



**Høgskulen
på Vestlandet**

MASTEROPPGAVE

LEAN ELLER IKKE LEAN?

En komparativ casestudie av ressursforvaltning i sykehus og
sykehjem

LEAN OR NOT LEAN?

A comparative case study of resource management in
hospitals and nursing homes

Eva Kristin Reksten Rønnekleiv

Masterstudium i organisasjon og leiing, helse- og velferdsleiing

Avdeling for organisasjon og leiing. Institutt for samfunnsvitenskap

06.06.2017

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er
brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

Forord

Nå er fire år ved Masterstudiet i organisasjon og leiing, helse- og velferdsleiing over, og det har gitt meg mye nyttig kunnskap fra veldig dyktige forelesere og medstudenter som jeg kan ta med meg videre i livet. Særlig vil jeg takke Kjersti Halvorsen, som har vært min veileder det siste året, for mye god tilbakemelding, veiledning og oppmuntring i skrivingen av denne masteroppgaven.

Jeg vil få takke respondentene som har vært villig til å svare på mine spørsmål slik at jeg har kunnet skrive denne masteroppgaven.

Jeg vil takke min studievenninne Siv Kryger Claussen for hjelp til å finne fram i havet av helseopplysninger og ikke minst vil jeg få takke min turkamerat Ellen Rønnekleiv for at du har holdt ut alle mine betraktninger om kunnskap og skriving gjennom mange år. Du har dradd meg ut av sofaen mang en gang. En stor takk til min leder, Oddrun Ommedal, for at du har lagt til rette for at jeg har kunnet konsentrere meg fullt og helt om skriving av denne masteroppgaven.

Nå er jeg endelig ferdig og det tror jeg familien min er veldig glad for. De har måttet finne seg i at stua har sett ut som et kontor der en finner utallige bøker, utskrifter og en alltid åpen datamaskin. En spesiell takk til min mann Eilev Otto Rønnekleiv for tålmodighet, når jeg har prioritert skole framfor andre nødvendige ting.

Nå er våren snart over og det er endelig sommer og det skal bli godt.

Sammendrag

Tittel på oppgava: LEAN eller ikke LEAN? En komparativ casestudie av ressursforvaltningen i sykehus og sykehjem

Helseminister Bent Høye mener at vi i framtiden vil få behov for flere helsearbeidere, fordi etterspørselen etter helsetjenester kommer til å bli større.. Det offentlige helsevesenet som tidligere satt omsorg i fokus, ser i dag i stadig sterkere grad til hvordan privat sektor er organisert, og hvilke verdier som er rådende der. Presset mot å utforme tjenester som fjerner `sløsing` ved at en får til bedre utforming av ulike tjenester innen offentlig spesialisthelse og primærhelse. Behovet for å få til system i organisasjonen som `snakker sammen` og bidrar til bedre ressursforvaltningen i offentlige sykehus og sykehjem, øker.

Formålet med denne oppgaven er å undersøke ansatte og ledere sin opplevelse av: Hvordan blir nye ideer om ressursforvaltning introdusert, mottatt og iverksatt i sykehusavdeling og sykehjemsavdeling?

Kan en se forskjell på virksomheter som bruker Lean og virksomheter som ikke bruker Lean som ressursforvaltningsmodell?

For å svare på disse spørsmålene har jeg undersøkt implementering av nye ideer, organisering og ledelse for å se hvordan dette påvirker forvaltningen av personalressursene i sykehus og sykehjem med og uten bruk av Lean filosofi.

Dette er en komparativ case studie der jeg sammenligner en sykehusavdeling som bruker Lean som modell for ressursforvaltning mot en sykehusavdeling som bruker annen ressursforvaltningsmodell. Det samme gjør jeg når jeg sammenligner en sykehjemsavdeling som bruker Lean som modell for ressursforvaltning mot en sykehjemsavdeling som bruker annen ressursforvaltningsmodell. De kvalitative dataene har blitt samlet inn ved intervju av 10 respondenter der 5 er fra primærhelsetjenesten og 5 er fra spesialisthelsetjenesten. Datamaterialet er transkribert og systematisk tekstkondensert, der jeg fant meningsbærende enheter som bidro til å danne grunnlag for analysen. Jeg har brukt data fra offentlige publikasjoner som kvalitetsindikatorer for å underbygge mine funn, data fra den enkelte kommune og sykehus som verifiserer informantenes uttalelser. Disse kan ikke offentliggjøres grunnet personvern, da det lett kan spores tilbake til respondenten.

I denne studien drøfter jeg hvordan nye ideer om ressursforvaltning blir introdusert, mottatt og iverksatt i sykehus og sykehjem. I sykehuset med Lean, i case 1, var der en sterk forankring av Lean-filosofien i hele organisasjonen og ideen nedfelte seg også i den daglige praksisen i avdelingene. Lean- metodikken harmonerte her med de sykehusansattes profesjonelle oppfatninger av hva som gir verdi for pasienten og hvordan en kan jobbe for å sikre kontinuerlig forbedring i alle ledd i organisasjonen. Opplæring ble gitt i forkant av implementeringen og underveis for å sikre tilstrekkelig kunnskap hos ansatte i møte med endrede krav ved innføringen av Lean i organisasjonen.

I sykehuset i case 2, ble en annen ressursforvaltningsmodell brukt. Overgangen fra 'døgn til dag' skulle bruke sykehusets ressurser på en mer rasjonell måte, og var sterkt forankret i organisasjonen. Fra 'døgn til dag' innebar at pasienten møtte direkte til planlagt operasjon uten å være innlagt i forkant. Samtidig ble ulike avdelinger sammenslått. Denne endringen var

svakt forankret i organisasjonen. Endringen ikke gav ansatte tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag i forkant slik at det kunne gis god omsorg til de nye pasientgruppene. Endringen harmonerte ikke med de sykehusansattes profesjonelle oppfatninger av som gir verdi for pasienten og hvordan en skal jobbe for å sikre kontinuerlig forbedring i alle ledd i organisasjonen.

I sykehjem i case 1, ble Lean-filosofien implementert, men ikke iverksatt slik den var tenkt. Lean filosofien ble gjennomført i den forstand at ulike lager ble ryddet, men samtidig ble stillingsprosentene i avdelingen redusert. Motstanden mot ideen angikk reduksjonen av stillingsprosentene i avdelingen. Ingen strukturer var endret etter innføringen av Lean-metodikken. Endringen harmonerte ikke med de sykehjemansattes profesjonelle oppfatninger av som gir verdi for pasienten og hvordan en skal jobbe for å sikre kontinuerlig forbedring i alle ledd i organisasjonen.

I sykehjem i case 2, ble en annen ressursforvaltningsmodell brukt. Teamorganisering ble sett på som en metode for å forbedre tilbudet til pasienten og gjøre ressursforvaltningen mer rasjonell. Teamene jobbet innad i ulike avdelinger og ut mot andre helseprofesjoner. Kunnskapsgrunnlaget hos profesjonene ble oppgradert i forkant av endringen ved at den enkelte profesjon kunne søke seg til ulike utdanninger som kommunen hadde behov for etter innføring av Samhandlingsreformen. Det var et bevisst valg ved sykehjemmet i case 2 å koble de sykehjemansattes kompetanse mot pasientdiagnose. Endringen harmonerte med de sykehjemansattes profesjonelle oppfatninger av hva som gir verdi for pasienten og hvordan en skal jobbe for å sikre kontinuerlig forbedring i alle ledd i organisasjonen.

Ut fra disse to casene ser det ut til at Lean filosofien gir bedre ressursforvaltning i sykehuset enn i sykehjem. I sykehjemmet kan en ikke si om Lean-filosofien har hatt en reell påvirkning da den ikke er implementert slik den var tenkt.

Abstraction

LEAN or not LEAN? A comparative case study of resource management in hospitals and nursing homes.

Norwegian Health Minister Bent Høye states that there will be an increased need for healthcare workers in the future, as the need for healthcare services will increase. The public healthcare service who previously put care in focus; however, today the service looks to how the private sector is organized as well as to the moral values. Pressured to shape services which eliminates `waste` by providing better forming of the different services within the public specialists- and primary health care. The need for systems within the organization that `communicate` and contribute to greater resource management in public hospitals and nursing homes, is increasing.

The aim of this paper is to investigate employees` and managers` experiences of: How are new ideas om resource management introduced, received and implemented in hospital wards and nursing home wards?

Is there a visible difference between wards utilizing Lean and wards not utilizing Lean as the resource management?

To answer these questions, I have explored the implementation of new ideas, organizing and management to see how this influences the management of human resources in hospital and nursing homes with ant without the usage and Lean philosophy.

This is a comparative case study where I compare a hospital ward which use Lean as the resource management system to another hospital ward which use a different resource management system. I follow the same approach when comparing a nursing home ward which uses Lean as the resource management system. The qualitative date had been collected by interviewing 10 respondents, whereas 5 of which are from the primary health care services and 5 are from the specialist health care services. The date is transcribed and has undergone systematic text condensation, where I found opinion-carrying units which contributed to the foundation of the analysis. I have used data from public publications as quality indicators to underpin the findings, data from individual municipality and hospital verifies the informant`s statement. These cannot be published due to privacy, as these can easily be traced back to the respondent.

I am in this study discussing how new ideas om resource management are introduced, received an implemented in hospitals and nursing homes. In the hospital utilizing Lean, in Case 1, there was a strong anchoring of the Lean philosophy in the entire organization and the idea underpinned the day to day practice in the wards as well. The Lean methodology harmonized with the hospital employees` professional opinions of what gives values to the patient and how to work to ensure continuous improvement in all sections of the organization. Training was provided in advance of the implementation as well as throughout to ensure employees have sufficient knowledge when facing revised demands with the implementation of Lean in the organization.

In the hospital in Case 2, a different resource management system was used. The transition from `24 hours to same day` was intended to use the hospital`s resources in a more rational manner, and was strongly anchored in the organization. From `24 hours to same day` entailed

the patient meeting directly to the scheduled operation without being admitted beforehand. Wards was merged simultaneously. This change was weakly anchored in the organization. The change did not give employees a sufficient foundation of knowledge in advance so that the employees could provide the new patient with good care. The change did not harmonize with the hospital employees' professional opinion on what gives value to patients and on how one could work to secure continuous improvement in all sections of the organization.

In the nursing home in Case 1, was the Lean philosophy implemented; however, not in the manner it was intended. The Lean philosophy was implemented to such a degree that different storages was cleared, but the percentages of employment in the ward was reduced simultaneously. The resistance towards the idea was concerned with the reduction of the percentages of employment in the ward. No structure was changed after the implementation of Lean system. The change did not harmonize with the nursing home employees' professional opinions, of what gives value to patients and on how one could work to secure continuous improvement in all sections of the organization.

In the nursing home in Case 2 another resource management system was in use. Team organizing was viewed as a method of improving the service offered to the patient and to make the resource management more rational. The teams worked within the different wards and out towards other health professions. The knowledge foundation of the professions was upgraded in advance of the change in that the individual profession could apply for different educational courses the municipality was in need of after the implementation of Samhandlingsreformen. For the nursing home in Case 2, it was deliberate decision to connect the nursing home employees' competences with patient diagnosis. The change harmonized with the nursing home employees' professional opinions on what gives value to the patients and on how one could work to secure continuous improvement in all sections of the organization.

From these to cases, it is visible that the Lean philosophy provide better resource management in hospitals than in nursing homes. In the nursing home one cannot say if the Lean philosophy has had a real influence as it is not implemented as intended.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Oppgavens struktur.....	3
2	Bakgrunn/kontekst	5
2.1	Erfaring og samfunnskontekst	5
2.2	Forforståelse	8
2.3	Problemstilling og avgrensning	9
2.4	Kunnskapsstatus	10
2.4.1	Kvalitetsindikatorer	10
3	Teori	13
3.1	Kunnskapsoverføring mellom organisasjoner	15
3.2	Teori om organisering	23
3.3	Ledelse.....	26
3.3.1	Ledelse av profesjoner	27
3.3.2	Lederens grunnlag for ledelse	28
3.3.3	Verdibasert ledelse	29
4	Forskningsmetode	31
4.1	Metodisk valg	34
4.2	Etiske vurderinger.....	36
4.3	Forskningsdesign	38
4.4	Gjennomføringen av intervjuene	40
4.5	Presentasjon av informantene	41
4.6	Transkribering	44
4.7	Analysemetode	45
5	Empiri.....	49
5.1	Case 1: spesialisthelsetjenesten med Lean	49

5.1.1	Introduksjon av nye ideer	49
5.1.2	Prioriteringer i den daglige praksisen.....	52
5.1.3	Styrking av kompetanse	54
5.2	Case 2: spesialisthelsetjenesten uten Lean	56
5.2.1	Introduksjon av nye ideer	56
5.2.2	Prioriteringer i det daglige.....	57
5.2.3	Styrking av kompetanse	60
5.3	Case 1: primærhelsetjenesten med Lean	61
5.3.1	Introduksjon av nye ideer	61
5.3.2	Prioriteringer i det daglige.....	61
5.3.3	Styrking av kompetanse	63
5.4	Case 2: primærhelsetjenesten uten Lean	63
5.4.1	Introduksjon av nye ideer	63
5.4.2	Prioriteringer i det daglige.....	64
5.4.3	Styrking av kompetanse	66
6	Funn.....	69
6.1	Sammenfatning av funnene	75
7	Drøfting	79
7.1	Hvordan blir nye ideer om ressursforvaltning introdusert, mottatt og iverksatt i sykehusavdeling med Lean?.....	79
7.1.1	Verdiavklaring.....	80
7.1.2	Verdikjedeanalyse	81
7.1.3	Tilrettelegging for flyt.....	82
7.1.4	Pullprinsippet	83
7.1.5	Etablering av kultur og perfeksjonering.....	83
7.2	Hvordan blir nye ideer om ressursforvaltning introdusert, mottatt og iverksatt i sykehjemsavdeling med Lean?.....	85
7.2.1	Verdiavklaring.....	85

7.2.2	Verdikjedeanalyse	87
7.2.3	Tilrettelegging for flyt.....	89
7.2.4	Pullprinsippet	90
7.2.5	Etablering av kultur og perfeksjonering.....	90
7.3	Hvordan blir nye ideer om ressursforvaltning introdusert, mottatt og iverksatt i sykehusavdeling uten Lean?.....	92
7.3.1	Verdiavklaring.....	92
7.3.2	Verdikjedeanalyse	93
7.3.3	Tilrettelegging for flyt.....	94
7.3.4	Pull-prinsippet	95
7.3.5	Etablering av kultur og perfeksjonering.....	96
7.4	Hvordan blir nye ideer om ressursforvaltning introdusert, mottatt og iverksatt i sykehjemsavdeling uten Lean?.....	97
7.4.1	Verdiavklaring.....	97
7.4.2	Verdistrømsanalyse	98
7.4.3	Pull-prinsippet	98
7.4.4	Etablering av kultur og perfeksjonering.....	99
7.5	Forvaltning av ressursene i en avdeling. Kan en se en forskjell om en bruker Lean som ressursforvaltningsmodell eller om en velger en annen ressursforvaltningsmodell? .	101
7.5.1	Sammenligning av sykehus med Lean og sykehus uten Lean.	103
7.5.2	Sammenligning av sykehjem med Lean og sykehjem uten Lean.	105
7.5.3	Kvalitetsindikatorer.....	106
7.6	Konklusjon.....	107
8	Forskning videre.....	109
9	Avslutning	111
	Litteraturliste	

Tabell- og figur liste:

Fig.3.1	De fem Lean prinsippene	Side 16
Fig.3.2	Demings sirkel	Side 17
Fig.4.1	Sammenligningsmodell	Side 31
Tab.6.1	Presentasjon av funn. Sykehus med Lean	Side 69
Tab.6.2	Presentasjon av funn. Sykehus uten Lean	Side 71
Tab.6.3	Presentasjon av funn. Sykehjem med Lean	Side 72
Tab.6.4	Presentasjon av funn. Sykehjem uten Lean	Side 73
Tab.7.5	Sammenligning mellom sykehus med og uten Lean Sammenligning mellom sykehjem med og uten Lean	Side 101
Tab.7.5.3	Kvalitetsindikatorer	Side 106

Vedlegg:

1. Forespørsel til ansatte om deltakelse i studien
2. Samtykkeskjema ved deltakelse i studie
3. Intervjuguide
4. Tillatelse fra SND

1 Innledning

Til tross for at vi i Norge har et godt og velfungerende helsevesen, er vi stadig på jakt etter nye organisasjonsmodeller som kan gi oss bedre tjenester til befolkningen og bedre bruk av de menneskelige ressursene vi rår over. Helseminister Bent Høye mener at vi i framtiden vil få behov for flere helsearbeidere, fordi etterspørselen etter helsetjenester kommer til å bli større. Det offentlige helsevesenet som tidligere satt omsorg i fokus, ser i dag i stadig sterkere grad til hvordan privat sektor er organisert, og hvilke verdier som er rådende der. Denne endringen kan en se i sammenheng med New Public Management (NPM) eller som vi kaller det, Ny Offentlig Styring (NOS). Lean er en ressursbesparende organiseringsmodell hentet fra den japanske bilindustrien som har blitt introdusert i den norske helsesektoren samtidig som disse endringsprosessene har funnet sted. Markedsorientering er ett av styringsverktøyene som anbefales i Ny Offentlig Styring, men NOS som er en bred og varig internasjonal trend sier ikke noe om hvilken styringsform som bør velges i den enkelte norske kommunen. I Norge er kommunal selvstyring en viktig verdi og Kommuneleien gir kommunene anledning til å velge den organiseringen de selv måtte finne best.

Bakgrunnen for at det settet av styringsverktøy som kalles Ny Offentlig Ledelse ble introdusert var forståelsen av at offentlig sektor har et problem. Det brukes for mye penger. En av forklaringen på dette var at profesjoner med egeninteresser har for mye å si for de faglige kvalitetsstandardene som legges på helsearbeid. Målet ble at det skulle utarbeides flere profesjonsuavhengige standarder på hvordan tjenesten utformes (Hansen, Helgesen og Vabo, 2011, s. 213-214).

Dette er også noe av filosofien til Lean som også blir kalt en «slank» modell. Denne er hentet fra bilproduksjon i Japan – Toyota. Hovedprinsippene i Lean er å se produksjonen i sin helhet og å analysere hver enkelt arbeidsoperasjon ned til den minste detalj og fjerne de aktivitetene og den ressursbruken som ikke gir direkte kunde verdi.

Etter innføringen av samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009) er tiden en pasient er på sykehus kortet ned til et minimum. Før var pasienten på sykehus til de var friske. Nå er pasienten på sykehus til de er ferdigbehandlet, og deretter sendes de videre til primærhelsetjenesten for behandling og oppfølging. Spørsmålet er da kan stille seg er hvordan sykehusene skal organisere avdelingene slik at tiden pasienten oppholder seg på

sykehus blir kort, god og til en lavere pris? Har de ansatte mulighet til å påvirke sin egen hverdag i den enkelte avdeling eller blir de styrt av prosedyrer og regler som kommer ovenfra? Bergerød (2012) har si sin masteroppgave intervjuet flere ledere på ulike nivå i to sykehus. Lederne i Bergerød (2012) hadde en opplevelse av at byråkratene i større grad enn fagfolkene definerte hva god kvalitet på helsetjenester er. For å behandle flere pasienter til en lavere pris og med bruk av mindre ressurser, drives det kontinuerlig med kvalitetsforbedring. Det som er viktig i denne studien blir å se på hvordan det kontinuerlige forbedringsarbeidet med ressursforvaltning kan løses i den enkelte avdelingen, og om valg av organisasjonsmodell har noen innvirkning på hvordan de menneskelige ressursene forvaltes.

Tjenestene søker i større grad å få bukt med `tidstyvene` og med sløsing. Siden tiden en pasient ligger på sykehuset skal være så liten så mulig er det viktig at arbeidet som gjøres der har en slik kvalitet at det ikke medfører reinnleggelse. Slik studien i det følgende vil vise, spiller det en rolle hvordan tjenestene er organisert og ledet, og hvilke prioriteringer som veier sterkest i pasientbehandlingen jeg ser det må en se på hvordan tjenestene er organisert og ledet, og hvilke prioriteringer som veier sterkest i pasientbehandlingen. Siden menneskelige ressurser vil bli en knapphet i årene som kommer har jeg valgt å sette fokus på hvordan disse brukes i de ulike avdelingene og hvilke andre tiltak som er iverksatt for å fjerne tidstyvene.

Jeg vil i denne studien også belyse hvordan ledelse og styring har innvirkning på bruken av ressursene i en avdeling. For å svare på problemstillingen min i denne oppgaven vil jeg sammenligne en sykehusavdeling og en sykehjemsavdeling som har innført Lean som organisasjonsmodell opp mot tilsvarende avdelinger som bruker andre organisasjonsformer.

Lean ser på kontinuerlig forbedringsarbeid ved å ta tak i ledelse, sløsing og kundeverti. Implementering av Lean i helsesektoren har blitt møtt med ulik entusiasme, der jeg viser til Kjell Arne Røvik sin forskning om Lean at modellen ikke kan overføres direkte fra sin originale opprinnelse, men må tilpasses både norsk kultur og styringsmåter. Kjell Arne Røvik har gjennom sin karriere også sett på forutsetningen for å implementere nye styringsmodeller i helsesektoren og hvordan dette blir møtt av organisasjonen (Røvik, 1998 og Røvik, 2007).

For å kunne finne svar på mine spørsmål vil jeg foreta en kvalitativ undersøkelse med intervju av aktuelle parter og gjøre en komparativ casestudie der jeg sammenligner fire avdelinger blir sammenlignet med hverandre. Jeg har valgt å ta med både en sykehusavdeling og en sykehjemsavdeling for å få et bredere bilde av hvordan en organisasjonsmodell virker både i

spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten der tilgang på utdannede personalressurser er ulikt fordel.

1.1 Oppgavens struktur

I kapittel 1 har jeg gjort rede for bakgrunnen for at dette tema ble valgt, min interesse for dette tema, forskning som finnes på feltet og problemstillingen til dette studiet.

Kapittel 2 tar for seg bakgrunnen og konteksten denne oppgaven bygger på, der jeg redegjør for egne erfaringer og samfunnskontekst når det gjelder innføring av nye organisasjonsideer i offentlig sektor. Kapittel 3 angir den teoretiske referanserammen som denne oppgaven bygger på, og vil brukes til å belyse funnene som kommer fram i kapittel 6.

Kapittel 4 belyser forskningsmetoden som er brukt, det metodiske valget, etiske vurderinger, design og analysemetode. Jeg vil presentere bakgrunnen for utvalg av informantene, hvordan innsamling og analyse av datamaterialet er gjennomført og studiens etiske vurderinger.

I kapittel 5 presenteres hovedfunnene og i kapittel 6 gjøres en sammenfatning av alle funnene.

I kapittel 7 drøfter jeg hovedfunnene opp mot det teoretiske perspektivet og annen forskning på området og gjør en sammenligning mellom de ulike casene. Videre ser jeg på hvilken forskning videre som kunne vært aktuelt før jeg i kapittel 9 oppsummerer og drar en konklusjon av min studie.

2 Bakgrunn/kontekst

2.1 Erfaring og samfunnskontekst

Innføring av nye organisasjonskonsept i offentlig sektor kan både berike organisasjoner og komme i konflikt med gjeldende verdier og normer i organisasjoner, avdelinger eller hos den enkelte fagperson. Dette kan skape ulike utfordringer, for eksempel om det er det økonomiske eller andre verdimeslige hensyn som skal veie tyngst (Ladegård og Vabo, 2011). Som leder er en ansvarlig for å drive foretaket eller avdelingen slik at det er økonomisk forsvarlig innenfor de budsjetttrammer en har til rådighet. Det er ulike prioriteringer som vektlegges når det gjelder de ulike nivåene i organisasjonen, samt at det vil være ulike verdiprioriteringer som vinner fram når kronene skal fordeles. En står altså overfor to ulike virkemidler for koordinering, det økonomiske og det verdimeslige. Styring og ledelse er to virkemidler som er i bruk når det gjelder utvikling av organisatoriske verdier. Styring handler om å velge et standardisert system med måloppnåelse som verktøy for å kunne si noe om hvordan driften er. Fra et instrumentelt perspektiv er styring det å iverksette kollektive beslutninger. Ledelse sett fra et instrumentelt perspektiv blir mye likt styring ved at lederne følger en hierarkisk struktur når det gjelder utøvelse av ledelse (Christensen, 2009, s. 123) Ledelse er et begrep som både kan brukes om personene som utøver ledelse og aktivitetene som det utøves ledelse på (Strand, 2001, s. 17).

I de senere årene har New Public Management (NPM) påvirket hvordan offentlig sektor blir styrt og organisert på. Dette er styringsideal som er hentet fra privat sektor. Behovet for å redusere politisk detaljstyring har gitt seg utslag i kontroll gjennom mål- og resultatstyring, fristilling av forvaltningsenhetene og markedstenkning (Bukve, 2012, s. 13).

Røvik (2007) og Jakobsen (2004) er opptatt av at det må til en tilpasning i den enkelte organisasjon, før en ny oppskrift kan implementeres. Røviks forskning på dette området viser at en organisasjon og leder må vite hva en er ute etter når nye metoder å organisere en virksomhet på skal implementeres. Det er viktig å ta hensyn til hvilke føringer som kan ha innvirkning på prosessen. Innenfor det offentlige helsevesenet er det politiske føringene som er styrende for hva virksomheten kan gjøre av tilpasninger, men disse føringene sier ikke noe om hvordan selve jobben skal utføres. Føringene setter en retning for hvordan en ønsker at

utviklingen skal skje, hvilke mål som skal nås og resultatet som forventes at virksomheten skal oppnå. Overføringer fra staten til f.eks. kommunen setter grenser for pengebruken, men den setter ikke begrensninger for hvilken organisasjonsmodell som skal velges og hvordan utføringen av helsetilbudet skal skje, så lenge lovpålagte oppgaver er dekket. For og utføring av tilbud så lenge lovpålagte oppgaver er dekket. For å møte virksomheter på jakt etter gode og effektive modeller for drift av helseforetak og kommuner blir det på tilbudssiden stadig introdusert nye og mer effektive modeller. Styringsverktøyene i New Public Management har, når de brukes på helsevesenet, utlovet innsparinger i form av kroner, og et mer rasjonelt og effektivt behandlingstilbud til pasientene. Behov for mer rasjonell ressursbruk og bedre kvalitet på tjenestene har stått på dagsorden fra 1970 årene og fram til ut på 2000 – tallet. NPM baserer seg på at det er markedstanken for produksjon av offentlige tjenester som vil gi `kunden` størst verdi. Her tenker en seg at det er `kundens` behov og det `kunden` etterspør som skal være drivende i utviklingen av tjenester både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Framvekst av organisasjonsmodeller hvor en ser mer på flyt i organiseringen og fjerning av unødvendige oppgaver har fått mer oppmerksomhet (Fineide og Ramsdal, 2014 og Røvik, 2007). Dette kan en se i f.eks. «pakkeforløp for kreftpasienter», behandlingsfrister ut fra diagnose etc.

I denne sammenheng vil politikerne og ledelsen på toppen av helsevirksomhetene være mer tilretteleggere enn direkte involvert i driften av den enkelte avdeling. Ledelse vil da bli mer systematisert og preget av mindre skjønn fra den enkelte leder. (Bukve, 2012, s. 92-93).

Når nye organisasjonsmodeller har gjort sitt inntog i norsk offentlig helsevesen har dette sammenheng med hvilke politiske prioriteringer som har lagt føringer for hvordan helseforetakene og kommunen skal drives og organiseres. Implementeringen av nye organisasjonsmodeller handler slik Røvik ser det, om de-kontekstualisering og kontekstualisering. For å forstå hvordan nye ideer vinner innpass og implementeres må vi studere hvordan dette foregår i organisasjonene (Røvik, 2007). En kan sammenligne innføring av nye orgaisasjonsmodeller med oversetting av tekst fra ett språk til et annet. Den som `oversetter` det nye organisasjonsspråket kan ikke oversette ord for ord, men forsøke å gi det en mening som er forståelig i den sammenheng det skal brukes. Om en får en god eller dårlig oversetting er ikke alltid like enkelt å vurdere på forhånd, det avhenger av om en underveis klarer å tilpasse det nye konseptet i den lokale konteksten det skal virke i. Dette handler om hvilke moment en vektlegger fra originalkonseptet, hvem som er oversetterne og hvordan mottakersiden tar imot disse nye ideene (Jakobsen, 2004, Røvik, 2007 og Christensen,

Lægheid, Roness og Røvik, 2009). Andersen og Røvik (2015) har i sin forskning om implementeringen av Lean i sykehus kommet fram til at mye avhenger av `oversetterne` og deres kunnskaper om den konteksten ideen skal virke i. Men en mangler evidens på om Lean virkelig gir en forbedring eller om det er en form for «window dressing».

Røvik (2007) skriver at for å kunne forstå en organisasjon må en finne ut hva som definerer den og hvilke verdigrunnlag den vil framstå med. Ser en på sykehusene er disse mer og mer formet til å ta unna køen med pasienter og sluse disse gjennom systemet på en rask og god måte, ikke helt ulikt produksjonsprinsippene i privat sektor. Tiden en pasient er på sykehuset skal fylles med mange aktiviteter på kort tid og til en best mulig pris. Målsettingen for sykehuset antas å være sammenfallende med pasientenes behov for kort ventetid på utredning og behandling. Jo forttere en pasient er ferdig, jo forttere kommer en annen til. Ser man derimot til kommunehelsetjenesten, som jeg kjenner best, har en ikke samme fokuset på fart gjennom systemet. Mange av brukerne her er langtidsbrukere av helsetjenester. Det en heller har fokus på her er hvordan pasienten kan gjøres bedre rustet til å ta mest mulig ansvar for egen helse, hvordan sykdom kan forebygging, hvordan omsorg til ulike pasientgrupper som har behov for det kan ytes, og mye mer. Den samme organisatoriske modellen Lean, gir på grunn av disse forskjellene ikke nødvendigvis den samme oversettelsen/tilpassingen i de to forskjellige kontekstene som sykehus og kommune utgjør, selv om de begge yter helsetjenester.

`Organisering` og `forbedring` er ord som hele tiden går igjen i norsk helsevesen. Presset mot ledere om å tenke i termer av rasjonalisering og kontinuerlig forbedring i alle ledd av organisasjonen, er stadig økende. Det kan være mange grunner til dette. Ny teknologi fordrer kontinuerlig opplæring i nye arbeidsoperasjoner, mangel på nok og kvalifisert personell fordrer nye måter å forvalte menneskelige ressurser på og mangel på tid til å utføre det myndigheter og ledere forventer krever ny og mer rasjonelle måter å organisere arbeidet på. Cappelen, Gerfsen, Gjelsik, Holm og Stølen (2014) viser at det i framtiden vil være et underskudd på fagutlært personell tilgjengelig, slik at styring og ledelse overlapper hverandre mer og mer for å kunne løse oppgavene som ligger i det enkelte helseforetak eller kommune.

I etterkant av samhandlingsreformen har økt oppmerksomhet mot målstyring og mer strømlinjeformet organisering medført mer samhandling mellom ulike nivå i helsevesenet. Stadig nye måter å organisere driften på gjør at en som leder må tenke gjennom hvilken organisering som er best for å løse utfordringene som en står for i det daglige og på lengre sikt. Å finne ut hva som skal veie tyngst av økonomiske hensyn og profesjonsverdier, kan

være en utfordring for den enkelte leder. Administrasjonen har noen mål og avdelingene kan ha helt andre mål for hvordan driften best skal kunne oppfylle politiske krav som stilles til driften av den enkelte virksomhet. Ladegård og Vabo (2011) skriver i sin artikkel at de økonomiske verdiene ofte vinner fram i første omgang når det gjelder prioritering av tilbud til pasientene. Dette skyldes nok mye at rammeoverføringene fra staten setter en begrensning for hvor mye en skal bruke av ressurser, samt hvilke områder som skal prioriteres.

2.2 Forforståelse

Jeg har vært med på en del omstillinger i kommunene de siste årene, og sett at innføring av ny organisering og nye system ikke alltid går like lett. Spesielt har jeg vært opptatt av hvordan denne implementeringen har gått for seg, hvordan nye organiseringsideer har blitt kanalisert av ledere nedover i organisasjonen, hvordan aktørene har respondert på stadig nye direktiv og måter å utføre oppgaver på, samt de ansattes mulighet til å kunne påvirke egen hverdag. I møte med ulike ledere har jeg sett og erfart at det i mange tilfeller kan være leders måte å formidle budskapet på som har innvirkning på hvordan det nye budskapet oppfattes nedover i organisasjonen. Organisasjonen har i seg selv et innarbeid sett av verdier som den står for, ledere har sine sett av verdier som viser seg i deres måte å lede virksomheten, og de øvrige ansatte med ulike profesjonsbakgrunner nedover i organisasjonen har sine egne sett av verdier. Her er det viktig, slik jeg ser det, at en som leder kan møte alle disse gruppene på en god måte. Her tenker jeg spesielt på virkemidler for koordinering. Hvis målet er å skulle endre en strategisk kurs ved at en f.eks. skal ha mer fokus på kjernevirksomheten, vil etablering av rutiner og økning av kontroll være nødvendig for å styre virksomheten. Nettverksstyring er en annen måte å organisere driften på som ser på samarbeid med andre grupper og organisasjoner som viktige. Noe av det som har fanget min interesse er hvordan jeg som leder kan få til en god dialog med mine medarbeidere slik at den enkeltes verdigrunnlag, kreativitet og bruk av skjønn bevares i møte med omstillinger i organisasjonen. Dette må igjen kunne forsvares ut fra økonomiske krav som stilles fra administrasjonen og politikerne om en god og forsvarlig drift.

Min motivasjon for denne studien var å utforske om en organisering etter Lean-filosofien kan vise seg å ha fordeler framfor andre måter å organisere virksomheter på. Det å skape flyt i tjenestene, å ikke overprodusere eller gjøre feil, er momenter som er framtrepende i denne filosofien. Ett av momentene som er viktig i Lean er å unngå at det produseres buffersoner mellom ulike ledd i produksjonen som igjen bidrar til at råvarer eller halvfabrikater stopper

opp. Et annet moment i Lean er satsing på team. Disse teamene har tilnærmet totalansvar for delproduksjonen. I følge Røvik (2007) vil det å ansvarliggjøre hvert enkelt team kunne medføre at kostbare kvalitetstap og retting av feil etter at produktet er sendt ut til kunden: være i motsetning til «fordismens produksjonsfilosofi». Denne filosofien anvarliggjør ikke den enkelte arbeider i samme grad, men legger mer vekt på hvordan systemet virker og påvirker prosessen.

Noe av grunnen til at Lean er en av organisasjonsmodellene som ble valgt i denne studien, er at jeg har jobbet med implementering av Lean i privat sektor. I denne virksomheten var en i startfasen til å implementere Lean i organisasjonen. Denne prosessen var det ikke lett å få gehør for, fordi Lean bryter med gamle mønster for hvordan en før jobbet i bedriften. Ved implementering ga noen arbeidere uttrykk for at Lean-filosofien ikke var nødvendig eller overførbar til organisasjonen de jobbet i, og var halvhjertet med på innføringen. Andre var med fordi de følte seg pålagt å gjennomføre det ledelsen hadde bestemt, mens andre igjen brydde seg lite og fortsatte som før. Hele prosessen var tung å drive fram til en så resultater som var verdt å ta med videre. Den største utfordringen var å sikre forankring i ledelsen slik at de aktivt deltok i prosessen. Her fikk jeg se og oppleve hvordan ledelse og ledere påvirket resten av arbeidsstokken både positivt og negativt.

