenker jeg kan være positivt innenfor en eller annen organisering, eller forløpstenking. Men måten det utvikles på, det er klart at hvis vi har folk som har rimelig god kompetanse innenfor fagområdet og som helt sikkert helt klart ser hvilke behov vi har for å gjøre en bedre tjeneste. Og som også har behov for å få lov til å si noe om det, slik at når det ikke skjer så kan det her virke mot hensikten.”*

Det blir av flere informanter trukket fram at informasjonen og undervisningen har vært bedre i implementeringsfasen enn underveis i prosessen. Det har vært arrangert møter og undervisning hvor alle har hatt mulighet til å delta. Det beskrives at de på disse møtene fikk en grundig gjennomgang av det som var gjort, og at de fikk mulighet til å diskutere og drøfte før forløpet ble godkjent. Det var en del uro og misnøye i forkant, men de opplevde at mange av kommentarene som ble gitt, ble tatt til etterretning og føyd til, eller at det resulterte i reelle endringer i forløpsbeskrivelsen.

**Oppsummering:** Litteraturen beskriver både tverrfaglighet i hele prosessen, samt informasjon om og opplæring av de ansatte som positive faktorer for god implementering av standardiserte pasientforløp (se seksjon 3.2.1). Informasjonen til de ansatte i denne casen oppleves som mangelfull gjennom hele prosessen. De har blitt presentert for et mer eller mindre ferdig produkt, utarbeidet av en liten og lite tverrfaglig gruppe.

Det at utarbeidelsen ble gjort av en liten gruppe, ble som tidligere sagt, gjenstand for en del uro og motstand i starten. Flere av informantene beskriver at de har opplevd at en del av innspillene de kom med til slutt ble tatt til etterretning og at de på den måten fikk bidra til å få endret viktig innhold. Ved at de til sist fikk gehør for en del av sine synspunkter, ble også motstanden mot implementering redusert.

Det at flere av informantene allikevel føler at forløpet er godt implementert nå, selv om viktige kriterier ikke har vært til stede, begrunner de blant annet med at mye av det som står beskrevet i forløpet, er slik de har jobbet også tidligere. Standardiserte pasientforløp beskriver bare rammene rundt på en tydeligere måte.

### **6.6.6 Endring av maktstrukturer – endring av ansvarsfordeling, kultur og roller (negativt kriterium)**

Innføring av standardiserte pasientforløp har ført til endret struktur på noen områder, slik at arbeidsoppgaver er endret og lagt til andre enheter. Organisering og ansvarsfordeling er derfor

påvirket i noen grad, men da på et overordnet plan.

Informantene beskriver at innføring av standardiserte pasientforløp ikke har endret mye på deres arbeidshverdag og måten å jobbe på innad i avdelingene. Informantene 3B og 3D trekker fram at innføring av standardiserte pasientforløp har ført til en større trygghet i forhold til at pasientene får det de skal ha av behandling. Det må dokumenteres og på den måten så er de mer nøyaktige i det de holder på med.

Ved spørsmål om det oppleves motstand fra enkelte yrkesgrupper, så beskrives det at det har vært en generell motstand og at det ikke behøver å ha noe med enkelte yrkesgrupper å gjøre. Det er forskjellig oppfattelse om denne motstanden har gitt seg, eller fortsatt er til stede. Det er tydelig at implementeringen har kommet lengre i noen deler av organisasjonen enn andre.

Informant 3C sier: *”Jeg opplever ikke at folk er veldig engasjert i det, men jeg opplever at folk gjør en veldig god jobb, og er engasjerte i jobben sin. Så når det gjelder fagutvikling så jobbes det mye med det men det kan ikke knyttes direkte til det overordnede forløpet.”*

Når jeg spør om årsaker til denne motstanden, så sier informant 3C dette: *”Ja, i utgangspunktet så er det klart at mye av motstanden baserte seg på måten det ble utarbeidet på. At det her opplevdes som et veldig topp ned prosjekt, hvor bare metodeutviklingen, altså hvor det ikke var et spørsmål om det var en metode vi kunne ha nytte av, men hvor det var en metode vi ble pålagt å bruke. Hvor innholdet ble utarbeidet i en forholdsvis liten og stort sett enfaglig gruppe. Og hvor det også var ulike oppfatninger innenfor den gruppen som ble formidlet. Og dermed så ble det vel også kanskje enda større skepsis. I tillegg så tenker jeg jo det at vi har dyktige folk her som er i stand til å tenke og vurdere selv, og i samarbeid her og kan være kritisk i forhold til en del av de metodevalgene vi gjør. Så det jobbes godt med fagutvikling og det her oppleves vel som på den måten det blir presentert på som en begrensning i forhold til egenvurdering, og som et pålegg.”*

Slik det beskrives av noen av informantene, så brukes pasientforløpet som en ramme for å sikre at pasientene får den behandlingen som er best for den enkelte. Flere informanter sier de opplever at forløpet ikke er rigid og låst, og at det er rom for individuelle vurderinger underveis. Informant 3D forklarer det slik: *”Vi sørger for at elementene i forløpet er gjort, men rekkefølgen lar vi bli opp til oss selv.”*

For at dette skal fungere så bra som de beskriver, framhever de viktigheten av det tverrfaglige samarbeidet og det å ta med seg innspill fra alle forskjellige yrkesgrupper inn i behandlingen av den enkelte pasient. Kulturen på avdelingen gjenspeiler en åpenhet og en stor takhøyde som er

viktig.

Kulturen ser ikke ut til å være endret vesentlig ved innføring av standardiserte pasientforløp. Pasientforløp ligger som en ramme og en beskrivelse. Det oppleves av flere at en slik beskrivelse er god å ha når de skal ta imot nyansatte og sette disse inn i arbeidsoppgaven. Det oppleves greit å kunne referere til *”at det står i pasientforløpet”*, sier informant 3A.

Det at en liten gruppe har beskrevet arbeidspraksisen til de forskjellige faggruppene blir som sagt beskrevet som ugreit. Informant 3C er redd det kan gi en motstand som overskygger det positive i et pasientforløp: *”For hvis vi jobber med å bli enda mer topp-ned ut i fra overordnede standarder så tror jeg og det er jo bare det jeg tror da, at vi har utøvere med alt for høyt kunnskapsnivå til at det vil være ukomplisert å få det implementert. Folk vil tenke selv og jobbe ut gode løsninger og som til dels kan gå noe på tvers av det som blir presentert fra toppen. Og da får vi konflikter mer enn vi får en god praksis ut av det altså. Så det skumleste er jo hvis motstanden da blir at vi skal gjøre noe annet, for jeg tror ikke at det nødvendigvis er dårlig det som kommer fra toppen. Men det er bare det at vi ikke har fått vært med på å finne ut hvordan vi kan få bruke det selv.”*

**Oppsummering:** En av grunnene til at implementering av standardiserte pasientforløp kan være vanskelig å få til, er at det kan føre til endringer i maktforhold og maktstrukturer. Av den grunn kan det oppleves motstand fra ansatte mot den slik innføring. Dette beskrives av flere forfattere i gjennomgangen av litteraturen (se seksjon 3.2.2).

I denne casen, som den foregående, kan det ikke pekes på noen spesifikke yrkesgrupper hvor motstand mot innføring har vært tydeligst. Det er tydelig forskjell på opplevd motstand i forskjellige deler av organisasjonen. Hos noen er motstanden fortsatt stor, mye på bakgrunn av en opplevelse av at det rokker ved den faglige integriteten og de faglige vurderinger som ligger til grunn for all behandling.

Det beskrives av flere at motstanden var stor til å begynne med, men at dette etter hvert har dabbet av. De har funnet sin måte å etterleve forløpet på. De bruker det som et rammeverk og som et verktøy som viser dem hva et pasientforløp for denne pasientgruppen kan inneholde.

Alle informantene er enige om at kulturen ikke er blitt endret vesentlig ved innføring av forløp. Roller og ansvarsfordeling er i noen grad endret. Både ved at roller og ansvar er tydelig beskrevet i forløp, og at noen arbeidsoppgaver er blitt endret. Standardiserte pasientforløp har endret noe på strukturen i organisasjonen ved at oppgaver er flyttet fra en del av organisasjonen til en annen.

## 6.6.7 Fremmende og hemmende faktorer for implementering

**Fremmende faktorer:** God informasjon og undervisning blir fremhevet som viktig i prosessen med implementering av pasientforløp. Dette er det brukt mye energi på i implementeringsfasen. Det at man har en tydelig forløpsansvarlig som er med i hele prosessen, er også en svært viktig faktor. Ved at man erkjenner at pasientforløp er et godt rammeverk som er med på å sikre kvaliteten på behandlingen som gis, er det lett å være fornøyd med modellen og bruke den som verktøy. Et godt tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å kunne gi en god behandling.

**Hemmende faktorer:** Det at utarbeidelsen er gjort av en liten og lite tverrfaglig gruppe, blir en hemmende faktor for implementeringen. Arbeidet med pasientforløp oppleves toppstyrt, og det fører til et manglende eierforhold til forløpene. Den faglige integriteten til den enkelte yrkesutøver blir ikke nok hensyntatt. Manglende informasjon forut og underveis, er også medvirkende til at dette blir noe som oppleves å være på siden av det daglige arbeidet. De ansattes motstand er en klar hemmende faktor for god implementering.

Resultatene fra case 3 viser at de fremmende og hemmende faktorene som er fremkommet, er i samsvar med de positive kriterier (se seksjon 6.4.3-6.4.5) og negative kriterier (se seksjon 6.4.6) funnet i litteraturen. I tillegg fremhever de det tverrfaglige samarbeidet i hverdagen som et viktig premiss for å kunne gi pasientene den beste behandlingen.

## 6.7 Sammenligning av de tre casene sett opp mot funnene gjort i det strukturerte litteratursøket

### 6.7.1 Implementering

Det er et stort sprik i alle tre casene når det gjelder vurderingen av om forløpene er godt implementert, eller ikke. Tabell 6.1 oppsummerer de forskjellige informanters syn på om forløpene er implementert.

Hvordan man forstår begrepet standardiserte pasientforløp, hva det er og hvordan det skal brukes, oppleves også forskjellig.

Flere informanter beskriver standardiserte pasientforløp som et verktøy til å gi dem noen knagger, samt å sikre god kvalitet på pasientbehandlingen. Det oppfattes ikke som en detaljert

Tabell 6.1: Status på forløpsimplementering

Avhengig variabel	Case 1	Case 2	Case 3
Implementering	1A (implementert)	2A (ikke)	3A (implementert)
	1B (implementert)	2B (implementert)	3B (ikke)
	1C (ikke)	2C (ikke)	3C (ikke)
	1D (ikke)		3D (implementert)

oppskrift på hvordan man skal behandle hver og en pasient, men at det beskriver en prosess med viktige sjekkpunkt og evalueringspunkt, slik at man kan få en god kvalitetssikring på arbeidet som blir gjort.

### 6.7.2 Samhandling

I både case 1 og 3 er alle informanter enige om at samhandlingen innad på sykehuset fungerer bra. Det beskrives gode rutiner for dette. I case 3 er informantene tydelige på at god struktur på samhandlingen ikke er et resultat av innføring av standardisert pasientforløp, men at dette skyldes enkeltpersoner som har kommet inn i organisasjonen og sett et behov for mer struktur. I case 2 beskrives det av to informanter at samhandlingen innad til tider er utfordrende, og da spesielt ved overføring av pasienter fra en avdeling til en annen.

I forhold til samhandling utad er det sprik i svarene hos informantene i case 1 og 2. I case 1 beskrives det at det kan være utfordrende å få til gode samhandlingsrutiner, og at det kan skyldes forskjellig kunnskapsnivå og uklar rollefordeling, hva tilhører spesialisthelsetjenesten og hva tilhører 1. linjetjenesten.

I case 2 beskrives det at utfordringer oppleves de gangene samhandlingen skjer mellom sykepleiere på post og kommunen, hvor sykepleierne ikke er godt nok opplært i samhandlingsrutinene. Der en pasientkoordinator tar oppgaven med samhandlingen, fungerer det veldig bra. I case 3 beskrives det at samhandlingen er god. Det oppleves noen ganger at ting tar tid før pasientene får de tjenester de skal ha, men at dette har med kapasitet å gjøre og ikke med manglende samhandling.

### 6.7.3 Lederforankring

Tydelig lederforankring og lederinvolvering er et viktig kriterium for å lykkes med implementeringen. Tabell 6.2 oppsummerer informantenes syn på lederforankring. Samsvar med litteraturen, det vil si god og tydelig lederforankring, er markert med '+', mens ikke samsvar med litteraturen er markert med '-'.

Tabell 6.2: Status på lederforankring

Uavhengig variabel	Case 1	Case 2	Case 3 <sup>a</sup>
Lederforankring	1A (+)	2A (+)	3A (-)
	1B (-)	2B (-) <sup>c</sup>	3B (-)
	1C (+)	2C (+)	3C (-)
	1D (+ og -) <sup>b</sup>		3D (-)

<sup>a</sup>Ikke på avdelingsnivå

<sup>b</sup>Ikke underveis i prosessen

<sup>c</sup>Usikker

Det er sprik i synet på om ledelsen har vært aktivt med i prosessen, både i case 1 og 2. Det skiller normalt mellom den administrative og den kliniske ledelsen, hvor den administrative blir definert som klinikk-sjef og oppover, mens den kliniske ledelsen blir definert som avdelings-sjefsnivå. Når jeg har spurt informantene, er det primært den kliniske ledelsen jeg har fokusert på.

I case 1 beskrives en lederforankring på starten og på slutten av arbeidet, men ikke i selve arbeidet med utarbeidelsen.

I case 2 beskrives det en tydelig lederforankring av to av informantene, mens den tredje er litt usikker på hvor aktiv ledelsen har vært i dette arbeidet.

I case 3 mener alle informanter at arbeidet med standardiserte pasientforløp er forankret i den administrative ledelsen, men ikke så godt hos den kliniske ledelsen ved hver avdeling.

### 6.7.4 Forløpsansvarliges og forløpsveileders rolle

Forløpsansvarlig og forløpsveileder er to forskjellige roller som er nærmere beskrevet i Regionalt Senter for Helsetjenesteutvikling [2016]. Tabell 6.3 oppsummerer informantenes syn på

forløpsansvarlig og forløpsveileder rolle ved innføring av standardiserte pasientforløp. Samsvar med litteraturen, det vil si tydelige roller, er markert med '+', mens ikke samsvar med litteraturen er markert med '-'.

Tabell 6.3: Status på forløpsansvarliges og forløpsveileders rolle

Uavhengig variabel	Case 1	Case 2	Case 3
Forløpsansvarliges rolle	1A (+)	2A (-)	3A (+)
	1B (+)	2B (-)	3B (+)
	1C (-)	2C (+)	3C (+)
	1D (+)		3D (+)
Forløpsveileders rolle	1A (+)	2A (+)	3A (-)
	1B (+)	2B (+)	3B (-)
	1C (+)	2C (+)	3C (-)
	1D (+)		3D (-)

**Forløpsansvarlig** Det er kun i case 3 at alle informanter er enig om at forløpsansvarlig har vært tydelig og aktiv gjennom hele prosessen. Det framheves at forløpsansvarlig er en med karisma og stor gjennomslagskraft. I case 1 og 2 blir det også beskrevet av flere at forløpsansvarlig er aktiv og tydelig i prosessen, men det kan se ut som om rollen ikke er godt nok definert i organisasjonen. Det er noen informanter som ikke har kunnskap om hvilken rolle en forløpsansvarlig har, og det er også de som ikke vet hvem som er, eller har vært forløpsansvarlig. Det er behandlerpersonellet som ikke har den inngående kunnskapen til hvilken rolle forløpsansvarlig har.

**Forløpsveileder** I case 1 og 2 er alle informanter tydelige på at forløpsveileder har en viktig rolle. Det blir beskrevet av flere at det er forløpsveileder som har ansvar gjennom hele prosessen. Alle vet hvem denne er og hvilke oppgaver forløpsveileder har. I case 3 kommer det ikke godt frem hvilken rolle, og eventuelt hvor tydelig denne er, i prosessen. Det beskrives av noen at forløpsansvarlig har god hjelp fra forløpsveileder som tar seg av det praktiske, som å skrive selve forløpet og sørge for å koordinere møter etc.

Når jeg gjennomgår materialet i case 3, så ser jeg at jeg ikke har spurt like tydelig om denne rollen som jeg har gjort i de to foregående casene.

### 6.7.5 Tverrfaglighet, informasjon og opplæring

Tverrfaglighet er av mange nevnt som et viktig positivt kriterium (se seksjon 3.2.1). Tabell 6.4 oppsummerer informantenes syn på tverrfaglig deltagelse, informasjon og opplæring. Samsvar med litteraturen, det vil si tydelig og tilstede, er markert med '+', mens ikke samsvar med litteraturen er markert med '-'.

Tabell 6.4: Status på tverrfaglighet, informasjon og opplæring

Kriterium	Case 1	Case 2	Case 3
Tverrfaglighet	1A (+) 1B (+) 1C (+) 1D (+)	2A (+) 2B (+) 2C (+)	3A (-) 3B (-) 3C (-) 3D (-)
Informasjon	1A (+) 1B (+) 1C (-) 1D (+)	2A (+) 2B (+) 2C (-)	3A (-) 3B (-) 3C (-) 3D (-)
Opplæring	1A (+) 1B (+) 1C (-) 1D (+)	2A (+) 2B (+) 2C (+)	3A (+) 3B (+) 3C (+) 3D (+)

**Tverrfaglighet** I case 1 og 2 beskrives det av alle informanter at forløpene er utformet av en tverrfaglig gruppe. I case 2 forteller informant 2C at denne tverrfagligheten var tydeligere tidligere, mens man etter den nye metodikken ikke skal involvere så mange i arbeidsgruppene. Informanten beskriver at resultatet ofte blir bedre med en større tverrfaglig representasjon, da man lettere får et eieforhold til noe man selv har vært med på å utarbeide.

I case 3 er alle informanter klare på at det ikke har vært tverrfaglighet i utarbeidelsen av



pasientforløp. Det har vært en liten og lite tverrfaglig gruppe som har vært ansvarlig for utarbeidelsen. Dette kan sees i sammenheng med den motstanden fra de ansatte som man erfarte til å begynne med. Mye av motstanden ga seg da de etter hvert fikk være med å komme med innspill og følte at de ble hørt. En informant forteller om at man fortsatt opplever at forløpet er beskrevet av andre, og at flere i organisasjonen velger å ikke etterleve forløpene fullt ut.

**Informasjon underveis i prosessen** I både case 1 og 2 er det spikende tilbakemeldinger om det har vært god informasjon underveis, mens alle informantene i case 3 er tydelige på at informasjonen underveis har vært mangelfull. I case 1 er det spesielt pleiepersonalet som opplever informasjonen som mangelfull. Dette mye på grunn av at de ikke har vært delaktig i utarbeidelsesprosessen.

**Opplæring** Når det gjelder opplæring og selve implementeringsprosessen, ser det ut til at dette er noe som det blitt fokusert på i alle tre caser. Det er kun en informant i case 1 som ikke synes at opplæringen i forløpene har vært tilfredstillende.

### 6.7.6 Endring av maktstrukturer

Endring av maktstrukturer er av flere nevnt som en mulig konsekvens av innføring av standardiserte pasientforløp og som et negativt kriterium (se seksjon 3.2.2). Tabell 6.5 oppsummerer informantenes syn på eventuell endring av maktforhold. Samsvar med litteraturen er markert med '+', mens ikke samsvar med litteraturen er markert med '-'.

**Motstand** Det blir i alle tre cases rapportert at det har vært motstand mot implementering. Det er kun en informant i case 2 som ikke har hatt denne opplevelsen. De fleste beskriver at motstanden var størst før innføring av forløpene, men at det nå er blitt bedre. Det at standardiserte pasientforløp har blitt sett på som noe nytt og ukjent, blir sagt av noen å være en årsak til motstand. Når denne metodikken og tankegangen blir mer og mer kjent i organisasjonen, så dapper også motstanden av.

Der det fortsatt blir rapportert motstand, så ser det ut til at det er yrkesutøvere med sterk faglig integritet som sliter med å få sin måte å jobbe på til å passe med en forløpstankegang.

**Ansvarsforhold** Når det gjelder temaet om innføring av standardiserte pasientforløp endrer noe på ansvarsforhold på arbeidsplassen, er det også her spikende tilbakemeldinger. I case 1

Tabell 6.5: Status på endring av maktstrukturer

Uavhengig variabel	Case 1	Case 2	Case 3
Motstand	1A (+)	2A (+)	3A (+)
	1B (+)	2B (-)	3B (+)
	1C (+)	2C (+)	3C (+)
	1D (+)		3D (+)
Ansvarsforhold	1A (-)	2A (+)	3A (-)
	1B (-)	2B (-)	3B (+)
	1C (-)	2C (+)	3C (-)
	1D (-)		3D (-)
Kulturendring	1A (+)	2A (-)	3A (-)
	1B (-)	2B (-)	3B (-)
	1C (+)	2C (+)	3C (-)
	1D (-)		3D (-)

rapporteres det ingen endring, mens i case 2 rapporterer to av tre endring av arbeidsforhold. I case 3 er det en av fire som beskriver en slik endring. Endringene som blir beskrevet, er blant annet at arbeidsoppgaver er endret, fjernet eller tatt over av andre. De fleste beskriver at selv om ansvarsforhold ikke er blitt endret, så er ansvaret tydeligere plassert hos de enkelte nå som det er beskrevet i standardiserte pasientforløp. Det er blitt en tydeligere rolleavklaring.