2.3 Problemstilling og avgrensning

Jeg har i denne studien valgt å rette blikket mot ledernes rolle i implementering av nye organisasjonsmodeller. Hvilke muligheter og begrensninger ligger det i denne rollen? Jeg har valgt å undersøke helsevirksomheter som bruker de menneskelige ressursene som grunnlag for forbedringsarbeidet, siden det er her vi i framtiden vil oppleve en knapphetsfaktor. Gir standardisering mindre rom for skjønnsbruk til profesjonene, eller gjør standardisering en hektisk hverdag lettere for både helsepersonell og ledere? Er det et annet grunnlag for ledelse i Lean enn om en velger en annen modell for organisering? For å få svar på disse spørsmålene har jeg valgt å sammenligne organisasjonsmodeller som omhandler forvaltning av ressurser, og mine to problemstillinger er følgende:

Hvordan blir nye ideer om ressursforvaltning introdusert, mottatt og iverksatt i sykehusavdelinger og sykehjemsavdelinger?

Kan en se forskjell på virksomheter som bruker Lean og virksomheter som ikke bruker Lean som ressursforvaltningsmodell?

2.4 Kunnskapsstatus

Røvik (2016) skriver i en av sine artikler at det er ikke bare å foreta en bestemmelse om å innføre Lean som en organisasjonsmodell i helsevesenet uten at en har tatt høyde for at den må implementeres i den konteksten den er tenkt å virke. Hvilken organisasjonsmodell som velges i den enkelte kommune, eller helseforetak er styrende for hvordan ressursene i form av midler blir fordelt, samt hvilken påvirkningsmulighet den enkelte enhet har til å kunne utforme sine egne tjenester (Hanssen, Helgesen og Vabo, 2011, s. 224-228, 252-254).

Etter at samhandlingsreformen ble innført har en sett at behovet for godt utdannede sykepleiere har økt uten at kommunene helt har vært satt i stand til å møte denne utfordringen helt (Dietrichson, 2015). For å kunne møte denne utfordringen ønsker jeg å se mer på om fokus på kvalitetsheving og kvalitetsforbedring har en sammenheng med selve organiseringen av avdelingene og ledelse, å gjøre. Oppgavefordelingen i den enkelte avdeling må bli tøffere ved en differensiering av oppgaver skjer på bakgrunn av økt kompetanse (Dietrichson, 2015 s.44-48). Mange kommuner sliter allerede i dag med å skaffe nok og riktig bemanning for å kunne opprettholde en god kvalitet i tjenesten de gir til sine innbyggere. De som før lå lenger på sykehus for å bli friske, er nå sendt ut til kommunen for videre behandling og oppfølging. Samhandlingsreformen (St.meld. nr.47, kapittel 6 (2008-2009), 2009) har som mål at en skal behandles på lavest mulig omsorgsnivå. Noe av utfordringen her er at ressursene som er tilgjengelig i kommunene er en knapphetsfaktor, og spesialiseringen av f.eks. sykepleiere, eller tilgang på leger er ikke som i et sykehus. Det jeg ønsket å finne mer ut av i min masteroppgave er om det er andre måter å organisere og lede, både sykehusavdelinger og sykehjemsavdelinger på som vil gi en riktigere og bedre bruk av ressursene på.

2.4.1 Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorene en finner på helsenorge.no kan si noe om den tjenesten en gir er av god kvalitet i forhold til andre sykehus eller kommuner, men her må en være litt varsom med å trekke for raske slutninger. For å kunne lese disse må en gjerne koble sammen ulike indikatorer og se om der er nyanser, noe jeg ikke har utført her. Jeg vil likevel synliggjøre en kvalitetsindikator for hver sektor, men ikke dra slutninger ut fra det. Her blir målet å synliggjøre at der er en forskjell, men at en likevel ikke kan si noe om hva som ligger bak tallene fordi en har de på kommunenivå eller på helseforetaksnivå. I Lean sykehuset var målet å bli bedre internt slik at her vil jeg si noe om hva som var tilstanden før innføringen av Lean

og etter at en hadde satt i verk tiltak. Disse opplysningene kan ikke verifiseres med henvisning til interne notat fra sykehuset, pga. mulighet for å kjenne igjen informantene. Jeg vil derfor bruke sykehus med Lean og sykehus uten Lean og det samme for kommunehelsetjenesten. Mulige årsaker til variasjon i primærhelsetjenesten kan ha med kjønns sammensetningen i sektoren å gjøre. Her finner en mest kvinner og disse ligger gjennomsnittlig høyere på sykemeldingsstatistikken enn menn, økende alder og nedbemanning, vakanser og høy turnover kan være andre faktorer som virker inn på resultatet av kvalitetsindikatoren.

3 Teori

Kontinuerlig forbedring handler om både å ta inn nye ideer i en organisasjon, hvordan dette formidles fra øverste leder og nedover i organisasjonen og hvordan ideene blir møtt i de ulike lagene i organisasjonen. Her må en se på selve prosessen med innføring av nye ideer, hvordan ledelsen og lederen håndterer implementeringsprosessen og mulige resultat av dette arbeidet. Translasjon handler om spredning, overføring og virkning av organisasjonsideer. Hvordan skjer kunnskapsoverføring? Hvordan oversette fra ett språk til ett annet? En god oversetting tar ikke bare språket men også meningen med i oversettelsesprosessen. Det skjer en gjendiktning i stedet for en kopiering. Røvik (2007) omtaler oversettelsesprosessen som en de-kontekstualisering der den opprinnelige ideen tas ut av sin sammenheng i et forsøk på å imitere suksesser. Utfordringen når det gjelder å ta en observert praksis til å gjøre den om til en ide som igjen skal kunne overføres til andre organisasjoner er å kunne vite om den suksessen en observerer er mulig å imitere og oppnå selv. Har en oversikt over hva som skaper suksess for en ide i en virksomhet, og er denne ideen mulig å overføre til en helt annen virksomhet og gjenskape liknende suksess? Oversettelse av et språk til et annen forutsetter at det ikke gjøres radikale forandringer på veien (Røvik, 2007, s. 262).

Definisjonen på de-kontekstualisering blir «muligheter og begrensninger til det å kunne transformere en praksis til en idemessig representasjon uten at vesentlige elementer ved praksisen blir utelatt» (Røvik, 2007, s.262). Praksisens eksplisitte i vertsorganisasjonen, dvs. hvor kodifisert og språkliggjort den er mulig å gjøre, kan si noe om hvor kommuniserbar den kan være. Praksis kan språklig-gjøres, men det kan være vanskelig å få tak i den tause kunnskapen, personlige og kontekstspesifikke kunnskapen som opparbeides gjennom samarbeid med andre, personlig interesse og verdisyn, samt hvordan den organisasjonen en jobber innenfor virker og fungerer (Busch, 2012 og Røvik, 2007, s. 263).

Røvik (2007, s. 266) bruker (Larsen, 2000, s.19) sin definisjon på beste praksis der han sier at:

«Beste praksis er en praksis eller en metode som beviselig fører til overlegne resultater»

Det er fire moment som går igjen når det gjelder beste praksis

- praksis må en kunne finne igjen i ulike virksomheter, fordi praksisen er så pass overlegen at den kan overføres til flere typer virksomheter.
- En må gå bak og finne hva som generere de observerte presentasjonen og resultatene. Hvilke prestasjoner, faktorer og prosesser ligger bak praksisen.
- Praksisen bør være en overlegen praksis ved at en kan se synlige gode resultat.
- Hvilke områder i organisasjonen finner en disse praksisene, og hvor skal de overføres er avgjørende for hvor en skal lete etter best praksis. Med det menes at skal en se på f.eks. HMS-praksiser, er det dette som må være fokus når en leter etter beste praksis
- En oversettelse kan være konkret ved at oversettelse er et speilbilde av praksisen, hvor en gir et detaljert bilde av praksisen og de forhold som er relevante for hvordan den virker. Da må en både ta med hvordan den virker innad i organisasjonen, hva som påvirker den, og om der foreligger utenforstående aktører eller ressurser som har innvirkning på resultatet. En oversettelse kan også være abstrakt ved at vertsorganisasjonens betydning ikke er så framme. Praksisen av-materialiseres og av-lokaliseres slik at mer generelle begreper, teorier og prinsipper brukes når en skal beskrive hvordan forholdene er (Røvik, 2007, s. 289 og Busch, 2012).

Kontekstualisering er når ideer oversettes fra en praksis og settes inn i en annen praksis. For å kunne si noe om hvordan denne prosessen foregå vil jeg ta utgangspunkt i den hierarkiske oversettelseskjede som bygger på fem sammenkjedede argumenter og antakelser (Jakobsen, (2004 og Røvik 2007, s 294 – 295):

- Top-down-orientering: Nye organisasjonsoppskrifter eller ideer kommer inn via toppledelsen. Hvilke arenaer er relevante og hvilke aktører skal være involvert bestemmes ut fra den hierarkiske strukturen. Ideene formidles nedover i organisasjonen til underliggende nivå.
- Problembetinget søking etter løsninger: Ledelsen skal kunne si hva som er problemet og utfordringene i organisasjonen. Den har myndighet til å ta inn nye organisasjonsideer og bruke de verktøyene som ligger innebakt i ideene.
- Begrenset frihet til oversettelse: Implementeringsprosessen er styrt sentralt. Ledelsen kan si hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres og når en har tenkt at det skal utføres. Den enkelte leder har på denne måten fått en begrenset frihetsgrad til selv å oversette ideen til lokale forhold. En viss tilpasning vil det være nødvendig å gjøre,

men ledelsen kan ha kontroll over hvordan den foregår og at det holdes innenfor rammene av hva som er tenkt.

- Stimuli-respons-basert sekvensialitet: Hvert nivå gjør en oversettelse hvor den konkretiseres før den sendes videre til neste nivå. Det neste nivået utløser aktiviteter som igjen medfører en tilpasning og konkretisering. Slik går ideen nedover i organisasjonen som en direkte nedadgående serie av oversettelser.
- Fra det abstrakte til det konkrete: En kan se på dette som en sammenhengende konkretiserings og materialiseringsprosess. I starten var ideen nokså abstrakt og lite konkret i sin utforming. Dess lenger ned i organisasjonen en kommer får en mer «kjøtt på beina» ved at den materialiseres mer. Verktøyene som brukes blir mer konkrete og håndterbare å jobbe med.

Når en skal gjøre en studie av om en ide gir en bedre forvaltning av ressursene i en avdeling, er det nødvendig å ha med seg denne hierarkiske oversettelseskjeden. En må vite noe om hva som var problemet før en startet, hvem som er aktørene og hvordan ideen virker nede i organisasjonen.

3.1 Kunnskapsoverføring mellom organisasjoner

Iverksetting av reformer er både en utfordrende og tidkrevende prosess. I helsesektoren har en de siste årene vært gjennom innføring av samhandlingsreformen som medførte at en måtte tenke nytt både når det gjelder pasientbehandling, men også fordeling av ressurser i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten fikk større krav om å motta ferdigbehandlede pasienter som ikke nødvendigvis var friske, og spesialisthelsetjenesten fikk et effektivitetskrav om å behandle pasientene raskere, bedre og med mindre reinnleggelser. Når en ser på disse kravene har her foregått en endring innad i organisasjonen etter krav fra den politiske ledelsen. Innsatsstyrt finansiering har bidratt til at det meste i spesialisthelsetjenesten skal måles og telles. Her settes prisen for hvilken diagnose den enkelte pasient har og pasientforløp. Slik jeg ser det er det nødvendig å sluse pasienten raskt gjennom systemet til en lav pris, god og rett kvalitet og med minst mulig bruk av reinnleggelser. Fokuset blir da på å ha nok ressurser med riktig kvalifikasjoner og som gjør en god jobb, samtidig må støttefunksjonene være parat til å komme inn i behandlingsstrømmen til rett tid. Det være seg laboratoriet, røntgen, servicepersonell etc.

Begrepet Lean er av nyere dato og ble først kjent av MIT-forskeren Johna Kafcik i 1998. Lean metodikken handler om å redusere spill når det gjelder framstilling av varer og tjenester. Der ressursbruken ikke gir direkte kunde verdi av produktet eller tjenesten som tilbys har en «spill». Her er det fem grunnprinsipp som er viktig (Røvik og Nygård 2014, s.310, Womac og Jones 1996):



Fig. 3.1 De fem Lean prinsippene (Womack og Jones 1996).

Prinsippene er gjensidig avhengig av hverandre slik at ingen kan utelates for at Lean skal ha en verdi.

- Verdiavklaring. Her må en finne ut hva kunden opplever som viktig av varer og tjenester (Røvik, 2007). Det som ikke gir verdi for kunden (pasienten) er sløsing og må fjernes. Her må en se på ressurseffektivitet og flyteffektivitet. Ressurseffektivitet ser på hvordan en best mulig kan bruke tilgjengelige ressurser innen organisasjonen og flyteffektivitet ser på oppfylling av behov og hvordan ressursene mest mulig effektivt brukes i organisasjonen. Den har fokus på pasienten som skal få innfridd et behov gjennom forskjellige aktiviteter (Modig og Åhlstrøm, 2015).
- Verdikjedeanalyse. Her analyserer en aktivitetene i virksomheten som bidrar, eller ikke bidrar til å gi verdi for mottakeren, altså pasienten (Røvik, 2007). Womack og Jones (1996) deler verdistrøm inn i tre aktiviteter. Verdiskapende aktiviteter, aktiviteter som en ikke kan unngå fordi en bruker spesiell teknologi eller produksjonsutstyr og aktiviteter som en kan tas bort. Når Lean bruker «sløsing» eller «spill» er det sistnevnte aktivitet en søker å fjerne enten at en må bruke annet utstyr eller teknologier eller fordi aktiviteten ikke er av betydning for prosessen og av den grunn kan fjernes. Ved å sette sammen aktivitetene som skaper verdi for kunden (pasienten) på en slik måte at en får

til et samspill mellom de ulike aktivitetene får en flyt i behandlingen til pasienten.

- Tilrettelegging for flyt. De verdiskapende aktivitetene kobles sammen. På den måten får en flyt i produksjonen uten at en opplever for mye avbrudd. En fjerner tidstyver og «sløsing» ved å eliminere hindringene i systemet som er grunnen til forsinkelsen i prosessene (Røvik, 2007, Womack og Jones, 1996).
- Pull-prinsippet. Etterspørselsdrevet produksjon og levering av produkt slik at ressursene kanaliseres i de områdene hvor det er et behov alt etter hva kunden etterspør. Her handler det om å ikke produsere for lager, produsere tilbud eller tjenester det ikke er behov for eller etterspurt (Røvik, 2007 og Womack og Jones, 1996).
- Etablering av Lean-kultur og perfektionering. Få inn en kultur blant alle ansatte om det å tenke kontinuerlig forbedring i alle ledd slik at en får til en utvikling i avdelingene ved at en sørger for at kun de aktivitetene knyttet til verdistrømmen er tilstede. Det kan gjøres ved bruk av standardisering og synliggjøring ved at de ulike prosessene bygger videre på hverandre, som ved kontinuerlig forbedring i alle ledd (Røvik, 2007 og Womack og Jones, 1996).

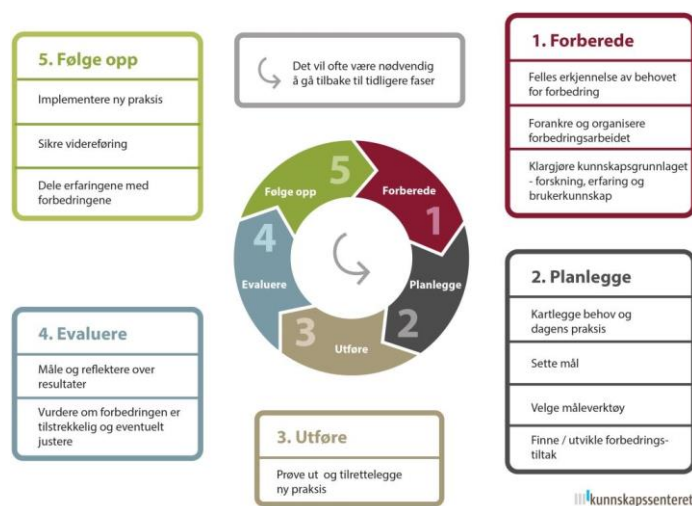


Fig. 3.2 Demings sirkel.

Figuren tar opp de samme elementene en finner igjen i Lean men brukes i organisasjoner som ikke bruker Lean filosofien.

Siden dette er en oppgave som tar for seg flere måter å organisere ressursforvaltning på, vil jeg ikke gå i dybden når jeg skal beskrive hva Lean er og hvordan ulike verktøy er tenkt virke, men kun omtale de fem kjerneprinsippene som Lean bygger på – ettersom disse prinsippene egner seg for sammenlikning av ulike ressursforvaltningsmodeller. Lean knytter til seg ulike verktøy for å oppnå forbedringer, men jeg vil her kun bruke disse fem prinsippene for å vise hvordan ressursforvaltning arter seg i de ulike avdelingene.

Her vil jeg bruke de samme fem hypotesene som (Røvik, Eilertsen og Fure, 2014, Røvik, 2007) bruker, for å undersøke hvordan de ulike modellene for ressursforvaltning slår ut i selve implementeringsprosessen og hvordan dette gir seg utslag i avdelingene. Disse fem hypotesene vil bli omtalt som rask tilkøpling, frastøting, frikøpling, oversetting og virus.

- Rask tilkøpling (rt):

Organisasjoner blir sett på som rasjonelle og er redskap for måloppnåelse. Fra politisk hold har helseforetakene og kommunene krav om å holde seg innenfor budsjettene som er tildelt. Virksomhetene er regulert av lover og krav som til enhver tid skal oppnås. Organisasjonene bygges rundt sine kjerneoppgaver. Det er en toppdrevet kontroll av virksomheten hvor det er her forutsetningen for ledelse, styring og kontroll sitter. Ledelsen er veldig tilstede og etterspør tiltak som gir kvalitetsforbedring i alle ledd, såkalt *hands-on* (Nygård og Røvik 2014, s.313, Røvik 2007). Oppskriften forventes å være lett å innføre og vil raskt gi et resultat. Forutsetningen er ifølge Christensen m.fl. (2009, s. 91) «iverksettingen skjer rasjonelt og planmessig».

Tar en dette som utgangspunkt vil en få ulike eksempler (rask tilkobling):

Rask tilkobling.1: Virksomhetens leder, som gjerne er et styre hvis det er et sykehus, eller en helse og sosialsjef om det er en kommune, er den som står for planleggingen av gjennomføringen av ideen. Dette blir gitt grundig opplæring til alle ansatte om hvordan Lean-tiltakene skal gjennomføres når det gjelder beste praksis og fjerning av tidstyver. Motstand mot alle nye ideer vil ledelsen alltid møte i større eller mindre grad (Christensen m.fl., 2009, Røvik, 2007 og Czarniawska, 2015). Ved å fremstille forandringen i et optimistisk instrumentelt perspektiv vil denne måten å jobbe på være et problemløsende instrument for å få til en bedre organisering og bruk av ressursene (Vabø, 2014). Hvis en i motsatt fall møter motstand er det viktig at ledelsen har nok autoritet til at de ansatte gjør slik som de er blitt fortalt.

Rask tilkobling 2: Tiltakene blir mottatt av de ansatte, implementert i egen praksis under beste sykepleiepraksis. Her tenker jeg en skal se på hvordan en møter pasienten som kommer til sykehuset eller sykehjemmet, selve behandlingsforløpet, dialogen med pasienten under oppholdet og utskrivning fra sykehus eller sykehjem. Her må en foreta en verdiavklaring og en verdikjedeanalyse. I de enkelte «teamene» utarbeides det prosedyrer for hvordan en skal følge pasienten, fra den kommer inn på institusjonen, til den drar fra institusjonen. Dette blir det samme om det gjelder sykehus eller sykehjem.

Rask tilkobling 3: Har stort fokus på å fjerne tidstyver. Tidstyver i sykehuset kan være det å måtte forflytte seg over store avstander for å hente prøvesvar, pasienter, utstyr etc. Det kan også være at en gjør oppgaver som ikke egentlig var tiltenkt denne yrkesgruppen, men pga. lav bemanning eller andre omstendigheter, måtte f.eks. sykepleieren likevel utføre oppgaven.

- Frastøtning

Ser en iverksetting av nye ressursforvaltningsmodeller ut fra kulturperspektivet vil forvente å møte større motstand mot å innføre nye oppskrifter fra andre organisasjoner. Oppskriftene kan oppleves som tatt ut fra en sammenheng og satt inn i en helt annen sammenheng. De er forenklet slik at de skal kunne passe inn i enhver sammenheng (Christensen m.fl., 2009). Organisasjoner blir sett på som verdiskapende og med mer enn bare en tilbyder av varer og tjenester. Hvis en ser på kommunen som organisasjon har den en rolle hvor de skal sørge for effektivitet og måloppnåelse, utvikling av standarder og kvalitet, samt sørge for rettstryggleik og likebehandling for innbyggerne (Bukve, 2012, s.86). Dette ligger innenfor den institusjonelle teorien.

Oppskriftene kan oppleves som uklare og hentet fra en helt annen kontekst enn den er tenkt overført til. Lean filosofien er hentet fra prosessindustrien i Japan og er forsøkt innført i helsevesenet i Norge. Hvilke moment som er tatt inn og hva som er utelatt, handler om dekontekstualisering og kontekstualisering. Det handler også om ledere som er villig til å prøve noe nytt i jakten på den gode oppskriften som kan gjøre organisasjonen mer økonomisk bærekraftig, moderne og utviklende både når det gjelder kunnskap og system. Kjell Arne Røvik har forsket på dette området og kan vise til ulik grad av vellykket implementering av Lean i norsk helsevesen (Røvik, 2007, Jakobsen, 2004). Hvilke ideer som brukes, organisasjonen den er hentet fra og organisasjonen den er tenkt virke i er helt avgjørende for en vellykket implementeringsprosess.

Verdigrunnlaget som norsk helsevesen bygger på der fagkunnskap, behandlingsmetoder og omsorg veier mer enn større økonomiske effektivitet. Et annet moment kan også være at organisasjonsoppskriftene ikke tar med kompleksiteten i organisasjonene. De gir et for enkelt bilde av hvordan en kan løse utfordringene organisasjonene står overfor. På dette grunnlaget vil de nye ideene ikke fange behovet i organisasjonen verken av lederne som skal iverksette ideene eller de som skal bruke de i sitt daglige virke (Christensen, 2009, s.92, Nygård og Røvik, 2014, s. 313-314). Institusjoner utvikles over tid og har stor tilpasningsdyktige, løser stadig flere og vanskeligere oppgaver og kan tilpasse seg økt krav både innad og utad. Hvis nye ideer bryter med det institusjonen står for og måte å jobbe på vil en kunne møte stor motstand mot endring. Dette skyldes profesjonenes rolle og autonomi. Disse sitter på fagkunnskapen og metodene, de vet hva som virker og hva som ikke virker, samt kunnskapen om praksisfeltet de jobber i. For i det hele tatt å få til en endring er det helt avgjørende at disse tas med på råd både i forkant, underveis i prosessen og i evalueringsfasen. Forankringen av ideen kan få lettere gjennomslag hvis det ikke bryter helt med tidligere metoder, men at profesjonen kan føle en viss form for gjenkjennelse og kontroll. Bruker en dette kan en utforme noen antagelser om hvordan Lean-prosessen vil kunne arte seg ved en helseinstitusjon (frastøting):

Frastøting1: Tidlig i prosessen involverer en de andre ansatte i avdelingene. Her kan en få fram utfordringene en møter i praksisfeltet. Lean og andre ressursforvaltningsmodeller er basert på å utvikle metoder for forbedring hentet fra praksis, slik at det er viktig at de som til dagen vet hvordan praksisfeltet fungerer får uttale seg. Ledelsens oppgave blir å ta med seg innspill, være lydhør for ideer og lære mer om hvordan implementeringen av Lean og andre ressursforvaltningsmodeller slår ut i de enkelte avdelingene. Her kan en gjerne si en har en nedenfra og opp form for ledelse. De ansatte kommer med forslag til forbedringer og kanalisere det oppover i organisasjonen. Fordelen med dette kan være at de ansatte får en delaktighet i løsningsforslaget – de føler at deres stemme er viktig og verdt å høre på. Det kan også medføre at selve implementeringen av ideen går lettere fordi flere har fått en del i «løsningsforslaget». På den andre siden kan forslaget bli dyrt eller vanskelig å forene med andre instanser som må være på plass for at det skal fungere, eks. en kan ikke legge opp til X antall operasjoner hvis kapasiteten på røntgen er sprengt. Dessuten er det gjerne bare leder som har den fulle oversikt over hvordan organisasjonen er bygd opp og fungerer som en helhet.

Frastøting 2: Lean- eller andre ressursforvaltningstiltak blir tatt i bruk, men en oppdager at disse skrider mot tidligere erfaringer og innarbeid praksis. Lean-metodikken er et eksempel på ressursforvaltningsmodell som er hentet fra prosessindustrien der forutsigbarheten i produksjonen er større. I helsevesenet vil en oppleve at det ikke er like lett å standardisere prosessene. Rett nok har vi fått ulike pasientforløpspakker, men dette kan ikke gjøres i alle kategorier. Eksempler på det kan være ved reumatologisk avdeling der symptomene og behandlingsforløpet kan være veldig ulik fra pasient til pasient

Frastøting 3: Selv om det kan være vanskelig å standardisere behandlingen, vil en likevel forsøke å få bukt med tidstyver. Når en pasient kalles inn til behandling har en i forkant gjort unna de ulike blodprøvene hos fastlegen, pasienten er klargjort med tanke på evt. operasjon, men likevel oppstår det uventet venting. Tidstyvene er ikke alltid så lett å ha kontroll på fordi det er så mange involverte parter i et behandlingsforløp, slik at den som skal lage til et opplegg vanskelig greier å få den fulle oversikt. Etter hvert som tiden går blir fokuset på å lete etter tidstyver mindre fordi det en opplever at det ikke er mulig å få oversikt over alle prosessene i pasientforløpet.

- Frikobling

Organisasjoner har ofte et eksternt krav på seg om å være både effektive og tidsriktige i sin utforming. Nye organisasjonsoppskrifter tilbyr oppskrifter som støtter disse kravene, selv om en kan oppleve at oppskriften ikke alltid passer inn i det konseptet den er tenkt å virke. Drivkraften bak en stadig jakt etter nye oppskrifter på organisering kan en dra tilbake til Max Weber der en ser på modernisering som en «visjon om fremskritt». En organisasjon er i konstant forbedring og utvikling for å nå stadig nye nivåer av velstand og forbedring (Røvik 2007, s.73).

En har to forhold som virker inn på organisasjoner når det gjelder å framstå som framtidsrettet og moderne. På den ene siden er kravet om mer effektivt og rasjonell organisering der innarbeidede rutiner som fungerer godt blir satt opp mot kravet om å være fremtidsrettet og ta opp i seg nye og moderne oppskrifter for å vise at en er moderne. Løsningen på dette kan være at organisasjonen tar opp nye moderne konsept uten og helt implementere dette i kjerneprosessene (Christenesen m.fl., 2009). Det samme som omtales som «Window dressing». Ledelsen står her overfor utfordringen om å la profesjonene få ro til å jobbe det det

de kan best, altså å behandle pasientene og det å skulle stå frem som en institusjon utad som er fremtidsrettet og har fokus på modernisering (Nygård og Røvik, 2014, s. 315).

Frikobling1: Implementeringen av nye organisasjonsoppskrifter er basert på ledelsens ønske om å fremstå som moderne og fremtidsrettet. Dette blir noe som ledelsen jobber med og som ikke får fotfeste ellers i organisasjonen.

Frikobling 2: Det er ikke lagt en plan fra ledelsens side om hvordan implementeringen skal foregå, når den skal skje eller omfanget av den. Siden hele opplegget er nokså vagt blir det ikke ledelsen som legger premissene for implementeringen, men profesjonene. Det skjer en frikobling fra tiltakene som igjen medfører ingen endring i første omgang.

- Oversetting

Selve oversettelsesprosessen, gjerne kalt translasjon, skjer ved at ideer tolkes og overføres fra en organisasjon til en annen. For at dette skal kunne skje må en ha en formening om at organisasjoner kan framstå som forholdsvis like. Ideer hentet fra prosessindustrien kan brukes i helsevirksomheter etc. I følge Røvik (2007, s. 67) må det være en ide om at ulike organisasjoner har trekk ved seg som er relevant for alle enhetene. Det må utvikles en ide om at det eksisterer en formell organisasjon som flere kan slutte seg til, om det er et fiskemottak, et hotell eller et sykehus. Overføringen er da en transport av ideer som fortolkes, behandles og settes inn i en ny organisasjon. Dette kan gjøres på flere måter. Ideene kan oversettes direkte ved at en bruker metodikken slik den er tenkt, altså reproducerer. En annen måte kan være at en tar deler av metodikken, tar ut de delene som kan brukes og implementerer disse i organisasjonen, en delvis kopiering. I noen tilfeller gjør en om på ideene slik at de passer inn i det systemet de skal virke. Sistnevnte mulighet er en radikal modifisering der oversetteren legger til og trekker fra momenter etter eget ønske. Det som her kan bli utfallet er en oversettelse som i stor grad preges av `oversetterens` ønske og visjoner.

Ideer fortolkes og oversettes av ulike aktører. Disse kommer fra ulike nivå, med ulik agenda for prosessen. Noen er avventende og likegyldig til ideene helt til de selv ser en fordel i det å implementere ideen i organisasjonen. Andre er ivrige og pågående for å få til en endring. Hvilken agenda den enkelte leder har i prosessen kan påvirke hvor raskt og godt den blir implementert (Vabø, 2014, s.66-68 og Jakobsen, 2004).

Dette finner en igjen når det gjelder f.eks. sykehus når en snakker om pasienten som en kunde. Kundebegrepet sier noe om hvilke rettigheter en har i valg av tjenester og tilbud. Det kan også si noe om hvilke tilbud et sykehus ønsker å tilby og hvilken kundegruppe den ønsker å nå. Foretakene blir framstilt som en bedrift eller en forretning noe som igjen sier noe om organiseringen og tilbudet som utformes. Disse endringene i framstilling av hva en offentlig organisasjon skal være å tilby har ikke vært et bevist valg, men det har kommet snikende inn i språket gradvis (Røvik 1998).

- Virusteorien

Det kan være mange årsaker til at en oversettelse skjer. Røvik (2007) skriver om et «virus» som sprer seg i organisasjonen. Viruset ligger latent eller smitter, men slår ikke ut før de rette omstendighetene oppstår. Det kan være en større sak i media som skaper søkelys på gjeldende rutiner, det kan være krav fra myndigheter om at en må «produsere mer til en lavere kostnad», kravet om å følge med i tiden og jobbe innovativt og evidensbasert setter krav om å ha fokus på kontinuerlig forbedring der siste kunnskap i markedet skal brukes.

Den bygger på metaforen om hvordan et virus oppstår, utvikler seg, sprer seg og gir sitt uttrykk der den slår ut (Røvik 1998, s. 149-150).

- Et virus er lite, det spres raskt og er enkle i sin oppbygning. En vet ikke helt hvordan det oppstår og de har en innpakning. En kan se viruset som en ide som spres
- Spredning skjer gjennom smitte. De kan spres direkte, via en vert, ved direkte kontakt eller indirekte kontakt. Idebærerne vil her være translatørene som kan være skoler, konsulenter, litteratur etc.
- Immunitet. Organisasjoner har en innebygd immunitet mot nye verdier og ideer.
- Forsvarsmekanismen. Ideen tas inn av toppledelsen, men adopteres ikke lenger ned i organisasjonen. Tanken om at det vi har og kjenner er det som fungerer best hos oss, gjør til at ideene kan oppleves som fremmede og upassende i organisasjonen.

3.2 Teori om organisering

En institusjon har mer ved seg enn en organisasjon. Den har en egenverdi hvor stabilitet og overlevelsessevne er større enn i en organisasjon (Strand, 2001, s. 20).

Organisasjonsteori kan en presentere som tre ulike perspektiv, det instrumentelle perspektivet, det kulturelle perspektivet og myteperspektivet. Disse perspektivene utfyller og påvirker hverandre slik at de står ikke som enestående perspektiv alene.

- Instrumentelt perspektiv

Det instrumentelle perspektivet ser på organisasjoner som instrumenter eller redskaper for å nå mål som er viktig i samfunnet. Handlingen er formålsrasjonelle ved at resultatet skal tilfredsstillende et ønske fra organisasjonens medlemmer (Christensen m.fl. 2009). I oppbyggingen av f.eks. kommuner og deres funksjoner. Kommuner og fylkeskommuner er tjenesteprodusenter, forvaltningsorgan, arenaer for politisk deltaking og styring samt samfunnsutvikler Bukve (2012). Bukve (2012) bruker institusjonelle perspektiv for å beskrive hvorfor en handler slik en gjør. Fullstendig rasjonalitet her vil si at en har klare og konsise mål, at en har full oversikt over de alternativer en kan velge mellom, samt hvordan disse vil slå ut i forhold til målene. Det motsatte vil være en begrenset rasjonalitet hvor målet er noe uklart, løsningsalternativene ikke er eksakte og en vet ikke helt hvordan resultatet vil fortone seg (Christensen m.fl.,2009, s. 36).

- Kulturelt perspektiv

Innenfor kulturperspektivet ser en på organisasjonskultur som uformelle normer og verdier som vokser fram, og som gir føringer for hvordan organisasjonen fungerer og virker. Kulturen er med å si noe om hvordan en jobber ved f.eks. en avdeling. Det vil råde en annen form for kultur ved en skole enn ved et sykehus. Ved å se på de fysiske symbolene signaliserer organisasjonen mye av den underliggende kulturen. Charles Goodsell har studert, og funnet en sammenheng mellom fysiske symbol, oppgaver og kultur som offentlige organisasjoner har. Hos politi, tilsyn og domstoler finner en kontroll- og reguleringssymbol, hos spesialisthelsetjenesten finner en mer serviceprofil og servicekultur. I egen kommune heter det f.eks. ikke lenger sykehjem men omsorgssenter. Det heter ikke lenger hjemmesykepleie, men hjemmetjeneste. Dette har med hva som er verdiene, normer og kultur som en jobber etter. Nå bruker en lærer både når det gjelder barnehage og skole, og en snakker om en barnehagekultur og en skolekultur. Kulturen gir en form for gjenkjennelse, identitet og handlingsregel. Koblingen mellom situasjon og identitet skjer på bakgrunn av hva en har lært gjennom erfaring, utdanning og verdigrunnlag hos den enkelte (Christensen, m.fl., 2009). Farbroten (2015) har i sin forskning funnet ut at høye forventninger stimulerer den enkelte til å

gjøre en større innsats i sitt arbeid. Det gir motivasjon, erkjennelse og indre stimulering, samt anerkjennelse hos kollegaer.