**Kulturendring** Der det ble rapportert endring i kulturen på arbeidsplassen, ble dette fremtrukket som positivt. De ansatte har fått tydeligere kunnskap til hverandres roller og hvilke forventninger som stilles til den enkelte.

## 6.8 Oppsummering

De tre cases gir ingen entydige svar på om standardiserte pasientforløp er godt implementert på deres arbeidsplass. Alle (unntatt en informant) rapporterer at det er opplevd motstand mot implementering av standardiserte pasientforløp.

Som beskrevet tidligere, så er det en tydelig forskjell i forståelsen av om de jobber etter

standardiserte pasientforløp eller ikke, det vil si om det er godt implementert eller ikke.

Selv om det ikke er entydighet i hvilke kriterier som er viktigst, så er det noen som peker seg ut som viktigere enn andre. Det kan se ut som om lederforankring og lederinvolvering er et svært viktig premiss for god implementering. For å redusere en eventuell motstand fra de ansatte, er deltagelse, informasjon og undervisning viktige kriterier for at de ansatte skal føle eierskap til arbeidet og dermed ta aktivt del i implementeringen. For at dette skal kunne gjennomføres, er spesielt forløpsveileders rolle trukket frem som viktig.

Gode rollemodeller som er aktive og tett på de ansatte, og som ivrer for at forløpene skal fungere, ser ut til å være noe som letter implementeringsarbeidet.

Det er også observert at pasientkoordinator og en tydelig koordinatorrolle, ser ut til å være et viktig premiss for at pasientene får den beste behandlingen. En pasientkoordinator har ansvar for og oversikt over at ting blir gjort og til riktig tid. En pasientkoordinator gir en god trygghet for pasientene og resten av behandlerteamet. Koordinatoren blir av flere trukket fram som den som følger opp hver enkelt pasient, og som til en hver tid har oversikt over hvor langt pasienten er kommet i behandlingsforløpet. Det blir også trukket fram at det er viktig at det er spesielt dedikerte personer som har denne rollen, da dette krever god kompetanse.



# Kapittel 7

## Analyse og Diskusjon

Analysen og diskusjonen som følger bygger på teorien beskrevet tidligere i oppgaven (se kapittel 4), det strukturerte litteratursøket (se kapittel 3) og de svarene jeg har fått gjennom de semistrukturerte intervjuene (se seksjon 6.4–6.6).

Mintzberg [1983] beskriver sykehus som et profesjonelt byråkrati. Med dette menes at beslutninger i organisasjonen desentraliseres til et lavere nivå, slik at den operative kjernen har størst myndighet (jmf. seksjon 4.4). Profesjonsutøverne i en slik organisasjon er vant til å ha stor myndighet over beslutninger. Beslutningene blir da for det meste tatt på faglige grunnlag.

Før staten tok over sykehusdriften i Norge, var det mindre fokus på styring på bakgrunn av stram ressursbruk og økonomi, slik det er i dag. Det har vært en kultur i helsevesenet hvor man ikke har ønsket å snakke om, fokusere på økonomi og fordeling av ressurser, da mange har ment at økonomi ikke harmonerer med god pasientbehandling. I dag er målet til St. Olavs Hospital ”fremragende behandling”. Målet er beskrevet i styringsdokument og i strategidokument og skal nås gjennom: *integrert universitetssykehus, standardiserte pasientforløp og optimal ressursbruk* [St. Olavs Hospital, 2016, s. 1].

Det at staten og toppledelsen går inn og beslutter hvordan sykehusene skal styres, kan for mange føles som en inngripen i deres profesjonsutøvelse. Den makten og posisjonen som Mintzberg [1983] snakker om, kan man tenke seg blir begrenset av innføring av standarder som er besluttet på et høyt nivå. Utfordringen for en stor organisasjon med høyt utdannede fagpersoner som en sykehusorganisasjon er, blir da å få de organisatoriske beslutningene til å føye seg sammen med den jobben som gjøres av de forskjellige profesjonsutøverne. Dette ser ut til å kreve både en endring av fokus og kultur.

En av informantene konkretiserer dette tydelig i sine kommentarer. Det sees på som en

utfordring i organisasjonen at standardiserte pasientforløp har blitt presentert som en metode de har blitt pålagt å bruke, og at det ikke var et spørsmål om dette var en metode de kunne velge å benytte seg av. Dette har ført til stor skepsis i deler av ansattegruppen. Som informanten sier: "*...det her oppleves vel som på den måten det blir presentert på som en begrensning i forhold til egenvurdering, og som et pålegg*".

Ledelsen på St. Olavs Hospital har beskrevet at standardiserte pasientforløp er stammen i sykehusets forbedringsprogram, og redskapet for å utvikle, implementere, lede og måle kvaliteten i behandlingen [St. Olavs Hospital, 2015]. Ledere på avdelingsnivå spiller en viktig rolle i det å lenke sammen toppledelse og deres beslutninger med den jobben de ansatte skal gjøre.

Tydelig ledelse og ledelsens engasjement i arbeidet med standardiserte pasientforløp er sett på som et viktig kriterium for å lykkes med implementeringen. Mintzberg [1983] beskriver lederrollen i sin modell om det profesjonelle byråkrati, som en som legger til rette for at de ansatte skal kunne gjøre en best mulig jobb, snarere enn en tydelig og fremtredende leder.

Ved innføring av standardiserte pasientforløp og annet kvalitets- og forbedringsarbeid, blir det forventet at ledelsen er mer tydelig og er med å legge føringer for det arbeidet de ansatte skal gjøre. Modellen til Mintzberg blir da forskjøvet, slik at den operative kjernen av profesjonsutøvere som tradisjonelt har hatt mye makt, vil måtte forholde seg til en tydeligere og mer fremtredende ledelse og også toppledelse. En slik endring av makt og maktbalanse, kan føre til en voldsom endring i en stor og tung organisasjon, og det kan derfor være utfordrende å få gjort noe med. Man kan tenke seg at slike endringsprosesser i hvert fall vil ta tid før endringene har satt seg i organisasjonen.

Som man ser av svarene fra informantene, så er det sprik i tilbakemeldingene om hvor godt involvert lederne på avdelingsnivå er i prosessen med utarbeidelse av standardiserte pasientforløp, men alle er enig om at det er viktig med lederinvolvering. Det ser ut til at ledere på avdelingsnivå må mer inn i dette arbeidet og være tydelige premissleverandører. De kan ikke lengre være tilretteleggere i et profesjonelt byråkrati, men de må drive tydelig ledelse og få med seg de ansatte.

Som Hennestad og Revang [2012] beskriver, er det å ha tydelige mål en viktig forutsetning for å lykkes. Hvis målene er uklare, blir det vanskelig å få med seg de ansatte. Som flere informanter har kommentert, så har informasjonen om prosessen i forkant og underveis vært mangelfull. Det kan ha ført til både usikkerhet, mangel på engasjement og ikke minst en grunn til den motstand som er beskrevet. Målet med innføring av standardiserte pasientforløp er tyde-

lig ved St. Olavs Hospital, men det kan se ut som om det ikke har kommet klart nok fram til de reelle brukerne av det, altså de ansatte.

Hennestad og Revang [2012] beskriver at det er den jobben som gjøres i gapet mellom nåtid og ønsket fremtid, det såkalte endringsrommet, som er avgjørende for om endringene blir vellykkede. Tydelig og engasjert ledelse er derfor viktig for en god prosess, både i endringsrommet og i implementeringsarbeidet.

Ut i fra tilbakemeldingene og litteraturen så kan det se ut som om det er et gap mellom de styrende rammer og de som skal anvende rammene. Dessuten kan det se ut som om at man har vært for utålmodig og ikke forutsett at implementering av standardiserte pasientforløp faktisk rokker ved viktige sentrale organisatoriske og kulturelle faktorer som kan være med på å gi utfordringer med implementeringen.

Flere forfattere beskriver samhandling som enten horisontal eller vertikal (se f.eks. Vanhaecht et al. [2010] og Valaker [2014]). Vertikal samhandling beskriver samarbeid som foregår mellom forskjellige nivå i et hierarki. Horisontal samhandling beskriver samhandling mellom enheter eller aktører som er definert som å være på samme nivå. I Mintzberg [1983] sin modell av det profesjonelle byråkrati, vil den horisontale samhandlingen være det mest fremtredende, da det er profesjonsutøvene som styrer og beslutter etter hva de synes er best.

Ved vertikal samhandling kan kvalitet beskrives som et resultat av rammer og strukturer som er bestemt fra toppen av organisasjonen. Det vil være toppen som legger føringer for arbeidsdeling og samhandling. Innføring av standardiserte pasientforløp kan beskrives som vertikal samhandling. Det kan også sies å være toppstyrt, eller *top-down* i følge iverksettingsteori [Offerdal, 2014], da det er bestemt fra direktoratnivå, og det er ledelsen på sykehuset som legger føringer for hvilke standarder man skal jobbe etter.

Som en av informanter beskrev, så er innføring av standardiserte pasientforløp et veldig top-down styrt prosjekt, hvor mange føler at de ikke har noe eierskap til dette i det hele tatt. Det etterlyses både informasjon og mulighet til deltagelse.

Valaker [2014] beskriver at en toppstyrt organisering kan være utfordrende, da oppgaver og ansvar hos de ansatte blir uklare, og man får problemer med å se seg selv som en del av helheten. Her kommer dimensjonen om eierskap inn i bildet som er et viktig premiss for god implementering.

Noen informanter beskriver et manglende eierskap til standardiserte pasientforløp og en følelse av at standardiserte pasientforløp kun er et begrep. Årsakene til dette kan være flere, men

manglende deltagelse i utarbeidelsen og manglende informasjon er framtreddende i litteraturen, og trekkes også fram av informantene som elementer som gir utfordringer.

For at innføring av standardiserte pasientforløp skal kunne sies å være vellykket, ser det ut til at den vertikale og den horisontale samhandlingen må fungere og samhandle på et høyt nivå. Ut i fra svarene fra informantene, kan det se ut som om dette ikke alltid er tilfelle.

Lederne på avdelingsnivå må ha en aktiv rolle i hele prosessen. De må kjenne metodikken og være med i utarbeidelsen og i implementeringsfasen. Dette for å bygge bro mellom den vertikale og den horisontale samhandlingen.

Som Mintzberg [1983] beskriver profesjonsutøverne og deres rolle som svært viktige, beskriver også Jacobsen og Thorsvik [2013] at desentralisering av beslutninger kan føre til at de ansattes ansvarsfølelse overfor oppgavene som skal gjøres, blir styrket. Dette skjer gjennom at de selv kan bruke sine kunnskaper og erfaringer slik de synes det passer. Dette belyser hvor viktig det er med medbestemmelse og at de ansatte må få delta i prosessene.

Ved standardisering av oppgaver er det viktig med prosedyrer og regler, slik at arbeidsoppgavene blir utført som planlagt. Weber [2000] beskriver et idealbyråkrati som det mest ekstreme, hvor rom for vurderinger og skjønn ikke har plass. Selv om dette er ekstremt, kan man tenke seg at det er elementer av denne tankegangen som leder til innføring av standardiserte pasientforløp.

Jacobsen og Thorsvik [2013] snakker om standardisering av kunnskap som koordineringsmekanisme og trekker frem sykehusvesenet spesielt. Forskjellige profesjoner med sine profesjonsutdannelse arbeider sammen i team og bruker sin forskjellige profesjonsbakgrunn slik at pasientene får den beste behandlingen.

Ved å bruke standardisering av kunnskap som koordineringsmekanisme, vil man ha mulighet for tilrettelegging for faglig utvikling. Man legger vekt på at dette styrker organisasjonens og de ansattes kompetanse. Ved innføring av standardiserte pasientforløp er det et krav om at den behandlingen pasientene får, er bygget på kunnskapsbasert praksis, *best practice*. Det blir en viktig oppgave for ledelsen og ikke minst forløpsansvarlig å lenke dette sammen, slik at det til en hver tid er *best practice* som gjelder.

Utfordringer kan oppstå når man i organisasjonen ikke er enig om hva som til en hver tid er den beste behandling. Denne utfordringen påpekes også av noen informanter, og de beskriver det som en kime til konflikt og uenighet. Mangfold og ulike utgangspunkt er positivt, men det kan på samme tid være utfordrende å styre, danne felles verdier og nedfelle felles standarder når utgangspunktet er forskjellig. Det er ingen informanter som er direkte uenig i at man inn-



fører standardiserte pasientforløp. Men det er viktig at de på bakgrunn av sin kompetanse, får være med på å prege utarbeidelsen. Hvis man klarer å kjede sammen kravet om standardisering av oppgaver og standardisering av kunnskap, kan man tenke seg at både utarbeidelsen og implementeringen blir lettere å gjennomføre.

St. Olavs Hospital og Helseregion Midt-Norge har i stor grad fokusert på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. De har i de siste årene lagt ned mange ressurser på å innføre dette som et premiss for god pasientbehandling. Fokus på pasientsikkerhet som kvalitetsforbedring, bør henge nøye sammen med fokuset sykehuset har på innføring av standardiserte pasientforløp. Standardiserte pasientforløp skal sikre at man leverer helsetjenester av beste kvalitet, innenfor gitte ressursrammer.

Som beskrevet tidligere i oppgaven (se seksjon 4.3), har helsevesenet adaptert prosessindustriens måte å tenke kvalitetsforbedring på. Det er per i dag *Quality of improvement* med utgangspunkt i Demings sirkel, som er den metoden som er valgt for å gjennomføre kvalitetsforbedring i helsevesenet [Helsedirektoratet, 2014].

Gjennom pasientsikkerhetsprogrammet er det satt inn store ressurser på opplæring av ledere i metoden og på informasjon og utbredning til de ansatte. Det er satset på å gjøre forbedringsarbeid gjennom blant annet småskalaprosjekter for å sikre at det blir gjennomført. Man har erkjent at det ofte må en endring av kultur til for å få til en endring som blir varig.

Man ser i dag et stort engasjement både blant ledere, forbedringsagenter og ikke minst hos de ansatte, når det gjelder arbeidet med pasientsikkerhet.

Å ta med seg de gode erfaringene fra arbeidet med pasientsikkerhet over i prosessen med utarbeidelse og implementering av standardiserte pasientforløp, ville vært svært nyttig.

Som beskrevet i teorikapitlet, poengterer Vanhaecht et al. [2010] at ved bruk av metoder for forbedring, er det to utfordringer man alltid må ta høyde for: *i)* graden av forutsigbarhet i behandlingsprosessen; og *ii)* graden av enighet og samarbeid mellom medlemmene i behandlingsteamet. Basert på disse utfordringer kan man vurdere og beskrive pasientforløp i forhold til tre forskjellige modeller: *chain modellen*, *hub modellen* og *web modellen*.

Chain modellen beskriver behandlingsprosesser som er forutsigbare, og som har et høyt nivå av enighet mellom medlemmene i behandlingsteamet. Dette kan for eksempel gjelde prosesser som beskriver forløp for planlagt kirurgi, eller annen planlagt og mer forutsigbar behandling. For slike prosesser vil standardiserte pasientforløp være en framdriftsplan som nøye beskriver når ting skal gjøres, hva og av hvem.

I denne oppgaven har jeg konsentrert meg om de komplekse pasientforløpene på bakgrunn av at de ikke er sterkt fokusert på ellers i litteraturen. Det er som blant annet Vanhaecht et al. [2010] har beskrevet, slike forløp som er ekstra utfordrende, da det er mange faktorer som skal koordineres for at pasientbehandlingen skal bli optimal.

Metoden for utarbeidelse av pasientforløp var fra starten tenkt benyttet på enklere behandlingsprosesser [Fineide og Ramsdal, 2014]. Ved en gjennomgang av alle de utarbeidede pasientforløp som er laget på St. Olavs Hospital, ser man at de fleste forløpene kan beskrives som komplekse og da ligge under det Vanhaecht et al. [2010] kaller en Hub modell.

Komplekse pasientforløp beskriver en høy grad av samhandling innad på sykehuset og utad med andre instanser. Dette fordrer at man har noen som har et godt grep om forløpene, og som evner å koordinere og styre disse. Forløpsansvarlig og forløpsveiledere blir trukket fram som viktige roller både i metodikk, litteratur og hos informantene. I tillegg blir pasientkoordinator og andre gode rollemodeller også trukket fram av informantene som viktige i dette arbeidet.

Flere informanter er tydelige på at forløpsveileders rolle er svært viktig. Denne rollen beskrives også av de fleste informantene å være tydelig til stede. Når det gjelder forløpsansvarliges rolle er denne mer uklar. Noen beskriver at det er den som har det medisinske ansvaret og er den som styrer og leder prosessene. Andre vet ikke hvem som innehar denne rollen og hva en slik rolle innebærer. Det ser ut som om det er stort sprik i hvilket ansvar den enkelte forløpsansvarlige tar og hvilket engasjement man har. Noen vil nok kunne hevde at rollen som forløpsansvarlig vil være en ekstra oppgave i tillegg til alt annet man blir satt til å gjøre og at det vil være vanskelig å prioritere.

Her kommer igjen leders rolle og engasjement inn som et viktig premiss for å lykkes. Leders engasjement vil kunne være med på å tydeliggjøre viktigheten av forløpsarbeid, og også være med på å definere forløpsansvarliges rolle som viktig, tydelig og nødvendig.

Det blir av noen informanter også pekt på at pasientkoordinator er en rolle som er svært viktig i forløpssammenheng og da spesielt i pasientforløp som har mye samhandling utad. En pasientkoordinator er ansvarlig for at pasienten får det den skal ha av innsats og behandling, og til rett tid. Pasientkoordinatoren vil være en link mellom behandlerapparatet og de andre tjenestene utad.

Det er som en informant beskriver det, en stor forskjell om man har en dreven pasientkoordinator, eller om pasienten blir fulgt opp av en tilfeldig sykepleier som ikke kjenner oppgavene så inngående. Risikoen for å glippe er klart større ved en mer tilfeldig oppfølging. Det kan derfor

tenkes at når pasientforløp er utarbeidet og implementert, så er en pasientkoordinators rolle den viktigste for å sørge for at hver enkelt pasient får det en har krav på ifølge pasientforløpet.

Tverrfaglighet både i utarbeidelsen og ellers i behandlingen av pasienter, blir trukket fram som et viktig premiss. I case 3 blir det beskrevet at det ikke har vært noe tverrfaglighet i utarbeidelsen av forløp, mens i de to andre casene blir det beskrevet en relativt stor grad av tverrfaglighet i denne prosessen. Noen av de som beskriver manglende tverrfaglighet, beskriver også manglende eierskap til pasientforløpene. Man kan diskutere hvor mange som skal være med i en slik utarbeidelse, men det er tydelig at eierforholdet blir større hos de som har deltatt aktivt.

Det er informanter som beskriver at ved å involvere flere, så lykkes man bedre med implementeringen, akkurat av denne grunn. Det kan være tidkrevende og ressurskrevende å involvere mange, men det blir beskrevet av informanter at man har erfaring med at man lykkes bedre da.

Tverrfaglighet i utarbeidelsen er en side av det tverrfaglige samarbeidet. Det blir også trukket frem i litteraturen, samt av flere informanter, at det å jobbe tverrfaglig og benytte hverandres kunnskap og styrker, er svært viktig spesielt i komplekse forløp. Samarbeid innad i behandlingsteamet er noe av det viktigste for å lykkes [Vanhaecht et al., 2010].

I min studie har jeg ikke spurt spesifikt om hvordan det tverrfaglige samarbeidet er organisert utenom i prosessen med utarbeidelse av standardiserte pasientforløp. Det kommer allikevel tydelig frem i samtale med flere informanter at de anser tverrfagligheten som å være svært viktig og avgjørende for en god behandling. En informant beskriver at de gjennom forløpsarbeidet er blitt bedre kjent med hverandres oppgaver og vet å benytte hverandre på en bedre måte enn tidligere.

Selv om resultatene i min studie ikke ble så entydige som man kan se fra litteraturen, er de fleste momenter tydelig belyst som viktige og gyldige også på St. Olavs Hospital. Kriterier som lederforankring og lederinvolvering, delaktighet, informasjon og undervisning, samt at noen tar tak og styrer prosessen blir beskrevet av flere som viktige. Man kan finne igjen beskrivelsen av disse kriteriene også i arbeidet med pasientsikkerhet. Her har de blant annet hatt fokus på undervisning av lederne, slik at de skal kunne ta aktivt del i hele prosessen sammen med godt skolerte forbedringsagenter. Lederforankring og lederinvolvering blir da også av Hennestad og Revang [2012] beskrevet som at lederen må være aktivt tilstede hele veien og føre prosessen aktivt fremover.