Kopling kan også skje etter `mentale kart` for regler og identiteter som gir mening til hendelser, eller hendelser som har funnet sted i nær fortid. Som en del av `profesjonenes lov` skal en til enhver tid forsøke å holde seg oppdatert på ny forskning både nasjonalt og internasjonalt. Erfaringer fra andre virksomheter generaliseres og tas inn i egen organisasjon – en de-kontekstualisering basert på ønsket om å løse et problem eller en utfordring i egen organisasjon. Når disse ideene overføres skjer en kontekstualisering hvor ideen tilpasses og bearbeides for at innholdet skal passe inn i den konteksten den er tenkt virke (Christensen m.fl., 2009 s. 54-55). Lem (2011) og (Røvik (2007) har i sin forskning ved UIB framhevet at det er mange utfordringer med denne oversettelsen og implementeringen av organisasjonsideer som er veldig kontekstavhengig når en skal oversette ett `språk` fra ett til ett annet. En vil ikke få med seg alt, men må se på det som kan oppleves som felles trekk.

De fleste handlinger skjer ikke etter vurderinger men etter situasjonen. Narrativitet er fortellinger om organisering der en bruker fortolkningsrammer som strategi for å forstå virkeligheten. Når Czarniawaska (2015) snakker om tette koblinger handler dette om hvordan organiseringen er organisert. Det vil foreligge en rett kommandostruktur hvor hvert ledd er gjensidig avhengig av hverandre. Dette kan på den ene siden være bra ved at en kan få til raske endringer der det er behov for. På den andre siden kan hele produksjonen forsinkes i de tilfellene der ett ledd i kjeden har problem. Det vil forstyrre hele organisasjonen i en negativ retning. Ved løse koblinger har en større frihet, men faren her er at en kan gjør noe helt annet – «Window dressing» (Czarniawaska, 2015, Røvik, 2007 og Christensen m.fl., 2009).

- Myteperspektivet

Myter handler om sosialt skapte normer i de institusjonelle omgivelsene. Det kan være oppskrifter som er brukt av mange organisasjoner, eller kun beregnet på få virksomheter. Myter kan spres raskt enten ved at de blir direkte kopiert fra en organisasjon til en annen, eller blitt tatt inn men ikke egentlig brukt – «window dressing». Ser en på «garbage-can»-teorien til March og Olsens, er det løsningen som søker problemet og ikke omvendt. Når problemet dukker opp finnes det en løsning som kan brukes og som har lagt klar i forkant (Christensen, 2009, s.75-76).

En myte er en oppskrift på hvordan en skal løse en utfordring i organisasjonen. Den er rasjonell ved at den kan si eksakt hva som skal til for å løse problemet. På den andre siden snakker Røvik (2007) om at den fulle oversikten over problemets kompleksitet vil ikke være mulig å få, slik at en må nøye seg med en begrenset rasjonalitet. Det innebærer at en handler ut fra et «øyeblikksbilde» i organisasjonen. Handlingen skjer på bakgrunn av både det institusjonelle perspektivet, det kulturelle perspektivet og myteperspektivet.

3.3 Ledelse

«Ledere er handlende organisasjonsmennesker med videre mandat og større påvirkningsmulighet enn andre organisasjonsmedlemmer» (Strand 2001, s. 433). Ledelse er å ivareta organisasjonens behov og kan deles inn i fire områder.

- Produksjon: å sette mål og få fram resultater
- Administrasjon: å utvikle og bruke systemer og strukturer.
- Integrasjon: skape felles oppfatninger og styrke medlemmenes tilknytning til organisasjonen
- Entreprenørskap: å forholde seg aktivt til omverden, utnytte muligheter og avverge trusler.

Som leder må en forholde seg til alle fire områdene. Lederoppgavene består i å sette mål for driften, for aktørene i virksomheten og omverden. Det er fire måter å oppnå mål på. Styring ved mål og resultater, lover og regler, kulturer og normer og markedskrav. Dette finner en igjen i total kvalitetsledelse og balansert virksomhetsledelse. Mål er noe som organisasjonen setter selv og som den søker å oppnå enten fordi det foreligger krav internt i organisasjonen, fra politiske myndigheter og lovgivere, fra medlemmene i organisasjonen eller fra instanser utenfor organisasjonen. Mål i seg selv kan utgjøre fem forskjellige funksjoner:

- De kan være noe en skal oppnå til en angitt tid. Det kan også være at en ønsker å nå en økonomisk inntjening.
- De kan brukes som et sammenligningsgrunnlag for om en driver godt eller dårlig totalt sett og mellom ulike aktører.
- De kan bidra til å styre adferd ved at en oppnår et bestemt sluttresultat, være motiverende for ønsket adferd ved at en f.eks. bruker insentiver, etc.
- De kan være litt fjerne, men noe en skal jobbe med på lengre sikt.

- De kan ha en symbolverdi som at en organisasjon jobber fremtidsrettet, moderne, tar inn ny forskning og er innovativ. Dette sier ikke at en gjennomfører det en sier, men heller ønsker å gi et bilde utad – «window dressing», eller utstillingsvindu.

Lederne kan være med å påvirke målene ved at de velger ut hvilke mål som skal ha oppmerksomhet ved at de synliggjør organisasjonens prioriteringer og satsingsområder. Målene har ingen fast størrelse med kan variere ut fra politisk prioritering, administrativ prioritering og lederens eget verdivalg (Stand, 2001, Busch, 2012). Mål er med å inspirere til ekstra innsats så lenge de er realistiske og mulig å oppnå.

3.3.1 Ledelse av profesjoner

Ledelse i offentlige organisasjoner handler mye om å lede profesjonelle yrkesutøvere. For å kunne si noe om ledelse i denne organisasjonen er det nødvendig å se på hva en profesjonell yrkesutøver er og hvordan en forholder seg til denne gruppen (Busch 2012, s. 13).

Tradisjonelt er profesjoner en yrkesgruppe som har en unik kompetanse på sitt område der profesjonene har utviklet kunnskaper og ferdigheter innen sitt fagfelt – en unik kompetanse. Kunnskapen og ferdighetene har profesjonen tilegnet seg gjennom teoretisk kunnskap om hvordan spesifikke oppgaver løses og utviklet ferdigheter gjennom praktisk utøvelse. Evnen til å kunne bruke skjønn for å løse bestemte oppgaver er nødvendig for å kunne takle uforutsette hendelser eller oppgaver. Gjennom års erfaring og samarbeid med andre profesjoner utvikles mye taus kunnskap. Dette handler mye om erfaringsbasert kunnskap hvor en bruker dobbelkretslæring, som sier at kunnskapen profesjonen har fått med seg på ett område kan overføres til andre områder for å få til en endring eller forbedring som det er verdt å ta med seg inn i organisasjonene (Busch, 2012).

Mintzberg (1983) bruker maskinbyråkratier når han skal si noe om hva som kjennetegner profesjoner i profesjonstunge organisasjoner som offentlig sektor. «De metodene som utvikles innenfor profesjonene, er svære styrende for atferden til profesjonelle medarbeidere» (Busch, 2012, s. 21). Styring av profesjoner kan gjøres på to ulike måter. Leder kan enten styre gjennom direkte overvåking eller ved bruk av standardisering. Begge metodene er i bruk i offentlig sektor i større eller mindre grad. Styring gjennom direkte overvåking finnes igjen i alle rapporteringsoppgavene overfor stat, kommune og organisasjonen. Her blir det målt hvilke resultat leder oppnår og kostnaden det medfører. Skiller mellom offentlige og private organisasjoner er meransvaret offentlige organisasjoner har i kraft av å være offentlig. Det å

skulle bidra til en generell samfunnsutvikling, drive forebyggende og helsefremmende arbeid etc. er ikke moment en finner igjen i private organisasjoner i like stor grad.

3.3.2 Lederens grunnlag for ledelse

En kan bruke en modell hvor en ser på roller, personlig makt og relasjoner for å forklare lederens grunnlag for ledelse. Roller sier noe om posisjonen en har som leder. Normene og verdiene til posisjonen medfører ulike oppgaver, ressurser og rettigheter. Organisasjonenes krav og forventninger er med å styre lederens valg og muligheter, men det innebærer ikke at en som leder står helt uten mulighet til selv å kunne påvirke. Lederen kan i kraft av sin personlighet, sine verdier og sin erfaring påvirke organisasjonen på en slik måte at det skjer en endring i både struktur, handlinger og verdivalg (Busch, 2012, Røvik, 2007 og Strand, 2001). Roller kan være en rasjonell tilpasning til omgivelsene, men samtidig kan en rolle bidra til å endre omgivelsene. Endringsfokuserte ledere som har stor autoritet kan bidra til at nye organisasjonsmodeller eller ideer tas inn og implementeres (Røvik, 2007).

Ledelse er kontekstavhengig ved leder hele tiden må tilpasse seg den organisasjonen den jobber i, politiske føringer, det verdigrunnlaget som organisasjonen bygger på, samt de menneskene en er satt til å lede. Som leder er det viktig å gjøre seg opp noen tanker for hva som motiverer de ansatte og hvordan en kan bruke denne motivasjonen til å utvikle organisasjonen i positiv retning. Leder må også vite noe om hvilken rasjonalitet profesjonen bygger sine valg og metoder på. Den byråkratiske rasjonaliteten bygger på hvilke formelle regler som gjelder for å sikre rettferdighet, likhet og forutsigbarhet i forvaltningen. Den forretningsmessige rasjonaliteten har størst fokus på mål-middel tankegangen, noe som en finner igjen i New public management og andre nye organisasjonsoppskrifter som er hentet fra private organisasjoner. Fokuset blir på resultatet som kommer ut av en prosess og ikke så mye omkring hvordan en kommer fram til resultatet (Busch, 2012, s.27-28). Innenfor denne grenen vil en se igjen Lean – tankegangen med fokus på de ulike metodene for å oppnå best mulig resultat og reduksjon eller fjerning av prosesser som ikke gir kundeverdi.

Den profesjonsorienterte rasjonaliteten bygger på normer, verdier og retningslinjer hos profesjonen. Valg fattes ut fra profesjonelle verdier og profesjonelle standarder. Legestanden har sine verdier, lærerne har sine osv. (Busch, 2012, Amdam, 2016). Ledelse blir i mange sammenhenger å forhandle og inngå kompromisser mellom ulike verdier og normer (Morgan, 2004).

Verdier er individuelle verdier, gruppeverdier og organisasjonsverdier. I offentlig sektor har verdier som velferd, sosial likhet og rettferdighet vært et mål for hvordan organisering og ledelse fungerer. Utfordringen har vært at målene er både vage, tvetydige, konfliktfylte og ustabile. Skiftende politisk styring gir seg utslag i endring av både mål og framgangsmåte, noe som kan resulter i raske endringer (Busch, 2012). Det medfører at verdiskaping i offentlige helsevirksomheter ikke like lett kan måles, som om det var en privat virksomhet. Handlingsrommet til lederen eller foretak er også sterkt regulert av lovverk og forordninger, noe som er begrensende for ledelse og styring (Byrkjeflot, 1997, Strand, 2001 og Busch, 2012).

3.3.3 Verdibasert ledelse

«Verdibasert ledelse er et målformulerende, problemløsende, språkskapende og verdiutviklende samspill, forankret i organisasjonens verdier og høye etiske standarder, som kan utøves på både individnivå, gruppenivå og organisasjonsnivå»

(Busch, 2012, s. 95).

Verdibasert ledelse er ofte assosiert med transformasjonsledelse og karismatisk ledelse. Fokuset er på lederadferd der ledelse har en klar verdiutviklende prosess. Verdiene er med og regulerer problemløsningsprosessen ved at det skapes rammer for hva som er akseptabelt og hva som ikke er det. Disse verdiene er ikke en konstant størrelse, men noe som er i konstant forandring og utvikling. Ser en dette i sammenheng med de mange endringene som har funnet sted i offentlig sektor siste årene, har en både fått et konfliktområde, men også en harmonifelt. Verdibasert ledelse har sin forankring både i organisasjonens verdier, etiske standarder og lederens individuelle verdier. Utfordringen kan i noen tilfeller være der f.eks. lederen har en annen bakgrunn enn de den er satt til å lede.

Teamorganisering kan enten være at aktørene kommer sammen for å diskutere ulike løsninger, eller at de i fellesskap skal komme fram til en løsning. Den første er nokså vid, og rammene gir ikke et krav om å komme fram til en ensidig løsning. Når en snakker om `team` i Lean-filosofien er den enkelte gruppe ansvarlig for teamets prestasjon. For at et team skal fungere er en avhengig av å ha komplementære ferdigheter der teamet er satt sammen av aktører som fyller ulike roller basert på hvilke oppgaver som skal løses. Gjensidig

ansvarlighet gjør til at alle har felles visjoner, mål og tilnærming til den oppgaven som skal løses (Busch, 2012 s. 141-146).

4 Forskningsmetode

Metode er en framgangsmåte for å få svar på spørsmål som en lurer på. Det er ulike måter det gjøres på så i dette emnet av masteroppgaven vil jeg forsøke å forklare framgangsmåten som er brukt for å gi meg mer innsikt og forståelse av det emnet som jeg i denne oppgaven å se nærmere på.

Dette kapittelet vil ta for seg mitt valg av forskningsmetode, framgangsmåten jeg har brukt for undersøkelsen og hvem jeg har valgt å intervju. Jeg vil bruke teori for å underbygge mine valg for å kunne vise relevansen av de valgene som er foretatt. Jeg har valgt å ta med både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i mitt undersøkelsesopplegg for å kunne ha et sammenligningsgrunnlag hvor en ser på om ressursforvaltning, implementering av nye ideer og ledelse slår ulikt ut med tanke på at noen bruker Lean som organisasjonsmodell og noen velger andre modeller for sin virksomhet. Oppgaven er firedelt. Der jeg tar med data fra spesialisthelsetjenesten som bruker Lean og sammenligner dette opp mot enheter som ikke bruker Lean. Det samme gjør jeg i primærhelsetjenesten.

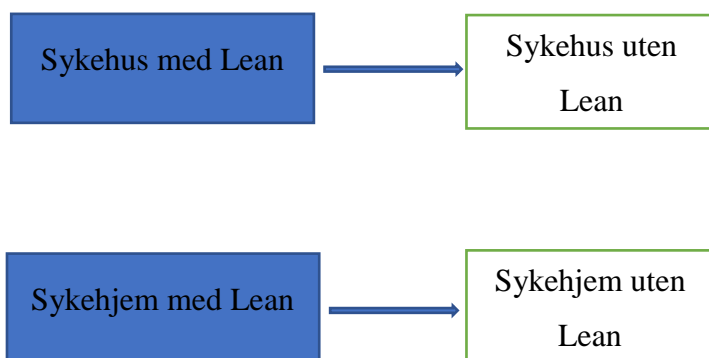


Fig.4.1 Sammenligning mellom sykehus og sykehjem med og uten Lean

Til slutt ser jeg på om det er ulik forståelse når det gjelder spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten når det gjelder ulike modeller og hvordan disse fortøner seg i de avdelingen som denne oppgaven omfatter. Mitt ønske for denne oppgaven er å finne ut om respondentene jeg intervjuer på de fire stedene mener at den modellen som de har i dag ved avdelingen fungerer bedre enn tidligere modeller de har hatt i sin virksomhet og begrunnelsen

for at det er slik. Målet er å se om det finnes et mønster om en har brukt Lean eller ikke i sykehus og sykehjem som kan si noe om hva som fungerer bra og hva som ikke fungerer like godt.

Forskningsspørsmålet mitt er retningsgivende for hvilke design en velger. Siden jeg er ute etter å utføre en studie av få elementer i fire forskjellige avdelinger velger jeg å bruke en kvalitativ metode med komparative case. Casestudie er en analyseenhet som blir undersøkt nærmere, gjerne ved hjelp av en kvalitativ undersøkelse og bruk av kvantitative data. Det som kjennetegner denne type studie er at en her har fokus på det spesielle mer enn det generelle (Ringdal, 2014 s.170-171, Andersen og Røvik 2015, Røvik, 2016). Mengden data som samles inn blir for liten til å dra konklusjoner om Lean som organisasjonsmodell, men jeg kan finne ut hvordan Lean oppleves og håndteres av respondenter jeg intervjuer i disse fire avdelingene. De lokale erfaringene med Lean som kommer fram gjennom min studie vil jeg i oppgavens drøftingsdel sammenlikne med funn i forskningslitteraturen om implementering av Lean som en modell for drift av avdelinger og forvaltning av menneskelige ressurser.

Ved at jeg bruker case både fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten vil jeg få data om valg av organisasjonsmodell er annerledes i de to typene organisasjoner og i tilfelle, hvorfor det er det. I denne oppgaven har jeg begrenset meg til å se på to ulike sykehusavdelinger med og uten Lean og det to sykehjem med og uten Lean.

Kvalitativ forskning er, ifølge Thagaard (2013), en godt egnet metode for å få fram kunnskap om et begrenset område som det ikke finnes mye forskning på fra før, og som kan ha en nytteverdi for både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, som jeg i denne oppgaven ønsker å se nærmere på. Lean markedsføres som organiseringsmodellen for framtiden ved at en skal få et raskere og bedre pasientforløp der pasienten settes i fokus. For å få til det blir alle prosesser analysert ned på detaljnivå for å se på hva gir «kundeverti» og hva gjør det ikke. Der det ikke gir kundeverti blir dette enten fjernet eller endret. Det blir et økt fokus på bruk av de menneskelige ressursene på en mer strukturert måte og mer bruk av standardisering. Kan vi bruke modeller som kan bidra til at det skjer eller er det andre grep som må gjøres for å komme i mål? Ved at jeg i denne oppgaven bruker kvalitativ forskning og case som metode har jeg et sammenligningsgrunnlag for å kunne si noe om hvordan den ene eller den andre modellen utarter seg i avdelingen, hvilke moment er tatt med fra modellens opprinnelse og hvordan dette brukes av den enkelte på gulvet. Kvalitative data kan gi meg som forsker data om ting jeg ikke hadde kunne se for meg da jeg startet prosessen. Malterud

(2013, s.173) bruker betegnelsen *bracketing* der man gjennom ulike stadier i forskningsprosessen hvor en som forsker må jobbe med å sette sin egen forforståelse til side, slik at fenomenet som studeres kommer fram med sin egenart. Slik at forskeren ikke påvirker for mye de observasjonen en kommer fram til. Dette innebærer i midlertid at en ikke kan nullstille forskeren, men en skal være klar over at det skjer og ut fra det forsøke å gjøre en kvalifisert og systematisk kontroll av dataene som kommer fram. For å teste ut spørsmålene ble det i forkant av intervjuene foretatt et prøveintervju av en jeg kjenner som kunne gi meg råd om spørsmålene virket forståelig, om jeg som intervjuer forholdt meg greit til intervjuobjektet og om de bidro til å skape en forståelse for problemstillingen jeg hadde valgt. Ut fra denne tilbakemeldingen og svarene som jeg fikk under intervjuet, ble intervjuguiden justert og det bidro til at jeg ble tryggere i posisjonen som forsker.

Jeg har valgt å bruke intervju for å få fram den enkeltes forståelse av både seg selv og sine omgivelser. I følge Thagaard (2013) kan intervju sees på som en sosial handling der den som intervjues får en interaksjon til forskeren fordi den forteller om sine erfaringer om ulike tema som belyses. Disse erfaringen må sees i lys av den kulturelle rammen de jobber innenfor. Jeg hadde ikke mulighet til å kunne observere intervjuobjektene som jobbet med Lean, fordi de var i distanse langt unna. Disse intervjuene ble derfor foretatt med bruk av telefon og diktafon. De andre intervjuene ble foretatt i kjørbare avstand, så der møtte jeg intervjuobjektene ansikt til ansikt. Disse fikk også tilbud om å ta intervjuet over telefon, men de ønsket at jeg møtte de personlig.

Jeg har valgt å gjøre intervju med ledere og ansatte.

- Lean sykehus informanter
 - Seksjonsleder intensiv avdeling
 - Assisterende leder med delt funksjon der noe gikk til ressursforvaltning og noe av tiden ble brukt i avdelingen som intensivsykepleier. Intensivsykepleier
 - Lean – koordinator med overordnet ansvar for Lean arbeid på hele sykehuset
- Sykehus uten Lean informanter
 - Avdelingsleder kirurgisk sengepost / øyeblikkelig hjelp
 - Ansatt i intensivavdeling / spesialavdeling. intensivsykepleier
- Sykehjem med Lean
 - Enhetsleder med ansvar for sykehjem, omsorgstjenester og botilbud
 - Ansatt i omsorgsbolig som har jobbet i sykehjemmet inntil nylig. Vernepleier

- Sykehjem uten Lean
 - Avdelingsleder korttids avdeling / KAD / langtidsavdeling
 - Ansatt korttids avdeling / KAD. Sykepleier

Meningen var å få til flere intervju med øverste leder i kommunen, men i en av kommunene var denne funksjonen fjernet og lagt til enhetslederne uavhengig av innføringen av Lean i kommunen. Jeg har valgt å bruke en Lean koordinator for å belyse hvordan modellen for sykehus har innvirkning på hele sykehuset der Lean er innført.

4.1 Metodisk valg

Mitt mål med denne masteroppgaven er å undersøke hvordan organisering, implementering og ledelse er når det gjelder forvaltning av de menneskelige ressursene i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det er rettet mye oppmerksomhet mot forvaltningen av ressursene i helse, generelt i samfunnet og på regjeringshold, må spisses mer og mer. Grunnen til dette er at bl.a. sykepleiere i nær framtid vil bli en mangelvare, slik at en derfor leter etter nye måter å forvalte denne ressursen på en best mulig måte. Flere sykehus har tatt i bruk denne metoden, men den enkelte arbeidstager og leder sine erfaringer er ikke like godt belyst. I min forskning vil jeg bruke forskning på området og sammenligne det opp mot de dataene jeg finner både i avdelinger med og uten Lean både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten for å se om den ene eller den andre modellen gir slike resultat som det er verdt å gå nærmere inn på. Ved at jeg har valgt å foreta intervju av ledere og ansatte ved ulike avdelinger kan en ikke generalisere, men mer si noe om den enkeltes opplevelse og erfaring.

Mitt arbeid er utformet som case studier der en nytter kvalitativ metode for å komme inn i forskningsmaterialet. Case studier er en intensiv studie der man studerer en eller få enheter (Andersen, 2013). Det som kjennetegner denne type studie er at en her har fokus på det spesielle mer enn det generelle (Ringdal, 2014 s. 170-171 og Andersen og Røvik, 2015). I mitt tilfelle har jeg til hensikt å sammenligne fire ulike avdelinger som hver har valgt enten Lean som modell eller valgt en annen modell, når det gjelder organisering av institusjonen eller avdelingene. Kvalitativ metode kan gi meg innsikt i den enkeltes erfaringer og opplevelser. På den måten kan en få en innsikt i hvorfor mennesker handler som de gjør (Malterud, 2013). I følge Malterud (2013, s 27) er kvalitativ tilnærming godt egnet til å forstå

de dynamiske prosessene når det gjelder samhandling, utvikling, bevegelse og helhet. I min oppgave er jeg interessert i å se nærmere på de menneskelige ressursene i en avdeling og hva som fremmer eller hemmer dette for å få til en god forvaltning. For å kunne si noe om det har jeg sett på ulike måter å organisere en avdeling på, implementering av ideer og ledelse. En kvalitativ metode kan belyse ulike sider ved samme sak ved at en går dypere inn i forskningsmaterialet for å avdekke om det er ulike nyanser. Den virkelighet en kommer fram til kan belyses fra ulike ståsteder alt fra hva forskeren er på jakt etter. Forskerens kunnskap om området det skal forskes på er avgjørende for hva som blir vektlagt og hva som blir forkastet (Malterud, 2013). Intervjuene var ulikt utformet alt etter hvilke stillingsnivå respondenten tilhørte (en intervjuet på). Øverste leder og leder fikk de samme spørsmålene mens det ble brukt en annen intervjuguide til medarbeidere. Temaene var likt i begge intervjuguidene, men spørsmålstillingen var ulikt. Grunnen til at dette ble utformet slikt er at jeg ønsket å sjekke ut om det som var intensjonen med organiseringen opplevdes likedan hos leder som medarbeidere. Gjennom intervjuet hadde jeg få konkrete spørsmål med underpunkt som jeg ønsket svar på. Hvis det ikke var svart på underpunktene ble disse stilt som oppfølgingsspørsmål. Ved at jeg lot respondent få prate noen lunde fritt kom det fram nyanser og opplevelser som jeg ikke hadde tenkt på da guiden ble utformet, men som gav nyttig informasjon til problemstillingen.

Informantene var høyskoleutdannet sykepleiere og vernepleier. På sykehusavdelingene valgte jeg å bruke avdelinger som både hadde elektive pasientgrupper og øyeblikkelig hjelp (ØH) pasienter for å få fram deres erfaringer når det gjelder bruk av Lean som metodikk og annen form for organisering. I kommunehelsetjenesten var det informanter fra sykehjem.

Deltakerne ble rekruttert etter tilgjengelighetsutvalg ved at jeg brukte privat nettverk til å komme i kontakt med ulike ledere på sykehusene. Jeg søkte opp to kommuner som begge er ROBEK kommuner der den ene hadde innført Lean i hele kommunen, mens den andre ikke hadde det. Disse lederne sendte ut forespørsel til alle ansatte i avdelingen pr. mail. Noen meldte seg til meg pr tlf. eller mail om at de ønsket å delta, mens andre måtte jeg gå mer direkte på for å få svar. Det var ikke alle plasser der noen meldte seg for å bli med på undersøkelsen. I de tilfellene var leder med på å finne aktuelle kandidater ut fra erfaring og kvalifikasjon om tema for oppgaven. I følge Thargaard (2013) er denne metoden for å rekruttere informanter betegnet som snøballmetoden. Den går ut på at en først kontakter noen som er relevante å intervju for å få svar på problemstillingen. Deretter er de med å rekruttere andre som også kan belyse problemstillingen ytterligere. Utfordringen her kan, ifølge

Tharaaldsen (2013), være at en får svar fra samme miljø. Alle som deltok fikk tilsendt en skriftlig informasjon om forskningen og dens formål. Intervjuene ble foretatt enten ved at jeg møtte informantene ansikt til ansikt eller at en tok opp telefonsamtaler. I følge Thargaard (2013 s. 58) er intervju egnet til å få fram den enkeltes opplevelse og forståelse av seg selv og sine omgivelser. Jeg ønsket å gå fram hvordan den enkelte opplevde forvaltningen av ressursene alt etter om det ble brukt Lean eller ikke som metode for organisering. Når en møter sine informanter ansikt til ansikt skal en være observant overfor forskers mulighet til å påvirke svarene som gis. Siden jeg i halvparten av intervjuene ikke hadde kontakt med informant ut over mail og telefonsamtale kan det bidra til at vedkommende lettere snakket fritt om de ulike temaene. Dette gjaldt de som jobber med Lean. I de andre intervjuene møtte jeg informantene ansikt til ansikt. Her var jeg veldig oppmerksom på å la informant tale mest mulig fritt ut fra spørsmålstillingen slik at vedkommende skulle føle seg trygg og ivaretatt i intervjusituasjonen. Fortellingene som kommer fram i intervju kan sees på som sosiale handlinger fordi det er en form for interaksjon mellom forsker og den som blir intervjuet. Informanten snakker om sine erfaringer og opplevelser ut fra den kulturelle rammen den forholder seg til (Thargaard, 2013).

4.2 Ethiske vurderinger

Gjennom analyse vil deler av forskningsmaterialet bli løsrevet fra sin opprinnelige kontekst slik at informanten kan oppleve at det de selv har sagt virker fremmed. I andre tilfeller kan det vise seg at samme utfordring finner en igjen ved flere av institusjonen slik at det ikke er spesifikt for den enkelte avdeling. For å kunne gjennomføre en slik studie med bruk av intervju meldte jeg den inn til Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (SND) og fikk godkjenning for forskningsopplegget. Alle data skal være anonymisert og ikke mulig å føre tilbake til den som ble intervjuet, intervjuet er frivillig og informanten har hele tiden mulighet til å trekke seg fra å delta, samtykke ble enten sendt via mail eller underskrevet før intervju ble foretatt og alle fikk utlevert skriftlig materiale om hva studien gikk ut på og hensikten med den.

For å få tak i informanter brukte jeg privat kontaktnett til å komme i kontakt med ledere på sykehusene. Når det gjaldt sykehjem søkte jeg opp på nettet for å finne kommuner som hadde innført Lean og valgte ut fra det. Det var helt tilfeldig hvem jeg kontaktet av ledere der, siden alle eininger hadde innført Lean i kommunen. Når det gjaldt kommuner uten Lean brukte jeg kommuner som det var mulig å kjøre til om det var ønskelig at jeg møtte respondenten

personlig. Begge kommunen ble valgt ut fra at de var Robek kommuner, slik at ingen av dem var rike og kunne av den grunn prioritere annerledes. Ut fra det ble det foretatt et valg om å spørre ulike ledere om de kunne tenke seg å delta i min studie, noe alle sa ja til. Disse lederne fikk igjen i oppdrag å sende informasjon videre til sine ansatte i avdelingen om forespørsel om deltakelse. Det ble sendt ut e-post til alle ansatte om å delta på mitt prosjekt der jeg la fram hvem jeg var, hensikten med studien og hva det innebar å delta. Det meldte seg ingen ansatte. Ved Lean sykehuset meldte det seg en person som delvis jobbet med personalforvaltning og delvis i avdelingen. Ved sykehus uten Lean ble det foretatt et valg om å intervju en person fra ett annet sykehus som jobbet ved en tilsvarende avdeling. I primærhelsetjenesten med Lean var leder den som spurte direkte en person om å delta fordi vedkommende hadde god kjennskap til Lean prosessen. I primærhelsetjenesten uten Lean sa en ansatt ja til å delta etter oppmoding fra leder. Det viste seg at der jeg hadde tenkt å intervju helse- og omsorgssjefer var denne funksjonen rasjonalisert ut og lagt til einingsnivå i Lean kommunen, mens det i den andre kommunen fremdeles var helse- og omsorgssjef. Denne fikk da en funksjon som den som hadde det hele overblikket over sektoren. Jeg valgte å intervju en Lean-koordinator for å få innblikk i hvordan implementering, organisering og forvaltning var på et overordnet nivå for hele sykehuset.

Før alle intervju startet forsikret jeg meg om at informantene opplevde at intervjuet var frivillig og at de kunne trekke seg når som helst. Alle var positiv til å delta i en slik undersøkelse. Alle godkjente at jeg kunne bruke de data som kom fram i intervjusituasjonen.

Under intervjuet forsøkte jeg å ikke avbryte og la den som ble intervjuet få snakke noen lunde fritt. En forstående holdning kan medføre at informant føler seg ivaretatt og lyttet til (Thargaard, 2013). Jeg sørget for at alle spørsmålene ble besvart med underpunkt. Siden lederne hadde godkjent at intervju kunne foregå i arbeidstiden, ble ikke tidspress en faktor som stresset informanten. Ulempen med at en innenfor samme avdeling viste hvem som var med i undersøkelsen kan derimot bidra til at noen ikke ville svare helt fritt i fare for å bli gjenkjent. Jeg har derfor valgt å gjøre alle transkripsjonen på bokmål der jeg holder en muntlig tone slik at en ikke kan vite hvor intervjuene er hentet fra. Det er heller ikke opplyst i forkant hvor mange informanter som har deltatt i undersøkelsen. Noen av intervjuene ble foretatt på informantens fritid. Jeg har totalt intervjuet 10 personer der fire er ledere, fire er ansatte hvor en av disse har en assisterende lederfunksjon for øyeblikket, en er helse- og omsorgssjef og en er Lean-koordinator.

Når det gjelder henvisninger til oppdragsdokument i Lean kommunen har jeg ikke kunnet legge ved vedlegg av hensyn til anonymiseringen av informantene. Det samme gjelder ulike analyser som er foretatt i sykehuset med Lean. Grunnen til dette er at det er få sykehus og kommuner som har innført Lean og av den grunn kan det være lettere å spore tilbake til respondentene. Når jeg likevel bruker datamateriale som er hentet fra disse organisasjonene er det for å belyse funnene mine.

4.3 Forskningsdesign

Forskningsspørsmålet mitt er retningsgivende for hvilke design jeg har valgt. Siden jeg er ute etter å gjøre en studie av få elementer i fire forskjellige avdelinger er det av betydning at de dataene som kommer fram i undersøkelsen har overførbarhet mellom de ulike avdelingen og at funnen kan gi innsikt i en annen sammenheng (Malterud, 2013). Utvalget er strategisk ved at spørsmålstillingen skal bidra til å belyse problemstillingen som jeg ønsker svar på. Det er ikke mulig i denne oppgaven å generaliser funnene, men heller si noe om opplevelsen til informantene som ble intervjuet. Utvalget av informanter er for tynt til å kunne dra en konklusjon om bruk av Lean gir en bedre forvaltning av ressursene enn om der var valgt en annen organisering.

Jeg har valgt å bruke case – design. Jeg har valgt å dele casene opp slik:

Case 1: Spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten med Lean

Case 2: Spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten uten Lean

Det som skal sammenlignes er avdelinger med og uten Lean i spesialisthelsetjenestene og primærhelsetjenestene. En kan ikke sammenligne på tvers pga. store forskjeller mellom sykehus og sykehjem, men en kan likevel si noe om Lean som metode merker seg ut annerledes når det gjelder forvaltningen av ressursene i primærhelsetjenesten i forhold til spesialisthelsetjenesten.

Definisjonen på case er at det er studie av en eller få enheter (Andersen 2013, s. 23). Case er noe mer enn bare å gjøre intervju av ulike respondenter. Det handler om å bruke ulike kilder

for å synliggjøre resultatene en kommer fram til. I min oppgave har jeg derfor tatt med litt om hva de enkelte organisasjonene sier om seg selv, offentlige data fra kommunene og landsoversikter som belyser pasientbehandling og behandlingstider for å nyansere bildet om hvordan organisasjonen driftes. Når en bruker case som en undersøkelsesmetode er man opptatt av å finne ut hvorfor en handler slik en gjør, hvordan implementeringen av ulike modeller skjer og hva som blir resultatet av dette (Yin, 2014 og Bukve, 2016).

Jeg ønsker å undersøke samme fenomen i fire ulike avdelinger der to typer metoder for organisering er valgt. Når jeg bruker ordet organisering for Lean, så tenker jeg på hvordan avdelingene er strukturert og organisert etter Lean-prinsippene. Her vil en få ulik variasjon ut fra hvor mye av Lean-filosofien som er implementert og hva de har utelatt. Jeg kan ikke si noe om hvordan det var før implementeringen fordi jeg ikke har data om det. I stedet kan jeg si hvordan det i dag oppleves for de ulike respondentene med tanke på forvaltningen av det menneskelige ressursene. I hver avdeling vil jeg få ulike eller like oppfatninger av hvordan forvaltningen av ressursene blir oppfattet da jeg har tatt med intervju både fra ledere og ansatte. Fordelen med å bruke case er at jeg har muligheten til å gå i dybden, altså undersøke nærmere i en avdeling hvordan organisasjonsmodell virker inn på forvaltning av ressurser. Ulempen er at jeg ikke kan generalisere mine funn fordi det kun er data hentet fra et område. De fakta som jeg vil finne her er ikke nødvendigvis de samme om jeg hadde tatt for meg en annen avdeling i samme organisasjon. Det kan dessuten være mange fenomener som påvirker resultatet (Andersen 2013), f.eks. økonomi, leders entusiasme for opplegget, ting som ikke kommer fram i intervjusituasjonen etc. For å komme i dybden av det som jeg ønsker å vite mer om har jeg valgt en kvalitativ undersøkelsesmetode.

Før jeg foretok intervju sørget jeg for å ha godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (SND) og innhentet godkjennelse for hvordan gjennomføringen skulle foretas og oppbevares. Det ble foretatt telefonintervju med bruk av diktafon og opptaksfunksjon på telefonen. Disse ble transkribert fortløpende og lydfilene ble slettet fra de ulike mediene. De transkriberte intervjuene ble skrevet på muntlig bokmål for å hindre at en kunne gjenkjenne informant. Ingen av filene har navn som kan gjenkjenne hvilken institusjon intervjuene er hentet fra.

Kriteriene for valg av informanter var at disse hadde tilknytning og erfaring fra organisering, implementering og ledelse innenfor ulike områder. De måtte være fast ansatt. Ha erfaring fra Lean prosesser eller andre forbedringsprosesser, og være villig til å sette av tid til intervju på

ca. en halv time. Malterud (2013) hevder at en skal være forsiktig med å legge opp til intervju på mer enn ca. 20 min fordi informant da lett ikke finner tid til å delta. For noen av intervjuene holdt vi tidsskjema på ca. 30 min, mens det for andre var bortimot en time. Det var særlig når det gjaldt lederne at det gikk ut over 30 min.

4.4 Gjennomføringen av intervjuene

Før jeg startet å søke etter intervjupersoner måtte jeg få en oversikt over hvor ulike enheter som nyttet Lean befant seg i landet. Det ble søkt med søkeord som Lean sykehus, Lean kommunehelsetjeneste, samt at jeg brukte Lean-forum Norge som mulig innfallsport til å få tak i navn på ulike institusjoner. Jeg har i tillegg vært på Lean-forum sin kongress i Oslo høsten 2015 der ulike sykehus og kommuner ble nevnt som mulige kandidater. Ut fra alle disse opplysningene falt valget på et bestemt sykehus med Lean og ett sykehus uten Lean. Jeg valgte en kommune for Lean og en kommune uten Lean.

Malterud (2013) anbefalte at en skal bruke to medier for opptak av intervju, fordi hvis det ene mediet svikter, har en likevel en kopi på det andre. I mitt tilfelle brukte jeg diktafon og recorder. Det viste seg at hvis disse lå for nært hverandre oppstod det skurringer på opptaket, noe jeg fant ut av ved å foreta prøveintervju. Det er likevel et par steder hvor det var vanskelig å høre hva som ble sagt, men det har ikke betydning for resultatet siden det her var mest detaljer om hvilke oppgaver som lå til den enkelte avdelinger f. eks. ulike diagnoser. Ved at jeg foretok prøveintervju sikret jeg meg at jeg hadde riktig avstand til intervjuobjektet. Ved telefonintervju ble dette foretatt ved at jeg satt telefonen på høyttaler og sørget for at det ikke var noen andre som kunne komme inn i rommet og forstyrre underveis i intervjuet. Jeg har sikret meg at alle som deltok i intervjuene har deltatt frivillig og uten tvang.

Samtykkeerklærings skjema var sendt ut sammen med informasjon om oppgaven. Noen svarte på mail at de ønsket å delta, mens andre svarte skriftlig når jeg møtte de. I starten av hvert intervju ble det opplyst at dette ble tatt opp og transkribert i etterkant.

Jeg ringte først til leder ved avdelingen for å høre om vedkommende ønsket å delta i mitt prosjekt. For å finne kandidater kontaktet jeg først sykehuset for å få tak i mulige kandidater. Det viste seg å være vanskelig å rekruttere den veien fordi den som satt i informasjonsskranken ikke forstod hva jeg var ute etter og hvilke personer som det kunne være nyttig å komme i kontakt med. Jeg brukte derfor privat nettverk for å få tak i navn på personer som kunne guide meg til rette vedkommende for intervju. Jeg fikk på den måten

kontakt med ledere som villig lot seg intervju. Disse sendte ut mail til alle ved avdelingen og oppfordret de til å ta kontakt med undertegnede. Ved noen avdelinger gikk leder mer direkte på ansatte som var på jobb den dagen og spurte om de lot seg intervju. I ett av tilfellene brukte jeg en bekjent ved et annet sykehus som informant. Ved telefonisk kontakt avtalte vi når det var mest hensiktsmessig å foreta intervju og satt opp skjema for det. Alle intervjuene ble foretatt i løpet av 14 dager.

Før intervju ble startet forsikret jeg meg om at de hadde lest informasjonsskrivet som ble sent ut til alle i forkant av prosjektet og informert at det var mulig å trekke seg hvis de ikke ønsket å delta. Under selve intervjuet brukte jeg en intervjuguide med få spørsmål og en del underspørsmål. Disse ble kun stilt der det ikke kom fram svar når hovedspørsmålet ble stilt. Jeg lot informant snakke relativt fritt inn forbi tema som jeg ønsket å belyse og stoppet vedkommende der det fikk en tendens til å flyte helt ut. Intervjuguiden er bygd opp rundt de temaene som jeg ønsket å få mer opplysninger om. Ved uklarheter spurte jeg opp igjen om jeg hadde forstått vedkommende riktig og om det var det den mente når den sa det og det. Malterud (2013) skriver at dette er med på å validere svarene ved at jeg forsøker å få et mest mulig samsvar med virkeligheten til den enkelte. Validitet handler også om overførbarhet der en ser på den konkrete casen (Andersen, 2013). Dataene en kommer fram til, må kunne brukes til å trekke slutninger om tilsvarende fenomen. Lav validitet eller gyldighet er om slike slutninger ikke kan trekkes verken om fenomenet eller om en har mer generelle forhold (Bukve, 2016, s. 99).

Intervjuene varte mellom 30 min og en time. Jeg hadde to intervjuguider til ledere, men fant fort ut at de måtte kombineres alt ut fra hvilken stilling de satt i. Ledere i avdelingene hadde ikke like god oversikt over organisasjonen som øverste leder eller koordinator hadde.

4.5 Presentasjon av informantene

Informantene jobbet i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Krav til rekruttering av Lean-ansatte var at disse skulle ha inngående kjennskap til hva metodikken gikk ut på og hvordan den ble anvendt i avdelingen. Jeg satte også krav om at det skulle være høyskoleutdannet enten sykepleiere, vernepleiere og ledere som hadde helsefaglig bakgrunn. Malterud (2013) mener at utvalget vårt er med på å belyse problemstillingen. Jeg ønsker å se nærmere på forvaltningen av de menneskelige ressursene i en avdeling slik at da vil jeg ta utgangspunkt i sykepleiere og ledere, for å få fram deres syn. For at det ikke skal kunne være

mulig å identifisere informantene vil jeg kun si noe om hvilken utdanning informantene har. Det er totalt 10 informanter som hver har jobbet i organisasjonen i flere år. Alle informantene har god kjennskap til organisasjonen de jobber i, men ikke alle har hatt stillingen som de nå besitter mer enn ett år. Jeg vil gi en kort presentasjon av det ulike avdelingene:

Lean sykehus

Lean sykehus har ca. 1800 ansatte og har alle funksjoner som et middels stort sykehus har. Startet opp med Lean filosofien for ca. 4 år siden. Noe av årsaken til at en startet med Lean var at sykehuset opplevde en økende strøm av pasienter uten at ressursgrunnlaget ble økt. Det som før var sesongvariasjoner ble nå mer hverdagen i de ulike avdelingen. Utfordringen var å kunne ta unna den økende mengden pasienter med samme bemanning. Lean har vært prøvd ut ved ulike sykehus i Norge, og dette ønsket ledelsen også å se om det kunne gjøres ved dette sykehuset. Hvilke forutsetninger som var til stede da det startet har jeg ingen informasjon om. Det ble først startet opp på en avdeling, testet ut, justert og videreført til andre avdelinger. Nå var konseptet videreført til hele sykehuset. Ikke alle avdelingene var like godt i gang ennå, men det foreligger planer for implementering på alle nivå. Det blir gitt grundig opplæring av alle ledere og noen tilsette som skal være nøkkelpersonell i implementeringsprosessen.

Fokuset til sykehuset er å få ned behandlingstiden, bruke ressursene mer fornuftig og målrettet, og kunne gi pasienten trygg og god behandling. For å kunne gjennomføre dette måtte alle prosesser gås nøye gjennom for å eliminere `sløsing` der det var mulig. Lederne fikk ansvar for å se på ulike prosesser i et behandlingsforløp for å se om der var aktiviteter som ikke gav pasientverdi og som kunne fjernes. Som eksempel gikk tiden en pasient kom inn med lårhalsbrudd ned fra 6 timer til 20 min. i mottak før vedkommende var kommet til rett avdeling. Sammenligner en data om f.eks. behandling av blærekreft på landsbasis opp mot dette sykehuset har de oppnådd å starte behandlingen innen 20 dager mot 25 dager på landsbasis (helsedirektoratet.no). Det er innført «samme-dag-kirurgi» der pasienten går rett til operasjon og ikke legges inn i forkant. Det ligger ikke ute noen informasjon om hvor mange pakkeforløp som er i gang eller i startgropen ved sykehuset, men i flg. Lean-koordinatoren var dette et kontinuerlig arbeid som bare var i starten ennå. Ved den avdelingen som intervjuene er hentet fra jobber det ca. 60 intensivsykepleiere eller sykepleiere.

Sykehjem med Lean

Lean kommunen har ca. 26.822 innbyggere i utgangen av 2016 (informasjon hentet fra ssb.no/kommunefakta). Lean som filosofi og modell ble startet opp i 2015 og er innført i hele kommunen. Innenfor helse i kommunen, er funksjonen til helse- og sosialsjef lagt til einingslederne, der disse er direkte underlagt kommunalsjefen. Kommunen er en Robek kommune som er satt under statlig administrasjon. Dette medfører at kommunen må kutte i ulike utgifter og se på andre løsninger når det gjelder forvaltningen av økonomien. Ser en på mottakere av helsetjenester er det 51 pr. 1000 innbyggere, andel 67-79 år på institusjon er 1,7% og utgifter pr oppholdsdøgn i institusjon er kr 3176. Enhetsleder sier at selve strukturen i sykehjemmet ikke er endret etter innføringen av Lean i de ulike avdelingene. Det er blitt ryddet på lager og medisiner er samstemte slik at en ikke lenger trenger å ha store lager av dette. Den tid som ble spart inn ved å gjøre denne ryddeprosessen ble regnet om til stillingsprosent og tatt fra avdelingene. Ved den ene avdelingen forsvant en 20 % stilling. Overordnet strategi for Lean i denne kommunen er: «Lean styrker organisasjonens evne til måloppnåelse. Gjennom forbedringskultur skal denne kommunen gjøre utvikling til en integrert del av den daglige driften.»

Sykehus uten Lean

Sykehus uten Lean har ca. 2500 ansatte fordelt på ett hoved sykehus og to mindre sykehus med spesialoppgaver. Det har gjennom de siste 15 årene vært prøvd ulike modeller for å slå sammen ulike avdelinger for å kunne spare utgifter. Ved dette sykehuset har de innført pakkeforløp for kreft der utredningstiden er ca. 2 uker. Det sies ikke noen plass hvor lang tid det tar før behandlingen starter. Sykehuset har startet opp med data-møte hver morgen hvor alle lederne deltar. Her tar en opp blant annet behovet for ressurser i ulike avdelinger og om noen har mulighet til å `låne ut` ansatte til andre avdelinger. Overgang fra `døgn til dag` har medført at færre legges inn på post før operasjon da pasienten er klargjort før vedkommende kommer til sykehuset. Dette har medført en mindre belastning på flere avdelinger.

Det har vært forsøkt ulike løsninger når det gjelder å slå sammen ulike avdelinger på helg, i ferier og permanent uten at en helt har lyktes med det. Pasienten ved øyeoperasjoner sendes ofte rett hjem igjen. I de tilfellene de må være lenger, legges pasienten inn ved kirurgisk avdeling fordi denne avdelingen er lagt ned.

Sykehjem uten Lean

Kommune uten Lean har 11 999 innbyggere pr utgangen av 2016 (data hentet fra ssb.no/kommunefakta). For ett år siden gjeninnsatte kommunen helse- og omsorgssjef fordi en trengte en person som hadde oversikt over hele helsevesenet i kommunen og kunne se hvilke utfordringer ulike eininger hadde. Denne funksjonen er direkte underlagt rådmann. Denne kommunen er en Robek kommune som er lagt under offentlig administrasjon. Mottakere av hjemmetjenesten er 87 pr. 1000 innbyggere, andel innbyggere 67-79 år som bor på institusjon er 1,7% og utgifter pr. oppholdsdøgn i institusjon er kr 3308. Sykehjemmet er organisert som primærteam der teamet er ansvarlig for å utforme et tilbud til pasienten. Disse teamene er tverrfaglig sammensatt og har ansvar for å opprette kontakt med aktuelle instanser utenfor institusjonen der det er nødvendig. Det kan være langtidsavdelinger, leger, fysioterapi, ergoterapi, hjemmetjeneste, pårørende etc. Teamene har ikke en definert leder slik at alle teammedlemmene er gjensidig ansvarlig for å utforme en behandling for pasienten.

4.6 Transkribering

Malterud (2013) anbefalte at det ble transkribert fortløpende i etterkant av hvert intervju. For ca. halvparten av intervjuene ble det gjort, mens det for den andre halvdelen måtte utsettes noen uker pga. uforutsette hendelser. Det ble ført prosjektlogg der tanker rundt det enkelte intervju ble nedskrevet fortløpende. Jeg brukte et transkriberingsprogram som tillot at jeg kunne sette farten på opptaket ned til 50 %. Dette medførte at det var lettere å skrive ned alt som ble sagt. Jeg har valgt å skrive ned alle intervjuene i bokmål tale for å redusere muligheten for gjenkjennelse. Siden noen av intervjuene er utført på nynorsk og noen er på bokmål vil jeg ikke miste essensen av den nynorske versjonen, da jeg selv behersker den målformen. Under transkripsjonen har jeg brukt X, Y og Z som betegnelser på avdeling og navn.

Når jeg presenterer funnene mine ved hjelp av sitater utelater jeg ord og vendinger som ikke har betydning for meningsinnholdet. Malterud (2013) sier at det å gjengi direkte sitat kan bidra til at en ikke får fram meningsinnholdet i det som sies. Det kan også oppleves for informanten at en forsøker å latterliggjøre dens utsagn ved å bruke muntlig tale i stedet for å gjøre den mer skriftlig og forståelig. Den totale mengden transkribert materiale er på ca. 74 sider med linjeavstand 1,5. Ved gjennomlesing noterte jeg i margen hvor de enkelte hadde svart på de ulike spørsmålene i intervjuguiden slik at jeg lettere kunne finne fram til de ulike temaene som skulle belyses. Jeg har skrevet ned noen av utsagnene som er fremtredende i de enkelte intervjuene og som igjen kan bidra til å gi meningsinnhold til emnene som kom fram.

Det har vært en utfordring å skille det som er viktig og det som må utelates fordi det ikke svarer på problemstillingen.

4.7 Analysemetode

Analysen er bygd opp etter tema som ønskes belyst. Spørsmålene som stilles har utgangspunkt i temaene slik at jeg har mulighet til å kunne følge den enkeltes fortelling. Ved at jeg lar informant prate ganske fritt ut fra hovedspørsmål som stilles kan det komme fram sider som jeg som forsker ikke helt hadde klart for meg da spørsmålene ble laget.

Underpunktene som følger hvert spørsmål blir ikke stilt med mindre at jeg ikke får svar på de når hovedspørsmålet stilles. Målet med analysen er å utvikle nye begrep og se dette i sammenheng med teori som finnes om tema. I følge Malterud (2013) går dette under den fenomenologiske tradisjon ved at en induktivt systematisk forsøker å finne mønster ut av materialet. Begrepene som kommer fram i analysen skal fange opp essensen av beskrivelsen på en slik måte at det bidrar til ny kunnskap hos forsker og leser. Ved å gå fra det mer generelle til det spesielle kan en her si at en har en deduktiv tilnærming. Ønske om å se forholdet mellom hvordan hele organisasjonen tenker at Lean skal virke til å se spesifikt på hvordan det er på den enkelte avdeling kan gi innsikt i hvordan oversettelsesprosessene virker og ikke virker. Dessuten kan en ved å sammenligne med andre avdelinger som har valgt andre modeller kunne si noe om forskjellene og hvorfor det har blitt akkurat slik. For å kunne gjøre en slik sammenligning har jeg valgt å bruke case som metode. Ved case er det få elementer som skal undersøkes grundig noe som gjøres ved bruk av kvalitativ tilnærming. Når en bruker case ønsker en å belyse beslutninger eller et sett av beslutninger, hvorfor disse beslutningene ble tatt og implementeringen av disse. Dessuten vil en se på resultat disse beslutningene har gitt (Yin 2014). Jeg må se på ett case om gangen for så å koble disse sammen til slutt. Resultatene jeg kommer fram til gjelder for disse avdelingene som er blitt intervjuet, slik at ved andre avdelinger kan en komme fram til helt andre funn.

Analysen bygger på både teoretiske forutsetninger for å forstå resultatene samtidig som en sammenfatning av det empiriske materialet beskriver den virkelighet som kommer fram i intervjusituasjonen. Her deler jeg det inn i en beskrivende fase der jeg sier noe om hvilke funn jeg har kommet fram til, og en tolkende fase der jeg ser disse funnene i sammenheng med teori og forskning for å få en dypere forståelse for å kunne utvikle nye begreper (Malterud 2013). Min erfaring og kunnskap med Lean i privat sektor kan ha bidratt til at kategoriene som ble valgt ut fra ulike tema og hvordan disse i etterkant har blitt bearbeidet og tolket. Det

kan finnes flere tolkninger til samme problemstilling alt etter forskers ståsted slik at jeg vil gjennom analysen hele tiden forsøke å gjøre rede for hvordan jeg har behandlet dataene og hvorfor akkurat den modellen har blitt valgt. Jeg har valgt å bruke Malterud (2013) sin 4 – trinns analysemodell med systematisk tekstkondensering.

1. Analysetrinn – helhetsinntrykk

Jeg startet med å lese gjennom alle intervjuene flere ganger for å få et inntrykk av hva det hele handlet om. Dette er en måte å bli bedre kjent med materialet uten at en startet å systematisere noe videre. Det jeg imidlertid gjorde var å sette notat i margin for å kunne finne ut hvor de enkelte spørsmålene var besvart. Under utarbeiding av intervjuguide dannet jeg meg en oppfatning om hva jeg ville kunne finne. I etterkant av intervjuene noterte jeg ned i prosessloggen hvilke inntrykk jeg satt igjen med og om jeg hadde fått de svarene jeg trodde jeg trengte for å kunne svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene mine. Jeg lot dette ligge noen dager for så å lese de på nytt. Malterud (2013) framhever at det kan være flere sider av samme sak når det gjelder å lese mer framtrødende enn jeg i første omgang hadde sett for meg. I denne omgangen streket jeg under utsagn og noterte ned koder som muligens kunne brukes i neste analysetrinn. Jeg kom fram til 13 kodeord som jeg knyttet ulike sitat til.

2. Analysetrinn – meningsbærende enheter

I dette trinnet går en fra temaer til koder ved at en organiserer den delen av materialet som er interessant å se nærmere på. Det innebærer at en må foreta et valg der noe blir mer vektlagt og andre sider blir lagt bort. Det som blir lagt bort er ikke mindre interessant, men det bidrar ikke til å belyse problemstillingen på en slik måte at det gir mer innsikt og ny forståelse for det som skal forskes på. Jeg går gjennom teksten flere ganger for å understreke og skrive ned utsagn som jeg finner interessant og som er meningsbærende enheter. Malterud (2013) framhever at ikke alt materiale som er samlet går under meningsbærende enheter, men at jeg som forsker må foreta noen valg og ta ut tekster som kan bære med seg kunnskap om det som jeg ønsker å vite mer om ut fra temaene som kom fram i 1. analysetrinn. Flere at temaene omhandlet samme sak men som belyste tema fra ulike sider.

Det som kom fram var: bli sett i kortene – annerledes måte å tenke på- måte å spare penger på- bedre oversikt i lager medførte mindre kasting pga. utgått på dato – leder satt mest på møte – personalgruppa var delaktig i utformingen av tjenestene til pasienten – sparing av

ressurser går ut over kvalitet – skulder ved skulder læring – hektisk, travelt men kjekt – ikke tid – tverrfaglig samarbeid – motstand mot endring.

3. Analysetrinn – kondensering – fra kode til mening

Her starter en systematisk å sette mening til de ulike kodene samtidig som en slår sammen koder som omhandler samme sak. En må foreta valg om hva som skal være med og hva som må forkastes. Dette er et komparativt case, hvor jeg har valg å dele casene i to deler. Jeg vil først se på spesialisthelsetjenesten med og uten Lean, før jeg gjør det samme for primærhelsetjenesten. Casene som skal sammenlignes er avdelinger med Lean opp mot avdelinger uten Lean. I selve analysen vil jeg igjen se om det er forskjeller innen de ulike nivåene spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Ut fra at jeg ikke har til hensikt å gå inn på alle ulike varianter av min problemstilling må jeg velge meg ut områder som jeg ønsker å se nærmere på. Grunnene til at noe materiale er lagt bort er fordi en i en slik masteroppgave ikke har mulighet til å belyse alle sider ved en problemstilling.

4. Analysetrinn – fra kondensering til beskrivelse og begreper

De meningsbærende enhetene i materialet mitt danner grunnlag for kategoriene som jeg vil gå videre med. Problemstillingen handler om forvaltning av ressursene i en avdeling og ansattes erfaringer angående dette. Jeg har også måttet ha i bakhodet hvor nye av Lean-metoden som er implementert i avdelingen for å kunne si noe om den modellen virkelig brukes eller om det kun er noe en på høyere hold sier at en bruker. Sammen med min faglige bakgrunn og teoretiske perspektiv endte jeg opp med å gå videre med 3 kategorier.

5 Empiri

I dette kapittelet blir hovedfunnene presentert. Oppdelingen som blir gjort er at jeg først tar for meg sykehus i case 1 og case 2, så tar jeg sykehjem i case 1 og case 2. I hvert av casene har jeg uttalelser fra informanter i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Siden jeg ikke kan generalisere vil funnene fra intervjuene bli forstått som uttrykk for den enkelte informant sin opplevelse og håndtering av situasjonen og ikke hele sektorens mening.

En hovedtendens i materialet er at innføring av Lean i sykehjemmet ikke endret strukturene i institusjonen vesentlig. Overgangen fra tradisjonell drift til bruk av Lean som metodikk for forvaltning av menneskelige ressurser opplevdes av respondentene som en økonomisk spareplan mer enn en kvalitetsforbedring av tjenesten. Lean ble ikke som forventet i primærhelsetjenesten.

Denne opplevelsen av at Lean som metode ikke holder det den lover, finner jeg ikke igjen blant respondentene i spesialisthelsetjenesten. Tvert om ble implementeringen og mottakelsen der en helt annen. Respondentene forteller at det handler mye om hvordan nye ideer blir introdusert og tenkt virke i avdelingen, hvordan ressursene forvaltes og tilgang på ressurser, motivasjon og det å bli sett samt helhetstanken der ting settes i system og i rett rekkefølge. Innføring av nye ideer og nye måter å organisere en avdeling på har gitt positivt utfall for sykehuset som helhet.

5.1 Case 1: spesialisthelsetjenesten med Lean

1. introduksjon av nye ideer
2. prioriteringer i det daglige
3. styrking av kompetanse

Variablene i caset vil gå igjen i svarene som kommer fram i de ulike avdelingene i spesialisthelsetjenesten. Jeg vil under hvert tema se på positive og negative utslag som igjen kan si noe om hvordan dette oppleves for den enkelte informant.

5.1.1 Introduksjon av nye ideer

Jeg vil her gjengi mine funn fra en sykehusavdeling som har drevet med Lean ca. ett år. Hele sykehuset startet opp med Lean for ca. 4 år siden. Jeg vil også ta med erfaringer fra leder av

Lean-prosjektene for hele sykehuset og dennes erfaringer med innføringen, bruk av metodikk og hvordan det har påvirket de ansattes holdninger og arbeidshverdag.

Det å skulle drive med innføring av nye ideer å organisere en avdeling eller et sykehus på, handler om mer enn å endre på prosesser og prosedyrer. Her handler det like mye om å fenge de ansatte og få de med på prosessen. Skal innføringen oppleves som meningsfullt må den ha sin rot i avdelingens daglige gjøremål og de ansatte må føle at de kan ta del i de ulike prosessene.

I sykehuset var det ulik tilnærming til deltakelse fra de ansattes side. Jeg vil først presentere positive og negative sider med innføringen av Lean som metode i spesialisthelsetjenesten og hvordan dette artet seg i den aktuelle avdelingen. Her vil jeg også presentere sykehusets representant for innføringen av Lean, sin overordnede strategi og metode for å få kunnskapen ned i de enkelte avdelingene.

Lean som metode for kvalitetsforbedring ble startet opp for ca. 4 år siden. En startet først opp i det små ved å ta for seg kirurgisk avdeling og se på hvordan ulike prosesser hang sammen og flyten i avdelingen og opp mot andre avdelinger. Dette ble gjort ved at en brukte gråpapir som en klistret opp på veggen og skisserte ulike behandlingsforløp, hvem som var involvert (avdelinger og personal), kartlegging av flaskehalser og tidsbruk fra pasienten kom inn til han/ho var ferdig behandlet. Denne prosessen ble ledet av en Lean-koordinator og der de ansatte selv måtte tegne og forklare hvordan ulike prosesser hang i hop. Ved en slik visualisering fikk en oversikt over hvem som var avhengig av hvem og hvilke prosesser som var utfordrende og som måtte undersøkes nærmere. De ansatte ble igjen utfordret til å endre på denne verdistrømmen for å se om ulike tiltak kunne endre utfallet av pasientforløpet.

Det ble startet kursing av alle lederne i Lean sin metodikk og filosofi slik at disse igjen kunne videreformidle denne kunnskapen ned til egen avdeling og ansatte

«Vi har kurset 145 ledere og har plan for å kurse alle lederne i løpet av året»

Denne overføringen av kunnskap når det gjaldt innføring av nye ideer var veldig opp til den enkelte leder å bestemme omfanget av. Her var det et råd og en oppskrift som kunne brukes, men det var ikke en direkte ordre om at nå gjør vi det slik. Innføringen av Lean som metodikk var ikke helt uten motstand, men når resultatene kom endret holdningene seg. Informantene framhevet en avdeling som hadde kommet langt med implementeringen og var blitt gode på

bruk og gjennomføringen av Lean sin metodikk, mens ved andre avdelinger hadde dette enten pågått for kort tid, eller at en ikke hadde prioritert det like høyt. En kan se store forskjeller i behandlingstider før og etter implementeringen i sykehuset. Dette vil jeg nevne nærmere når en kommer til analysen da jeg vil se det opp mot andre sykehus for å se om det har gitt en merkbar forskjell på ulike behandlingstider og pasientforløp.

Mine informanter i en avdeling hadde en litt annen tilnærming til innføringen av nye metoder å jobbe på. Lederen var veldig på at Lean som metodikk var nyttig og en så raskt resultater når en systematiserte utstyrslager, forbruksmaterieell og medisinsk lager, men å kunne sette av tid til å vedlikeholde dette, ble ikke like høyt prioritert. Det var ett år siden dette ble innført. Den andre informant uttalte at

«...vi har Leanet noe utstyr...,mye mer orden rundt på lagerne her.»

Her ser de ansatte den direkte følgen av å innføre Lean. Ved at en har standardisert og «ryddet» ulike lager slik at alle avdelingen har det samme oppsettet og utstyret ut fra hva som er tenkt brukt der. En slik standardisering oppleves som en lettere måte å finne ting på fordi en nå ikke trenger å lete etter det, samt at nå er det ikke den enkelte lege som bestemmer hvilke utstyr en avdeling skal ha. De må plukke fra den beholdningen som eksisterer. Resultatet av denne endringen ble at de ansatte brukte mindre tid til å finne det de skulle ha, om det gjaldt medisiner, bandasjemateriale eller annet utstyr uansett hvilken avdeling de var på. Leder opplevde at en ikke kastet så mye materieell eller medisiner som gikk ut på dato, og at lagerbeholdningen ikke lenger behøvde å være så stor. Den største fordel en her kunne se var at når en som ansatt kom til en annen avdeling, var denne likt bygd opp slik at en ikke trengte å sette seg inn i nye system.

Ulike team hadde sine områder som skulle videreutvikles og drives. Det ble gjort med ulik oppslutning fra de ansattes side, da det hele tiden var en kamp om ressursene og tiden som en hadde til rådighet. Her var team som skulle se på intern struktur der blant annet innføring av en hovedjournal i stedet for tre journaler til pasient ble utfallet.

«Vi får nå samlet alt på ett sted slik at en slipper dobbeltføringer som kan bidra til at feil gjøres. Det oppleves som tryggere for pasientbehandlingen»

Noen team hadde ansvar for ulike lager, mens andre fikk ansvar for opplæring av ansatte både nye og gamle. Til sammen var der 17 ulike grupper som hadde sitt fagområde og

ansvarsområde. Disse igjen bidro til å heve kvaliteten på tjenestene til pasientene og trygge hverandre i utfordrende situasjoner.

5.1.2 Prioriteringer i den daglige praksisen

De startet med innføringen av Lean på noen områder for ett år siden. Det var kjørt ulike prosjekt som viser aktivitet opp mot ressurser med tanke på bedre ressursstyring.

Lederen hadde en visjon om hvordan en kunne Leane ulike oppgaver, men fra visjon til innføring er veien lang. Assisterende leder hadde en forståelse for hvordan prosessene virket men,

«å bruke det i det daglige på denne avdelingen det har jeg ikke prioritert». «Vi kaller det ikke Lean i praksis...for vår avdeling så er ikke vi veldig aktive å Leane nå.»

Det å tenke Lean som mulighet for å lette hverdagen kommer ikke så fram i dagen fra informantene. De hadde forstått hva det gikk ut på og nytten generelt, men hadde valgt å legge det litt til side. Når det ikke har direkte innvirkning på det daglige arbeidet, blir det ikke brukt. Potensiale for å kunne bruke de ansatte en har på en smartere måte oppleves ikke som en del av det daglige livet i denne avdelingen. Ser en derimot høyere opp i systemet og ved andre avdelinger som har jobbet lenger med metodikken er dette mer framme i det daglige arbeidet. Det tar tid å innføre og det blir ikke omfavnet hvis de ansatte ikke ser den direkte nytten i det daglige arbeidet. I stedet blir det sett på som ekstraarbeid som de tar tak i hvis de har tid og ressurser. Lean som metode blir brukt på et overordnet nivå der en ser på den totale pasientflyten opp mot hvilke tjenester en skal yte og ressursgrunnlaget en har. Her kan en se at implementering av nye ideer tar tid, det kreves opplæring og resultat, samt at de ulike prosessene må snakke sammen på en slik måte at de ansatte får et eierskap og føler seg som en del av en større enhet. Endring av kultur tar tid og en må bruke resultatene som dokumentasjon på at endringen har sin virkning i organisasjonen.

Tanken bak Lean som metode er at en skal ha et strømlinjet forløp for pasienten og de ansatte. Pasientforløpet skal være lagt når pasienten kommer til avdelingen, slik at unødvendig forsinkelser ikke skal medføre lengre tid på sykehus pga. venting på ulike avdelinger. Denne tankegangen ser en ute i avdelingen ved at ulike team har spesialisert seg på ulike oppgaver.

«...raskere og bedre forløp for pasienten...Bedre flyt gir også bedre og mer effektiv bruk av ressurser»

En av informantene opplyste at selv om en fikk raskere forløp for pasienten så gav det ikke innsparing av ressursbruken i avdelingene. Resultatet ble derimot at de ansatte, ifølge informanten, opplevde bedre jobbtilfredshet ved at en løpte ikke så mye lenger, en viste hvilke oppgaver den enkelte skulle ha når alarmen gikk slik ventetiden på ulike avdelinger gikk ned. Det var utarbeidet prosedyrer for å frakte pasienten til rett nivå med en gang den ble meldt inn, slik at en skulle unngå å få unødige forsinkelser i behandlingsforløpet.

Når en ser på de negative sidene ved innføringen av Lean opplyste informantene om at ved at alle skal kunne brukes på ulike avdelinger, alt etter hvor det oppstår et behov, bidro det til å tappe avdelinger for ressurser som allerede var en mangelvare. Flyten i systemet bidro til å skape et underskudd i egen avdeling. Som en av informantene opplyste

«Jeg har leid inn 8 ekstra 100% vakter i år...»

Ved at ressurser blir flyttet såpass rundt i systemet og skal følge ulike behandlingslinjer bidro det til at egen avdeling fikk et underskudd. Dette underskuddet var utfordrende å dekke med riktig personell, da disse var spesialsykepleiere som ikke like lett kunne erstattes. Avdelingen var blitt større ved at to avdelinger ble slått sammen noe som medførte mer korridorpasienter. Dette skyldes også at andre avdelinger hadde sprengt kapasitet og hadde problem med å ta unna. Det kom stadig mer pasienter til sykehuset grunnet utenforstående forhold som mer risikosport og et økende antall folk som soknet til det sykehuset. Så ved å ha et raskere forløp for pasienten gav det et større press på enkelte avdelinger ved at flere skulle sluses gjennom den samme trakten uten at en hadde fått tilført mer sengeplass og personell.

Når en ser på selve organiseringen av avdelingen har ikke den endret seg merkbart ut over at en har fått mer orden på ulike lager. De ansatte opplever ikke Lean som en del av hverdagen ved at det gir bedre bruk av de ressursene de råder over, men uttaler at ved spesielt en avdeling ved sykehuset har de fått det virkelig godt til og der merker de det bedre. Der har flyten av pasienter og bruken av ressursene endret seg. I sin egen avdeling ser de derimot ikke at det blir så lett å få til fordi det er en mer akuttavdeling med stor uforutsigbarhet angående pasienttilgangen.

«Vi planlegger ressursstyringen ut fra historikk»

Fokuset på denne avdelingen har vært på å rydde i ulike lager, få bedre journalsystem, ha en klar plan for opplæring av nytilsatte og det å kunne lære av hverandre siden fagområdet er

blitt veldig stort og bruke og utvikle ressursgruppene ved avdelingen. De ansatte går inn i flere av behandlingsforløpene ved sykehuset noe som krever spisskompetanse på mange felt. Lederen har en tanke om at en kan bruke Lean på flere prosesser i denne avdeling også, når metodikken blir mer innarbeidet.

«...en må endre kultur blant medisinerere og hvem som møter i mottak og sånn.»

Han ser på det som en kontinuerlig prosess der en jobber fram resultater. En ser det ikke med en gang, men holdningene endrer seg etter som en ser at dette kan gi et bedre resultat for den enkelte avdeling og som helhet for hele sykehuset. Utfordringen i dette er å fenge ansatte til å endre kultur, til å se at denne måten å tenke på kan på lengere sikt gi gode resultater og ikke minst ha nok plass og ressurser til å møte denne endringen.