# Kapittel 8

## Konklusjon, validitet og fremtidig arbeid

Gjennom min jobb som avdelingssjef ved St. Olavs Hospital har jeg observert at flere standardiserte pasientforløp ikke virker godt implementert. Denne observasjonen dannet grunnlag for min problemformulering:

*Hva kan årsakene være til at implementering av standardiserte pasientforløp kan være utfordrende i en sykehusavdeling?*

De tre cases jeg har undersøkt understøtter min opprinnelige observasjon om at flere standardiserte pasientforløp ikke er godt implementert på St. Olavs Hospital. Forståelsen av og betydningen av å jobbe etter standardiserte pasientforløp, ser ikke ut til å være godt nok innarbeidet i organisasjonen.

Resten av denne delen vil gjennomgå konklusjonen i forhold til de to forskningsspørsmålene jeg har satt opp (seksjon 8.1), andre observasjoner (seksjon 8.2), en gjennomgang av validiteten av min undersøkelse (seksjon 8.3), og avslutte med forslag på fremtidig arbeid (seksjon 8.4).

**Hovedkonklusjon:** Standardiserte pasientforløp oppfattes ikke entydig som godt implementert ved St. Olavs Hospital. Det å innføre en så stor organisatorisk endring som innføring av standardiserte pasientforløp er, er ikke trivielt og krever godt med tid, fokus og ressurser. Det kan tyde på at den metoden som St. Olavs Hospital har valgt for implementering ikke har vært god nok eller godt nok kjent i organisasjonen.

## 8.1 Svar på forskningsspørsmålene

Jeg har definert to forskningsspørsmål som kan gjøre det lettere å svare på min problemformulering:

*FS<sub>1</sub>* Hvilke organisatoriske kriterier er viktige for å lykkes med implementering av standardiserte pasientforløp?

Ut i fra mitt litteratursøk, har jeg funnet organisatoriske kriterier som er viktige for å lykkes med implementering av standardiserte pasientforløp. Gjennom de elleve semistrukturerte intervjuene på tre klinikker, har jeg gjenfunnet majoriteten av de kriterier som ble avdekket i litteraturen.

*FS<sub>2</sub>* Er det noen kriterier som er spesielt viktige, i de pasientforløp som omhandler pasienter med behov for samhandling på tvers av avdelinger, og utad med andre organisasjoner?

Litteraturen beskriver større utfordringer med implementering i forløp av kompleks karakter. Det kommer ikke tydelig frem av de elleve informantenes svar at dette er gjeldende i deres organisasjon. Det er ingen entydig konklusjon i forhold til hvilke kriterier som er de essensielle, men det tyder på at det er en kombinasjon av flere kriterier som spiller inn, avhengig av personale, pasientgruppe og avdelingens organisering. Det kan allikevel se ut som om kriteriene lederforankring, informasjon, undervisning og tverrfaglighet er noen av de viktigste kriterier, selv om de er noe forskjellig vektlagt i de tre casene.

Det kriterium som i tillegg er kommet opp som viktig i komplekse pasientforløp, er behovet for en tydelig pasientkoordinator. Der denne rollen er godt innarbeidet, fungerer samhandlingen bra både innad og utad. Dette er også en viktig rolle for å sørge for at pasienten får den behandlingen han skal ha innenfor det definerte pasientforløpet. Behovet for tydelige og ivrige rollemodeller som sammen med ledelsen, de forløpsansvarlige og forløpsveilederne, sørger for at de ansatte blir engasjert i å ta dette i bruk, ser også ut til å være av avgjørende karakter.

## 8.2 Andre observasjoner

Det at noen tar ansvar for prosessen og fører den fremover, er svært viktig. Der det er satt av tid og ressurser, slik at ressurspersoner kan jobbe med pasientforløp, ser det ut som om implementeringsgraden er god. I de tre casene er det forskjeller på hvem som tar ansvar og

driver denne prosessen fremover. I case 1 påpekes det at arbeidsgruppen har en særlig rolle som veiledere i etterkant. I case 2 er det ressurspersoner som har fått avsatt tid til dette arbeidet. I tillegg blir pasientkoordinatorer trukket frem som viktige. I case 3 er rollen som forløpsansvarlig trukket fram som viktig.

Når det gjelder spørsmålet om forløpene er implementert eller ikke, kan det se ut som om det sprikende svaret i case 1 skyldes ulik forståelse av hva begrepet «forløp» viser til. De har ulik oppfattelse om det betyr den elektroniske forløpsbeskrivelsen, eller det standardiserte forløpet som prosess. Det virker alikevel som om de er enige i at de jobber etter standardiserte forløp, og at samhandlingsutfordringene helst går på det interorganisatoriske. Siden dette var den første casen jeg tok for meg, kan det være at jeg ikke var tydelig nok i mine spørsmål. Det kan også være at fokuset og vektleggingen på prosess, kontra bruken av verktøyet er forskjellig fra klinikk til klinikk.

I case 1 poengteres det sterkt at det er en generasjonsforskjell når det gjelder å ta i bruk standardiserte pasientforløp. Den eldre garde av pleiepersonell har et manglende eierforhold til pasientforløpene, og dette er en hemmende faktor for god implementering. Dette kan ha stor innvirkning på implementeringen, da pleiegruppen er en stor gruppe. Den jobben som gjøres med undervisning og opplæring ser ut til å bli svært viktig spesielt til denne gruppen ansatte.

Ved innføring av standardiserte pasientforløp understrekes betydningen av å definere gode måleindikatorer, slik at man kan evaluere effekten på det man tilbyr. Vanhaecht et al. [2010] beskriver viktigheten av at man på forhånd har satt disse måleindikatorene, hvis man i det hele tatt skal ha suksess med implementeringen. Det at RSHU beskriver at St. Olavs Hospital per i dag ikke kan si om forløp er dårlig implementert i organisasjonen, kan være et tegn på at måleindikatorene ikke er tydelige nok.

Gjennom mitt arbeid som avdelingssjef og med denne oppgaven, har jeg lest en mengde litteratur og dokumenter, jeg har hatt samtaler med ansatte og intervjuet 11 informanter. Det virker på meg som om den tette linken mellom utvikling og implementering av standardiserte pasientforløp, og implementering av pasientsikkerhetsarbeid ikke er tydelig til stede i praksis.

RSHU og Seksjon for kvalitet er organisert som to enheter under Fagavdelingen. Det er uklart for meg hvor mye disse samarbeider og bruker hverandre i sitt arbeid. For å nå målet om ”fremragende behandling”, så er det viktig å lære av hverandre. Det styrkede fokuset på pasientsikkerhet kan ses på som en organisatorisk endring man har lykket med. Man har skapt en pasientsikkerhetskultur med tydelig lederforankring, gode rollemodeller og engasjement blant

de ansatte. Siden jeg i mitt arbeid har kommet fram til sprikende resultat i om standardiserte pasientforløp er godt implementert, så ser det ut til at denne organisatoriske endringen ikke er like vellykket per i dag.

### 8.3 Validitet

**Forforståelse:** Jeg har gjennom hele prosessen vært oppmerksom på at min forforståelse kan være med på å prege oppgaven. Dette på grunn av mitt store personlige engasjement i emnet. For å unngå at dette skulle gjøre oppgaven mindre valid, har jeg hatt behov for å være veldig strukturert og metodisk korrekt. Mitt litteraturstudie har vært et solid fundament for hvilke faktorer som er viktige i implementering av organisatoriske endringer. Det at jeg har funnet det i litteraturen og ikke kun i min og andres opplevelse, gjør at validiteten blir god. Jeg har vært oppmerksom på validitetsutfordringer ved at jeg har måttet bruke mitt eget kontaktnett for å skaffe nok informanter. Da jeg ikke har intervjuet noen nære samarbeidspartnere, men kun brukt kontaktnettet til hjelp for rekruttering av informanter, så mener jeg at validiteten i oppgaven ikke er svekket.

**Generalisering:** Resultatene jeg har kommet fram til beskriver utfordringer i deler av organisasjonen. Man kan diskutere om mitt materiale er for lite for å kunne generalisere, men det har helt klart framkommet viktige momenter som kan gjelde hele organisasjonen, og som vil kunne være gjeldende ved en hver organisatorisk endring.

### 8.4 Fremtidig arbeid

Det hadde vært spennende å se om man kunne ha tatt i bruk forbedringsmetodikken eller i hvert fall momenter av denne, i det videre arbeidet med utvikling og implementering av standardiserte pasientforløp. En systematisk gjennomgang av prosessene i arbeidet med utvikling av pasientsikkerhetsprogrammet og standardiserte pasientforløp, samt en sammenligning av disse hadde også vært spennende å gjøre.

En annen interessant tanke hadde vært å lage tilnærmelesvis samme studie som jeg har presentert her, men kun intervjuet ledersjiktet på St. Olavs Hospital. Alt fra direktør og hans stab, til avdelingssjefer. Er deres oppfattelse av de organisatoriske faktorene lik eller anderledes enn de ansattes?



# Bibliografi

- Aadland, E. (2013). *Og eg ser på deg... viteskapsteori i helse- og sosialfag*. Universitetsforlaget, 3 utgave.
- Andersen, E. (2009). Kan man se ledelsesmessige og organisatoriske fellestrekk ved pasientforløp som har blitt effektivt redesignet?
- Andersen, S. (2013). *Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. Fagbokforlaget, 2 utgave.
- Berg, Å. (2010). Kunnskapsdeling og kunnskapsforståelse – en studie av standardiserte pasientforløps innvirkning på sykepleierens arbeidshverdag. Masteroppgave, Handelshøyskolen i København og Danmarks Pædagogiske Universitetsskole.
- Bjurling-Sjöberg, P., Wadensten, B., Pöder, U., Nordgren, L., og Jansson, I. (2015). Factors affecting the implementation process of clinical pathways: A mixed method study within the context of swedish intensive care. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*.
- Blokkum, M. (2015). Forbedringskompetanse som strategisk satsing på st. olavs hospital. Notat til hovedledelsen.
- Bor, M. (2011). Implementation of a clinical pathway: a prospective case study. Masteroppgave, Utrecht University.
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre. Om design av samfunnsvitskaplege forskingsprosjekt*. Universitetsforlaget. under utgjeving.
- Fineide, M. J. og Ramsdal, H. (2014). *Presesstekning – utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer*, kapittel 7, side 108–121. I Vabø og Vabo [2014].
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001a). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2001b). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Samhandlingsreformen.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013). Stortingsmelding 10, god kvalitet-trygge tjenester, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Meld. St. 11 (2015-2016).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30.
- Helse Midt-Norge (2010). Strategi 2020 Helse Midt-Norge.
- Helse Midt-Norge (2016). Styringskrav og rammer 2016 for St. Olavs Hospital HF.
- Helsedirektoratet (2005a). Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten... og bedre skal det bli (2005-2015).
- Helsedirektoratet (2005b). Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ... og bedre skal det bli (2005-2015).
- Helsedirektoratet (2014). Pasientsikkerhetsprogrammet i trygge hender 24-7 – strategi 2014-2018.
- Hennestad, B. W. og Revang, Ø. (2012). *Endringsledelse og ledelsesendring*. Universitetsforlaget, 2 utgave.
- Hermansen, O. K. og Salthaug, E. G. (2014). Prosessledelse og standardiserte pasientforløp: en kvalitativ casestudie av to norske sykehus. Masteroppgave, Norges handelshøyskole.
- Hogan, C., Barry, M., Burke, M., og Joyce, P. (2011). Healthcare professionals' experiences of the implementation of integrated care pathways. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(5):334–347.
- Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*, kapittel 11. Fagbokforlaget, 4 utgave.

- Kofod-Petersen, A. (2014). How to do a structured literature review in computer science. [https://research.idi.ntnu.no/aimasters/files/SLR\\_HowTo.pdf](https://research.idi.ntnu.no/aimasters/files/SLR_HowTo.pdf). [Sist hentet 19-04-2015].
- Kunnskapssenteret (2013). En beskrivelse av utvikling av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeid.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*. Universitetsforlaget, 3 utgave.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in five-designing effective organizations*. Prentice Hall International.
- Mintzberg, H. (1998). Covert leadership: Notes on managing professionals. *Harvard business review*, 11.
- Nelson, E. C., Godfrey, M. M., og Batalden, P. B. (2008). Clinical microsystems, part 1. the building blocks of health systems. *The joint commission journal on quality and patient safety*, 34(7):367–178.
- Neverdal, M. N. og Rystad, K. E. (2014). Å samhandle om samhandling: Etablering av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist-og kommunehelsetjenesten. Masteroppgave, Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse, NTNU.
- Offerdal, A. (2014). Iverksettingsteori – resultatene blir sjelden som planlagt, og det kan være en fordel? I Baldersheim, H. og Rose, L. E., redaktører, *Det kommunale laboratorium: teoretiske perspektiver på lokal politikk*, kapittel 11. Fagbokforlaget, 3 utgave.
- Pasientsikkerhetsprogrammet (2016). Stadig færre trykksår på st. olavs hospital. <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/Erfaringer/Artikler/stadig-færre-trykksår-på-st.olavs-hospital>. [Sist besøkt 07.05.2016].
- Ramsdal, H. og Fineide, M. J. (2014). *Prosesstenkning – utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer*. Universitetsforl., cop. 2014, Oslo.
- Ramsdal, H. og Ramsdal, K. (2007). Organisatoriske innovasjoner i helsesektoren: prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert praksis og behandlingslinjer. *Oppdragsrapport*.
- Regionalt Senter for Helsetjenesteutvikling (2016). Metodikk for standardiserte pasientforløp i HMN-RHF.

- Rotter, T., L., K., EL., J., A., M., H., G., J., W., P., S., og J., K. (2010). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcome, length of stay an hospital costs (review). *The Cochrane Library*, (7).
- Scoville, R. og Little, K. (2014). *Comparing lean and quality of improvement, IHI White paper*. Cambridge, Massachusetts: Institute of health improvement.
- Sletvold, H. . og Finnanger, E. (2006). Behandlingslinjer - kvalitetsløft for hvem: utvikling og bruk av behandlingslinjer i Sykehuset Østfold.
- St. Olavs Hospital (2014a). Beskrivelse av metodikk for standardiserte pasientforløp, St. Olavs Hospital.
- St. Olavs Hospital (2014b). Forbedringsprogram 2014-2016, bedre pasientbehandling, forskning og undervisning.
- St. Olavs Hospital (2015). Fremragende behandling – strategi 2015-2018.
- St. Olavs Hospital, U. i. T. (2015). Strategi 2015-2018-fremragende behandling.
- St. Olavs Hospital, U. i. T. (2016). Strategi for st. olavs hospital – forbedringsprogram 2016.
- Strauss, A. L. og Corbin, J. M. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Sage Publications, Inc.
- Sundstøl, L. M. (2008). Behandlingslinjer i et translasjonsperspektiv.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse*. Fagbokforlaget, 4 utgave.
- Vabø, M. og Vabo, S. I., redaktører (2014). *Velferdens organisering*. Universitetsforlaget.
- Valaker, I. (2014). Et helhetlig behandlingsforløp, om samhandling rundt pasienter. I og Gro Kvaale, O. B., redaktør, *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*, kapittel 6, side 98–116. Universitetsforlaget.
- Vanhaecht, K., Panella, M., van Zelm, R., og Serus, W. (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International journal of care pathways*, (14):117–123.

Wasson, J., Scott, A., og Moore, G. (2008). Clinical microsystems, part 2. learning from micro practices about providing patients the care they want and need. *The joint commission on quality and patient safety*, 34(8):445–452.

Weber, M. (2000). *Makt og byråkrati*. Gyldendal.



## **Del IV**

### **Vedlegg**





# Tillegg A

## Protokoll for strukturert litteratursøk

### Fase 1 – Planlegging

#### Spesifisere forskningsspørsmål

Det strukturerte litteratursøket kan bidra til å svare på mine to underspørsmål:

**Underspørsmål 1** Hvilke organisatoriske kriterier er viktige for å lykkes med implementering av standardiserte pasientforløp?

**Underspørsmål 2** Er det noen kriterier som er spesielt viktige, i pasientforløp som omhandler pasienter med behov for samhandling på tvers av avdelinger og utad med andre organisasjoner?

Relevante søkeord som jeg velger å bruke er: Standardiserte pasientforløp, pasientforløp, pakkeforløp, behandlingslinjer, critical pathway, clinical pathway, integrated care pathway, care pathway, implementering, implementation, gjennomføring (se tabell A.1).

Relevante søkedatabaser jeg har benyttet meg av: Bibsys, Google Scholar, Brage. Dato for søk: 02.04.15

Tabell A.1: Systematisering av søkeord

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
<b>Term 1</b>	Pasientforløp	Standardiserte pasientforløp	Pakkeforløp	Behandlingslinjer
<b>Term 2</b>	Implementering	Gjennomføring		
<b>Term 3</b>	Critical pathway	Clinical pathway	Integrated care pathway	Care pathway
<b>Term 4</b>	Implementation			

## Design av protkoll

## Fase 2 – Utføring

### Finne artikler

Tabell A.1 viser hvordan jeg har systematisert søkeordene og hvordan de kan kobles sammen. Jeg starter med å søke i Bibsys og Google Scholar.

Før jeg begynner å søke, tar jeg en beslutning på å søke på søkeordene kun i tittel. Dette gjør jeg for både å begrense søket men også for at jeg tenker at de artikler som vil være relevante for meg, selvfølgelig vil ha de relevante ordene i tittelen.

Jeg starter med å søke på artikler som har pasientforløp og implementering i tittelen eller som har pasientforløp og gjennomføring i tittelen:  $(T_1G_1$  og  $T_2G_1)$  eller  $(T_1G_1$  og  $T_2G_2)$

Disse søkene kom det ingen treff ut av.

Jeg går videre til å søke på pakkeforløp og implementering eller pakkeforløp og gjennomføring i tittelen.  $(T_1G_3$  og  $T_2G_1)$  eller  $(T_1G_3$  og  $T_2G_2)$ , dette får jeg ingen treff på. Deretter fortsetter jeg med å søke på behandlingslinjer og implementering eller behandlingslinjer og gjennomføring. Jeg velger fortsatt å søke på ordene kun i tittelen.  $(T_1G_4$  og  $T_2G_1)$  eller  $(T_1G_4$  og  $T_2G_2)$ , dette ga heller ingen treff.

Da dette ikke ga noen treff, beslutter jeg kun å søke på hvert av ordene i Term1. Dette førte til flere treff i Bibsys som jeg lagrer for senere gjennomgang og sortering. Pasientforløp: 51 treff  
Pakkeforløp: 0 treff Behandlingslinjer: 15 treff

Jeg går videre til et søk i Google Scholar og søker også her kun i tittel: Pasientforløp: 7 treff Pakkeforløp: 0 treff Behandlingslinjer: 3 treff

Jeg søker til slutt i Brage: Pasientforløp: 13 treff Pakkeforløp: 0 Behandlingslinjer: 3 treff hvorav to er samme artikkel.

Jeg har forventninger til å få flere treff når jeg bruker engelske søkeord. Jeg starter med å kombinere søkeordene og ser hurtig at dette vil gi meg en god del treff. Jeg velger da og holde meg til kombinasjonene.

Jeg starter med å søke på: Critical pathway and implementation, ( $T_3G_1$  og  $T_4G_1$ ) Bibsys :41 treff Google Scholar: 31 treff

Clinical pathway and impementation, ( $T_3G_2$  og  $T_4G_1$ ) Bibsys: 157 treff Google Scholar: 144 treff

Care pathway and implemetation ( $T_3G_4$  og  $T_4G_1$ ) Bibsys: 152 treff Google Scolar: 49 treff

Jeg ser underveis at det ikke er nødvendig å søke på standardiserte psientforløp og heller ikke integrated care pathway, da artikler som inneholder dette i tillelen vil alikevel dukke opp under søk på pasientforløp og care pathway.

Tabell A.2 viser antall treff på de forskjellige søkeordene i de forskjellige søkemotorene som jeg har valgt. Tabellen viser også kombinasjonene av søkeord jeg har valgt.

Tabell A.2: Søkemotorer og antall treff

	$T_1G_1$	$T_1G_3$	$T_1G_4$	$T_3G_1 \wedge T_4G_1$	$T_3G_2 \wedge T_4G_1$	$T_3G_4 \wedge T_4G_1$
Bibsys	51	0	15	41	157	152
Google Scholar	7	0	3	31	144	49
Brage	13	0	3	6	3	1
Sum	71	0	21	78	304	202

## Inklusjons- og kvalitetskriterier

Ved å sette tydelige inklusjonskriterier har jeg mulighet til å filtrere søket slik at jeg kan sortere ut de studiene og artiklene som ikke er tematisk relevante til mitt studie. Tabell A.3 viser hvilke inklusjonskriterier og hvilke kvalitetskriterier jeg har valgt. Om artiklene er relevante i forhold til kvalitetskriterium 1 og 2 kan jeg finne ut av ved å lese abstactene. I abstractene må man

forvente at det står beskrevet både mål for studiet og hvilke metoder som er anvendt for å komme fram til konklusjonen. Kvalitetskriterium 3 og 4 kan jeg forvente å finne svar på ved å gjennomgå hele artikkelen.