«Organiseringen er grei nok...hvis man kunne ha fått øka kapasiteten.»

Informantene opplyser at egen avdeling og hele sykehuset er for lite til å ta unna pasientstrømmen. Dette medfører at pasienter blir liggende for lenge på en avdeling enten fordi den skulle ha vært overført til annen avdeling for behandling eller at kapasiteten er sprengt på ulike utredningsutstyr som f.eks. røntgen, CT-lab og mikrobiologisk lab.

Siden denne avdelingen er en intensivavdeling der det meste er akutte pasienter har en sammenslåing av to avdelinger medført at en har fått flere ansatte som en kan bruke når noen er borte. Det er alltid noen en kan spørre når en står fast faglig. Problemet derimot er at en ikke klarer å ha nok, og god nok kompetanse på absolutt alle felt. Spisskompetansen faller bort fordi en skal kunne motta alle typer pasienter, slik at fagfeltet blir utrolig stort for den enkelte sykepleier.

5.1.3 Styrking av kompetanse

Informantene opplyste at det har vært fokus på kvalitetsheving ved avdelingen ved at ansatte blir sendt på kurs, deltar på seminar, internundervisning og ressursgrupper. Leder ved avdelingen hadde et bevist forhold til kompetanseøkning i avdelingen fordi fagbredden stadig ble større noe som kunne skyldes to ting. Avdelingen var slått sammen med en annen avdeling slik at personalet fikk et større ansvarsområde enn tidligere. Her var alle grupper og sykdommer representert noe som medførte stort behov for spisskompetanse på mange områder.

«alle skal liksom kunne alt og ikke være spesifikk god på noe»

Denne avdelingen var så heldig at det var mulig å søke på midler til videreutdanning og kursing av sykepleiere og andre ansatte, noe som bidro til at flere fikk utviklet sin kompetanse. Dette var midler som kommunen som sykehuset ligger i hadde satt av til ulike formål og som ulike organisasjoner kunne søke på. Det igjen ble brukt aktivt inn i avdelingen ved at vedkommende holdt internkurs for de ansatte. Der var fast en dag i uka, ca. 1 time, til oppdatering og internundervisning. Leder har et stort fokus på å sette sammen erfarne sykepleiere og nyansatte for at de skal kunne dra veksel på hverandre når det gjelder kunnskapsformidling, men det er ikke alltid en får det til. Det medfører at den nyansatte kan komme opp i situasjoner som kan oppleves ubehagelig og der andre må trå inn. Når en skal kunne møte stadig tøffere situasjoner angående større og større fagområder som skal dekkes, nå personalet være rustet til å møte denne utfordringen.

«utfordringen er å få tak i nok intensivsykepleiere..»

Pasientforløpet skal kortes ned, og presset på de ulike avdelingene øker. Behovet for spesialsykepleiere og andre øker, men det er ikke mulig å få tak i flere, fordi det utdannes for lite. Dette medfører at grunnbemanningen som er et minimum ikke alltid kan fylles, de spesialsykepleierne en har tilgjengelig er blitt eldre og ikke lenger orker å springe så fort og en har hele tiden en kabal som skal legges for å få tak i nok personal til å dekke ledige vakter. Dette står i kontrast til andre avdelinger som opplever å ha fått en roligere og mer forutsigbar hverdag ved at ulike pasientforløp er blitt mer standardisert for forutsigbare.

En av utfordringene når det gjaldt å utvikle nye pasientforløp var å få leger til å ta ansvar for en hel behandlingslinje som spenner seg over flere fagfelt. Årsaken til dette var at spennet i kunnskap var stort og at en som lege her kunne oppleve å trække faglegene på tærne når det gjaldt deres spesialområde. Alle blir utfordra på helhet og ikke på sin del av prosessen. Raskere utredning, høyere kvalitet i pasientbehandlingen og god utvikling på fag skal bidra til bedre flyt og mer effektiv bruk av ressursene.

5.2 Case 2: spesialisthelsetjenesten uten Lean

5.2.1 Introduksjon av nye ideer

Jeg vil her gjengi mine funn i en sykehusavdeling som ikke driver med Lean. Der jeg presenterer hvordan de ansatte og ledere opplever nye måter å organisere avdelinger på, forvaltningen av ressursene og flyten i egen avdeling og på sykehuset generelt.

Det har vært forsøkt ulike omstillinger i avdelingen over lang tid. Der en så på prosesser, struktur og ressursforvaltning. Det har vært forsøkt å slå sammen avdelinger permanent, på helgebasis og en overgang fra døgn til dag, der pasienten kommer rett til operasjon uten å ha vært innlagt i forkant for å klargjøres.

Når det gjelder sammenslåing av ulike avdelinger ble det opplevd som positivt hvis en kunne slå sammen avdelinger som ikke var så ulike en selv.

«hvis vi hadde vært samlokalisert på samme plan...kunne vi dratt vekslers på hverandre»

Informantene opplevde at det å skulle få inn pasienter som de ikke følte seg faglig trygg på som en stor utfordring. Det handlet om å gi den enkelte pasient den omsorg den skulle ha på både et faglig ståsted og mellommenneskelig ståsted. Det opplevdes ikke greit for personalet å overta pasienter i helgene fordi en ikke kjente pasienten eller vedkommende sine utfordringer, en kjente ikke til prosedyrene som fulgte denne pasienten og en opplevde at pasienten ikke fikk den oppfølging den fortjente.

Avdelingen var allerede seksjonert i to deler der disse igjen er delt i to. Det gir en større oversikt over hvem som ligger i sengene. *«Personalgruppa ville ikke at vi skulle gå over til å ha en inndeling på to områder i stedet for fire fordi en da mistet oversikt over pasientene i sengene»*. Her var det stort fokus på at gruppeleder skal se pasientene og vite dens utfordringer. Leder hadde lagt fram forslag om å endre denne strukturen til at hver seksjon ikke ble delt opp, men det ble ikke godt mottatt i gruppen og derved ikke forsøkt innført. Noen avdelinger på sykehuset hadde gått over til den modellen og synes det fungerte greit, mens ved denne avdelingen var det samlet flere diagnoser på samme sted og det at avdelingen hadde en øyeblikkelig hjelp (ØH) funksjon. Dette medførte en mer uforutsigbar hverdag der

personalet hele tiden følte de måtte tilpasse seg nye situasjoner. Det å ha såpass stort ansvar for en hel avdeling opplevdes som mer uoversiktlig og utrygt.

Hver morgen har alle lederne et møte på data der den enkelte leder signaliserer sine utfordringer når det gjelder resurser i egen avdeling. Ved å bruke denne metoden kan en få tilført sykepleiere fra andre avdelinger som kan hjelpe en i f.eks. et stell eller en spesiell prosedyre. Det kan hende at avdelinger med ledig kapasitet kan «låne» sykepleiere for å få vakta til å gå rundt på en sikker og god måte.

Ulempen slik informantene opplever det er at *«en må først sette sykepleieren inn i pasientenes situasjon og utfordring og deretter lære de opp til å kunne mestere ukjente prosedyrer som gjelder for denne avdelingen»*. Dette er både tidkrevende og oppleves som uverdigg for pasienten da det stadig kommer ukjente personer inn for å stelle. Resultatet ble ofte at en ikke lånte sykepleiere fra andre avdelinger, men heller strakk seg lengre i egen avdeling for å komme i mål med det som skulle gjøres på vakta.

En av informantene uttrykte at en kunne ha nytte av en slik praksis hvis en hadde vært samlokalisert med avdelinger som har samme pasientgrunnlag f.eks. kreftavdelingen overtar på sikt noen av pasientene som før var ved den kirurgiske avdelingen.

5.2.2 Prioriteringer i det daglige

Det stadige jaget etter å jobbe smartere, gjør mer med samme ressurstilgang og en presset økonomi har medført en omstillingstrøtthet i avdelingen. Det var forsøkt å slå sammen ulike avdelinger med vekslende hell, og som en etter en tids prøving måtte reversere. Alle steiner ble snudd, og det skulle spares der det var mulig og aller helst på nederste linje i organisasjonen.

«vi har ikke drevet med annet enn omstilling de siste 15 årene»

Informanten opplever at ideen om hvordan ulike prosesser skal henge sammen og hvem som skal samarbeide med hvem, har vært et `prøve og feile` prosjekt. Noe har en fått til f.eks. kreftforløp mens sammenslåing av ulike avdelinger har ikke vært godt nok planlagt

«først overtok vi pasientene fra øye og så fikk vi opplæringen i etterkant»

Prioriteringen i det daglige gikk ut på å få kabalen av folk til å gå opp og gi en god omsorg til pasienten som var på avdelingen. Informanten opplevde stor endringsvilje blant de ansatte under forutsetning av at en kunne se nytten av endringene. Pålegg fra staten om endring av prosedyrer og rutinger var lette å implementere fordi det opplevdes som forskningsbasert og mer troverdig. Det gikk mer direkte på fag.

Informantene opplevde det å skulle «leies» ut til andre avdelinger som å være litt på gyngende grunn. Årsaken til det var at en kunne ikke de prosedyrene som gjaldt på avdelingen og at en ikke hadde like god kjennskap til pasientene. Det å bruke ressursene der de til enhver tid trengtes ble ikke opplevd positivt fordi en følte usikkerhet, uforutsigbarhet og at planlagte oppgaver ved egen avdeling måtte settes på vent.

«... opplæringsbit i tillegg til at du skal ta deg av en alvorlig kritisk syk pasient.»

En blir god i det en jobber med til dagen, men en kan ikke settes inn overalt selv om en er sykepleier eller spesialsykepleier. Informanten mener det er en etisk diskusjon når det gjelder spørsmålet om at postene skal bli mer generelle og der personell kan flyttes fritt rundt alt etter behov.

«Med ressurser så er det veldig mye de som er nærmest pasienten det skal spares på»

Der er ikke mer å spare på når grunnbemanningen er for lav. Presset på at legene skal være på flere plasser samtidig kan medføre at pasientene må være lenger på avdelingene. Tempoet for både pasient og ansatt blir for høyt, og de ansatte føler at de må være friske for å kunne holde ut et slikt løp på jobben.

Det utvikles stadig flere pakkeforløp for pasienten der både prosesser og personell inngår for å skape bedre flyt. Informanten uttalte at mange forsøk var blitt prøvd ut ved sykehuset uten at prosessen helt hadde landet. En blir ikke enig om hvordan det skal gjøres, hvem som skal samarbeide med hvem og ikke minst hvilke prosesser og avdelinger som er avhengige av hverandre. Avdelinger venter på tilsyn fra andre avdelinger slik at pasienten blir liggende lenger på avdelingen en hva som egentlig trengs. Denne ventingen ble ikke direkte målt i penger. Det var forsøkt ulike løsninger om å slå sammen avdelinger på helg, permanent og overgang fra `døgn til dag` kirurgi. Sistnevnte hadde hatt god effekt på belegg i sengene, da pasienten kom rett til operasjon i stedet for å skulle legges inn dagen før for å klargjøres. Dette bidro stort til å spare sengeplasser, da en hel del pasienter ikke ble lagt inn på post etter

operasjon, men fikk reise hjem etterpå. Overgangen fra `døgn til dag`, medførte derfor en mindre belastning på sengepostene og de ansatte fordi pasienten var allerede klargjort før operasjon. Dette gjelder mest de planlagte operasjonen. Ved øyeblikkelig hjelp (ØH) var saken en helt annen. Der ble pasienten først kjørt i mottak og derfra til de ulike postene alt etter hva som var pasientens utfordring.

Flyt i prosesser handler også om å lære av hverandre, lære av feil og trene de ansatte til å kunne takle ulike utfordringer. Den ene informantene ved en av avdelingene uttalte at

«...du får ikke noen konkrete tilbakemeldinger om en melder en sak.»

Dette handlet om avvikshåndtering i avdelingen og leders holdning til det. Når ansatte ikke opplever at avvik tas opp, blir det heller ikke meldt inn avvik. Muligheten til å kunne lære av feil for å redusere at det gjentar seg blir derved redusert. Her handler det om å se hva som påvirker hva, hva som kan unngås ved liknende tilfeller en annen gang, og trening på ulike scenario for å gjøre de ansatte mer rustet til å kunne møte ulike krevende situasjoner. Ved en annen avdeling hadde leder et helt annet syn på avvik ved at ho ville ha mest mulig avvik meldt inn. Der var intensjonen om at alle kan gjøre feil, men at en kan lære av hverandre slik at en reduserer muligheten til at det gjentar seg.

En av informantene opplyste at det å ha en leder som er mer tilstede og ser sine ansatte kan bidra til at ting blir satt i system på en helt annen måte. Det bidrar til at en trygger ansatte, får et mer forutsigbart forløp for pasienten og bedre flyt i egen avdeling. Leder ved en av avdelingene opplevde at tiden en skulle brukt til utvikling av egne ansatte og avdelingen blir spist opp av daglige utfordringer som f.eks. leie inn folk når noen er syke. Som ho sa

«Hadde jeg visst om en smartere måte å jobbe på, skulle jeg ha gjort med en gang»

Dette handler om intern og ekstern organisering av driften, det handler om hvordan bruke sine ansatte på en smartere måte og det handler om strukturer som enten ikke blir brukt slik de var tenkt eller at disse mangler. Vedkommende opplevde en omstillingstrøtthet der en ikke helt så hele bildet men brukte prøve og feilemetoden. Informanten hadde selv noen tanker på hvordan dette kunne ha blitt gjort bedre, men nådde ikke helt inn der beslutningene skulle fattes. Det å slå sammen avdelinger som jobber med de samme type pasienter kunne f.eks. bidra til at personalet ikke følte den usikkerheten det er å «lånes ut» til den andre avdelingen, eller motta hjelp fra den avdelingen.

5.2.3 Styrking av kompetanse

Det var lagt opp til internundervisning en gang pr måned i tillegg var det på turnus satt av to dager til kompetanseheving i året. Fokuset på kontinuerlig kompetanseheving lå mer hos den enkelte sykepleier så lenge en hadde innfridd kravene til minimumskompetanse for å jobbe i avdelingen. Formidling av kunnskap ble mer ved at en jobbet sammen med andre og at en lærte av hverandre. Der var opprettet en del ressursgrupper men der manglet en del fortsatt. Det å ta ekstra utdanning eller øke sin kompetanse var opp til den enkelte og en fikk ikke kompensasjon eller lønnsøkning for å gjøre det.

En av informantene uttalte at:

«jeg har ikke vært på noe kurs de siste seks årene»

Vedkommende opplevde at legene fortalte hva som skulle gjøre, og så gjorde de det. Det å kunne få faglig påfyll, diskutere med andre om ulike problemstillinger og føle at en har fått ta del i en kunnskap som kommer pasienten til gode følte informanten manglet.

5.3 Case 1: primærhelsetjenesten med Lean

5.3.1 Introduksjon av nye ideer

Innføringen av Lean i denne kommunen ble utført av en økonom med kjennskap til Lean. Det ble gitt opplæring til ledere og noen ansatte. Her ble det brukt brunt papir og Post-it lapper for å se på flyt og «sløsing» i avdelingen. De ansatte var i starten veldig positiv til å forsøke en annen måte for å skape mer struktur i ulike avdelinger. Hele kommunen har en overordnet plan for hvordan en skal forstå og buke Lean sine prinsipper for kontinuerlig forbedringsarbeid der sluttbrukeren skal være i fokus for alle tiltak som iverksettes. Det er blitt gitt opplæring på ledernivå og noen ansatte. Kommunen profilerer seg utad som en innovativ kommune som ser løsninger for framtiden både når det gjelder ressurser, forvaltning og økonomi.

«I utgangspunktet var Lean veldig bra. Fordi du blir sett i kortene på en god måte. Du må tenke nytt og rydde rundt deg».

Mottakelsen blant informantene var at dette kunne være en metode til å få litt system og struktur i avdelingene. Her var fokuset på å rydde og systematisere, og en tegnet kart og lagde forslag til ulike forbedringsforslag. Det medførte at det ble spart litt inn i tid som var tenkt skulle brukes til å forbedre tjenestene og gi et bedre tilbud til brukerne. Dette ble bra og alle fikk anledning til å delta og komme med forslag. Her var det grasrota som jobbet fram forslag til forbedringer og la det fram for ledelsen. Det ble utarbeidet ulike rutiner og prosedyrer, slik at ansatte lettere skulle kunne gå til ulike oppgaver uten å måtte ha mye opplæring.

5.3.2 Prioriteringer i det daglige

Den som var satt til å lære opp ansatte og ledere i Lean sin filosofi var en økonom og hadde fått i oppgave å finne innsparingspotensialer over hele linjen av kommunen. Når det var ryddet og sortert kom baksiden av innføringen. Siden en kunne spare 10 min på hver ansatt hver dag ble dette regnet om i stillingsprosenter, og disse skulle fjernes fra tjenesten.

«..vi skal bruke ressursene på en annen måte, og vi skal spre arbeidsoppgavene ut over hele døgnet sånn at vi kan være færre på jobb samtidig.»

Dette resultatet ble ikke godt mottatt av personalet eller ledelsen da det skrider mot den enkelte ansatte sin forståelse for hvordan en skal behandle en gammel dame eller mann på sine siste dager. Det opplevdes som å bli skviset mellom kravet til innsparing og det å skulle yte en god jobb. Individtilpassing og brukermedvirkning ble satt i bakgrunnene for mer effektiv og økonomisk drift av ulike enheter, noe som medførte at entusiasmen til å drive med Lean falt betraktelig. Ved en av avdelingene som hadde innført Lean ble det kuttet en 20 % stilling. Det opplevdes som om pasientene var en gjenstand som personalet utførte tekniske tjenester til, og ikke noen som en kunne yte god omsorg. Det var ikke verdsatt at en satt seg ned pratet eller leste for den gamle etter at det helt nødvendige var unnagjort. Informantene mente at det gikk på den yrkesetiske etikken løs ved at pasientene ble «tingliggjort» og ikke sett på som det enkeltindividet de er.

«..du kan ikke bruke Lean for enhver pris, hvis det kun er for å spare penger du bruker det. Du må ta menneskelige hensyn og det vil si å bruke HR ressursene våre på en god måte.»

Det å skulle fordele oppgaver utover dagen for å sikre at det ikke oppstod lediggang var informanten helt klar på, men oppgavene var mer enn bare å vaske og rydde hele tiden. Som helsearbeider handler det om å se den enkelte bruker og dens behov, like mye som å utføre stell og vask. Det handler om å kunne ta seg tid til ulike oppgaver som å lese, gå tur, samtale eller gjøre det en vet pasienten setter pris på. Disse oppgavene ble ikke tatt med i regnestykket når det skulle spares inn, og det opplevdes for de ansatte at mye av grunnen kunne være at det var en økonom og ikke en helsefagutdannet som var Lean-koordinatoren for prosessen.

Lean har ikke endret måten en har organisert tjenesten eller avdelingene må, men er noe som er kommet i etterkant. Det har ikke bidratt til at system og prosesser er endret annet enn det som har medført strukturering av ulike lager. Informantene opplyser at en savner helhetstanken når det gjelder utformingen av hele prosessen og gjennomføringen. Det er ingen som har den direkte oversikt over hele helsesektoren i kommunen. Dette har medført at hver einingsleder ser sitt område og ikke hvilke utfordringen andre områder sliter med. Det å kunne ha det overordnede blikket til å kunne fordele og prioritere er vanskelig når de enkelte lederne ikke har verken myndighet eller kunnskap til å kunne gjennomføre ulike forbedringstiltak hvis en ser hele helsesektoren under ett.

5.3.3 Styrking av kompetanse

Alle lederne og noen ansatte var kurset i Lean sin filosofi og metode. Disse igjen skulle videreformidle kunnskapen nedover i organisasjonen. Når det gjaldt generell kompetanseheving var det basert på internopplæring der noen fikk gå på kurs og som igjen skulle lære opp andre ansatte. Det var ikke satt opp et eget program for opplæring men en tok det litt etter hvilke behov som meldte seg

«Vi har ulike fagfelt som de ansatte interesserer seg og har lyst til å styrke seg i»

Ut over frivillig deltakelse var der ikke noen plan for å kjøre internopplæring i hele kommunen samtidig eller kunne bruke kompetanse ved andre institusjoner i opplæringssammenheng.

5.4 Case 2: primærhelsetjenesten uten Lean

5.4.1 Introduksjon av nye ideer

Helse- og omsorgssjef var den i helsesektoren som kunne se alle utfordringen som ulike avdelinger jobbet med. Vedkommende så på seg selv som en tilrettelegger og en som kunne planlegge for behov som ville komme i nær framtid i kommunen. Kommunen hadde over lengere tid vært inne i en omstillingsfase. Det var forsøkt å ikke ha helse- og omsorgssjef fordi en skulle ha en mer flat struktur, men dette ble etter en tid forkastet fordi en manglet den overordnede som kunne se «alle enhetene» og holde fokus på å se framover.

Ved at noen samlet trådene fra de enkelte avdelingene ble det lettere å nå fram politisk, samt at avdelingene opplevde å bli hørt i større grad. Ideene om endringer kom gjerne gjennom disse kontaktene mellom øverste leder og mellomledernivå ved at en hadde strukturerte møter med forbedring på agendaen hele tiden. Dessuten var der tilsatt en fagkonsulent som skulle vedlikeholde og utvikle kunnskap som kom flere avdelinger til gode.

Innad i avdelingene opplevde de ansatte å bli lyttet til når det gjaldt ulike forbedringstiltak endring av ulike strukturer og prosedyrer. Kulturen var at leder forhørte seg med de ansatte som var nærmest der utfordringen var.

«Når vi oppdaterer rutiner drar jeg (leder) de ansatte med. Det er de som går der og kjenner hvor skoen trykker mest.»

5.4.2 Prioriteringer i det daglige

I denne kommunen hadde de et helt annet syn på bruk av ressurser og måter å organisere sine virksomheter. Ved å ha en helse- og omsorgsleder hadde de en som holdt det overordnede blikket over alle avdelingene og kunne se hvor presset var størst, om der var ledig kapasitet i ett område for så å fordele om ressursene dit de trengtes. Dette handlet om å se sine ansatte og kanalisere det opp til øverste organ i kommunen.

«To av områdene i hjemmetjenesten har jeg måtte dele opp fordi de ble for store og uhåndterlige» ifølge helse- og omsorgssjefen.

Informantene opplevde at de fikk stor frihet i den enkelte avdeling, men samtidig en som kunne tale deres sak når det røynt på. Presset på de ulike lederne var til tider for stort og hadde vært det over en tid. Dette medførte at enkelte områder ble delt opp i mer håndterlige områder for at leder skal kunne se sine ansatte og håndtere de oppgavene som blir lagt til den enkelte leder.

«Vi jobber med kontinuerlig forbedring i forhold til prosjekt...har en fagleder som jobber med kvalitet, utvikling og rettleiing...og et system for å lære av avvik og lukke de»

Dette var noe som ble bevist jobbet med i alle ledd i organisasjonene og som en kunne finne igjen nederst i kjeden ved at ansatte opplevde dette som et system der en trygt kunne melde fra i.

Avdelingen var veldig dynamisk bygd opp med et variert pasientgrunnlag. Noe av fokuset her var at en skulle prøve å matche pasient mot fagutdanning. Der var mange tilsette som var enten fagutlærte, sykepleiere med og uten videreutdanning.

«Vi forsøker å matche utdanning mot pasient»

Ressursene ble delt inn i team hvor hvert team hadde ansvar for sitt rom. Sammensetningen av teamet var stort sett fast, men kunne variere ut fra hvilken pasient en har, og dens utfordring var. Fokuset her var hele tiden pasienten og dens behov, mer enn det økonomiske. Det ble dekket ved at en ikke hadde leid inn i alle stillinger, og derved kunne justere

bemanningen i roligere perioder. Teamene fikk stor frihet i sin utforming av tjeneste til pasienten. Teamet skulle organisere alt rundt pasienten, hvem som skulle involveres når det var snakk om tjenester utenom avdelingen, innkalling til ulike møter og samarbeid med ulike instanser og planlegging av en evt. hjemreise etter endt opphold. Denne friheten hadde to sider ved seg. For det første gav det en mer eierfølelse til prosessen og framdriften av den. Alle var ansvarlig og alle skulle få uttale seg og de ansatte fikk ta del i utformingen av tjenesten til pasienten. Informanten opplyste at vi får mer bruke faget og utvikle oss faglig ved at vi er flere som jobber i lag med samme problemstilling.

«det er utfordrende men veldig kjekt»

Informantene opplyste at det kunne bidra til en hektisk arbeidssituasjon og til tider frustrerende jobb, men at det likevel opplevdes kjekt. Når nye ideer eller prosedyrer skulle introduseres ble de ansatte alltid tatt med på råd og fikk anledning til å uttale seg. Ideene kunne like gjerne komme fra de ansatte som fra ledelsen slik at følelsen av å bli hørt når en hadde forbedringstiltak var god. Det ble jobbet med kontinuerlig forbedring hele tiden siden pasientgrunnlaget ved avdelingen var veldig skiftende. Det å lære av hverandre i situasjonen og dra nytte av den siste kunnskapen var langt framme i organisasjonen. Det var blitt opprettet ressursgrupper av ulike slag som en kunne melde seg inn i, innføring av internundervisning hvor avdelingene kunne koble seg til og som ble lagt før og etter vaktskiftet, samt fokus på å kartlegge hvilke ressurser de hadde og behovet framover. Sykepleiefaglig forum skulle bidra til at en får oversikt over behovet for både kursing, utdanning og riktig bruk av spesialkompetanse.

«...hvordan vi stimulerer til at folk tar en spesialkompetanse kan være utslagsgivende for om en blir i kommunen eller ei.»

Leder var lite synlig i det daglige, noe som kunne medføre at en fikk en kultur med mange småsjefer som ville ha mer å si enn andre. Avgjørelser som måtte tas av leder kunne dra ut i tid, da vedkommende var mye opptatt av andre gjøremål. Kulturen som utviklet seg var at vi må greie oss selv så best vi kan noe som kunne få både positive og negative utsalg. Primærsystemet opplevde informanten som greit, men at mye ansvar falt på enkeltpersoner. Opplæring av nyansatte var nettopp satt i system ved at en hadde en opplæringspakke og en mentor, men en opplevde at det ikke var satt av nok tid til dette arbeidet. Her kunne det være mer enn nok folk på jobb, da det var mange som var under utdanning og som fikk sin praksis

her. Informanten opplyste om at det til tider var for mange på jobb, slik at en mistet litt oversikten. Ønske om å kunne gi de som var under utdanning og i praksis en best mulig veiledning opplevdes som utfordrende når det var mange på jobb samtidig.

Ledelsen var klar på at når en skulle inn og informere pasient og pårørende skulle hele faggruppen rundt pasienten i forkant ha samlet seg og blitt enige.

«...vi som faggruppe setter oss ned og blir enige før vi går i møte med pasient og pårørende»

Utfordringen her var at det var vanskelig å finne et tidspunkt som passet for alle involverte og det å skulle bli enige i veien videre for pasienten. Hvordan en løste denne floken kom helt an på hvem som skulle delta på møtet og kompleksiteten av behandlingen til pasienten.

«Jeg savner en leder som holder i tråden gjennom hele uka».

Friheten en ble gitt av leder til å utforme tjenestene og ulike prosesser rundt bruker var bra ved at en fikk mulighet til å samarbeide og lære av ulike medarbeidere og yrkesgrupper, men de gav og mer usikkerhet i teamet når alle avgjørelser stod og falt på teamets avgjørelser. Det fungerte for noen, men for andre gjorde det ikke slik at enkeltpersoner innad i gruppene måtte ta på ansvaret for at ting fløt slik det skulle.

Kontrollspennet for den enkelte leder oppleves som for stort, men samtidig var der motstand mot å gi fra seg oppgaver som kunne blitt utført av ander. Det å ikke lenger skulle kunne leie inn når noen er syke eller borte, ble for noen opplevd som å miste kontroll over hvem som kom på jobb og deres kvalifikasjoner. Selv om dette var en tidkrevende jobb for den enkelte leder opplevdes det som usikkert å ikke kunne velge hvem en skulle kontakte. Helse- og omsorgssjefen så det på en helt annen måte da det noen ganger var ledig kapasitet i enkelte avdelinger, mens det i andre avdelinger var et veldig stort press. Ved at en kunne omfordele noe personal kunne det bidra til å lette belastningen og en kunne få utviklet sin kompetanse ved at en fikk prøve seg på andre avdelinger.

5.4.3 Styrking av kompetanse

I denne kommunen ble kompetanseheving satt i system etter innføring av samhandlingsreformen. Ved at ansatte som jobbet med f.eks. akuttavdeling hadde fått dekket videreutdanning, stod en sterkere rustet til å ta motta utskrivningsklare pasienter. Denne

finansieringen var ikke videreført i dag, men var et av satsingsområdene til fagkonsulenten å kartlegge hva som fantes av utdanning og behovet generelt i helsesektoren. Helse og omsorgssjefen uttalte at:

«vi må gjøre oss lekker for å få søkere til stillingene»

Dette handlet om hva kommunen kunne tilby en som ville søke jobb og gjøre karriere i kommunen, men det handlet like mye om å kunne stette krav fra myndighetenes side om å kunne tilby tjenester til innbyggerne i kommunen. Siden kommunen profilerte at en skulle kunne bo hjemme til en døde, var behovet for kompetanse økende.

Det var startet opp med internundervisning, sykepleiefaglig forum samt et introduksjonsprogram for alle nytilsatte. Dette var såpass nytt at en ikke hadde kunnet evaluert effekten av det ennå, men de ansatte synes det virket oppløftende og godt. Utfordringen ble å kunne få satt av tid i det daglige til å jobbe med dette, fordi dagen allerede var nokså full. Den ene informanten opplyste at ho hadde opplæringsansvar for en person, men at det ikke fungerte fordi de hele tiden hadde motsatte vakter.

Betydningen av å lære av hverandre ble framhevet som veldig viktig, for det gav en mulighet til å spørre og prøve under trygge forhold. Det å skulle lære noe den ene dagen og bruke kunnskapen om et halvt år opplevdes som fånyttet. Derimot var det å bruke fagsykepleier til opplæring i avdelingen når behovet meldte, seg sett på som en viktig kunnskapsformidling og læring.

6 Funn

Jeg vil her sette opp en tabell som viser en oversikt over mine funn med Lean og ikke Lean der jeg skiller mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Case 1 sykehus med Lean (Tabell 6.1 presentasjon av funn)

	Positive sider	Negative sider
Introduksjon av nye ideer	<p>Følger Lean-forløpet når det gjelder implementering. Starter i det små, justerer og evaluerer og utvider gradvis. Gir god opplæring til ledere som igjen skal videreføre kunnskapen til egen avdeling.</p> <p>Viser til resultat for å fenge de ansatte. Synliggjør hvordan hver ansatt er en viktig brikke i verdikjeden og pasientbehandlingen.</p>	<p>Tidkrevende prosesser som ikke alltid prioriteres i den daglige driften.</p> <p>Endring av kultur tar tid, og det er en utfordring å få alle med på lasset.</p> <p>Enkelte avdelinger tappes for ressurser fordi de inngår i så mange prosesser som skjer utenfor egen avdeling.</p> <p>Opphoping av pasienter i enkelte avdelinger pga. fordi flere pasienter behandles og trenger intensivbehandling i kortere eller lengre perioder. Kapasiteten på sykehuset er sprengt pga. økende tilstrømming av pasienter og liten mulighet på kort sikt å få utvidet denne kapasiteten.</p> <p>Den enkelte ser ikke alltid at Lean-arbeidet må jobbes og vedlikeholdes på avdelingsnivå like mye som på et overordnet nivå.</p>
Prioriteringer i det daglige	<p>Bedre flyt i avdelingen ved at utstyr og medisiner er ryddet og satt i system der alle vet hvor en finner ting. Dette bidrar til å lette en travel hverdag.</p> <p>Fått bedre pasientsikkerhet ved at det nå foreligger kun</p>	<p>Avdelingen blir daglig tappet for ressurser som skal være med på prosesser utenfor egen avdeling, noe som medfører større behov for innleieing av ekstra ressurser.</p> <p>Ved at avdelingen er fusjonert med hjerte-</p>

	<p>en intensivjournal i stedet for tre.</p> <p>Større press på ansatte ved ene avdelingen, mens det ved andre avdelinger har blitt en lettere hverdag.</p> <p>Går lettere til ulike oppgaver fordi en er trent på prosedyrer og har fastlagte standarder en skal følge i ulike behandlingsforløp</p> <p>Flere på jobb en kan spørre når en ikke har nok kunnskap.</p> <p>Flere en kan spille på når en skal leie inn ekstra personell fordi avdelingen er blitt større.</p>	<p>avdelingen er det nå mer press på kompetanse der fagfeltet har blitt litt for stort og omfattende.</p> <p>Alt for stort fagområde og alt for mange diagnoser som skal dekkes.</p> <p>Mer usikkerhet når det gjelder områder en ikke har like god kunnskap på.</p>
Styrking av kompetanse	<p>Bevist opplæringsplan for alle ansatte. Prioriterer å søke på midler til kursing og undervisning.</p> <p>Har et bevist forhold til opplæring av nyansatte ved egen plan og kontaktsykepleier.</p> <p>Har satset på mange ressursgrupper som tar seg av opplæring og videreformidling av kunnskap i egen avdeling.</p>	<p>Vanskelig å rekruttere nye fordi fagfeltet er så enormt stort.</p>

Case 2 sykehus uten Lean (Tabell 6.2 presentasjon av funn)

	Positive sider	Negative sider
Introduksjon av nye ideer	<p>Gått fra `døgn til dag` ved at pasienten er klargjort før den kommer til sykehus og ikke trenger legges inn verken i forkant eller noen ganger i etterkant av operasjon.</p> <p>Stor endringsvilje hvis endringen er forskningsbasert eller nasjonale føringer.</p> <p>Øker muligheten for bedre ressursforvaltning fordi lederne sammen planlegger hver dag ulike avdelingers behov.</p>	<p>Omstillingstrøtthet da mange forslag har vært framme siste årene uten at en helt har tenkt gjennom utfallet av endringen.</p> <p>Ulike prosesser snakker ikke alltid sammen, noe som medfører at en venter på tilsyn fra ulike avdelinger.</p> <p>Sammenslåing av ulike avdelinger fører til mer usikkerhet for pasient og personal.</p> <p>Manglende opplæring i forkant av endringer.</p> <p>Personell ønsker ikke å leies ut/få personell fra andre avdelinger fordi en må læres opp i nye prosedyrer og pasienter.</p> <p>Personell ønsker en mest mulig stabil hverdag og ikke endringer i rutiner uten å ha forsøkt.</p> <p>Liten mulighet til å påvirke prosesser som går over flere avdelinger.</p>
Prioriteringer i det daglige	<p>Ved å holde på den strukturen en har føler personalet at de til enhver tid har oversikt over hvem som ligger i de ulike sengene fordi det ikke er for store grupper</p>	<p>Leder bruker mye tid på å skaffe folk på ulike vakter.</p> <p>Leder blir for lite tilgjengelig for ansatte pga. en travel hverdag.</p>
Styrking av kompetanse	<p>Har fått i gang en del ressursgrupper.</p> <p>Internopplæring en gang pr mnd.</p>	<p>Få tilbud om kurs og kompetanseheving.</p> <p>Begrenset mulighet til egenutvikling grunnet stort press i det daglige.</p>

Case 1 sykehjem med Lean (tabell 6.3 presentasjon av funn)

	Positive sider	Negative sider
Introduksjon av nye ideer	<p>Startet med opplæring av alle lederne og noen ansatte. Disse fikk bidra til å finne forbedringspotensial i egen avdeling. Positivt mottatt i starten. Opplevde det å bli «sett i kortene» som en mulighet til å utforme en bedre tjeneste.</p>	<p>Intensjonen med forbedringene ble kutt i stillinger.</p> <p>Ikke alle avdelinger fikk samme innføring, slik at disse fulgte gammel mal.</p> <p>Ulik kulturforståelse for om modellen gav en forbedring eller forverring av dagens situasjon, som reduksjon i stillingsprosent.</p> <p>Oppgaver spres ut over dagen slik at en ikke trenger å være så mangen personal på hver vakt, noe som går på bekostning av tid til samvær med pasientene/brukerne</p>
Prioriteringer i det daglige	<p>Mer system i lager og medisiner gir økonomisk gevinst fordi en ikke lenger har så store lager å forholde seg til.</p> <p>Prosedyrer som gjør til at flere kan utføre ulike oppgaver uten å ha fått særlig opplæring.</p>	<p>Ingen endring i selve organisasjonsstrukturen. Føler at en blir straffet for å komme med forbedringsforslag.</p> <p>Lean-filosofien strider med den enkelte sykepleiers etikk og syn på hvilke tilbud som skal gis til den gamle, når det blir kutt i ikke tekniske oppgaver som lesing, kommunikasjon etc.</p>
Styrking av kompetanse	<p>Ledere har fått opplæring i Lean-filosofien. Ansatte får mulighet til kompetanseheving gjennom internundervisning og noe kurs.</p>	

Case 2 sykehjem uten Lean (Tabell 6.4 presentasjon av funn)

<p>Introduksjon av nye ideer</p>		<p>Har en øverste leder i kommunen som samler alle trådene fra ulike eininger og kanalisere behov både oppover og nedover i systemet.</p> <p>Avdelingsleder jobber aktivt med forbedringsarbeid opp mot pasienter og ansatte.</p> <p>Ansatte får ta aktivt del i utforming av tjenester og prosedyrer til pasientene.</p>	<p>For mye ansvar legges på teamene i utformingen av tjenesten. Dette kan medføre økt stress og konflikter internt i teamene.</p> <p>Mangler en leder som styrer prosessene i de ulike teamene siden alle skal ha like mye å si når en avgjørelse skal fattes.</p>
<p>Prioriteringer i det daglige</p>		<p>Avdelingene er team-organisert ved at teamet legger opplegget for pasienten.</p> <p>Stor frihet i det daglige til å utforme tjenesten både for leder og ansatt.</p> <p>Ansatte føler eierskap til prosessene.</p> <p>God samarbeid i organisasjonen.</p> <p>Stort fokus på lederbelastning og behovet for endrede strukturer.</p> <p>Egen fagutvikler som jobber med kvalitetsforbedring ut mot institusjonene og avdelingene.</p> <p>Bevist valg å koble kompetanse mot pasient</p>	<p>Travel leder medfører at det til tider blir «høyt under taket».</p> <p>Ingen som holder tråden gjennom hele uka, da alle i teamene går i ulike turnuser og en ikke har en person som går på dag gjennom hele uka.</p> <p>Opplevelse av mange småsjefer.</p>

		<p>for å kunne gi best mulig omsorg ved akutt plasser.</p> <p>Stor trivsel på jobben.</p> <p>Meningsfylte oppgaver der en får bruke fag mye.</p>	
Styrking av kompetanse		<p>Startet opp med å utdanne spesialsykepleiere i forkant av samhandlingsreformen.</p> <p>Driver aktivt med kompetansekartlegging for å avdekke om ressurspersoner brukes riktig og om det skal gis støtte til ulike utdanninger.</p> <p>Skulder ved skulder læring.</p> <p>Opplæringsplan for nyansatte.</p> <p>Ressursgrupper med ansvar for opplæring av andre ansatte i egen og andre avdelinger.</p> <p>Internopplæring en gang pr 14 dag hvor alle eininger kan koble seg opp og delta.</p>	<p>For liten tid til opplæring av nyansatte i institusjon grunnet ulike turnuser.</p>

6.1 Sammenfatning av funnene

Introduksjon av nye ideer

Ser en på avdelinger med Lean i spesialisthelsetjenesten ble dette først prøvd ut i det små og siden utvidet til flere avdelinger. Det var i forkant gitt god opplæring og ansatte ble tatt med på råd og var aktivt deltagere i utformingen av tjenestene. Fokuset var å se på hvordan en kunne forbedre tilbudet til pasienten med det samme antall ansatte en hadde uten at det medførte mer løping og travlere hverdag.

I avdeling med Lean i sykehjem ble arbeidet med innføring av Lean godt mottatt i starten for de ansatte og lederne så behovet for mer struktur og orden i avdelingen. Når resultatet etter ett år ble at det ble kuttet i stillingsprosjenter etter hvor mye en hadde spart inn ved å få mer orden i ulike lagre, falt engasjementet. Det ble ikke mindre løping og mer tid til pasientene etter innføring av Lean.

I en vanlig sykehusavdeling var der en omstillingstrøtthet da det stadig var nye modeller som skulle prøves ut og hvor ansatte ikke følte at strukturen helt var på plass. Avdelingen opplevde ikke at de alltid var gjensidig avhengig av hverandre, slik at flyten manglet flere steder. Pasienter som ventet på annen avdeling måtte ligge flere døgn en nødvendig på post fordi en ventet på ulike tilsyn.

I en sykehjemsavdeling med både akuttfunksjon og langtidsplasser var det innført teamorganisering. Dette fungerte godt. De ansatte og lederne opplevde teamorganisering som en god måte å jobbe på fordi en jobbet tverrfaglig og kunne dra veksler på ulike profesjoner i utforming av tjeneste til pasient/bruker. Strukturene var på plass og introduksjon av nye ideer ble sett på som en mulighet til forbedring av tjenesten. Dette var forankret til øverste sjef i kommunen.

Prioriteringer i det daglige

I Lean spesialisthelsetjenesten gav denne modellen en bedre flyt i avdelingen og bidrog til å lette en travel hverdag i noen avdelinger, mens andre avdelinger hadde fått økt press på ressursene. Dette kan skyldes at denne avdelingen inngikk i ulike prosesser utenom egen avdeling. Prosedyrer og rutiner gjorde til at ansatte opplevde at de lettere gikk til ulike oppgaver. Alle lager var systematisert etter same mal, slik at en lettere fant fram. Stort fokus

på å fjerne prosesser og utstyr som ikke var behov for. Det ble mer press på fagkompetanse da fagfeltene ble veldig store for sykepleierne. Noen legers ansvarsområde gikk ut over eget kompetansefelt da de fikk ansvar for en hel behandlingslinje. Dette var i noen tilfelle greit, mens det i andre tilfeller opplevdes som å jobbe litt på andres fagfelt.

Ledere og ansatte i sykehjem med Lean, følte at reduksjon i stillingsprosent gikk ut over tilbudet til pasientene og den daglige driften. Ved sykehjemmet var det ikke endret i måten en jobbet på annet enn at det var blitt mer system på ulike lager og at en hadde fått på plass noen prosedyrer der det var faste ting som gjentok seg f.eks. bestilling av varer. Det var ikke mulig å justere ressurstilgangen siden avdelingene hele tiden var fulle av pasienter/brukere.

I vanlig sykehus ønsket ikke avdelingen å endre mye på strukturene fordi personalet føler kontroll over pasienter og oppgaver ved at ansvarsområdet ikke er for stort. Ved mangel på ressurser kunne en melde det i et felles datamøte for lederne hver morgen, men denne avdelingen ville helst klare seg selv fordi det opplevdes som mer utfordrende å lære opp nye i ulike prosedyrer. Dessuten ønsket ikke ansatte å bli leid ut fordi de ikke kjente nok til avdelingene og prosedyrene på andre avdelinger. Forbedringsarbeid i avdelingen gikk mest på å se om ulike rutiner kunne forbedres, men ikke så mye opp mot andre avdelinger. Presset på legene var såpass stort at det virket hemmende for utviklingsarbeidet.

I sykehjemmet uten Lean opplevde ansatte stor frihet til å utforme tjenesten til pasientene i de teamene de var i. Leder opererte mer som en formidler av ideer og overlot til teamene å organisere tjenesten til pasientene. Der var et bevist forhold til det å koble kompetanse opp mot pasient, enten pasienten var en korttids- eller langtidsbruker av sykehjemstjenester. Ulempen med en slik frihet var at ansatte opplevde at de manglet de en overordnet som holdt tråden gjennom hele uka fordi alle gikk i turnus.

Styrking av kompetanse

Lean sykehus hadde et veldig bevist opplegg når det gjaldt styrking av kompetanse der en sendte ansatte på kurs, hadde mange ressursgrupper som tok seg av internundervisning og hadde et strukturert opplegg for nyansatte det det gikk over tid med en mentor som hele tiden fulgte de. Der var undervisning en time hver uke. Denne undervisningen gikk for seg i egen avdeling men også opp mot andre avdelinger hvor ulike problemstillinger meldte behov for

oppdatering av kunnskap. Stort fokus på å kunne møte morgendagens utfordring når det gjelder å behandle komplekse pasientgrupper.

Sykehusavdelingen slet med økonomi, slik at en ikke hadde mulighet til å sende folk på kurs. Kompetanseheving var mye basert på frivillig basis der ansatte selv kunne skolere seg og bringe kunnskapen til de andre ansatte. Ikke så mange ressursgrupper i avdelingen. Stort ønske om å få til strukturert internundervisning som ansatte kunne delta på. Det var satt av tid til internundervisning en time pr måned i tillegg til to dager, satt av på turnus, pr. år. Det var den enkelte ansatte som selv hadde ansvar for å ha nok kunnskap til å kunne tilby ulike tjenester/behandling til pasienten.

Det var lite midler til videreutdanning ved sykehjemmet med Lean, men leder prioriterte å sende noe på kurs for så å lære opp de andre ansatte i den nye kunnskapen. Her var noen ressursgrupper som ansatte kunne delta i ut fra eget ønske. Det var ikke et strukturert opplegg for internundervisning i kommunen som gjaldt alle ansatte i helsesektoren.

Stort fokus i hele kommunen uten Lean, på å ha nok kvalifisert personell i ulike enheter. Var gitt utdanningsstøtte i forkant av samhandlingsreformen for å kunne møte ulike utfordringer. Internundervisning via web annenhver uke. Undervisning i situasjonen der det er påkrevd og eget opplæringsprogram for nytilsatte.

7 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg bruke funnene fra denne studien og se dem i lys av teori og kunnskapsstatus på feltet. Jeg vil ta for meg hvordan nye ideer blir introdusert og mottatt i de ulike avdelingene jeg har undersøkt. Her vil jeg se på om ideen påvirker ressursforvaltningen i sykehus og sykehjem, hvordan den hierarkiske oversettelseskjeden fungerer og hvor vidt ideen er implementert i organisasjonen. Jeg vil også se på om det er noen forskjell mellom virksomheter som bruker Lean som modell og de som ikke gjør det.

Når jeg bruker begreper som verdiavklaring, verdikjedeanalyse, tilrettelegging for flyt, pullprinsippet og etablering av kultur og perfektionering som overskrifter er disse hentet fra Lean-litteraturen til Røvik (2007) og Røvik (2016). De samme begrepene finner en igjen i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) og kvalitets sirkelen på helsebiblioteket (Folkehelseinstituttet, 2015) og som er allment kjent i kvalitetsforbedringsarbeidet. For at en skal kunne vite hva som undersøkes og sammenlignes mot har jeg derfor valgt å beholde de samme overskriftene i både case 1 og case 2.

7.1 Hvordan blir nye ideer om ressursforvaltning introdusert, mottatt og iverksatt i sykehusavdeling med Lean?

Hovedfunn:

- Informantene beskriver at de som ansatte var delaktig under implementeringen av Lean og filosofien hadde sterk forankring i organisasjonen fra toppledelsen og nedover til ansatte på «gulvet».
- Lean-koordinator rolle løftes fram som en avgjørende for implementering av Lean i organisasjonen.
- De ansatte beskriver stolthet og at sykehusorganisasjonen mottar anerkjennelse fra omgivelsene. Forklaringen som gis på den vellykkede Lean-implementeringen er at flere system i sykehuset «snakket» sammen på en slik måte at en fikk bedre pasientbehandling og ressursforvaltning sammenliknet med tidligere praksis ved sykehuset.

7.1.1 Verdiavklaring

For sykehuset som implementerte Lean var ambisjonen å forbedre pasientbehandlingen med bortimot den samme bemanningen som tidligere. Å se hele organisasjonen under ett ble beskrevet som viktig for å oppdage hvor en kunne gjøre forbedringer i behandlingslinjer og hvordan ulike prosesser samhandlet når det gjelder ressursbruk. Ledelsen introduserte Lean metoden i sykehuset i en avdeling først. De ansatte ble involvert i hele prosessen fra starten og var aktive pådrivere for å finne forbedringsområder i egen avdeling og komme med forslag til endrede arbeidsmåter og strukturer. Resultatet av denne prosessen var at de ansatte ble fenget fordi en så sammenhengen mellom pasientbehandling, bedre strukturer og prosedyrer samt bedre bruk av tilgjengelige ressurser i avdelingen. Som en av informantene uttrykte det: «*vi har Leant en del utstyr og fått mer orden på ulike lager slik at vi lettere finner det vi leter etter og det er bra.* En av informanten trakk også fram verdien av bedre strukturer ved at pasienten nå ikke må vente lenge i mottak på avklaring, men kom raskere til den avdelingen som en skulle være på. Tiden fra en lårhalspasient kom i mottak til den var på avdelingen hadde gått ned fra 6 timer til 20 minutt.

Den økte tilfredsheten hos de ansatte støttes av funnene i bl.a. masteroppgavene til (Grøndalen, 2013, Fongen, 2015 og Hoelsæter, 2017). De forklarer en økt tilfredshet hos de ansatte med at en har fått innført bedre strukturer som snakker sammen på en slik måte at en har fått fjernet `tidstyver` og forbedret pasientbehandlingen. Ifølge Ladegård og Vabo (2011) handler både ledelse, styring og verdier om at aktørene streber etter å nå et spesifikt mål, som overført til denne konteksten er bedre pasientbehandling og ressursforvaltning. Andre forfattere skiller mellom ledelse og styring. Ledelse blir sett på som mer personorientert mens styring er mer anvendelse av ulike styringsinstrument. Røvik (2007) tar utgangspunkt i et slikt skille når han skriver at formelle strukturer og formaliserte prosedyrer og rutiner brukes som styringsverktøy, og kobler dette til prosesstankegangen i Lean som bygger på å søke forutsigbarhet i produksjonen. Verdibegrepet i Lean kan knyttes til hva som har verdi for `kunden`, som overført til helsevesenet betyr pasienten. der han sier at formelle strukturer og formaliserte prosedyrer og rutiner brukes som styringsverktøy, noe en finner igjen i Lean ved at prosesstankegangen bygger mye på å søke forutsigbarhet i produksjonen. Alt som ikke gir verdi for kunden skal enten tas bort eller endres på. Det kunden angir som verdi skal være retningsgivende for hvilke produkter som skal tilbys (Womack og Jones, 1996). Busch (2012) skiller mellom målverdier og instrumentelle verdier. Målverdiene er knyttet til sluttstanden,

som for dette sykehuset var å redusere behandlingstiden for pasientene. Når en ser på den instrumentelle verdien er det knyttet til hvordan en handler, som for dette sykehuset innebar bruk av Lean – verktøyene for å få til flyt i ulike prosesser og å fjerne `spill`. Informantenes opplevelse av at ressursene i avdelingen ble brukt på en bedre måte hang sammen med bedre strukturer innad i egen avdeling, endringer i prosedyrer som regulerer grenseflaten mot andre avdelinger og strukturendringer i organisasjonen som helhet. Lean som ressursforvaltningsmetode ble vurdert positivt til tross for at en ikke alltid fikk nok anledning til å prioritere Lean-arbeidet i en travel hverdag.

7.1.2 Verdikjedeanalyse

Før sykehuset startet Lean-arbeidet som innebærer at det gjøres en såkalt verdikjedeanalyse, ble det opprettet en stilling som Lean-koordinator. Informanten opplyste at en i forkant av implementeringen hadde hatt opplæring på 145 ledere og noen ansatte fra avdelingene slik at alle skulle ha den samme forståelsen for hva Lean innebar deres organisasjon. Lean – koordinatoren fungerte som både en oversetter og en implementerer i organisasjonen. Som en av informantene opplyste så «*han fungerer som en veileder i arbeidet med Lean og styrer implementeringen mot avdelingene*» Dette er noe en finner igjen i alle dokument som er utarbeidet når det gjelder implementeringen av Lean fra starten og gjennom det videre arbeidet med å innføre Lean i organisasjonen.

Lean handler om å dele ulike prosesser ned i mindre delprosesser for å lokalisere «sløsing» (Womack og Jones, 1996). I sykehuset ble derfor ulike prosesser, ulike lager standardisert og systematisert slik at hele sykehuset snakket samme «språk». Ved dette sykehuset opplyste informanten at når en pasient ble meldt til sykehuset skulle han eller hun kanaliseres til rett nivå og til rett avdeling med en gang for å redusere unødig ventetid og lidelse for pasienten. Dette ble gjort slik at når en pasient med lårhalsbrudd kom til sykehuset ble det tatt røntgen umiddelbart, aktuell lege så på bildene og sendte pasienten direkte til avdeling med en gang. Denne endringen i prosedyrer og forvaltning av ressurser var et resultat av en verdistrømsanalyse som resulterte i en reduksjon av ventetid i mottak fra 6 timer til 20 min. En verdistrømsanalyse gjøres det på bakgrunn av kjerneoppgavene i organisasjonen. En ser på hvilke prosesser som henger sammen, hvordan de henger sammen og om der kan gjøres endringer som medfører bedre sammensetninger. Det en undersøker er såkalte flytenheter som materiell, informasjon og mennesker, ettersom det er disse faktorene som anses som kritiske i en prosess. Når en i et Lean arbeid undersøker ressurseffektivitet ser en på hvordan ulike

ressurser brukes i organisasjonen, mens flyteffektivitet dreier seg om hvordan ulike flytenheter beveger seg gjennom prosessen (Røvik 2007, Modig og Ålstrøm 2015). Når Røvik (2016) søker å forene translasjonsteori og iverksettingsteori er hensikten å forstå hvordan en oversetting av en ide vil virke i praksis i den organisasjonen den er tenkt virke. Når en i sykehuset har valgt å bruke en Lean-koordinator til å styre arbeidet med innføring av Lean bidrar dette ifølge informantene til å skape felles oppfatning av hva Lean ideen går ut på, hvordan den er tenkt å virke i organisasjonen og at vedkommende skal være den samlende personen i arbeidet med Lean.

7.1.3 Tilrettelegging for flyt

Et hovedfunn i studien er at Lean-koordinator i sykehuset bidrar til å tilrettelegge for flyt. Sykehusledelsens tanke bak det å ha en Lean koordinator som holdt i «trådene» var at noen skulle ha ansvar for å holde `trøkket` oppe og oppdage utfordringer som gikk ut over egen avdeling, samt være med å analysere hvor flaskehalsene i organisasjonen var. Dessuten forteller respondentene at Lean-koordinatoren bidrar til at ulike system «snakker sammen», at en lettere kan identifisere områder som ikke gir verdi, altså «sløsing eller spill» og at ressursbehovet blir synliggjort og tatt hensyn til i utformingen av tjenester. En av informantene opplyste at når de fikk mer ryddige og standardiserte lager og medisinerrom bidro det til mindre leting, mindre kasting av utgåtte varer, mindre lager da en ikke lenger hadde like stort vareutvalg. Samlet bidro dette til at det ble lettere for ansatte å finne fram. Her bidro Lean arbeidet til en økonomisk innsparing og reduksjon av ressursbruken.

Når en skal tilrettelegge for flyt forteller respondentene at de startet med et grundig oppryddingsarbeid som en i Lean-terminologien kaller 5S (sortere, systematisere, standardisere, skinne, sikre (Womack og Jones 1996)). Dette har som formål å lage en grunnplattform som alle de andre verktøyene kan bygge videre på og hindre at det oppstår feil. Tilrettelegging for flyt tar inn i seg det å måle tiden det tar fra en starter opp en prosess til den avsluttes. Det antas at det i en forbedringsprosess vil være mange hindringer som skal passeres. I helsevesenet er det f.eks. ikke alt som lar seg måle og tidfeste. Fra myndighetene framheves det i st.meld. 11. (2015-2016) at pasienten skal være drivende for hvilke helsetjenester som skal ytes, samt at en skal søke å fornye, forenkle og forbedre tjenestene en har i dag. For å nå dette målet satses det på sykehuset på å tilrettelegge for flyt ikke bare i egen avdeling, men like mye ut mot andre instanser utenfor sykehuset.

Kvalitetsindikatorer som brukes kan deles inn i strukturindikatorer, prosessindikatorer og resultatindikatorer (helsenorge.no). Disse brukes som en målemetode for om en oppnår resultat som er innenfor angitt tidsramme for den enkelte behandling. Når Fineide og Ramsdal (2014) omtaler prosesstenkning som utvikling av standardiserte pasientforløp er det på bakgrunn av begreper som «helhetlige pasientforløp». Dette «selger» både som politiske symbolramme men også i befolkningen generelt.

7.1.4 Pullprinsippet

Sykehuset brukte etter hvert prosesstenkning fra Lean på stadig flere områder som utvikling av pakkeforløp, utvikling av nye journalsystem og forbedring av flyt f.eks. på røntgenavdelingen. Det var en felles forståelse for at kapasitetsmangelen på røntgen var en flaskehals i systemet som medførte venting for andre avdelinger. Dette var ikke lett å endre på med en gang fordi det medførte store kostnader for sykehuset i stedet forsøkte en å få til ordninger som medførte bedre utnyttelse av eksisterende utstyr og ressurser til evt. økonomien kunne tillate kjøp av ny maskin. Før ble pasienter med mistanke om kreft sendt hjem etter at bildet ble tatt siden en manglet nok personell til å analysere bildet. Etter innføringen av Lean ble f.eks. personer over 40 år bedt om å vente i to time etter bildet ble tatt slik at aktuell lege kunne se på bildene, personen ble tatt inn og et evt. behandlingsforløp ble forberedt i lag med pasient og lege.

Etterspørsel-drevet produksjon samsvarer med det som Røvik (2007) betegner som kanalisering av ressurser til områder der behovet er størst og der pasientverdien er størst.

7.1.5 Etablering av kultur og perfektjonering

Informanten beskrev at det var ikke helt uten motstand en brukte Lean som metodikk for sykehuset. Utfordringen var ifølge flere å få medisinerere til å ta ansvar for en hel behandlingslinje som gjerne går ut over eget fagområde. I tillegg var der en generell overbelastning ved sykehuset fordi risikosport medførte flere sykehusinnleggelses enn tidligere. Som en av informantene opplyste «*vi har fått flere oppgaver uten at vi har fått tilført mere penger og vi skulle ha hatt flere hoder her ja*». Utfordringen var å kunne ta unna den økende pasientmengden med samme bemanning uten at det medførte økte kostnader for sykehuset.

Ved at sykehuset valgte å starte i det små med opplæring i Lean filosofien og utvikling av ulike prosesser, brukte en resultatene fra dette arbeidet til å fenge andre ansatte. Iverksettingen av Lean ble som en «snøball» som rullet, der det kom stadig flere avdelinger med.

Innføringen av Lean i avdelingene var basert på frivillighet men alle fikk samme opplæring og trening i bruk av Lean verktøyene. I den ene avdelingen opplyste informantene at de kun hadde brukt Lean i ett år, men at en allerede nå hadde fått implementert ulike system og ryddet grundig rundt seg. Dessuten hadde leder en klar formening om at selv om dette var en akuttavdeling kunne en bruke Lean internt for å gi en bedre behandling til ulike pasientgrupper f.eks. akutte tilfeller av pusteproblem hos lungepasienter som var gjengangere i avdelingen. I tillegg hadde et forenklet journalsystem der tre journaler var blitt til en journal, medført mindre feilføring, mindre arbeid for personal, større pasientsikkerhet og bedre kontroll over dataene som ble ført inn.

De ansatte ble aktivt tatt med i ulike prosesser og var pådrivere til å finne områder som kunne forbedres og videreutvikles innad i egen avdeling. Dette handler om å jobbe i team både innad i egen avdeling og i hele organisasjonen. Som en av informantene opplyste så tenkte vedkommende ikke på at Lean var en del av hennes hverdag og prioriteringsområde. For å kunne si at en implementering av en ide er vellykket må hele organisasjonen ha tatt ideen i bruk og ser nytten av den (Røvik, 2007). I dette sykehuset var resultatene noe av det som bidro til at prosessen ble vellykket, fordi ansatte så verdien av å ha systemer som «snakket» med hverandre, det ble bedre strukturer både innad i egen avdeling og for hele sykehuset. En av utfordringene ved avdelingen var ifølge informantene at *«fagfeltet er begynt å bli veldig stort og en skal liksom kunne litt om alt. Vi går liksom inn i mange prosesser på sykehuset»*. Profesjonstunge virksomheter som et sykehus er vil det å ta profesjonene med fra starten av være avgjørende for om en lykkes (Busch 2012). Det at noen avdelinger opplevde en ressursutfordring fordi ansatte deltok i flere prosesser, opplevde en annen avdeling en dreining mot mer forutsigbarhet i det daglige arbeidet. Dette kan delvis skyldes at den ene avdelingen var en intensivavdeling og den andre var en kirurgisk avdeling med ca. halvparten øyeblikkelig hjelp pasienter og resten planlagte innleggelser.

En av informantene uttrykte at *«...raskere og bedre forløp for pasienten...Bedre flyt gir også bedre og mer effektiv bruk av ressurser»*. Det rådet stolthet over hva sykehuset hadde fått til og resultatene en kunne vise til med kortere behandlingstid, overgang til samme-dags-kirurgi, og mer fornøyde pasienter. Ved at ansatte fikk eierskap til prosessene bidro det til eierskap til resultatet. Det å føle at en er en del av en større sammenheng medførte større stolthet når en så

resultatet. Det var ikke uten motstand i starten, men resultatene ble det som bidro til at ansatte mer og mer tenkte i termer av kontinuerlig forbedring i alle ledd. De samme resultatene kan en finne igjen i masteroppgaven til Hoelsæter (2017) der hun gjennom sin forskning finner stor tilfredshet hos de ansatte ved overgangen til Lean fordi en får mer strukturer, bedre system og mer forutsigbar ressursforvaltning. Overgangen fra mer «silo» tenking til prosessbasert organisering bidrar til at en skal se helheten i stedet for å tenke f.eks. egen avdeling. Silotenking bidrar til at en spesialisere enkelte områder mens prosessbasert organisering bidrar til å fjerne grensene mellom f.eks. hvor den enkelte profesjon jobber og virker, men heller ser profesjonens verdi som en del av en større helhet som et pasientforløp er.

7.2 Hvordan blir nye ideer om ressursforvaltning introdusert, mottatt og iverksatt i sykehjemsavdeling med Lean?

Hovedfunn:

- Ansatte var i starten delaktig under implementeringen av Lean og filosofien hadde sterk forankring i organisasjonen fra toppledelsen, men mistet sin forankring i resten av organisasjonen når resultatet av innføringen ble å fjerne stillingsprosjekter.
- Lean-koordinator spilte en avgjørende rolle i starten når det gjaldt implementering av Lean i organisasjonen, men ble etter hvert mer sett på som en som skulle finne innsparingsområder i stedet for forbedringsområder.
- Utad framstod kommunen som en Lean kommune der filosofien var implementert i hele kommunen, men hos informantene ved ett av sykehjemmene stoppet implementeringen opp når en hadde fått ryddet i ulike skap og systemer.

7.2.1 Verdiavklaring

Verdiavklaring av hva `kunden` opplever som viktig av varer og tjenester ble i utgangspunktet ansett som viktig for både ledelsen og de ansatte når en startet opp med innføring av Lean filosofi for å endre på strukturene og organiseringen av tjenesten. I kommunehelsetjenesten er det ikke vanlig å bruke kundebegrepet om pasientene eller brukerne. Som kunde har en mulighet til å velge mellom ulike tjenester og tilbud. Det ser en ikke så ofte i den norske

sykehjemssektoren, selv om en noen større steder har mulighet til å nytte seg av private tilbudsytere i eldreomsorgen, finner en ikke dette i alle kommuner.

Oppdragsdokumentet som kommunen har lagt ut står det at en skal forbedre tjenesten til det gode for pasientene. *«Det å jobbe smartere betyr altså at vi får mer tid til det som skaper verdi for brukerne våre og at vi bruker ressursene våre på en bedre måte.»* Det skal effektiviseres slik at de ansatte skal få bedre tid til de oppgavene som skal utføres uten at en skal løpe fortere og gjøre mere på kortere tid. Informantene som jeg snakket med var i starten av Lean innføringen klare for å få til bedre system og mer struktur i det daglige slik at en kunne få mer tid til pasientene ved institusjonen. Som den ene lederen sa: *«Det godt å bli sett i kortene, for en går seg gjerne litt blind på det en jobber med til daglig»*. Målet for de ansatte var å få til bedre strukturer slik at en kunne frigi mer tid til pasientnære aktiviteter som det å lese, gå tur eller andre aktiviteter.

Verdier kan være menneskelige verdier, økonomiske verdier og systemverdier. Czarniawska (2015) bruker *sensmaking* som et begrep fra Karl E. Weick (1995), hvor han vektlegger menneskets søken etter å finne mening i det som skjer og relatere det til menneskets tidligere erfaringer. En kan se på det som en ramme en har med seg hvor en har samlet tidligere hendelser og hvor en setter denne nye kunnskapen inn for å finne mening.

Busch (2012) bruker begrepet hierarkisk organisering når han beskriver verdienes betydning for den enkelte. Hver enkelt har med seg et sett av verdier som har en spesiell betydning for den enkelte. I sykepleierket er omsorgsverdier og det å skulle kunne yte en best mulig tjeneste til pasienten eller bruker, viktige profesjonsverdier. Når en i denne institusjonen opplevde at disse verdiene ble begrenset til det å kun yte det aller nødvendige som pasienten hadde krav, gikk det ut over yrkesstoltheten og opplevelse av å utføre en god jobb. En av informantene opplyste at

«de mekaniske tingene som holder liv i folk blir målt, men det ut over det er ikke med i tidsregningen, altså det at du skal snakke litt med ho Anna slik at ho blir sett og du skal hilse på han Knut. Det kommer gjerne pårørende som du ikke kan overse. Det er så mange ting som går på det mellommenneskelige».

Det å kunne sette seg ned og lese til en pasient kan være av avgjørende betydning for om pasienten fikk en opplevelse av å bli sett og respektert og ikke bare som en som var tilstede og som trengte hjelp til det aller nødvendige. Ved at det skulle spares inn på stillinger opplevde

informanten at tiden en kunne ha brukt til aktiviteter som ikke nødvendigvis kunne måles, ble nedprioritert for å få dagen til å gå opp med den bemanningen en til enhver tid hadde. Her ser en to interessemotsetninger fra ansatte og enhetsleder på den ene siden og Lean-koordinator og politisk ledelse på den andre siden. Omsorgsbiten som de ansatte verdsatte skulle nedprioriteres til fordel for økonomisk innsparing. Dette er en Robek kommune som har begrenset med midler til å bruke på ulike tjenester. De ansatte og enhetslederen ønsker å tilby gode tjenester til pasientene da sykehjemmet er deres siste bolig i livet og samtidig ønsker de ansatte levelige arbeidsforhold. På den andre siden er Lean-koordinatoren satt til å finne nye måter å jobbe på slik at belastningen på de ansatte ikke øker men at arbeidsmengden fordeles mer ut over dagen. På den måten kan en ifølge en av informantene tilby like gode tjenester til pasientene med mindre bemanning. Utfordringen ifølge informanten er at pasienten ikke ønsker å dusje midt på dagen i stedet for å få den ønskede dusjen på morgenen. Den tiden en skulle ha brukt til dusjing midt på dagen ønsker informanten at skal brukes til aktivisering av pasientene slik at en kan fylle dagen med mer mening og innhold som ikke nødvendigvis er av teknisk art, som mat, stell, dusj etc. Forskningen til Kyte, Kleiven og Kvigne (2016) der de har intervjuet 12 erfarne sykepleiere om sykepleieverdier under press. En ser at når folk jobber under press blir det som ikke registreres eller måles nedprioritert. Det sammen mente informanten var i ferd med å skje når en skulle tidfeste aktiviteter og spare inn på ressurser.

7.2.2 Verdikjedeanalyse

Ansatte ble tatt med fra starten av når det gjaldt innføringen av Lean i organisasjonen og arbeidet ble ledet av en Lean-koordinator. Som en av informantene uttrykte det: «*i utgangspunktet var Lean veldig bra. Fordi du blir sett i kortene på en god måte. Du må tenke nytt og rydde rundt deg*». En så at det å få til bedre strukturer på ulike lager og medisiner var bra og en fikk på plass ulike prosedyrer som skulle lette f.eks. bestillingsrutiner. Opplæringen ble gitt til alle lederne og noen ansatte. Informanten uttrykte at Lean hadde mye bra ved seg, men at en ikke kunne bruke det over alt. Når denne «ryddingen» var unnagjort ble den tiden det før tok å finne fram omgjort til minutter, og som igjen ble regnet ut som stillingsprosjenter. For de ansatte var Lean en måte å få bedre tid til pasientnære oppgaver som ikke var av tekniske art som stell, mat, medisiner etc. Når det gjelder tid til samvær, lesing, turgåing, kontakt med pårørende, etc. kan ikke disse i sammen grad tidfestes. Det er de sistnevnte aktivitetene informanten opplevde at en skulle skjære inn på, men det var også slike aktiviteter som var det som gav pasienten en opplevelse av å ha et tilfredsstillende liv i siste

fase. Verdifastsettingen for informanten var å kunne bruke tid og gi kvalitet i omsorgen til brukerne ved sykehjemmet. Kommunen sitt mål var å tilby like gode tjenester men spre de utover dagen slik at en kunne greie seg med mindre bemanning. Denne spredningen medfører at en bruker den tiden på døgnet som informanten ønsket å bruke til å fylle brukerens dag med annet innhold enn stell, mat og medisiner.

Når en i Lean filosofien bruker betegnelsen kunde, forutsetter dette at den enkelte pasient eller bruker har et reelt valg mellom ulike behandlingssteder, behandlingsvalg og innholdet i behandlingen (Fineide og Ramsdal, 2012). For de fleste kommunen har ikke brukerne eller pasienten et slikt valg fordi en enten ikke har andre tilbydere av tjenester på markedet eller at avstanden til en annen avdeling blir for lang. Ser en på oppdragsdokumentet som kommunen har lagt ut på nett hvor det står at «*en skal forbedre tjenesten til det gode for pasientene*», men det står ikke skrevet noen kriterier som må oppfylles for å omtale tjenestene som gode for pasientene.

Sett i lys av Nasjonal helse- og omsorgsplan (St.meld. nr.16 (2011-2015), 2015) strider ikke kommunen sine avgjørelser om å tilby tjenester mer fordelt ut over dagen for brukere av helsetjenesten slik at de lovmessige kravene er oppfylt. På den andre side opplever informantene at denne fordelingen angår hva som oppleves av verdi for pasienten som ikke består av lovpålagte oppgaver.

Kvalitetsforbedring handle om å forbedre kunnskap hos de ansatte, utvikle tjenestene og organisasjonen (Skarpaas, 2013). Behandlingsforløp knyttes til dokumenterte forløp for definerte diagnoser hvor en har en faglig forankring og kobler dette mot effektiv bruk av ressurser og målbare resultater (Finreite og Ramsdal, 2012). Inn forbi en langtidsavdeling på et sykehjem bruker en ikke behandlingsforløp knyttet til diagnose i samme grad som ved et sykehus. Behandlingen går mye ut på å tilby gode tjenester og omsorg i pasienten/brukers siste levedager slik at prosesstankegangen innad i avdelingen virker fremmed for de ansatte når det gjelder tilbud til den enkelte pasient/bruker. Det en derimot kan bruke prosesstankegangen på her er å se på enkelt prosedyrer som kan gjelde bestilling av varer. Når det gjelder pasientnære prosedyrer er disse ofte formet ut av en mal for den enkeltes utfordringer og må justeres ut fra hva som til enhver tid er problemet som skal løses. Eks. skal en behandle et sår må en vite noe om pasientens grunnsykdom, hvordan den har det pr i dag og hvordan pasienten responderer på ulike behandlingsvalg.

Når en i sykehjemmet hadde med å gjøre med aktiviteter som ikke lot seg måle verken i verdi eller i tid, ble verdiene vanskelig å håndtere fordi en ikke kan bruke de fastsatte standarder for hva f.eks. god pleie innebærer for den enkelte bruker. Å håndtere disse kvalitetene ble et `uregjerlige problem` som bygger på et komplekst kunnskapsgrunnlag som kan være både omstridt og usikkert (Vabø, 2014, s.75). Informanten opplevde at slike aktiviteter ble sett på som «sløsing» fordi en ikke hadde grunnlag for å måle verdien av de ulike tiltakene. Resultatet av denne verdistrømsanalysen ble ifølge informanten at en arbeidet som før, men med mindre ressurser på dag slik at de ansatte løp litt mer enn før.

7.2.3 Tilrettelegging for flyt

Når en i sykehjemmet skal koble verdiskapende aktiviteter sammen slik at en ikke opplever for mye avbrudd må en se på hvilke prosesser som er knyttet sammen. Ved at medisinene var bedre strukturert ble det lettere å finne rett medisin, en hadde ikke store lager som gikk ut på «enkelte medisintyper. Det samme systemet ble brukt på ulike lager med godt hell. En av informanten opplyste at de ansatte opplevde dette som en kvalitetsforbedring for tjenesten. Informanten sa videre at: *«en likevel ikke kunne bruke Lean sine prinsipper over alt. Ved sykehjemmet var det ikke snakk om at pasienten forflyttet seg gjennom ulike prosesser slik en finner det igjen i et sykehus. En plass på sykehjemmet var endestasjonen for enkelte og her kunne en være kort eller lenge alt etter hva som var pasientens helsetilstand.*

Tilrettelegging for flyt handler om å dele opp ulike prosesser i mindre deler og se om det finnes forbedringsområder som en kan håndtere på en annen måte eller om det finnes ressurssløsing som kan fjernes (Røvik, 2007). Det som er driveren i flyt-tankegangen er ifølge Røvik (2016) resultatene, noe som han mener henger sammen med oversetterkompetansen hos Lean-koordinatoren, ulike ledere og de ansatte. På hvert nivå foreligger det en oversettelse. I følge Røvik (2016) baserer dette seg på tre variabler som kompleksitet, forankring og tydelighet. Det å skulle overføre Lean-tankegangen over i et sykehjem medfører en radikal oversettelse der en må gjøre tilpasninger og justeringer som en ikke finner igjen i Lean originaloppskriften som opprinnelig var basert på beste praksiser i produksjon av biler. Prosessen må ha en forankring i hele organisasjonen fra øverste ledelse og ned til gulvet og den må ha helt klart for seg hva det er som skal endres, hvordan det skal endres og hvilke resultat en forventer etter gjennomført endring. Oversetteren må ha den fulle oversikten over praksisen i sykehjemmet noe koordinatoren i dette tilfelle ikke hadde.

7.2.4 Pullprinsippet

Etterspørseldrevet produksjon handler om å ikke utføre tjenester eller komme med tilbud som det ikke er etterspørsel etter. I sykehjemmet som skulle innføre Lean var det allerede skåret til beinet når det gjaldt personell. Det var ikke mulig å fordele personalressursene annerledes. Avdelingene bestod i 8-10 pasienter med ulike diagnoser.

Kommunen har i sin omsorgsplan skrevet at helsesektoren ikke skal være seksjonsdelt på sykehjemmene. I sykehjemmene er akuttpasienter, langtidspasienter og pasienter på avlastning og opptrening samlet i samme institusjon. Dette i seg selv er en utfordring for de som jobber ved institusjonene ved at en skal forsøke å skreddersy et tilbud til den enkelte ut fra pasientens diagnose og helsetilstand generelt. Etterspørselen etter tjenester ved sykehjemmet er konstant siden det hele tiden er fullt belegg. Belastningen varierer med hvem som til enhver tid ligger i sengene. Antall ressurser holder seg konstant og en har i dette sykehjemmet ikke opplevd en økning av sykemeldte de siste årene.

Når en ser dette i sammenheng med Røvik (2007) sin beskrivelse av hva pull står for, finner en det ikke igjen i dette sykehjemmet. Når kommunen annonserer at den bruker kvalitetsheving og ressursforvaltning for å bedre tjenester til pasientene, stemmer ikke det med den opplevelsen sykehjemmets medarbeidere og ledere har etter innføringen av Lean. I dette tilfelle er Lean en «sparepakke» mer enn en «kvalitetshevingspakke». Det begrunner informanten med at de raskt fikk redusert stillingsprosenten etter at ulike lager ble ryddet og Lean var innført.

Når leder mener at utfallet av Lean arbeidet muligens hadde vært annerledes om Lean-koordinator hadde hatt en helsefaglig innfallsvinkel i stedet for en økonomisk innfallsvinkel dreier dette seg om at informanten opplevde manglende forståelse for modeller, prosedyrer, kunnskapsgrunnlag og faglige retningslinjer som var relevante for å kunne gjøre et godt faglig arbeid. Arbeidet kan oppfattes som mer tidkrevende enn slik en før jobbet og at maktforholdet endres mellom profesjonen/yrkesutøveren og de styrende.

7.2.5 Etablering av kultur og perfeksjonering

Når en skal etablere en ny kultur handler det i Lean filosofien om å ta små steg framover. Det tar tid å forandre på innarbeidede arbeidsmetoder og endre den enkelte leder og arbeidstakers forståelse for at denne nye måten kan gi en kvalitetsheving i det lange løp. I denne avdelingen

opplevde de ansatte at endringene hadde gått fort siden de startet opp med Lean i 2015 og i 2016 hadde fått reduksjon i stillingsprosent. «*Ingen strukturer var endret og ingen jobbet på en annen måte enn tidligere*» ifølge lederen.

Når Røvik (2007) skriver om å endre kultur, poengterer han at det vil ta år og mye jobb for å få tankegangen under huden slik at en tenker i termer av f.eks. Lean i det daglige arbeidet. Informantene uttrykte bekymring for arbeidet framover siden det var reduksjon i de ansattes stillingsprosent og like stor arbeidsbelastning. Dessuten uttrykte en av informantene bekymring for om dette ville medføre økt sykefravær på sikt. Her så en ingen innarbeiding av ny kultur eller perfektjonering da en ikke fikk de ansatte med på laget.

Teorier om organisering kan deles inn i tre perspektiv: instrumentelle perspektivet, kulturelle perspektivet og myteperspektivet. Alle disse aspektene ved organisering er medvirkende når det gjelder å endre en organisasjon til å f.eks. bruke Lean prinsippene og Lean-verktøy for få til en annen fordeling (Bukve, 2012). Det instrumentelle perspektivet beskriver hvorfor en handler slik en gjør. Her vil en finne begrenset rasjonalitet fordi en ikke vil kunne ha den fulle oversikten over målene, løsningsalternativene eller hvordan resultatene vil fortone seg i virkeligheten. Det er ikke sikkert at endrede rutiner vil kunne slå helt galt ut for den enkelte pasient, men for de ansatte ble denne tankegangen opplevd som et løsningsforslag de ikke gav sin støtte til. Det kan komme av at det bryter med de uformelle normene og verdiene som gjennom år har vokst seg fram i organisasjonen, noe en finner igjen innenfor det kulturelle perspektivet. Når Christensen m.fl. (2009) og Farbrod (2015) bruker kobling mellom identitet, utdanning og den enkeltes verdigrunnlag ser en her at det råder en konflikt mellom hvordan en tjeneste skal utformes for at den skal oppleves som god for pasienten/brukeren.

Case 2

7.3 Hvordan blir nye ideer om ressursforvaltning introdusert, mottatt og iverksatt i sykehusavdeling uten Lean?

Hovedfunn:

- Ansatte var lite delaktig under omorganisering og nye måter å jobbe på. Endringen hadde en svak forankring i organisasjonen og var mer som en ovenfra og ned implementering med lite involvering av ansatte på «gulvet».
- Der manglet aktører med oversetterkompetanse som hadde forståelse for hva en slik endring medførte for pasient, de ansatte og ulike system i avdelingen og ut mot andre avdelinger i organisasjonen.
- Flere system i sykehuset «snakket» ikke sammen på en slik måte at en får bedre pasientbehandling og ressursforvaltningen i denne avdelingen, slik at en kunne luke ut ulike flaskehals i systemet. Informanten opplevde en omstillingstrøtthet fordi der manglet en klar plan for kvalitetsarbeidet når det gjaldt pasientbehandling og ressursforvaltning.

7.3.1 Verdiavklaring

En av informanten opplyste at det viktigste for denne avdelingen var å kunne tilby sikre og gode tjenester til pasientene. Det var forsøkt ulike organiseringer innad i avdelingen, men de ansatte ønsket at avdelingen var inndelt i fire soner, fordi da hadde den ansvarlige sykepleier oversikt over de pasientene som lå i de sengene som ho/han hadde ansvar for. Avdelingen var delt inn i to ganger som igjen var inndelt i to ansvarsområder. Det var ikke forsøkt annen inndeling, men de ansatte henviste til annen avdeling ved sykehuset som hadde gjort en slik inndeling der en hadde større soner, og hvor dette var en mer utfordrende måte å jobbe på. Denne avdelingen var delvis akuttavdeling og hadde delvis planlagte operasjoner.

Når ledelsen slo sammen ulike avdelinger for kortere eller lengre perioder medførte det en usikkerhet for de ansatte ved at de ikke følte at behandlingen de kunne tilby disse «nye pasientgruppene» var optimal. Det var ikke gitt opplæring i forkant av sammenslåingen og de ansatte ble overlatt til seg selv å finne ut hva som trengtes av kunnskap. Som den ene informanten uttrykte: «*vi fikk de (pasientene) først, så kom undervisningen etterpå.*» Det kunne heller ikke vises til andre sykehus eller avdelinger som hadde prøvd det samme og som

hadde lykket med resultatet. Ønske om å spare inn på ressursene i avdelingene gikk ikke sammen med de ansattes opplevelse av å kunne gi en god sykepleie til de nye pasientgruppene. De økonomiske verdiene ble prioritert framfor profesjonsverdiene ved at kunnskap som opparbeides innad i en avdeling er den samme hvis en går til en helt annen avdeling (Ladegård og Vabo, 2011). Her ble ikke de ansatte fengnet av ideen om at denne strukturendringen var god planlagt og gjennomførbart sett fra de ansatte og pasientens ståsted.

De ansatte opplevde ikke denne endringen som en forbedring av tjenesten en kunne gi til pasienten ved at helt ulike avdelinger ble slått sammen. Derimot hadde lederen en større tro på å slå sammen likere avdelinger da disse kunne bidra med både kunnskap og erfaring på tvers av ulike fagkunnskap.

Når en skal se på verdi for kunden, altså pasienten, må en se på hvilke prosesser som gagnar kunden mest. Verdi har også en økonomisk side fordi når en velger å slå sammen ulike avdelinger er det på bakgrunn av at pengesekken ikke er utømmelig, men at en totalt sett må fordele det en har av midler på flere for å få bedre pasientforløp for flest mulig. Når sykehuset slo sammen avdelinger for å spare ressurser innebar det en omfordeling som gjerne kunne komme andre pasientgrupper til nytte. Noe av utfordringen her er kunnskap. I følge Røvik (2007) trenger en kunnskap om praksisfeltet, hvilke ressurser en råder over, hvilke prosesser som inngår i hverandre og hvordan dette slår ut i praksis.

Når Røvik (2007) og Røvik (2016) framhever oversetterkompetansen som viktig når det gjelder overføring av ideer handler det om å bruke observerte praksis, språk og prosedyrer og sette det inn i en ny kontekst. Når ledelsen ønsket å slå sammen ulike avdelinger handler dette om at en ser på sykepleie til pasientene som lik om pasientproblematikken var ulik. Som sykepleier har en lik grunnutdanning men en har ulike tilnærminger til faget ut fra hvor en jobber. For å kunne endre dette må det gis grundig opplæring og trening i forkant av endringen slik at en trygger de ansatte. Det som ofte er drivkreftene når det gjelder omstrukturering og innføring av nye måter å jobbe på er å kunne vise til resultat (Røvik, 2016).

7.3.2 Verdikjedeanalyse

Sykehuset hadde gjennomført strukturendringer der de ansatte så en betydelig verdi for både arbeidsmengden til de ansatte og en forbedring for pasienten. Overgang fra døgn drift til dagdrift der pasienten ikke ble lagt inn dagen før en operasjon, men var klargjort i forkant slik

at vedkommende kunne møte direkte til operasjon opplevde informanten som en god forbedring. Denne strukturendringen var forskningsbasert, den var et resultat av samarbeid mellom ulike profesjoner og opplevdes som en bedre situasjon for pasienten. Endringen i seg selv gav innsparinger for sykehuset, men det gav også mindre arbeid i forkant av operasjonen for de ansatte. Pasientforløpet ble kortet ned ved at en så på ulike prosesser og hvordan disse naturlig hang sammen. Det at pasienten ikke måtte møte dagen før en operasjon gav ingen reduksjon av behandlingstilbudet til pasienten, men heller en reduksjon i behandlingstiden. «*Vi samarbeider med kirurgisk poliklinikk for å få et bedre forløp for pasienten*». Når resultatet viser en forbedring er det lettere å fenge de ansatte på en slik måte at en får til en reell endring i organisasjonen (Røvik, 2016). I motsatt fall vil en oppleve motstand mot endringen. Det som kjennetegner en profesjon er at de representerer en unik spesialkompetanse.

7.3.3 Tilrettelegging for flyt

Når en skal tilrettelegge for flyt må en se på ulike prosesser som inngår i en pasientbehandling og hvordan disse gjensidig er avhengig av hverandre. «*Hvis vi hadde vært samlokalisert med f.eks. kreftavdelingen, kunne vi dratt vekslers på hverandre...*». Informanten opplyste at ved en slik sammenslåing var det flere diagnoser og pasientgrupper som gikk igjen i de to avdelingene, slik at utfordringen med å la personalet `lånes ut` ikke opplevdes som å være på gyngende grunn faglig for ansatte.

Forståelsene for dette arbeidet kan deles på flere aktører. Fra politisk hold antas det å få til en bedre flyt medføre bedre bruk av tilgjengelige ressurser og en bedre pasientbehandling. Endringspådrivere har gjerne som jobb å se på hvordan ulike prosesser henger sammen og påvirker hverandre. Disse skal ha et mer overordnet blikk på hvordan det ene påvirker det andre og hva som skal til for å få til en endring. Som vi så i case 1 for spesialisthelsetjenesten var der en egen Lean-koordinator som var involvert i flere avdelinger og som fulgte og evaluerte ulike pasientforløp. For sykehuset i case 2 var det ikke en egen koordinator som fulgte de ulike prosessene på en slik måte at han/ho var involvert i den enkelte avdeling. Det at avdelingen måtte vente på tilsyn fra andre avdelinger både en og to dager ble ikke fanget opp som sløsing av ressurser ifølge informanten. De ansatte opplevde denne ventingen som mangel på flyt av tjenester og bruk av ressurser, ikke fordi der ikke var nok å gjøre men som et resultat av at pasienter som var klare ikke fikk avklart sin situasjon og at evt. nye pasienter

kunne ha fått den sengeplassen og kommet raskere i gang med sin behandling. Informanten opplyste at *«vi kan måtte vente i flere dager for å få gjennomført en undersøkelse som ikke er helt nødvendig. Det kan medføre at pasienten blir liggende lenger»*.

Ser en hovedfunnene i case 2 i lyset av rasjonalitetsbegrepet der en ser på hvordan profesjonelle tenker, skilles det mellom tre typer rasjonalitet knyttet til profesjonelle organisasjoner. Den byråkratiske rasjonalitet legger vekt på strukturer, rutiner og systemer. I den forretningsmessige rasjonaliteten kommer mål-middel-tankegangen inn der tankegang hentet fra privat sektor og New Public Management blir brukt. Her er markedsløsninger en viktig faktor. Til sist har en profesjonsorientert rasjonalitet hvor profesjonskulturen danner rammer for beslutningene som fattes. Det er her en finner profesjonelle normer, verdier og retningslinjer (Busch, 2012). Når personalet reagerer på at pasientene kommer før personalet verken har fått uttalt seg, fått nok kunnskap om de ulike pasientgruppene eller systemet i avdelingen ikke har fått nok tid til å omstille seg til å ta imot disse pasientene strider det imot profesjonskulturen og den profesjonelle rasjonaliteten i avdelingen. For at en endring skal kunne få fotfeste i organisasjonen anbefales det at den må bygge enten på gode resultater, tidligere erfaringer eller gjøre profesjonen i stand til å utføre den nye oppgaven ved at en får nok opplæring og tid til å implementere den i organisasjonen (Røvik 2016).

7.3.4 Pull-prinsippet

Det å bruke etterspørseldrevet produksjon som metode for å forvalte ressursene på en bedre måte er ikke like lett i et sykehus som det er i en rein prosessbedrift, ettersom forutsigbarheten i produksjonen av tjenester ikke fullt ut er tilstede. Avdelingen i sykehuset leide inn ekstra ressurser i travle perioder for så å spare når det var mindre belegg. Utfordringen slik lederen uttalte det var å hele tiden kunne forutse og ta sjansen på at det ble forsvarlig drift. Siden dette var en delvis akuttavdeling visste en aldri hvilke pasienter som kom og når de kom. Sykehuset hadde innført morgenmøte der alle lederne deltok og hvor den enkelte leder kunne si noe om behovet for ressurser for å kunne gjennomføre dagens plan. Dette var tenkt som mulighet til å kunne avhjelpe de avdelingene som opplevde større press på de ansatte. Resultatet for de ansatte var at dette ikke gav en forbedring. *«Først må du ta deg av en kritisk syk pasient og så har du opplæringsbiten ved siden av»*. En av informanten opplyst om at det ble til at en heller strakk seg litt lenger for å få unna dagens oppgaver. Det var heller ikke ønskelig å bli leid ut til andre avdelinger av samme grunn.

Etterspørseldrevet produksjon handler om å ikke `produsere for lager`, ikke utføre aktiviteter som ikke etterspørres og fjerne det som i et «kundeperspektiv» kan omtales som uproduktive aktiviteter som ikke gagnar prosessen (Røvik, 2007), slik en kunne se det etter overgang fra `døgn til dag`, der pasienten nå gikk rett til operasjon. Fineide og Ramsdal (2012) sier det kan være en utfordring å få det hele bildet i en profesjonstung organisasjon som et offentlig sykehus er fordi vi her vil ha andre aktiviteter enn en privat virksomhet. Innsatsstyrt finansiering (ISF) er en måte å drive etterspørseldrevet produksjon, men den er kun en del av den hele basisoverføringen til sykehusene. Ut over det skal sykehusene tilby tjenester som fremmer helse og forebygger sykdom til innbyggerne over hele landet (St.meld. nr.16, (2011-2015), 2015).

7.3.5 Etablering av kultur og perfektjonering

Innad i sykehusavdelingen i case 2 var der en oppfatning av at det de siste årene hadde dreid seg mye om omorganisering og strukturendring. Etablering av kultur ble en utfordring fordi det til stadig skulle endres og restruktureres hvordan ulike avdelinger skulle være. På den andre side så informanten at ved å gjennomføre en restrukturering som var basert på mer like oppgaver kunne de ansatte dra fordeler av andres kunnskaper og gis flere spennende oppgaver. Utfordringen var å kunne legge til rette for at dette kunne skje ut fra hvordan en bygningsmessig var plassert i forhold til hverandre. Leder i avdelingen ønsket ikke å `tvinge` gjennom annen organisering innad i avdelingen. «*De (ansatte) ønsker å være fordelt slik de er i dag for da har de mer kontroll over pasienten som ligger i sengene*». Dette handler om at leder ser sine ansatte og hører på deres forslag til organisering. Når en etablerer en kultur handler det mye om å fenge de ansatte på en slik måte at en ser verdien av endringen (Busch, 2012, Røvik, 2016). Endringen må ha sin rot i ansattes daglige gjøremål og må ikke vike for mye fra den enkelte profesjons oppfatning av hva god behandling for pasienten er. Ved at gruppene i avdelingen ikke var for store ble kontrollspennet som ansvarlig sykepleier hadde, overkommelig og oversiktlig.

Perfeksjonering handler om å ha tro på den ideen en har iverksatt og holde fast ved den over tid (Røvik, 2007). Når sykehuset valgte å gå over fra døgn til dagkirurgi var det som et resultat av at denne behandlingsformen ville gi redusert bruk av ressurser, et bedre forløp for pasienten og et bilde utad i organisasjonen om at her driver vi innovativt og fremtidsrettet. Dette en noe en finner igjen i retningslinjene som myndighetene setter når det gjelder framtidens helsevesen (helsedirektoratet.no).

7.4 Hvordan blir nye ideer om ressursforvaltning introdusert, mottatt og iverksatt i sykehjemsavdeling uten Lean?

Hovedfunn:

- Ansatte var i delaktig under implementeringen av nye ideer i organisasjonene og var gjerne de som var pådrivere når det gjaldt endringer som kunne komme pasienten, de ansatte og organisasjonen til gode. Endringen hadde sterk forankring i organisasjonen fra toppledelsen og ned til de ansatte på gulvet.
- Helse og omsorgssjef i kommunen framstod som en som hadde den hele oversikten over helsesektoren der vedkommende kunne se de enkelte avdelingenes utfordringer og bidra til endringer på systemnivå. Lederne i de enkelte avdelingene stod for selve implementeringen i samarbeid med ansatte. Her var det ikke en egen koordinator som oversatte og fulgte ulike prosesser for forbedringsområder, men endringene baserte seg på at ulike team kom fram til felles løsninger og kanaliserte det oppover i systemet.
- Utad framstod kommunen som en kommune der de ansatte sin stemme ble vektlagt, noe en også finner igjen i informantenes uttalelser.

7.4.1 Verdiavklaring

Kommunen hadde gjeninnført en stilling som helse- og omsorgssjef for å få en bedre oversikt over ressurser, behov og utfordringer når det gjaldt hele helsesektoren. I helse- og omsorgsplanen var det gjengitt at målet for kommunen var at den enkelte bruker og pasient skal kunne bo lengst mulig hjemme hvis det er ønskelig. Hjemmebaserte tjenester var i fokus. I forkant av samhandlingsreformen hadde kommunen sørget for å ruste opp sykehjemsplassene og de ansattes kunnskaper slik at en kunne være mer forberedt til å møte utfordringene som ventet når pasienten ble raskere overført til kommunene.

Ansatte fikk mulighet til å søke seg til utdanninger som det var behov for i forkant av samhandlingsreformen, og mulighet til å søke seg til avdelinger der denne kompetansen kunne brukes. Ser en på den ene sykehjemsavdelingen var det en bevisst holdning om å koble ansattes utdanning og kompetanse mot relevante pasientgrupper. På den måten kunne de ansatte få brukt sin kompetanse samtidig som sykehjemmet fikk best mulig tilbud til pasienten. Dette ble gjort både på korttids – og langtidsavdelinger.

Verdier er knyttet til velferd, sosial likhet og at alle skal bli behandlet rettferdig.

Resultatmåling vil her være et problem (Busch, 2012). Velferd vil være å kunne bestemme over eget liv så langt det er mulig enten en er i hjemmet eller i institusjon. Når Røvik (2007) bruker verdiavklaring som betydning for hva pasienten opplever som god tjeneste, kan en se det i sammenheng med ressursforvaltningen. En av informantene sa: *«vi jobber tverrfaglig på en helt annen måte og de blir flinkere og flinkere til å bruke hverandre. De blir veldig selvgående og får veldig eierskap til jobben de gjør. De får følge pasienten fra start til slutt»*

7.4.2 Verdistrømsanalyse

Dette sykehjemmet hadde et bevist forhold til å koble personalets kompetanse mot de relevante pasientgruppene. Det ble jobbet tverrfaglig og ut mot flere instanser i kommunen. Det være seg hjemmetjenesten, fysioterapi-/ergoterapitjenesten, legene og andre involverte parter. Verdistrømsanalysen gikk ut på å se hvilke behov en pasient trengte etter f.eks. et sykehjemsopphold og legge til rette for at de rette instansene som skulle ta hånd om pasienten var informert og forberedt når pasienten kom ut. *«når vi har inne en kortidspasient må vi kartlegge forhold i heimen, hvilke bistandsnivå pasienten evt, hadde før han kom inn, hvordan han var i avdelingen og kontakte hjemmetjenesten.»* Hvis pasienten skulle overføres til langtidsavdeling gikk en gjennom de samme prosedyrene og koblet inn de avdelingene som da ville bli involvert. Dette handler om å sette pasienten i fokus. Selv om denne kommunen også er en Robek – kommune ble det å bruke en helse – og omsorgssjef en mulighet til å løfte fram problemstillinger og utfordringer på en slik måte at en fikk til en slik tverrfaglig løsning til det beste for pasienten. En fikk til en forankring fra øverste ledd i kommunen og ned til ansatte på gulvet.

Denne tankegangen om å sette pasientens behov i fokus finner en igjen også i Lean filosofien. Når Røvik (2007) bruker verdistrøm som betydning for prosesser som naturlig skal følge etter hverandre for å gi et best mulig tilbud til pasienten, vil en si at en finner det igjen i dette sykehjemmet. Her blir de ulike prosessene gått gjennom slik at teamet vet hvilke forløp den enkelte pasient vil gå gjennom enten den drar hjem etter oppholdet på sykehjemmet eller at pasienten overføres til en langtidsavdeling ved sykehjemmet.

7.4.3 Pull-prinsippet

Ressursene i kommunen var fordelt på ulike avdelinger. Det som var nytt var at hvis enkelte avdelinger hadde utfordringer der en hadde behov for økt kompetanse kunne ulike ressurser

«leies ut» til den avdelingen i kortere perioder for å lære opp det faste personalet til å kunne møte den nye utfordringen på en god måte. «Når noen avdelinger hadde behov f.eks. intravenøs behandling dro folk fra KAD avdelingen dit og lærte opp personalet til å legge inn f.eks. veneflon, slik at pasienten ikke måtte overføres til KAD for behandling». Dette bidro til økt kompetanseheving samtidig som det trygget de ansatte til å kunne ta på seg nye oppgaver.

Når Røvik bruker pull – prinsippet i Lean som en mulighet for å fordele ressursene der de trengs og drive etterspørsel drevet produksjon, har en i primærhelsetjenesten ikke den samme mulighet til å styre etterspørselen. Dessuten har offentlig sektor andre forpliktelser i utforming av tjenester enn en finner i privat sektor. Det å skulle drive forebygging, helseopplysning og rehabilitering/habilitering er områder en ikke finner igjen i privat sektor (Vabø, 2014).

7.4.4 Etablering av kultur og perfektjonering

Forankringen som kommunene hadde fra øverste sjef og ned til ansatte på avdelingene var med å påvirke kulturen i helsesektoren. Det at en hadde som politikk i kommunen at tjenestemottakeren skal kunne ha et reelt valg om å enten bo hjemme eller bli overført til institusjon når behovet for det meldte seg, gav en forståelse for ressursforvaltningen i de enkelte enhetene. Det ble satset på å utdanne medarbeidere eksternt eller internt for å kunne støtte denne beslutningen, for som helse- og omsorgssjefen uttalte «vi har ikke råd til å la være for da får vi ikke tak i de beste folkene». I sykehjemmet var avdelingene oppdelt i ulike team der hvert team hele tiden skulle arbeide med kontinuerlig forbedring for pasientene men også for de ansatte. Et eksempel på det var at en flyttet middagsserveringen to timer for da var det lenger mellom frokost og middag, slik at pasientene fikk i seg mer mat og fikk en jevnere fordeling gjennom dagen av måltid. Denne endringen var et resultat av ansattes innspill til leder for institusjonen. Matthisen (2014) beskriver denne tankegangen som det å gjør mer ut av sin stilling enn hva en strengt tatt kan forvente av de ansatte. Ansatte tenker ut over det de til dagen jobber med ved at pasienten settes i fokus på en annen måte.

Internundervisning som var satt til hver mandag en halv time før vaktskiftet og samme en halv time etter vaktskiftet bidro til å kunne gi samme opplæring til flere ansatte. I tillegg var det de ansatte selv som i stor grad meldte seg som forelesere på disse undervisningsøktene. Dette viser en vilje og ønske om å bidra til å få opp kunnskapsnivået i hele kommunen uten at det nødvendigvis kostet for mange kroner. «vi har folk som har meldt seg til å undervise minst et halvt år fra i tid».

Teamorganiseringen der aktørene er gjensidig ansvarlig for resultatet som kommer fram og hvor de jobber med kontinuerlig arbeid både innad i de ulike teamene og ut mot organisasjonen samsvarer med det Busch (2012) skriver om i sin bok om verdibasert ledelse. Det å bruke verdibasert ledelse ser en igjen det som informantene opplyser om at innad i teamene er disse satt sammen på en slik måte at ulike fagbakgrunner for sykepleierne gjør til at en kan lære av hverandre og `gjøre hverandre gode`. Når en leder videreformidler at vedkommende stoler på teamenes avgjørelser bygger det på troen på de ansattes moral som er drivkraften for arbeidet de utfører.

7.5 Forvaltning av ressursene i en avdeling. Kan en se en forskjell om en bruker Lean som ressursforvaltningsmodell eller om en velger en annen ressursforvaltningsmodell?

For å kunne gjøre en komparasjon mellom de ulike casene vil jeg her bruke en modell som viser hvor involvert de ansatte er når det gjelder innføring av nye ideer. Jeg vil bruke Ravnestad og Røvik (2014) sin modell der en ser på Rask tilkobling, Frastøting, Frikobling, Oversetting og Virus. For noen av avdelingene vil en kunne se igjen flere av punktene. Til sist vil jeg gi en begrunning for resultatene.

Implementering av nye ideer og organisasjonsmåter	Sykehus med Lean	Sykehjem/omsorgsbolig med Lean	Sykehus uten Lean	Sykehjem uten Lean
Rask tilkobling				
Frastøting			Profesjonene ble ikke tatt med på råd i forkant av endringen i organisasjonen. Top-Down orientering	
Frikobling		Ideen fenget ledere og ansatte i starten, men entusiasmen falt når resultatet forelå		

Oversetting	<p>Fra det abstrakte til det konkrete.</p> <p>Stimulus-responsbasert sekvensialitet</p> <p>Delvis kopiering</p>	<p>Delvis kopiering</p> <p>Begrenset frihet til oversettelse.</p> <p>Problembetinget søking etter løsninger</p>	Delvis kopiering	<p>Delvis kopiering</p> <p>Team-organisering</p>
Virus		<p>Hele kommunen har innført Lean som forbedringsmetode.</p> <p>Ideene tas inn i toppledelsen men adopteres ikke helt ved sykehjemmet – «Window dressing»</p>	<p>Avdelingen har forsøkt ulik organisering men der er stor motstand hos ansatte og leder da det skrider mot profesjonenes standard for god sykepleie og manglende kunnskapsgrunnlag til å kunne møte endringen</p>	

Tabell 7.1 sammenligning mellom sykehus med og uten Lean og sykehjem med og uten Lean

7.5.1 Sammenligning av sykehus med Lean og sykehus uten Lean.

Sykehus med Lean: som denne studiens hovedfunn viser er implementering av nye ideer avhengig av å være sterkt forankret i hele organisasjonen fra toppledelse og til ansatte på gulvet. Forankring kan ifølge Amdam (2016) beskrives som legitimitet. Det er særlig den normative legitimiteten som her er mest aktuell i analysen siden konsekvenser av innføringen av Lean har utløst ulike handlinger og prosedyrer som befinner seg innenfor en ramme av aksepterte normer og gjeldende moral og verdier. Den etiske standarden som profesjonen jobber etter kommer ikke, i sykehuset i case 1, i konflikt med denne nye måten å tenke verdistrøm for pasient, fordi der råder åpenhet, rettferdighet, likeverd og innsyn i de ulike prosessene. Dessuten har en valgt å gi hver avdeling mulighet til å «oversette» ideen slik at den passer inn i avdelingens daglige gjøremål og visjoner. En finner igjen ideen som implementeringen bygger på i det daglige arbeidet og informantene opplyser at dette har medført en forbedring for både avdelingen og organisasjonen som helhet og har fått et godt omdømme mot myndigheter og lokalsamfunnet. Innføring av Lean-metodikk ser ut til å harmonere med profesjonene sine oppfatninger om av hva som gir verdi for kunden (pasienten) og hvordan en skal jobbe for å sikre kontinuerlig forbedring i alle ledd i organisasjonen. Ideen blir sett på som nyttig både fra organisasjonen, lederne og informantene som uttalte seg i dette forskningsprosjektet. utfordringen her er tid og tilgang på ressurser ut fra at pasientgrunnlaget øker.

Lean-koordinatoren har spilt en avgjørende rolle for å få implementert Lean i organisasjonen og noe av drivkreftene har vært å bruke gode erfaringer fra delresultat i avdelingene til å fenge andre avdelinger til å implementere Lean. Det har gitt økonomiske innsparinger som blir brukt til kvalitetsforbedrende tiltak i organisasjonen. Ansatte har hatt stor frihet til å komme med forbedringstiltak i egen avdeling og ut mot andre avdelinger. Det har vært en topp-down og bottom-up organisering der stimulus-respons har vist seg virke ved at en har fått til gode resultat. Lean i avdelingene har hatt preg av frivillighet når det gjelder innføring, slik at det ikke er mulig å bruke kvalitetsindikatorer spesifikt for dette sykehuset som mål for om en har en forbedring. Forbedringen måles i før- og etter-tall ved ulike diagnoser. F.eks. fra 6 timer til 20 min fra en kommer i mottak til en er på avdeling når en har knekt lårhalsen.

Arbeidet med å innføre og bruke Lean har vært tidkrevende med givende for de ansatte. «*Folk er mest opptatt av god pasientbehandling og god utvikling av fag, og når det henger bedre sammen så oppfatter folk det som veldig fint*». Opplæring har blitt gitt i forkant av

implementeringen og underveis for å sikre tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag hos de ansatte for å kunne møte endrede krav til kunnskap ved innføring av Lean i organisasjonen.

Sykehus uten Lean: implementeringen av nye ideer og endret organisering i sykehuset i case 2 har vært forankret i toppledelsen, men ikke nedover i organisasjonen til leder og ansatt i avdelingen. En kan her ifølge Amdam (2016) snakke om en svak forankring i organisasjonen. Dette kan begrunnes i at konsekvensene av handlingen var i strid med aksepterte normer og verdier hos profesjonene, og ble oppfattet av en av informantene som en måte å spare penger uten først å ha undersøkt hvilke konsekvenser endringen kan medføre for pasient, ansatt og avdelingen generelt. Demokratiske verdier ble tilsidesatt i den grad at avdelingen først fikk nye pasientgrupper og etterpå muligens ble gjort i stand til å kunne yte en best mulig pleie til pasienter med ulik diagnose enn en tidligere hadde jobbet med. Ifølge en av informantene har sammenslåing av ulike avdelinger ikke gitt en forbedring av tjenesten til pasientene, tvert imot. Det har de siste årene vært forsøkt ulike strukturendringer i sykehuset. Overgangen fra `døgn til dag` ble opplevd som en forbedring for både ansatte og pasientene, slik at denne endringen var forankret gjennom hele organisasjonen. Sammenslåing av avdelinger som ikke hadde samme utgangspunkt i pasientbehandlingen opplevdes som brudd på ansattes verdigrunnlag, fordi ansatte ikke i forkant av sammenslåingen fikk tilstrekkelig opplæring til å møte nye og ukjente pasientgrupper. *«først kom pasienten og så fikk vi opplæring»*. Dette har og gitt et dårlig omdømme utad i lokalsamfunnet.

Der har ikke vært en koordinator som styrte ulike prosesser, og dette mener informanten har medført at de ansatte opplevde sammenslåingen som noe som ble tredd ned over hodet på de uten at de hadde reell uttalemulighet. Sammenslåing av avdelinger ble gjort for å spare ressurser og ikke som tiltak for å forbedre tjenesten. En av informanten savnet en instans som ser hele sektoren under ett slik at en kunne få en oversikt over hvilke prosesser som var avhengig av hverandre.

Det rådet en omstillingstrøtthet i sykehusavdelingen. Ansatte så at ved bedre planlegging og forståelse for hvilken avdelinger og oppgaver som kunne slås sammen, kunne det bidratt til kvalitetsheving av tilbudet til pasientene og bedre forvaltning av profesjonsressursene.

7.5.2 Sammenligning av sykehjem med Lean og sykehjem uten Lean.

Sykehjem med Lean: Mine hovedfunn viser en delvis forankring av Lean i organisasjonen ved at hele kommunen hadde innført Lean som metode for organisering av ulike tjenester. En finner igjen ideen som implementeringen bygger på ved sykehjemmet, ved at ulike lager er systematisert og ryddet. Informanten opplyste at selve organiseringen ikke er endret etter innføringen av Lean og at ved å bli fratatt stillingsprosenter som resultat av `ryddingen` falt entusiasmen hos de ansatte. I organisasjonen framstår en som en Lean kommune, men for sykehjemmet kan en ikke se at det har skjedd ut over at en har fått mer orden – «window dressing». Slik en av informantene opplyste: «*Vi har ikke endret på noen strukturer etter at Lean ble innført*». Lean arbeidet har gitt et godt omdømme utad mot myndigheter og lokalsamfunn. Det å utforme en hverdag der pasienten var i fokus opplevde en av informantene en dreining mot å fordele oppgavene utover dagen for å spare inn i ressurser. Denne tiden ble brukt til pasientnære oppgaver som ikke kunne måles eller tidfestes, men som bidro til å gi pasienten noe ut over det tekniske som stell, mat og lovpålagte oppgaver. Den regulative legitimiteten var oppfylt, men det gikk på bekostning av den normative legitimiteten som er knyttet til konsekvenser av handlinger. Informanten opplevde det som galt å skulle flytte ulike oppgaver av teknisk art til tider som ble brukt til berikelse av pasientens dager.

Lean-koordinatoren spilt en rolle i starten av arbeidet med innføringen av Lean, men mistet sin betydning da resultatet ble reduksjon i stillingsprosenter uten at det hadde gitt et bedre tilbud til pasientene.

Det var gitt opplæring i Lean-verktøyene til noen ansatte og ledere i forkant av implementeringen av Lean, men siden ikke alle fikk samme opplæring ble implementering vanskelig fordi ikke alle hadde samme forståelse for hvordan ideen var tenkt virke i praksis.

Sykehjem uten Lean: Mine hovedfunn viser en sterk forankring fra toppledelse og ned til ansatte i avdelingen. En finner igjen ideen om teamorganisering, i det daglige arbeidet, i avdelingene. Informantene opplever dette som en god måte å arbeide på som gir en styrking av ansattes kompetanse, en forbedring for avdelingen og organisasjonen. Denne måten å jobbe på gir et godt omdømme utad mot lokalsamfunnet og myndigheter. Normativt regulativet der prosedyrer, strukturer og handlinger er aksepterte normer og verdier som

institusjonen og de ansatte opplever som rett (Amdam, 2016). Den ene lederen opplyste at: «Når det skal gjøres endringer tar jeg alltid de ansatte med for det er de som best vet hvor skoene trykker». Demokratiske verdier blir ivaretatt ved at ansatte blir hørt og tatt med i utformingen av tjenesten til pasientene. Det råder en kultur som er knytt til at vi har pasienten i fokus i alt arbeidet en utfører alt fra øverste leder til ansatt på gulvet.

Der er ikke en egen koordinator for arbeidet, men helse- og omsorgssjef bidrar til å holde det overordnede blikket på hvilke utfordringer de ulike avdelingene strider med, og bruker det bevist til kvalitetsheving og omstrukturering av helsesektoren i kommunen. De ansatte har stor frihet til å utforme ulike tjenester til pasientene/brukerne i kommunen inn forbi fastlagte standarder satt av politisk ledelse.

Opplæring har blitt gitt i forkant av implementeringen og underveis for å sikre tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag hos de ansatte til å kunne møte endrede krav til kunnskap ved innføring av samhandlingsreformen. Ansattes kompetanse har i den grad det er mulig ved sykehjemmet, blitt koblet mot pasientutfordring for å sikre god kvalitet på tjenesten som gis.

7.5.3 Kvalitetsindikatorer

kvalitetsindikator	Sykehus med Lean	Sykehus uten Lean	Primærhelsetjeneste med Lean	Primærhelsetjeneste uten Lean
Hoftebrudd	77,0	71,4		
Gjennomsnittlig ventetid i somatisk helsetjeneste	50,6 dager Tot. 27782 pasienter	53,5 dager Tot. 8361 pasienter		
Sykefravær			11,2	15,9

Tabell 7.2 kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatoren kan si noe om hvilke tilbud som gis til den enkelte pasient, men kan også framstå veldig misvisende. Når en ser på eksemplet her om hoftebrudd sier det ikke noe om der er et økende antall eldre mennesker som er tilknyttet dette helseforetaket, noe som vil få utslag på indikatoren. Når det gjelder sykefravær sier det heller ikke noe om alderssammensetningen til de ansatte i tjenesten. Likevel vil jeg si at når det gjelder sykehusene stemmer dette med hvordan sykehuset er organisert og drevet fordi interne målinger på Lean sykehuset har en funnet nedgang i de ulike prosessene i hele sykehuset. Når det gjelder primærhelsetjenesten kan en ikke si at Lean i seg selv har bidratt til et lavere sykefravær fordi Lean ikke er implementert i den grad det var tiltenkt. Her er det andre mekanismer som kommer inn og som jeg ikke har oversikt over.

7.6 Konklusjon

Lean som konsept har hatt en avgjørende rolle når det gjelder forvaltning av ressursene i sykehuset da en fikk til en bedre flyt i ulike prosesser ved at ressurser fulgte pasientforløp, «sløsing» av tid, ressurser og prosesser ble tatt tak i på en måte som gav en generell forbedring i hele organisasjonen. Informantene opplevde en forbedring av daglige gjøremål selv om det til tider kunne bli mer hektisk på enkelte avdelinger som inngikk i flere prosesser ved organisasjonen. Hele prosessen var godt forankret fra øverste hold og ned til ansatte på gulvet, og alle visste hva Lean innebar i deres organisasjon.

Hos sykehuset uten Lean rådet det mangel på forståelse for hvilken organisering av avdelinger og hvilke prosesser som bygget på hverandre medførte en omstillingstrøtthet hos de ansatte. Manglende forankring hos ledere og ansatte gav ikke de forventede resultat av omorganiseringen, samt at endringen gav en ekstra utfordring for de ansatte om å kunne gi god behandling og tjeneste til nye og ukjente pasientgrupper uten først å ha fått tilstrekkelig opplæring. En av informantene uttrykte at ved at en heller hadde koblet sammen avdelinger som hadde likere pasientgrunnlag og at en i forkant av endringer hadde fått nok opplæring til å møte nye pasientgrupper, kunne ressursforvaltning har vært bedre.

Den samme opplevelsen av Lean som ressursforvaltningsmetode fant jeg ikke igjen i sykehjemmet i kommunehelsetjenesten. Lean-ideen ble ikke i nevneverdig grad tatt inn i sykehjemmet og resultatet av implementeringen gav kutt i stillingsprosent i stedet for kvalitetsheving for pasient/bruker. Prosesstankegangen var her noe fremmed for informanten da det stred mot yrkesetiske prinsipp om hva omsorg i livets siste fase skal være.

Forankringen stoppet opp når en kom til denne avdelingen slik at ideen ble tatt inn, men ikke brukt slik den var tenkt.

Teamorganiseringen som ressursforvaltningsmetode ble godt vurdert av informantene. De begrunnet dette med at personalets kompetanse ble koblet mot pasientens behov og at ulike profesjoner samarbeidet om et opplegg rundt den enkelte pasient. Teamorganisering bidro til at en lettere samarbeidet med andre profesjoner innad i avdelingen og ut mot andre avdelinger i kommunen for å planlegge og utføre ulike tiltak som pasienten/brukeren hadde behov for. Informanten opplevde at pasienten var i senter for teamets avgjørelser ved at kompetanse ble koblet mot pasientens diagnose i den grad det var mulig. Tverrfaglig samarbeid bidro til en bedre forvaltning av ressursene.

8 Forskning videre

Sett i lys av mine funn ville det vært interessant å kunne gå inn i de ulike prosessene og se nærmere på hvilke utløsende faktorer som bidrar til at den ene løsningen fremstår som bedre enn den andre. Særlig ville jeg ha undersøkt sykehuset som ikke har innført Lean for å se hvor det oppstår «sløsing eller svinn» og om dette handler om manglende strukturer eller prosessforståelse eller om det kan være ledere som har andre visjoner for hva som virker for dette sykehuset. I den sammenheng vil det være aktuelt å se på hvordan ressursforvaltningen er sammenlignet med andre avdelinger og begrunnelsen som gis for å forsøke den ene løsningen framfor den andre.

Det ville også ha vært interessant å undersøke videre på Lean-sykehuset hva som var de utløsende kriteriene for å lykkes med Lean-arbeidet på sik, og om en fikk overført ideen til alle avdelingene ved sykehuset i samme grad som ved kirurgisk avdeling.

Når det gjelder sykehjem som har innført Lean har det vært en utfordring å forstå at en her skal kunne bruke prosesstankegang når det gjelder pasientene direkte, slik at her vil jeg ha sett mer på hva som gjorde til at denne tankegangen fikk rot og hva målet for dette arbeidet var. Ut fra de opplysningene vil jeg ha undersøkt videre hvordan de ulike prosessene slår ut, for det er ikke sikkert at systemet var dårlig, men at «oversettelsen av ideen» ikke helt fenget de ansatte.

Til sist kan det være interessant å forske videre på teamorganisering hos andre kommuner for så se om resultatet her vil bli det samme som for denne kommunen som er med i mitt forskningsprosjekt. Teamorganisering finner en igjen i Lean filosofien. Er teamorganiseringen i Lean sykehjemmet ulike den jeg fant ved sykehjemmet i case 2 og evt. hvorfor gir det ulikt utslag, når begge bruker team som modell for god ressursforvaltning og kvalitetsforbedring til pasientene?

9 Avslutning

Denne oppgaven har gitt meg innsikt i hvordan ressursforvaltningen i fire avdelinger kan være om en jobber etter Lean-filosofien eller om en velger en annen måte å organisere ressursforvaltningen på. Det kan være lett i første omgang å si at det ene alternativet står fram som bedre enn det andre alternativet ut fra hva informantene sier, men dette er nok mye mer kompleks sammensatt, slik at jeg kan nok ikke generalisere mine funn ut fra informantene, kvalitetsindikatorer eller på bakgrunn av forskning. Det som kommer tydeligst fram er å ha en ansatt med `oversetterkompetanse` og kjennskap til organisasjonen og hvilke prosesser som er avhengige av hverandre. En god `oversetter` kan gjennom grundig arbeid få fram resultat som en i utgangspunktet ikke kunne forespeile seg, mens en dårlig `oversetter` vil møte mer motstand og kanskje ikke nå fram til de ansatte slik at ideen blir tatt inn men ikke implementert slik den var tenkt.

Markedstenkning i sykehus er ikke en fremmed tanke og har vært der lenge. Noe har lykket med innføringen av Lean som modell, mens andre har gått bort fra den. For dette sykehuset jeg valgte å foreta intervju, har de opplevd dette som en god modell som en kan bygge videre på i årene som kommer. Den har vært godt forankret i hele organisasjonen og en har fulgt de ulike stegene som viser seg som en god måte å implementere nye organisasjons-oppskrifter på der en ser oversetting og implementering under ett.

I sykehuset som ikke driver etter Lean sine prinsipper har en sett en omorganiserings-trøtthet hos de ansatte fordi en til stadig skulle prøve å koble sammen ulike avdelinger for å spare penger. Noe av grunnene til dette kan skyldes behov for å bruke ressursene mer effektivt til en lavere kostnad. Denne implementeringen var styrt ovenfra og ned og hadde lite innspill fra de ansatte, og ble gjennomført uten nødvendig kvalitetsheving hos profesjonen for å kunne møte en ny pasientgruppe. Forankringen lå i ledelsen, men ikke nedover i organisasjonen.

Kan en ut fra disse to casene se en forbedring ved bruk av Lean? I sykehuset kan en si at bruk av Lean sin filosofi har fått til bedre pasientforløp og ressursforvaltning. Begrunnelsen for det er at dette handler om ledelse og da særlig verdibasert ledelse. Det at ansatte tas med i alle prosessene bidrar til eierskap i resultatet og en følelse av å jobbe i lag mot felles mål. Det handler om å se ut over egen avdeling og ha en som styrer de ulike prosessene på en slik måte at systemene `snakker sammen`, og som har den nødvendige oversetterkompetansen til å kunne sette ideen inn i den konteksten den er tenkt virke.

Når en ser hvordan Lean ble implementert og virket i sykehjemmet kan en ikke si at Lean som modell slår positivt ut. Ideen er tatt inn men ikke brukt slik intensjonen var. Der er blitt foretatt en oversetting av ideen men den har ikke gitt seg utslag i endrede rutiner eller kvalitetsforbedring i avdelingen.

Litteraturliste

- Andersen, Svein (2013). CASESTUDIER. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring. Bergen: Fagbokforlaget AS
- Andersen, Hege, og Røvik K.A (2015) *Lost in translation: a case-study of the travel of lean thinking in hospital*. (Health Services Research, university of Tromsø) Hentet fra:
- Bergerød, Inger Johanne (2015). *Ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet: sammenlignende casestudie av to norske sykehus*. (Mastergradsavhandling, universitetet i Stavanger). I.J. Bergerød. Hentet fra: <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/184172>
- Busch, T. (2012). *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Bukve, O. (2012). *Lokal og regional styring. Eit institusjonelt perspektiv*. Oslo: Det norske samlaget.
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre. Om design av samfunnsvitenskaplege forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Byrkjeflot, H. (1997). Fra styring til ledelse. I: Byrkjeflot, H. (red.) *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Cappelen, Å., Gjerfsen, H., Gjelsvik, M., Holm, I. og Stølen, N.M. (2014). *Fagarbeidere, lærere og sykepleiere blir mangelvare* Hentet fra: www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kd/rapporter_planer/aktuelle-analyser/aktuelle-analyser-om-hoyere-utdanning/fagfolk-larere-og-sykepleiere-blir-mange/id748051/
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P. og Røvik, K.A. (2009) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Czarniawska, B. (2015). *En teori om organisering*. Lund: studentlitteratur.se
- Dietrichson, Susanne (2015). Kompetanse. Må bli tøffere på oppgavefordeling. *Tidsskrift sykepleien nr 07 s. 44-48*.

Farbrot (2015) hentet 12.05.2016 <http://www.magma.no/hoeye-forventninger-motiverer-de-ansatte>

Fineide, M.L. og Ramsdal, H. (2014). Prosesstenking – utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer I: Vabø, M. og Vabo, S. (red.) I: *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Folkehelseinstituttet (2015). *Modell for kvalitetsforbedring*. Hentet fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

Fongen, Olav (2015). *Lean i UNN: oversettelse og implementering av et globalt konsept i en lokal organisasjon*. (Mastergradsavhandling, Norwegian University of Life Sciences, Ås). Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/293792>

Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Grøndalen, I. (2013). *Bruk av Lean ved norske somatiske sykehus*. (Mastergradsavhandling, Universitetet for miljø- og biovitenskap) hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/187538/Gr%C3%B8ndalen2013.pdf?sequence=1>

Hanssen, Gro S., Helgesen og Vabo (2014) *Politikk og demokrati. En innføring i stats – og kommunalkunnskap*. Oslo: Gyldendal Akademiske AS

Heldal, F. & Sjøvold, E (2015, 27.01). Endring i sykehus – et spørsmål om ledelse.

Tidsskriftet den norske legeförening. Hentet fra:

<http://tidsskriftet.no/2015/01/kronikk/ending-i-sykehus-et-sporsmal-om-ledelse>

Hoelsæter, E. (2016). *Lean ved Oslo Universitetssykehus. En Case – studie av ansattes erfaringer*. (Mastergradsavhandling, Norges miljø- og biovitenskaplige institutt). E.

Holsæter. Hentet fra:

https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2402153/hoelsaeter_2016.pdf?sequence=1

Jacobsen, Dag Ingvar (2004). *Endringsprosessen – tid, oversettelse og motstand kap.6 i Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Oslo/Bergen: fagbokforlaget AS

- Kyte, L., Kleiven, O. & Kvigne, K. (2016). *Mål- og resultatstyring i sjukepleia går på omsorga laus*. Henta fra:
<http://forskning.no/2017/04/mal-og-resultatstyring-i-sjukepleia-gar-pa-omsorga-laus/produsert-og-finansiert-av/hogskolen-i-innlandet>
- Ladegård, G. & Vabø, S.I. (2011). Ledelse, styring og verdier. *MAGMA Econa tidsskrift for økonomi og ledele*. Hentet fra: <https://www.magma.no/ledelse-styring-og-verdier>
- Larsen, I. (2000). Implementering av «beste praksis»: En studie av innføringen av HMS-tiltak i Statoil. (Hovedfagsoppgave, Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Tromsø)
- Lem, C.H. (2011) Tillit er bra - kontroll er bedre? *MAGMA Econa tidsskrift for økonomi og ledele*. Hentet 06.05.2016: <http://www.magma.no/tillit-er-bra-kontroll-er-bedre>
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning 3.utg. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Meld. St. 11 (2015-2016). (2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec3?q=meld.%20st.%2011#match_0
- Meld. St. 16 (2010-2011). (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/?q=meld.%20st.%2016>
- Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på – rett sted – til rett tid*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1?q=samhandlingsreformen#match_0
- Modig, N. & Åhlstrøm, P. (2015). *Dette er LEAN. Løsningen på effektivitetsparadokset*. Rheologica publishing.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.
- Morgan, G. (2004). *Organisasjonsbilder*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS
- Nygård, S. R. (2014). Hit men ikke lenger I: Røvik, K.A., Eilertsen T.V. & Furu, E. M. *Reformideer i norsk skole*. (kap. 11 s. 307-333) Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Røvik, Kjell Arne (1998). *Moderne organisasjoner: Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget Røvik
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. Århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Røvik, K.A. (2016). Knowledge Transfer as Translation: Review and Elements of an Instrumental Theori. *International journal of Management Reviews*, Vol. 18, 290-310. Doi: 10.1111/ijmr.12097

Skarpaas, I. (2013). Forsøk med fagutvikling i Nav-kontor I: Døhlie, E. & Støkken, A.M. *Fagutvikling i velferdstjenester* (s.109-125). Oslo: Universitetsforlaget AS

Strand, T. (2001). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Tharaldsen, John-Are (2011). *LEAN i offentlig sektor kan kommunene lære av Toyota?* Paper presentert på KS konsulent AS, Gjøvikregionen.

Hentet fra: <http://docplayer.me/1373210-Lean-i-offentlig-sektor-kan-kommunene-laere-av-toyota.html>

Vabø, M. (2014). Reformtrender og endringsparadokser I: M. Vabø (red.) & S.I. Vabo (red.): *Velferdens organisering* (s. 62-78) Oslo: Universitetsforlaget AS

Weick, K. (1995). *Sensemaking*. Thousand Oaks, CA: Sage

Womack, J. P., Jones, D. T. & Roos, D. (1991). *The Machine That Changed the World: The Story of Lean Production*. New York: Free Press - A Division of Simon & Schuster, Inc.

Yin, R. K. (2014). *Case Study Research. Design and Methods*. California: Sage Publications.

Bilde hentet fra:

De fem Lean prinsippene: <https://www.lean.org/WhatsLean/Principles.cfm>

Demings sirkel: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

Forespørsel til ansatte om deltakelse i studien

Organisering med tanke på forvaltningen av de menneskelige ressursene i en avdeling

Bakgrunn for mastergradsprosjektet

Mitt navn er Eva Kristin Reksten Rønnekleiv og jeg student på masterstudiet i organisasjon og leiing ved høgskulen i Sogn og Fjordane, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven.

Tema for masteroppgaven er ansatte, avdelingsledere og direktører sine erfaringer når det gjelder organisering med tanke på forvaltning av ressursene i en avdeling. I denne sammenheng trenger jeg hjelp til å finne direktører, avdelingsledere og ansatte som kan delta i et intervju. Hvis mulig vil intervjuet bli foretatt i arbeidstiden. Dato og tid vil bli avtalt med leder. Dersom du vil delta gi beskjed til meg, så kan vi avtale et telefonintervju eller om mulig møtes for en samtale.

Bakgrunn for temavalget er at utfordringen med tilgang på riktig kompetanse og riktig bruk av kompetanse innen sykehus og sykehjem vil bli stor i årene som kommer. LEAN er en av de nye ideene til hvordan man best kan organisere en sykehus- eller sykehjemsavdeling. Denne måten å organisere avdelinger på er opprinnelig hentet fra produksjonsbedrifter og privat næringsliv. Hensikten med studien er å sammenligne LEAN-organisering med andre måter å organisere sykehus- og sykehjemsavdelinger på.

Flere sykehus og sykehjem ha innført denne modellen allerede, slik at jeg ønsker med denne studien å sammenligne en avdeling som driver innenfor LEAN filosofien opp mot en som har valgt en annen modell. Jeg vil også se om der er ulike forskjeller når det gjelder sykehus og sykehjem.

Jeg håper at du som ansatt velger å dele dine erfaringer om dette emnet. Ved å sammenligne ulike avdelinger med ulik måte å forvalte ressursene på, kan en få ett innblikk i om en måte å organisere på peker seg ut, og om det har med modellen som avdelingen bruker.

Hva innebærer det å delta i studien?

Deltakelse vil innebære å bli intervjuet en gang. Jeg vil bruke lydbåndopptaker/diktafon. Intervjuet vil ta ca. 0,5 – 1 time. Jeg ønsker å holde muligheten åpen for å ta kontakt med ansatt dersom jeg stusser på hvordan jeg skal forstå et utsagn, eller noe annet skulle vise seg å være uklart for meg. I masteroppgaven jeg skal skrive, vil alle deltakere bli anonymisert, slik at det ikke er mulig å gjenkjenne noen i resultatene. På grunn av lang reisevei vil jeg muligens be om at noen av intervjuene blir foretatt over telefon.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta og du har mulighet til å trekke deg underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Hvis du ikke vil delta i studien eller velger å trekke deg, vil jeg be deg om å ta kontakt med undertegnede snarest mulig.

Bakgrunnsdata og lydfil fra intervjuet vil bli slettet ved prosjektslutt 2017. Alle opplysninger er blitt anonymisert, ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning. Norsk Senter for forskningsdata AS (NSD).

Ved spørsmål kan jeg kontaktes på **48 26 24 01**, e-post: evaronne@online.no

Min veileder er førsteamanuensis Kjersti Halvorsen som kan kontaktes på 41 60 03 76, e-post: kjersti.halvorsen@hisf.no

Samtykke om å delta i studien

Dersom du vil delta i studien vil jeg be deg om å skrive under samtykkeerklæring og gi beskjed til din leder. Jeg anser at om du svarer på mail til meg om at du ønsker å delta i studien, vil det og bli regnet som en samtykkeerklæring.

Med vennlig hilsen

Eva Kristin Reksten Rønnekleiv

Samtykkeskjema ved deltakelse i studie om

Organisering med tanke på forvaltningen av de menneskelige
ressursene i en avdeling

Jeg samtykker at jeg ønsker å delta i denne studien og er kjent med at alle data som samles
inn er anonymisert og oppbevart forsvarlig.

Jeg heter:.....

Lean – framtidens organisasjonsmodell innenfor offentlige sykehus og sykehjem?

Intervjuguide

Leder 1:

1. Kort om leders ansvarsområde, hva avdelingen har for oppgaver, hvor mange ansatte og kundegruppen.
2. Kan du si noe om hvordan avdelingen driver kontinuerlig forbedringsarbeid?
 - Er det nok og riktig mengde ressurser i avdelingen?
 - Er etterspørselen etter tjenester forutsigbar, og er ressursene fullstendig fleksible og pålitelige (sykefravær, kursvirksomhet, oppgaveforskyving etc)?
3. Hvordan tenker en om det å forbedre ressurseffektiviteten og kombinere det med høy flyteffektivitet?
 - Har organisasjonen mulighet til å justere kapasiteten, funksjonaliteten og kompetansen til ressursene umiddelbart, slik at alle typer kundebehov kan oppfylles?
4. Hvor stor grad av forutsigbarhet har en i pasientbehandlingsforløpet?
 - Estimerte liggedøgn
 - Kontroll over uforutsette hendelser
 - Reinnleggelser; og hva disse kan skyldes.
5. Hvilke fordeler ser en i at en har valgt akkurat denne organiseringen av avdelingen?
 - Bedre ressursutnyttelse
 - Bedre pasientflyt
 - Kontinuitet
 - Samarbeid med andre avdelinger innad og utad mot andre institusjoner
 - Færre feil og bedre for pasienten
 - Økonomisk
6. Hvilke ulemper ser en med akkurat denne organiseringen av avdelingen?
 - For høyt tempo for de ansatte
 - For høyt tempo for pasientene
 - Strukturelle hensyn rangeres som viktigere enn individuelle hensyn

- Flaskehalsen som en ikke får gjort noe med pga. stopp andre steder i organisasjonen.
 - Stor uforutsigbarhet grunnet varierende ressurstilgang, kundetilgang og uforutsette hendelser.
7. Hvilken organisering ville du selv ha ønsket om du kunne velge fritt?
 8. Hvordan blir nye måter å organisere en avdeling mottatt og formidlet nedover i avdelingen med tanke på profesjonenes eget verdisyn og måte å jobbe på?
 - Ledelse av profesjoner
 - Implementering av nye ideer
 - Vi gjør som vi alltid har gjort - forkasting
 - Gradvis implementering – tar inn det som passer i gjeldende organisasjon
 9. Hvem er aktørene når det gjelder innføring av nye ideer
 10. Hvordan skjer kunnskapsoverføringen i organisasjonen og mellom de ansatte?

Leder 2:

1. Hvordan jobber avdelingen med kontinuerlig forbedring med tanke på forvaltning av de menneskelige ressursene?
 - Ressurstilgangen er forutsigbar / uforutsigbar
 - Oppgavefordeling – oppgaveskyving.
 - Nok ansatte til å dekke etterspørselen
 - Riktig kompetanse.
2. Hvilke muligheter har du som leder til å bestemme hvilken organisering som skal gjelde for din avdeling i forhold til krav ovenfra og nedenfra i organisasjonen?
 - Styringsdokument som regulerer handlekraft
 - Krav til gjennomføring av nye pålegg og utforming av disse
 - Ovenfra og ned, kontra nedenfra og opp – organisering. Hvordan møter en kravene fra begge kanter på en konstruktiv måte?
3. Hvilke utfordringer møter en måten en velger å organisere avdelingen?
 - Flaskehalsen i avdelingen – andre avdelinger – utenfor organisasjonen – økonomiske hindringer for gjennomføring
 - Ressurstilgang (fleksibel, pålitelig, rett kompetanse, rekruttering av nytilsatte, holde og utvikle de en allerede har i organisasjonen)
 - Kundegruppen (forutsigbar, kommer til rett tid, sammensatte lidelser)
4. Hvilke fordeler ser en i at en har valgt akkurat denne organiseringen av avdelingen?

- Bedre ressursutnyttelse
 - Bedre pasientflyt
 - Kontinuitet
 - Samarbeid med andre avdelinger innad og utad mot andre institusjoner
 - Færre feil og bedre for pasienten
 - Økonomisk
5. Hvilke ulemper ser en med akkurat denne organiseringen av avdelingen?
 - For høyt tempo for de ansatte
 - For høyt tempo for pasientene
 - Flaskehalsen som en ikke får gjort noe med pga. stopp andre steder i organisasjonen.
 - Stor uforutsigbarhet grunnet varierende ressurstilgang, kundetilgang og uforutsette hendelser.
 6. Hvilken organisering ville du selv ha ønsket om du kunne velge fritt?
 7. Hvordan blir nye måter å organisere en avdeling mottatt og formidlet nedover i avdelingen med tanke på profesjonenes eget verdisyn og måte å jobbe på?
 - Ledelse av profesjoner
 - Implementering av nye ideer (rask tilkobling, frastøting, frikobling, oversetting, virus)
 - Vi gjør som vi alltid har gjort - forkasting
 - Gradvis implementering – tar inn det som passer i gjeldende organisasjon
 8. Hvem er aktørene når det gjelder innføring av nye ideer
 9. Hvordan skjer kunnskapsoverføringen i organisasjonen og mellom de ansatte?

Ansatt:

1. Hvordan opplever du / dere organiseringen av ansatte i avdelingen?
 - Stor grad av frihet i arbeidet
 - Styrt ovenfra når det prioritering i eget arbeid
 - Nok og riktige ressurser.
 - Tid til å gjøre oppgavene
 - Nok tid til pasientene
 - Venting på andre ansatte, avdelinger, pasienter, uforutsette hendelser

2. Hvordan skjer kunnskapsoverføringen i organisasjonen og mellom de ansatte?
 - Internt, eksternt, taus kunnskap, lærer av hverandre, implementering av nye ideer fra andre organisasjoner.
3. Hvordan opplever du / dere at nye ideer blir introdusert og mottatt i organisasjonen?
 - Rask tilkobling, frastøting, frikobling, oversetting, virus.
4. Hvilken organisering ville du ha valgt om du fikk velge fritt?
5. Hvilke forutsetninger må være tilstede for at denne organiseringen skal kunne gjennomføres slik du tenker det burde gjøres?
6. Hvordan opplever du / dere oppgavefordelingen innad i avdelingen?
 - Hensiktsmessig
 - Tungrodd
 - Kunne ha vært gjort på en bedre måte ved at oppgaver og ressurser ble organisert annerledes,
 - God ut fra kundeperspektiv, ressursperspektiv og økonomisk perspektiv

Kjersti Halvorsen
Institutt for samfunnsvitenskap Høgskulen i Sogn og Fjordane
Vie, Postboks 523
6800 FØRDE

Vår dato: 14.11.2016

Vår ref: 50598 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.10.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>50598</i>	<i>Lean - framtidens organisasjonsmodell innenfor offentlig helsevesen?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Kjersti Halvorsen</i>
<i>Student</i>	<i>Eva Kristin Rønnekleiv</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, 17.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Agnete Hessevik

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Kopi: Eva Kristin Rønnekleiv evaronne@online.no



UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget består av helsepersonell i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Deltakerne rekrutteres via ledelsen i helsetjenesten ved at de som ønsker å delta gir beskjed til sin nærmeste leder. Det er i dette prosjektet viktig å legge vekt på frivillighetsaspektet, da det kan være vanskeligere å si nei til å delta når man rekrutteres av en leder. Vi foreslår at de som ønsker å delta tar direkte kontakt med studenten.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er hovedsakelig godt utformet. Vi ber imidlertid om at følgende endres/tilføyes:

- Oppgi 17.06.2017 som dato for prosjektslutt.

- Vi gjør oppmerksom på at vi har endret navn fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste til NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

TAUSHETSPLIKT OG TREDJEPERSONER

Personvernombudet forutsetter at intervjuene gjennomføres på en måte som ivaretar informantenes taushetsplikt.

Ut fra hvordan intervjuguiden er utformet, tar vi høyde for at det kan framkomme enkelte tredjepersonopplysninger om identifiserbare ledere. Det skal kun registreres opplysninger som er nødvendig for formålet med prosjektet. Opplysningene skal være av mindre omfang og ikke sensitive, og skal anonymiseres i publikasjon. Så fremt personvernulempen for tredjeperson reduseres på denne måten, kan prosjektleder unntas fra informasjonsplikten overfor tredjeperson, fordi det anses uforholdsmessig vanskelig å informere.

Personvernombudet anbefaler at du ber informantene om å omtale andre personer i en så lite identifiserende grad som mulig.

INFORMASJONSSIKKERHET

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.

Det er oppgitt at det kan bli aktuelt å gjennomføre intervjuer via Skype. Skype vil i så tilfelle fungere som databehandler i prosjektet. Dersom det benyttes en databehandler i prosjektet må det foreligge en avtale mellom databehandleren og Høgskulen Sogn og Fjordane for den behandling av data som finner sted, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder på denne siden: <http://www.datatilsynet.no/sikkerhet-internkontroll/databehandleravtale/>

Vi anbefaler at man vurderer andre metoder, ettersom innsamling av data via Skype ikke er optimalt med tanke

på konfidensialitet og informasjonssikkerhet. Data bør innhentes og lagres i systemer innenfor virksomhetens kontroll. Institusjonen er ansvarlig for at personopplysningene behandles på en sikker måte gjennom hele prosessen.

PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 17.06.2017. 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

Vi gjør oppmerksom på at også databehandler må slette personopplysninger tilknyttet prosjektet i sine systemer. Dette inkluderer filer, logger og koblinger mellom IP-/epostadresser.