Tabell A.3: Inklusjons- og kvalitetskriterier

Kriterium ID	Kriterium
<b>IK1</b>	Implementering av standardiserte pasientforløp
<b>IK2</b>	Originalstudier/artikler
<b>IK3</b>	Ikke eldre enn fra 2005
<b>IK4</b>	Må være på norsk eller engelsk
<b>IK5</b>	Tilstrekkelige referanser i søkemotorene
<b>IK6</b>	Ikke diagnosespesifikke studier
<b>KK1</b>	Målet for studiet er klart formulert
<b>KK2</b>	Studiets metode er klart formulert
<b>KK3</b>	Studiet er tydelig plassert i forskningsfeltet
<b>KK4</b>	Resultatene i studien er godt analysert

Jeg anvender de beskrevne inklusjonskriterier for å sortere vekk ikke aktuelle artikler. Tabell A.4 viser antall artikler som sorteres vekk fra de forskjellige søkemotorene.

Etter denne sorteringen står jeg igjen med 64 studier/artikler før kvalitetskriteriene er gjennomgått (se tillegg B).

Når jeg har fått lest alle abstracts sitter jeg igjen med et antall artikler som skal gjennomgås.

Mitt neste skritt er å sortere på kvalitetskriterier. Jeg bruker kvalitetskriterium 1 og 2 (KK1 og KK2) i denne sorteringen. Jeg starter med å gjennomgå abstractene. De som får fra 1,5 til 2 poeng tar jeg med meg videre. Dette gjelder 19 artikler. Disse blir gjennomgått i sin helhet og vurdert etter KK3 og KK4. Jeg velger å gi poeng for hvert kvalitetskriterium, med max. 1 poeng per kriterium. Underveis finner jeg at jeg ikke har greid å luke ut alle diagnosespesifikke artiklene, så det noterer jeg som en anmerkning. I tillegg oppdager jeg at det fortsatt er noen duplikater. Jeg finner også et par artikler hvor kun abstractet finnes på engelsk, mens hele artikkelen kun finnes på kinesisk. De som etter gjennomgangen blir vurdert å være relevante i henhold til KK3 og KK4, vil være dem som danner grunnlaget for kunnskapsstatus. Etter siste sortering, står jeg

Tabell A.4: Sortering etter inklusjonskriteriene

	Bibsys	Google Scholar	Brage	Sum
Duplikater	130	16	12	158
IK1	142	123	13	278
IK2	0	0	0	0
IK3	90	65	0	155
IK4	6	2	0	8
IK5	4	9	0	13
Sum	372	215	25	612

igjen med 11 relevante artikler som sier noe om pasientforløp og implementering.

Jeg ser at ved å bruke strukturert litteratursøk greier jeg å sikre meg relevant litteratur som har god kvalitet i motsetning til mer tilfeldige søk i databasene.

## Gjenværende artikler som danner kunnskapsstatus

<b>Tittel</b>	<b>Sum</b>	<b>Referanse</b>
Kan man se ledelsesmessige og organisatoriske fellestrekk ved pasientforløp som har blitt effektivt redesignet?	4	[Andersen, 2009]
Factors affecting the implementation process of clinical pathways: A mixed method study within the context of Swedish intensive care	4	[Bjurling-Sjöberg et al., 2015]
Implementation of a Clinical Pathway: a Prospective Case Study	4	[Bor, 2011]
Prosessledelse og standardiserte pasientforløp: en kvalitativ casestudie av to norske sykehus	4	[Hermansen og Salthaug, 2014]
Healthcare professionals' experiences of the implementation of integrated care pathways	4	[Hogan et al., 2011]
Organisatoriske innovasjoner i helsesektoren: prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert praksis og behandlingslinjer	4	[Ramsdal og Ramsdal, 2007]
Prosesstenkning – utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer	4	[Ramsdal og Fineide, 2014]
Behandlingslinjer – kvalitetsløft for hvem: utvikling og bruk av behandlingslinjer i Sykehuset Østfold	4	[Sletvold og Finnanger, 2006]
Behandlingslinjer i et translasjonsperspektiv	4	[Sundstøl, 2008]
Kunnskapsdeling og kunnskapsforståelse – En studie av standardiserte pasientforløps innvirkning på sykepleierens arbeidshverdag	3,5	[Berg, 2010]
Å samhandle om samhandling: Etablering av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten	3	[Neverdal og Rystad, 2014]

## **Tillegg B**

### **Skåring av artikler**

Papernummer	Titel	KK1	KK2	KK3	KK4	Sum	note
1	Behandlingslinjer reduserer komplikasjoner for pasienter i sykehus	0	0	0	0	0	0 Ikke paper, nyhet som refererer til et cochrane review (har det allerede i list lista mi)
2	Masteroppgave, Aa og Hjorteland	1	1	0	0	2	V
3	Kan man se ledelsemessige og organisatoriske fellestrekk ved pasientforløp som har blitt effektivt redesignet?	0	0	0	0	0	0 http://bibsys-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/diDisplay.do?docId=BBBSYS_ILS092940625&vid=NB
4	Arbeidsrapport (nøreforskning)	1	1	0	0	2	V
5	Kunnskapdeling og kunnskapsoverføring – en studie av standardiserte pasientforløps innvirkning på sykepleierens arbeidsverdier	0,5	1	1	0	2,5	V
6	factors affecting the implementation process of clinical pathways	1	1	1	0	3	2 V http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/rep.12301/abstract
7	Implementation of a clinical pathway: prospective case study	1	1	1	0	3	2 V http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/rep.12301/abstract
8	Implementation of critical pathways in the "real world"	1	1	1	0	3	2 V doi:10.1089/23256176.2014.912010. http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/23256176.2014.912010
9	Variation in clinical pathway implementation process and discussions on countermeasures	0	0	0	0	0	0 V rapport ingen abstract
10	Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen. Bedre pasientforløp mellom 1. og 2. linjetjenesten	0	0	0	0	0	0 Kun et notat
11	Four years on: lessons learnt from implementation of an integrated care pathway to address.....	1	1	1	0	3	2 Ikke innesfori abstract
12	Nasal fra Kunnskapssenteret	0	0	0	0	0	2 har et kommuneperspektiv
13	Toward improved implementation of evidence-based clinical algorithms.	1	1	1	0	3	0 Duplikat med nr 15
14	Helhetlige pasientforløp i utvalgte del 2	1	1	1	0	3	0 Duplikat med nr 15
15	Helhetlige pasientforløp i utvalgte del 1	1	1	1	0	3	0 Duplikat med nr 15
16	Arbeidsnotat (høgskolen i Molde)	1	1	1	0	3	0 Duplikat med nr 14
17	Arbeidsnotat (høgskolen i Molde)	1	1	1	0	3	0 Duplikat med nr 2
18	Clinical pathways in general surgery	0	0	0	0	0	0 Primer fulltekst kun på kinesisk
19	Modulation analysis of clinical pathway management implementation and pilot hospitals	0,5	0,5	0	0	1	1 Vagt abstract/summary, men interessant
20	Koordinering av standardiserte pasientforløp: en studie knyttet til organisatoriske, relasjonsmessige og kapasitetsmessige faktorer	1	1	1	0	3	2 Obs diagnosespesifikk, men med generelle betraktninger
21	Behandlingslinjer- et verktøy for standardisering, styring og utvikling av pasientforløp	0	0	0	0	0	0 Ikke relevant
22	Information security, legal aspects.	1	1	1	0	3	0 Duplikat med nr 2
23	Prosessendelse og standardiserte pasientforløp - en kvalitativ casestudie av to norske sykehus	1	1	1	0	3	1 Bachelor oppgave
24	I hvilken grad vil man ved å innføre læringstiltak i et mer effektivt pasientforløp.	0	0	0	0	0	0 Primer den ikke
25	Healthcare professionals' experiences of the implementation of integrated care pathways	0	0	0	0	0	0 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21916088
26	Hva er sykepleierfunksjonen i saking av et godt pasientforløp?	0	0	0	0	0	0 http://spare.bnj.com/content/2/2/150.full.pdf+html
27	Process of quality control and sustainability strategy research on implementation of clinical pathway?	0	0	0	0	0	0 http://drage.bbys.no/xmlui/handle/11250/189225
28	End of life care in Wales, evaluation of care pathway based implementation strategy	0	0	0	0	0	0 http://gs.sagepub.com/content/28/1/90.full.pdf+html
29	Drittsoptimalisering av pasientforløp i sykehus ved bruk av leanmetasert	0	0	0	0	0	0 Fulltekst kun på kinesisk
30	Challenges and solutions in the implementation of the school based pathway to care model	0	0	0	0	0	0 http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/23256176.2013.856106?journalCode=nmr
31	Implementation of clinical pathway in maternity department	1	1	1	0	3	0 Fulltekst kun på kinesisk
32	Analysis of the clinical pathway implementation in the department of orthopedics	1	1	1	0	3	0 Duplikat med nr 26
33	cooperation of doctors and pharmacists in the implementation of clinical pathway	1	1	1	0	3	2 &n være interessant!
34	A samhandlingslinje om samhandling	1	1	1	0	3	2 bokkappittel: http://bibsys-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/diDisplay.do?docId=BBBSYS_ILS144458586&vid=HSF
35	Bacheloroppgave i sykepleie, Østgården og Holbrækken	1	1	1	0	3	0 Duplikat med nr 36
36	Organisatoriske innovasjoner i helsesektoren	1	1	1	0	3	0 Duplikat med nr 34
37	Prosessendring- utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer	1	1	1	0	3	0
38	Oppdragsrapport, Ramsdal og Ramsdal	1	1	1	0	3	0 http://cp.sagepub.com/content/9/2/86.full.pdf+html, finnes part 1 og 2 også ?
39	A samhandlingslinje om samhandling	1	1	1	0	3	0 Interessant, men diagnosespesifikk
40	Developing care pathways- lessons from the steele review implementation in England	0	0	0	0	0	0 Diagnose-spesifikk
41	Framework for the implementation of integrated care pathways	0	0	0	0	0	1,5
42	Putting a critical pathway into practice: The devil is in the implementation details	0	0	0	0	0	0 http://hdl.handle.net/11250/268231
43	Reliable implementation of clinical Pathways: What will it take- that is the question	0	0	0	0	0	0 http://www.nb.no/nbook/nb/b88b68217c0f7a5d74d73b623a832703
44	Å leseret pasientforløp: hvordan kan sykepleieren fremme pasientens medvirkning i postoperativ fase ?	1	0,5	0	0	1,5	0 Ikke relevant ut fra det jeg leser i abstractet
45	Behandlingslinjer- kvalitetstiltak for hvem?	0	0	0	0	0	0
46	Forbedret legedokumentasjon av pasientforløp i journal	1	1	1	0	3	0
47	Standardiserte helhetlige pasientforløp- behov for supplementende tiltak	1	1	1	0	3	0
48	Standardiserte behandlingslinjer - kan det effektivisere pasientbehandlingen?	1	1	1	0	3	0
49	Behandlingslinjer i et transjansjonsperspektiv	1	1	1	0	3	0
50	The european quality of care pathways, study om thr impact of care pathways on interprofessional teamwork in an acute hospital setting	1	1	1	0	3	0
51	Prosjekt optimale pasientforløp 2006	0	0	0	0	0	0
52	Prosjekt optimale pasientforløp 2007	0	0	0	0	0	0
53	Prosjekt optimale pasientforløp 2008	0	0	0	0	0	0
54	Prosjekt optimale pasientforløp 2009	0	0	0	0	0	0
55	Prosjekt optimale pasientforløp 2010	0	0	0	0	0	0
56	Prosjekt optimale pasientforløp 2011	0	0	0	0	0	0
57	Prosjekt optimale pasientforløp 2012	0	0	0	0	0	0
58	Prosjekt optimale pasientforløp 2013	0	0	0	0	0	0
59	Prosjekt optimale pasientforløp 2014	0	0	0	0	0	0
60	Standardiserte behandlingslinjer- kan det effektivisere pasientbehandlingen?	1	1	1	0	3	0 Duplikat med nr 48
61	Effects on clinical pathway implementation on medical quality and patient satisfaction	1	1	1	0	3	2 http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/14783363.2013.8683529
62	Effects on clinical pathway implementation on medical quality and patient satisfaction	1	1	1	0	3	0 Duplikat med nr 61
63	Implementation of a clinical pathway in Thailand	1	1	1	0	3	2 https://etd.ohiolink.edu/ap/1070:10:10:P10_ACCESSION_NUM/1216759596_(diagnosespesifikk)
64	Evaluation of the effect of implementation of clinical pathway in a 3a hospital in Shenzhen	1	1	1	0	3	2 http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/23256176.2014.992174



# **Tillegg C**

## **Rett svar til rett tid**

## Mål

### Hvorfor startet vi dette arbeidet?:

Lang svartid for patologisvar er ikke forenlig med rask og god pasientbehandling, og betyr i mange tilfeller stor psykisk belastning for pasienten.

## Tiltak

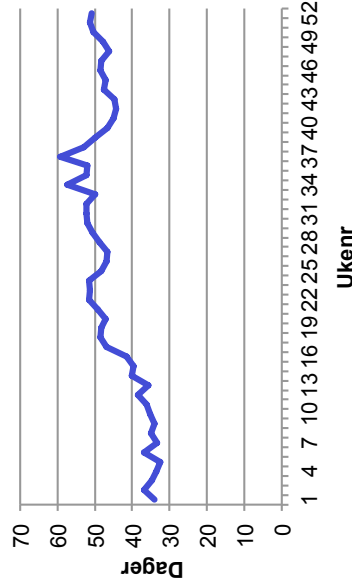
### Hvilke tiltak ble iverksatt og hvordan fulgte vi opp:

- Startfase:**
  - Kartlegging av problemet: Registrering av flaskehals
  - Mentalitetsendring: Nullvisjon
  - Oppbygging av kapasitet og kompetanse
  - Rekruttering av leger og bioingeniører
  - Utdanning av spesialister
- Mellomfase:**
  - Holde ut: Rekruttere og utdanne
  - Få bort det som var mulig av flaskehals
  - Screening av prøvekø for å unngå at viktige prøver ble liggende lenge
- Slutfase:**
  - Med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse mulig med effektiviserings tiltak:
    - Legene og prøvene delt inn i faggrupper
    - Daglige morgenmøter på lab for å fordele ressurser

## Målinger

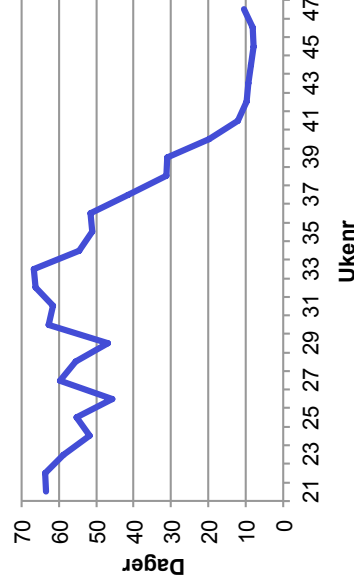
### Baseline ("før-situasjonen")

#### Svartid 2014



### "Etter-situasjonen"

#### Svartid etter tiltak, siste halvår 2015



## Hva har vi lært?

- Betydningen av klare mål og utholdenhet
- Betydningen av å holde fokus på flaskehals og arbeidsflyt
- Betydningen å sette inn tiltak tidlig
- Betydningen av måloppnåelse som god motivasjon
- Betydningen av at alle ansatte blir sett, forstår målene og medvirker
- Betydningen av å ha nok ressurser for å få effekt av forbedringstiltak

## Hvem har deltatt i prosjektet

- Ledelsen inklusive klinikksejef og direktør
- Alle ansatte

## Veien videre?

### Ytterligere reduksjon av svartid:

- Ny teknologi
- Studier av arbeidsflyt ved hjelp av IKT
- Utvikle kompetanse
- Forbedringsseminar for premiepengene



# **Tillegg D**

## **Intervjuguide**

# Intervjuguide for prosjektet: "Utfordringer ved implementering av standardiserte pasientforløp".

## Fase 1: Rammesetting

1. Informasjon
  - a. Litt informasjon om meg selv
  - b. Bakgrunn for valg av oppgave
  - c. Hva jeg allerede har gjort av funn
  - d. Hvorfor jeg ønsker å spørre deg

## Fase 2: Erfaring

1. Overgangsspørsmål
  - a. Har dere utarbeidet mange pasientforløp ved avdelingen?
  - b. Opplever du at pasientforløpene er godt innført/implementert og fungerer disse?
  - c. Opplever du at det er noen forskjell fra før dere innførte pasientforløp og nå? Har det ført til noen endringer på hvordan man jobber?
  - d. Beskriver pasientforløpene samhandling mellom avdelinger og samhandling med andre instanser?
  - e. Hvordan fungerer samhandlingen innad på sykehuset?
  - f. Hvordan fungerer samhandlingen med andre instanser?

## Fase 3: Fokusering

2. Nøkkelspørsmål
  - a. Kan du beskrive hvordan prosessen med utarbeiding av pasientforløp foregår på din avdeling?
  - b. Følges metodikken som er beskrevet?
  - c. Hvordan er informasjonen til de ansatte forut for et slik arbeid?
  - d. Er ledelsen på avdelingen med i prosessen med utarbeidingen?  
- hvordan er de involvert?
  - e. Tverrfaglighet
    - i. Hvem er involvert i utarbeiding av pasientforløpene?
    - ii. Er det en tverrfaglig involvering hele prosessen?
  - f. Maktforhold
    - i. Hvem beslutter at prosessen med utarbeiding av nye pasientforløp skal starte
    - ii. Hvordan er forløpsansvarliges rolle i prosessen med utarbeidelse av forløp?  
- Har forløpsansvarlig hovedansvaret for at forløpene blir utarbeidet, eller er denne oppgaven overlatt til andre?
    - iii. Har alle avdelingens forløp samme forløpsansvarlig?

Har dere opplevd motstand mot innføring av pasientforløp?

- Er det forskjell på yrkesgruppene?
- Brukes det av alle?

- iv. Har innføring av pasientforløp, endret noe på ansvarsfordelingen ved avdelingen?
- v. Har det påvirket roller og rollefordelinger ved avdelingen? (Hvem som har ansvar, hvem som bestemmer etc)
- vi. Har innføring av pasientforløp endret noe på beslutningsprosessene ved avdelingen?
- vii. Påvirkes innføring av standarder selve kulturen på avdelingen?

-

#### **Fase 4: Tilbakeblikk**

##### 3. Oppsummering

- a. Oppsummere funn
- b. Har jeg forstått deg riktig?
- c. Er det noe du vil legge til?



**Tillegg E**

**Samtykkeskjema**

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## ”Utfordringer ved implementering av standardiserte pasientforløp”

### Bakgrunn og formål

Mitt navn er Ellen Marie Hatlen og jeg jobber som avdelingssjef ved Avdeling for ryggmargsskader, Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering, St. Olavs Hospital. Jeg er for tiden i gang med en master i organisasjon og ledelse – helseledelse ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Min veileder er professor Oddbjørn Bukve.

Min oppgave har fokus på de utfordringer som kan oppstå når man skal implementere standardiserte pasientforløp i en sykehusavdeling. Jeg ønsker i mitt prosjekt å gå dypere inn i, og se på noe av årsakene til at implementering kan vise seg å være vanskelig å gjennomføre i praksis, selv om det finnes gode verktøy for dette.

Aktuelle avdelinger til å være med i studien er valgt i samarbeid med Fagavdelingen, ved Regionalt senter for helsetjenesteutvikling, St. Olavs Hospital. Utarbeidelse av komplekse pasientforløp på tvers av avdelinger og instanser er et hovedkriterium for valg av avdeling. På denne bakgrunn ønsker jeg å spørre om du kan tenke deg å delta i min studie.

### Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien består av et strukturert litteratursøk som danner bakgrunn for en komparativ casestudie. Studien du ønskes med i vil foregå som et semistrukturert intervju. Varighet på intervjuet vil være ca. 40 minutter. Spørsmålene vil omhandle blant annet utarbeidelse av pasientforløp, implementering og utfordringer ved endringer av arbeidsmetodikk.

### Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg som masterstudent og min veileder som vil ha tilgang til opplysningene. For å sikre konfidensialitet, vil alle opplysninger anonymiseres og krypteres. All informasjon er sikret med passord.

Du og din avdeling vil ikke kunne gjenkjennes i oppgaven da dette vil bli anonymisert som avdeling A og B osv.

Prosjektet skal etter planen avsluttes sommeren 2016. All datamateriale fra intervjuene vil etter oppgavens slutt bli slettet.

### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Ellen Marie Hatlen på telefon 92441418 eller min veileder professor Oddvar Bukve på telefon 48054368

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.



# Samtykke til deltakelse i studien

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)



**Tillegg F**

**Godkjennelse fra NSD**



Oddbjørn Bukve  
Institutt for samfunnsvitenskap Høgskulen i Sogn og Fjordane  
Vie, Postboks 523  
6800 FØRDE

Vår dato: 07.01.2016

Vår ref: 45968 / 3 / HJP

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.12.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>45968</i>	<i>Utfordringer ved implementering av standsrdiserte pasientforløp</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Oddbjørn Bukve</i>
<i>Student</i>	<i>Ellen Marie Hatlen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hanne Johansen-Pekovic

Kontaktperson: Hanne Johansen-Pekovic tlf: 55 58 31 18

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO:* NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

*TRONDHEIM:* NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

*TROMSØ:* NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)

Kopi: Ellen Marie Hatlen mie@kofod-petersen.org



### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Revidert informasjonsskrivet mottatt 04.01.16 er godt utformet.

### INFORMASJONSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskulen i Sogn og Fjordane sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

### PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak