

Som vannet de svømmer i...?

Om innføring av standardiserte pasientforløp ved Kirurgisk
klinikk ved St. Olavs Hospital HF

Av

Jorunn Louise Grong og Ellen Annette Hegstad

Avhandling avlagt ved Handelshøjskolen i København (CBS) og
Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet (DPU)
for graden

Master of Knowledge Management
(Master i Kunnskapsledelse)
2015



Forord

Det er nok en overdrivelse å si at vi satt som tente lys den første dagen på Høgskolen i Nord-Trøndelag i januar 2013, men at vi var spente på hva studiet ville bringe og at vi gledet oss er ingen overdrivelse. Nå, like før innlevering av masteravhandlingen, kan vi se tilbake på nesten to år og ni måneder med hardt arbeid, mange spennende undervisningstimer, mye god litteratur og ikke minst, mange interessante diskusjoner oss studenter imellom. Alt dette tror vi har gjort oss til mer reflekterte praktikere som nå er i stand til å se organisasjonene vi er tilknyttet, og jobbene våre i et annet lys. Vi vil rette en stor takk til alle våre inspirerende forelesere som har skapt entusiasme og diskusjoner rundt emnene som har blitt presentert. En særskilt takk til veilederen vår, Knut Ingar Westeren. Du har alltid stilt opp når vi har trengt det og kommet med verdifulle innspill. Dessuten har du i aller høyeste grad bidratt til å holde motet oppe!

I arbeidet med masteroppgaven har vi fått verdifull innsikt i innføringen av det standardiserte pasientforløpet for tarmkreft i Kirurgisk klinikk ved St. Olavs Hospital. Tusen takk til klinikkssjef Birger H. Endreseth som velvillig lot oss gjennomføre studien i sin klinikk. Samme takk går også til de ansatte i klinikken som brukte av arbeidstiden for å svare på spørreundersøkelsen og å la seg intervju. Vi vil også takke Bjarne Vejle i Sentral stab for all velvillig hjelp i forbindelse med utforming og utsendelse av Questbackundersøkelsen.

Takk også til våre arbeidsgivere Helse Midt-Norge og St. Olavs Hospital for økonomisk støtte og permisjoner i forbindelse med studiesamlinger og eksamen.

Det er vel også på sin plass å takke hverandre! Vi har jobbet jevnt og trutt og vært ganske gode til å trekke hverandre opp når motivasjonen har vært lav og lysten på å gjøre andre ting nesten har tatt overhånd.

Sist, men ikke minst vil vi takke våre menn, Håvard Forvemo og Thor Amund Hagen og resten av familiene våre. Dere har vist utrolig stor tålmodighet med oss i de tyngste arbeidsperiodene. Dessuten har dere vært engasjert og bidratt med mange verdifulle innspill, og ikke minst, korrekturlesing.

Ignorance is the curse of God; knowledge is the wing wherewith we fly to heaven

Henry IV, 4.akt, scene 7, William Shakespeare, ca. 1597

Trondheim, august 2015.

Jorunn Louise Grong

Ellen Annette Hegstad

Sammendrag

Tema for denne masteravhandlingen er innføring og bruk av standardiserte pasientforløp i Kirurgisk klinikk ved St. Olavs Hospital. Et standardisert pasientforløp er en normativ beskrivelse av det forløpet en gitt pasientgruppe skal følge, og omfatter angivelse av tiden forløpet skal ta, angivelse av hvilke faggrupper som skal involveres og hvilke behandlingsregimer og prosedyrer pasienten skal tilbys.

Den overordnede problemstilling for avhandlingen er:

Hvordan gjennomføres klinisk endring og organisatorisk læring ved hjelp av standardiserte pasientforløp for tykktarmskreft i Kirurgisk klinikk ved St. Olavs Hospital HF?

Datagrunnlaget er svar fra en spørreundersøkelse blant ansatte i klinikken, og intervju med ti medarbeidere med forskjellig yrkesbakgrunn fra samme klinikk.

Organisasjonslæring er forutsetning for at de standardiserte pasientforløpene skal tas i bruk av de ansatte. For å belyse prosessen tar vi utgangspunkt i to ulike perspektiver, det prosessuelle og det strukturelle. Data og teorier om ledelse, organisasjonsmodeller, kunnskap og læring, presenteres derfor i lys av disse perspektivene.

Vi er opptatt av hvordan kunnskapsdeling skjer i arbeidet med de standardiserte pasientforløpene, hvordan de ansatte motiveres av dette arbeidet, og om forløpet faktisk brukes. Vi har også sett på om forløpenes intensjon som økt kvalitet, pasientsikkerhet og samarbeid nås.

Deling av eksplisitt kunnskap ivaretas i forløpsarbeidet, men vi er usikre på om den tause kunnskapsdelingen ivaretas like godt. Data viser at ansatte motiveres av målinger, noe som blant annet kan forklares av den vitenskapelige tradisjon helsearbeidere er utdannet i. Våre funn viser også at respondentene mener at forløpet bidrar til økt kvalitet og samarbeid i det kliniske arbeidet. Videre ser vi at ansatte i den aktuelle avdelingen støtter sykehusledelsens satsing på standardiserte pasientforløp, men at flere angir at de ikke har vært involvert i eller blitt godt nok informert om forløpet. Forskere angir at en uhyre viktig faktor for å lykkes i endringsarbeid er en opplevelse av eierskap til de endringene som skal gjennomføres. Eierskap oppnås best ved å involvere de ansatte i alle faser av arbeidet.

Søkeord: Standardiserte pasientforløp, implementering, endring, læring, kunnskapsledelse.



HINT

**SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV MASTER-/BACHELOR-
/KANDIDAT- OG PROSJEKTOPPGAVER**

Forfatter(e): Jorunn Louise Grong og Ellen Annette Hegstad

Tittel: Som vannet de svømmer i..?
Om innføring av standardisert pasientforløp for tykkarmskreft i
kirurgisk klinikk ved St Olavs Hospital

Studieprogram: Master i kunnskapsledelse 2013-15

Kryss av:

Vi/jeg samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek og at den kan publiseres på internett i fulltekst via BIBSYS Brage, HiNTs åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre
Kan frigis fra: _____

Dato: 24/8-2015


underskrift


underskrift

Innhold

| | |
|--|----|
| Forord | 2 |
| Sammendrag | 3 |
| 1.0 Innledning..... | 9 |
| 1.1 Presentasjon av St. Olavs Hospital og strategi for forbedring..... | 10 |
| 1.2 Standardiserte pasientforløp | 11 |
| 1.2.1. Pakkeforløp for kreftpasienter | 13 |
| 1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål..... | 13 |
| 1.3.1 Problemstilling..... | 13 |
| 1.3.2 Forskningsspørsmål | 14 |
| 2 Forskningsobjekt | 16 |
| 2.1 Standardisert pasientforløp for tykktarmskreft | 16 |
| 2.2 Metode for utvikling av standardiserte pasientforløp | 17 |
| 2.2.1 Behandlingslinjer (clinical pathways / care pathways / integrated pathways)..... | 18 |
| 2.2.2 Gjennombruddsprosjekter | 18 |
| 2.2.3 Lean Healthcare..... | 18 |
| 2.2.4 Modell for utvikling av standardiserte pasientforløp i Helse Midt Norge: | 18 |
| 2.3 Roller i utvikling av standardiserte pasientforløp | 19 |
| 2.3.1 Forløpsansvarlig overlege..... | 19 |
| 2.3.2 Forløpsveileder | 19 |
| 2.3.3 Tverrfaglig team | 19 |
| 3.0 Teoretiske perspektiver..... | 20 |
| 3.1 Perspektiv på organisasjon..... | 20 |
| 3.1.1 Strukturelt perspektiv på organisasjonen: | 21 |
| 3.1.2 Prosessuelt syn på organisasjon..... | 22 |
| 3.1.3 Organisasjonskultur..... | 22 |
| 3.2 Perspektiv på ledelse og styring | 24 |
| 3.2.1 Tradisjonell ledelse i sykehus | 24 |
| 3.2.2 Kunnskapsledelse | 27 |
| 3.2.3 Mikroledelse..... | 29 |
| 3.2.4 Strategisk ledelse og endringsledelse | 30 |
| 3.3 Perspektiv på kunnskap..... | 31 |
| 3.3.1 Definisjon av begrepet kunnskap | 32 |

| | |
|---|----|
| 3.3.2 Taus og eksplisitt kunnskap | 32 |
| 3.3.3 Strukturelt eller objektivistisk perspektiv på kunnskap og læring | 33 |
| 3.3.4 Prosessuelt eller praksisbasert perspektiv på kunnskap og læring..... | 34 |
| 3.4 Organisatorisk læring | 35 |
| 3.4.1 Handlingsteori og bruksteori..... | 36 |
| 3.4.2 Femtrinnsmodellen for læring..... | 37 |
| 3.4.3 Enkelt- og dobbeltkretslæring..... | 38 |
| 3.3.4 SEKI modellen: en modell for læring eller deling av kunnskap | 39 |
| 3.5 Standardisering og improvisering..... | 40 |
| 4.0 Metodisk tilnærming | 43 |
| 4.1 Vitenskapssyn | 43 |
| 4.2 Metode og vitenskapelig ståsted | 44 |
| 4.3 Forskningsdesign og valg av metode..... | 45 |
| 4.4 Metodetriangulering eller flermetodedesign..... | 46 |
| 4.5 Gjennomføring av undersøkelsen | 46 |
| 4.5.1 Kvalitativ metode | 46 |
| 4.5.2 Praktisk gjennomføring av intervju | 48 |
| 4.5.3 Kvantitativ metode | 49 |
| 4.5.4 Spørreundersøkelse..... | 51 |
| 4.5.5 Praktisk gjennomføring av spørreundersøkelsen..... | 51 |
| 4.5.6 Kvantitative data fra andre datakilder | 52 |
| 4.6 Forskningens kvalitet:..... | 53 |
| 4.6.1 Validitet | 53 |
| 4.6.2 Reliabilitet..... | 54 |
| 4.6.3 Generalisering | 55 |
| 4.6.4 Forskningsetiske avveininger | 55 |
| 4.6.5 Styrke og svakheter ved forskningen vår | 56 |
| 5.0 Analyse | 58 |
| 5.1 Funn fra datainnsamlingen..... | 59 |
| 5.1.1 Bakgrunnsinformasjon fra spørreundersøkelsen | 62 |
| 5.1.2 Bakgrunnsinformasjon fra intervju..... | 64 |
| 5.1.3 Forståelse/kjennskap..... | 64 |
| 5.1.4 Metodikk | 67 |

| | |
|--|-----|
| 5.1.5 Involvering | 68 |
| 5.1.6 Nytte og bruk av pasientforløpet | 70 |
| 5.1.7 Informasjon og motivasjon..... | 80 |
| 5.1.8 Kvalitet og pasientsikkerhet | 86 |
| 5.1.9 Samhandling og samarbeid | 88 |
| 5.2 Oppsummering av analysen | 90 |
| 6. Drøfting..... | 92 |
| 6.1 Hvordan implementeres ny kunnskap gjennom de standardiserte pasientforløpene i Kirurgisk klinikk ved St. Olavs Hospital? | 92 |
| 6.1.1 Implementering..... | 93 |
| 6.1.2 Implementering og ledelse..... | 93 |
| 6.1.3 Organisasjonens syn på kunnskap..... | 96 |
| 6.1.4 Kunnskapsdeling i organisasjonen..... | 97 |
| 6.1.5 Oppsummering..... | 101 |
| 6.2 Motiveres kunnskapsarbeidere av strukturelle målinger i sitt daglige arbeid? | 102 |
| 6.2.1 Om måling i helsevesenet | 103 |
| 6.2.2 Gir målinger motivasjon? | 106 |
| 6.2.3 Oppsummering:..... | 108 |
| 6.3 Hvordan kan standardisering og kunnskapsarbeid virke sammen for å bedre samhandling, pasientsikkerhet og kvalitet? | 108 |
| 6.3.1 Standardisering, kvalitet og pasientsikkerhet | 111 |
| 6.3.2 Standardisering og samhandling/samarbeid..... | 114 |
| 6.3.3 Oppsummering..... | 116 |
| 6.4 I hvor stor grad brukes forløpene og hva mener ansatte om dette verktøyet? | 118 |
| 6.4.1 I hvor stor grad brukes forløpene?..... | 119 |
| 6.4.2 Endring på grunn av innføring av pasientforløpene..... | 120 |
| 6.4.3 Nytte av standardiserte pasientforløp | 121 |
| 6.4.4 Hva hvis forløpet ikke følges?..... | 123 |
| 6.4.5 Oppsummering..... | 124 |
| 7 Oppsummering..... | 126 |
| Litteraturliste..... | 129 |
| Oversikt figurer og tabeller | 135 |
| Vedlegg..... | 136 |
| 1 Brev om deltakelse i spørreundersøkelsen | 136 |

| | |
|--|-----|
| 2 Spørreskjema Masteroppgave | 137 |
| 3 Intervjuguide masteroppgave | 139 |
| 4 Forbedringsprogram 2014-2016, St Olavs Hospital..... | 141 |

1.0 Innledning

Helse-Norge er i stadig endring og utvikling, og det får konsekvenser for både sykehus, pasienter, helsepersonell og sykehusledere. Effektiv drift stiller store krav til logistikk, behandlingspraksis og prioriteringer. Gode, "sømløse" overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og innad i spesialisthelsetjenesten er derfor en forutsetning. I den forbindelse har nye begrep som standardiserte pasientforløp, pakkeforløp og behandlingslinjer blitt satt på den politiske dagsorden. Disse begrepene innebærer at det etableres standardiserte arbeidsrutiner og behandlingsprotokoller som gjelder både for de ansatte og for pasientene. Både politikere og sykehusledere har store forventninger til at pasientforløpene skal gi befolkningen bedre helsetjenester.

Sykehus er typiske kunnskapsvirksomheter. Virksomhetene preges av at kunnskapen om hvordan oppgavene skal løses i hovedsak er avhengig av kompetansen til den enkelte ansatte. På norske sykehus har de fleste ansatte en profesjonsutdanning på bachelornivå eller høyere. Det innebærer at de minst har en treårig høyskoleutdanning innen sitt fagområde. Profesjonsarbeidere er altså yrkesutøvere som har en fordypningskunnskap innen et bestemt yrkesrettet kunnskapsområde (Irgens, 2010:20). Ansatte i kunnskapsvirksomheter kalles derfor gjerne kunnskapsarbeidere (Irgens, 2010).

Universitetssykehuset i Trondheim, St. Olavs Hospital HF, er både et sykehus og en utdannings- og forskningsinstitusjon og kan derfor betegnes som en svært kunnskapsintensiv bedrift. Ifølge Irgens (2010) preges kunnskapsintensive bedrifter av at arbeidet som utføres er lite standardisert. De ansattes intellektuelle kapasitet er bestemmende for arbeidsutførelsen og nettopp dette er viktig motivasjon for kunnskapsarbeidere; at de selv kan bestemme hvordan arbeidet skal utføres (Irgens 2010). Med utgangspunkt i disse forutsetningene vil det kunne fortone seg som en stor utfordring å få autonome medarbeidere til å ta i bruk behandlingsprinsipper standardiserte pasientforløp legger føringer for. Standardiserte pasientforløp forutsetter at høyt utdannede kunnskapsarbeidere ikke lenger selv helt og holdent bestemmer hvordan de skal utføre arbeidet, men at de må forholde seg til standarder og oppskrifter som er bestemt av andre.

Denne utfordringen er selve kjernen i vår masteravhandling: Hva mener kunnskapsarbeidere på St. Olavs Hospital HF om innføring av standardiserte pasientforløp? Hvor ligger skjæringspunktet mellom graden av standardisering og behovet for en autonom og selvstendig arbeidshverdag? Er helsearbeidere i travle jobber i stand til å etterleve de nye kravene til praksis?

1.1 Presentasjon av St. Olavs Hospital og strategi for forbedring

I årene mellom 2000 og 2014 ble det bygget et nytt universitetssykehus i bydelen Øya i Trondheim. Utbyggingen ble startet før, og avsluttet etter, innføringen av sykehusreformen i 2003. Sykehusreformen innebærer blant annet at sykehusene gikk fra å være eid og styrt av fylkeskommunen til å være selvstendige helseforetak blant annet med ansvar for egen økonomi. Som en følge av dette ble blant annet et nytt regime for finansiering av nybygg innført og St. Olavs Hospital måtte lånefinansiere store deler av nybyggene. På grunn av store kapitalkostnader hadde sykehuset i 2006 et underskudd på 600 millioner norske kroner. Ledelsen ble tvunget til å fokusere på økonomi og behov for omstilling. Fra eieren, Helse Midt-Norge Regionalt Helseforetak, ble sykehuset stilt overfor stadige krav om innsparing og effektivisering.

Da St. Olavs Hospital fikk ny administrerende direktør i 2010, la han og styret en ny strategi for sykehuset. Fokus på penger og økonomi skulle endres til fokus på kvalitet. Mottoet var "God kvalitet er god ressursutnyttelse". Det skulle bygges en felles kvalitetskultur ved St. Olavs Hospital. En kvalitetskultur som innebærer et systematisk og kontinuerlig kvalitets- og forbedringsarbeid basert på felles verdier, holdninger og normer (Forbedringsprogram, 2013).

Krav til bedre pasientflyt, kommunikasjon og samhandling har altså preget driften av St. Olavs Hospital de siste 12 årene. Sykehusets ledelse valgte å operasjonalisere sin strategiske satsing gjennom en konkret handlingsplan "Hovedprogram for forbedring". Programmet beskriver store klinikkovergripende forbedringsprosesser som jevnlig rapporteres til Styret ved St. Olavs Hospital. Forbedringsprogrammet har blitt revidert to ganger siden 2010, og i dag er sykehusets strategi formulert i "Forbedringsprogram 2014-2016".

Forbedringsprogrammet er laget for å sikre at ny kunnskap og metoder i pasientbehandlingen kvalitetssikres og innføres på en systematisk måte. Målet med programmet er å sikre god pasientflyt, både internt i sykehuset og mellom nivåene i helsetjenesten. Kvaliteten på pasientens møte med sykehuset skal styrkes i alle ledd, fra utredningsfase til oppfølging i samarbeid med primærhelsetjenesten etter sykehusoppholdet (Forbedringsprogram 2013). Et svar på dette kravet er innføring av standardiserte pasientforløp.

Både Stortingsmelding nr. 47 "Samhandlingsreformen" (2008-2009) og "Strategi 2020" fra

Helse Midt-Norge RHF peker på viktigheten av å etablere gode pasientforløp. Administrerende direktør ved St. Olavs Hospital HF, Nils Kvernmo, skriver i "Forbedringsprogram 2013" at: "Nasjonale myndigheter legger sterke føringer for kvalitet i helsetjenesten, at pasientene skal være sikre på at alle deler av pasientforløpet er kvalitetssikret, og at det ikke er unødvendig lang ventetid. Dette gjøres gjennom å utvikle standardiserte pasientforløp. For å oppnå gode pasientforløp må sykehuset ha god pasientlogistikk, samhandling og høy faglig kompetanse i alle ledd" (Kvernmo, 2012). "Forbedringsprogram 2014-2016" er organisert som et prosjekt der viseadministrerende direktør er prosjektleder. Sykehusledelsen har signalisert at Forbedringsprogrammet er et dynamisk og "levende" dokument som er under kontinuerlig bearbeiding. I løpet av det siste året har rammene rundt programmet endret seg noe. Flere av sykehusets kliniksjefer har imidlertid fremdeles ansvar for gjennomføring av de ulike delene av Forbedringsprogrammet, noe som betyr at det er godt forankret i toppledelsen. I det følgende gir vi en beskrivelse av hva standardiserte pasientforløp er og hvilke roller som er definert i utviklingen av forløpene

1.2 Standardiserte pasientforløp

I det følgende gir vi en kort introduksjon til standardiserte pasientforløp.

Stammen i "Forbedringsprogram 2014-2016" er altså standardisering av pasientforløp. De standardiserte pasientforløpene beskriver pasientens "vei" gjennom sykehuset og skal være retningsgivende for behandling av gitte diagnoser eller tilstander. De skal gi alle involverte, både pasienter og helsearbeidere, oversikt over behandlingsforløpet og sikre god ressursutnyttelse og samhandling mellom avdelinger, og mellom de ulike nivåene i helsetjenesten.

Definisjonen av et standardisert pasientforløp bygger på European Pathway Association (EPA) sin definisjon av care pathways (Helse Vest, 2012), og fremhever følgende viktige kriterier:

1. Et standardisert pasientforløp er en *koordinert, tverrfaglig behandlingsprosess*, som følger en *normativ* beskrivelse i et eller flere dokumenter.
2. Mål for forløpet skal angis, samt hvilke tiltak som må til (standardiseres) for å nå målene. Både mål og tiltak skal bidra til å gi pasientene et så godt forløp som mulig innenfor de ressursrammer og mulighetsrom som finnes i de respektive enhetene. Tiltakene er tverrfaglige og skal være koordinerte. Det er derfor svært viktig at det angis tidspunkt for, og utpekes en ansvarlig for hvert tiltak. Tiltakene kan være alt fra

administrative gjøremål til informasjon, medisinske intervensjoner og sykepleieprosedyrer.

3. Forløpet skal gjelde en *definert pasientgruppe*, dvs. at en må identifisere kriterier for hvilke pasienter som skal inkluderes eller ekskluderes.
4. Videre skal det gjelde for en avgrenset periode med *avklart start- og endepunkt*.
5. Tiltakene skal være *forankret i faglig evidens og god klinisk praksis*, og dermed *fremme pasientsikkerhet og gi målbare resultater* som monitoreres og evalueres regelmessig.
6. Forløpet må også imøtekomme pasienter og pårørendes forventninger til eget pasientforløp, og på en slik måte *fremme samhandling* (mellom helsepersonell, og med pasient) og *pasienttilfredshet*.
7. Videre må forløpet som helhet organiseres slik at alle involverte parter opplever det som helhetlig, ved at det sikrer kontinuitet og god informasjonsflyt, og gir en *effektiv ressursutnyttelse*.

For å undersøke om forløpene virker slik de faktisk er ment, legges det stor vekt på at det skal gjøres målinger av ulike tidsparameter. Eksempel på dette er måling av hvor lang tid det tar fra sykehuset mottar henvisninger fra primærlegen til pasientens første konsultasjon i spesialisthelsetjenesten. Målinger kan også si noe om hvor i forløpet pasienten befinner seg og slik gi grunnlag for forskningsbasert evaluering. Det legges stor vekt på å oppfylle kravet til forløpstider, og dette formidles til sykehusets ansatte som en viktig del av forløpene (Forbedringsprogram 2014-2016).

Pasientforløpene skal bidra til at ny kunnskap deles og implementeres på en god måte blant de ansatte og slik sikre kunnskapsbasert og likeverdig pasientbehandling. De standardiserte pasientforløpene er også ment å skulle være et hjelpemiddel i opplæring av studenter og nytilsatte. Sykehusledelsen er opptatt av at endringene skal skje i det de kaller "den spisse enden", det vil si i den daglige driften og så nært pasientene som mulig (Forbedringsprogram 2014-2016).

De standardiserte pasientforløpene beskriver hvilke prosedyrer og retningslinjer som skal gjelde i behandlingen av en bestemt pasientgruppe. Beskrivelsene er tilgjengelige for alle ansatte i sykehusets elektroniske kvalitetssystem (EQS). I tillegg er det utviklet et dataverktøy (eSP) som skal bidra til at ledelsen og utvalgte medarbeidere kan følge med på

om forløpstidene følges. (Forbedringsprogram 2014-2016).

1.2.1. Pakkeforløp for kreftpasienter

1. januar 2015 innførte Helsedirektoratet et nytt begrep for pasientforløp. Det nye begrepet er "pakkeforløp". Hittil er det utviklet totalt 28 pakkeforløp for kreftdiagnoser. Pakkeforløpene er utviklet av sentrale helsemyndigheter og skal brukes av alle sykehus som behandler kreftpasienter. Formålet med pakkeforløpene er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Det legges stor vekt på at pasientene skal sikres informasjon og brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2015). Pakkeforløpene angir nye forløpstider som skal være rettleidende for behandlingen. Det standardiserte pasientforløpet for tykktarmskreft har mange likhetstrekk med pakkeforløp, men pakkeforløpene medfører at flere pasienter enn tidligere inkluderes i forløpet og det blir mer utfordrende å holde de gitte tidsfristene for utredning. I vår avhandling vil vi ikke fokusere på utviklingen av de nye pakkeforløpene som etter hvert skal innføres, men velger å beskrive deler av dette arbeidet da flere av våre informanter kommer inn på det i intervjuene.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Vi som skriver denne avhandlingen har i ulik grad vært involvert i gjennomføring av "Forbedringsprogram 2012-14" som deltaker eller veileder i utarbeidelse av flere standardiserte pasientforløp på St. Olavs Hospital. Vi er derfor nysgjerrige på i hvilken grad sykehusets ledelse lykkes i dette arbeidet, om endring skjer, og hva de ansatte som jobber nært pasienten mener om de standardiserte pasientforløpene.

1.3.1 Problemstilling

Problemstilling for denne avhandlingen er:

Hvordan gjennomføres klinisk endring og organisatorisk læring ved hjelp av standardiserte pasientforløp for tykktarmskreft i Kirurgisk klinikk ved St. Olavs Hospital?

Konkretisering av problemstilling:

Klinisk endring: I dette begrepet legger vi endringer i pasientbehandlingen som oppstår som følge av innføring av det standardiserte pasientforløpet for tykktarmskreft. Eksempel på dette kan være bruk av en ny type anestesi, postoperativ smertebehandling, ernæring og hvor ofte pasienten skal mobiliseres etter operasjonen.

Organisatorisk læring: For å gjennomføre implementering av pasientforløpet kreves tilpassing og læring i organisasjonen. Dette omfatter arbeids- og ansvarsfordeling mellom yrkesgruppene og samhandling mellom avdelinger, oppfølging av krav til forløpstider og bestilling av tilleggsundersøkelser som kommer som følge av de standardiserte pasientforløpene.

1.3.2 Forskningsspørsmål

For å tydeliggjøre besvarelsen vår har vi valgt å dele problemstillingen inn i fire forskningsspørsmål.

Forskningsspørsmål 1:

Vi er opptatt av hvordan endringer implementeres i en kunnskapsorganisasjon som St. Olavs Hospital og spør derfor:

Hvordan implementeres ny kunnskap gjennom de standardiserte pasientforløpene i Kirurgisk klinikk ved St. Olavs Hospital?

Forskningsspørsmål 2:

Metoden som brukes for å utvikle standardiserte pasientforløp beskriver måling og monitorering av forløpet som et suksesskriterium for implementering, og vi spør derfor:

Motiveres kunnskapsarbeidere av strukturelle målinger i sitt daglige arbeid?

Forskningsspørsmål 3:

I en kunnskapsorganisasjon kan krav om standardisering på den ene siden og kunnskapsarbeiderens autonomi på den andre siden stå i kontrast til hverandre. Med bakgrunn i dette spør vi:

Hvordan kan standardisering og kunnskapsarbeid virke sammen for å bedre samhandling, pasientsikkerhet og kvalitet?

Forskningsspørsmål 4:

Standardiserte pasientforløp er et prioritert satsingsområde på St Olavs Hospital og vi spør derfor:

I hvor stor grad brukes forløpene og hva mener ansatte om dette verktøyet?

Gjennom å kombinere en spørreundersøkelse som ble sendt ut til alle som arbeider med pasienter med tykktarmskreft til daglig med intervjuer av noen utvalgte blant disse ansatte, forsøker vi å finne svar på hvor godt forløpet er gjort kjent i klinikken, hvordan det brukes, og hvilken nytte de ansatte mener det har.

2 Forskningsobjekt

2.1 Standardisert pasientforløp for tykktarmskreft

Standardiserte pasientforløp utvikles i de fleste klinikker ved St. Olavs Hospital. Vi har valgt å studere innføring av standardisert pasientforløp for pasienter med tykktarmskreft som behandles ved Kirurgisk klinikk.

Kirurgisk klinikk har arbeidet med utvikling av standardiserte pasientforløp gjennom de siste fire årene. De første årene var arbeidet nærmest å betegne som en skrivebordsøvelse. Kun noen få av de ansatte kjente til arbeidet og enda færre fulgte tiltakene i forløpet slik de var beskrevet. Våren 2013 ble forløpet for pasienter med tykktarmskreft revidert, blant annet for å ivareta den daværende regjeringens norm for forløpstider for kreftpasienter (Regjeringen, 2011). Det skulle ikke gå mer enn 20 virkedager fra sykehusene mottok en henvisning til pasientene hadde startet behandling i spesialisthelsetjenesten. For å oppfylle normen måtte alle ledd i forløpet gjennomgås med tanke på å optimalisere tidsforbruk i alle deler av forløpet. Samarbeid, kommunikasjon og logistikk ble satt i fokus, og disse momentene var en forutsetning for at klinikken skulle kunne gjennomføre forløpet innen planlagt tid. Kirurgisk klinikk pekte ut ansatte som skulle påse at forløpet ble brukt i klinikken. Lederes ansvar i arbeidet med implementeringen ble samtidig et viktig satsingsområde for alle avdelinger ved sykehuset.

Helse Midt-Norges IT-leverandør (HEMIT) utarbeidet samtidig et IKT-verktøy som kan monitorere pasientforløpene i sanntid. Verktøyet høster data fra sykehusets pasientadministrative system (PAS) og kan blant annet gi oversikt over om pasientene får behandling innen tidsfristene. (HEMIT 2015)

Et viktig element i det standardiserte forløpet er innføring av ERAS-prinsipper (enhanced recovery after surgery) i behandlingen (Kehlet, 2014). Systematiske studier har vist at optimal behandling av pasientene kan redusere unødvendig ubehag og gi kortere rekonvalesensperiode etter kirurgi. ERAS setter fokus på preoperativ informasjon, reduksjon av stress hos pasienten, optimal smertebehandling uten morfinpreparater, raskere mobilisering og bedre pre- og postoperativ ernæring (St. Olavs Hospital, 2014).

Kunnskapsbaserte rutiner er grunnlag for hele pasientforløpet, fra det blir bestemt at pasienten skal opereres til utskrivelse til hjemmet. I pasientforløpet for tykktarmskreft ved St. Olavs Hospital er bruk av sjekklister et viktig hjelpemiddel for innføring av ERAS-prinsippene.

Vi omtaler disse sjekklisterne nærmere senere i avhandlingen.

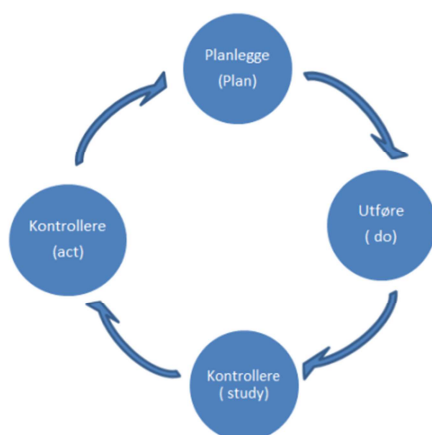
Den viktigste suksessfaktoren for arbeidet med de standardiserte pasientforløpene er at de ansatte faktisk bruker dem. Dette forutsetter kunnskap og forståelse for hvorfor dette er et arbeid som kommer pasientene og sykehuset til gode, en aksept for standardisering, og at de ansatte er godt nok informert og deltakende i prosessen knyttet til standardisering av pasientforløpet.

I neste kapittel presenterer vi metoden som brukes i utvikling av et standardisert pasientforløp ved St. Olavs Hospital.

2.2 Metode for utvikling av standardiserte pasientforløp

Metoden som brukes når standardiserte pasientforløp utarbeides er utviklet gjennom flere år, og har vært revidert flere ganger før det resulterte i den versjonen som i dag brukes. Metoden bygger på en rekke prosessforbedringsverktøy. Eksempler på verktøyene er behandlingslinjer (clinical pathways), gjennombruddsmetodikk, Lean healthcare og kliniske mikrosystemer (St. Olavs Hospital 2013).

Disse metodene tar utgangspunkt i horisontale prosesser, og har fokus på endring og forbedring på det operasjonelle nivået. Metodene bygger på William E. Demings (1900-1993) sirkel som beskriver en kontinuerlig, sirkulær modell for forbedring (Demings sirkel). Elementene i sirkelen er: planlegging (plan), utføring (do), kontroll (study) og korrigering/standardisering (act) (Helse Midt-Norge, 2010).



Figur 1: Demings sirkel

2.2.1 Behandlingslinjer (clinical pathways / care pathways / integrated pathways)

Denne metoden brukes i flere europeiske land for å øke kvaliteten på pasientbehandlingen og bedre logistikken i helsevesenet. Hovedpoenget er å utarbeide og gjennomføre standardiserte pasientforløp innen ulike diagnoser basert på beste kliniske praksis. Fokus er på å skape forutsigbare tjenester (Hall m. fl, 2006).

2.2.2 Gjennombruddsprosjekter

En metode for endringsarbeid i medisinsk praksis kalles "gjennombruddsprosjekter". Metoden er utviklet av "Institute for Healthcare Improvement" i Boston. Prinsippet er at en ekspertgruppe identifiserer områder med forbedringsmuligheter. Det etableres arbeidsgrupper som har ansvar for å finne løsninger på problemene. For å måle effekten av endringsprosessene brukes gjerne evalueringsverktøyet statistisk prosesskontroll (SPC) som anses som velegnet for å kunne trekke slutninger basert på få data. Denne tilnærming har et sterk faglig fokus (Institute for healthcare improvement, 2003).

2.2.3 Lean Healthcare

Lean er opprinnelig en virksomhetsorientert produksjonstankegang som har røtter i japansk bilindustri. Lean i helsevesenet omfatter metoder og verktøy som først og fremst setter pasienten i sentrum. "Organisatorisk svinn" av ressurser minimeres for å sikre optimal pasientflyt på tvers av avdelinger, faggrupper, nivåer osv. Hovedprinsippene i Lean er i utgangspunktet enkle og handler om å gjøre tingene riktig, og i riktig rekkefølge. Tingene skal gjøres riktig første gang og det er viktig å ha en felles forståelse for kompleksiteten og alle delprosesser et effektivt og pasientorientert forløp forutsetter. Metoden omfatter kartlegging av dagens situasjon og søk etter bedre, mer effektive arbeidsmåter. Lean i helsevesenet har et sterkt prosessfokus. Det er et verktøy som fokuserer på å redusere variasjon, fjerne sløsing og skape en praksis for kontinuerlig forbedring (Jones & Mitchell, 2006).

2.2.4 Modell for utvikling av standardiserte pasientforløp i Helse Midt Norge:

Metoden Helse Midt-Norge bruker i utvikling av standardiserte pasientforløp bygger på flere av modellene nevnt over. Utvikling av forløpene skjer gjennom bruk av en prosessmetodikk på en tidslinje med definerte oppgaver knyttet til hver av de ulike delprosessene.



Figur 2: Skjematisk oversikt over trinn i forløpsmetodikken

2.3 Roller i utvikling av standardiserte pasientforløp

2.3.1 Forløpsansvarlig overlege

Forløpsansvarlig overlege har hovedansvar for utvikling, implementering og oppfølging av et standardisert pasientforløp. Overlegen har også ansvar for at forløpet følges av de ansatte etter at det er utviklet, og at de riktige ressursene brukes. Det er ofte en lege med lang erfaring med den aktuelle pasientgruppen som får denne rollen. Forløpsansvarlig vurderer hvilke yrkesgrupper som skal delta i det tverrfaglige teamet som utvikler forløpet (St. Olavs Hospital, 2013).

2.3.2 Forløpsveileder

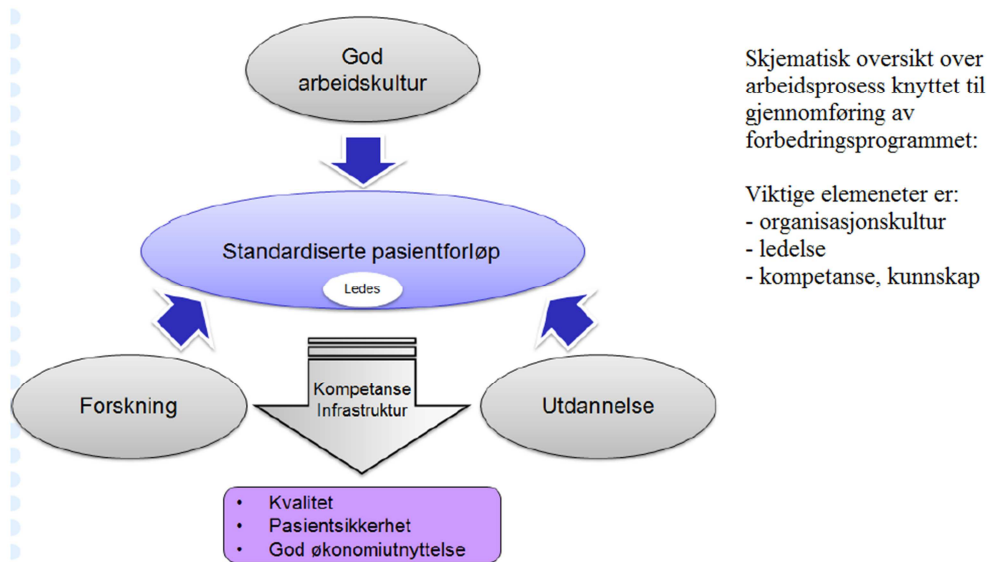
I direktørens stab er det ansatt forløpsveiledere som får hovedansvar for å være prosessdrivere når standardiserte pasientforløp skal utvikles. Forløpsveilederne skal sikre at metode og fremdriftsplan følges. De har samtidig hovedansvar for dokumentasjon av pasientforløpet. Det innebærer blant annet at måleparametere er spesifisert. Forløpsveilederen har inngående kunnskap om metoden og om sykehusets elektroniske kvalitetsstyringssystem. Forløpsveilederen har ikke ansvar for implementering og videre oppfølging av forløpet etter at det er beskrevet og vedtatt (St. Olavs Hospital, 2013).

2.3.3 Tverrfaglig team

De standardiserte pasientforløpene utvikles i tverrfaglige team som består av representanter fra ulike spesialiteter og yrkesgrupper som bidrar i pasientbehandlingen (St. Olavs Hospital, 2013). I vår case besto det tverrfaglige teamet av legespesialister som gastrokirurg, anestesilege, radiolog, patolog og indremedisiner. Videre deltok en fysioterapeut og sykepleiere fra sengepost, operasjonsavdelingen og poliklinikk.

3.0 Teoretiske perspektiver

"Forbedringsprogram 2014-2016" og innføring av standardiserte pasientforløp er altså tema for denne avhandlingen. Programmet peker på flere sentrale elementer som skal bidra til at målet for programmet nås.



Figur 3: Forbedringsprogrammet 2014-2016

Ved å bruke teori som presenterer ulike perspektiv diskuterer vi flere av kjerneelementene i "Forbedringsprogram 2014-2016", som organisasjon og organisasjonskultur, ledelse, kompetanse, kunnskap og læring.

Ordet "perspektiv" stammer fra latin og betyr "å se igjennom eller å se inn i" (Greve, 2009). Perspektiv kan forstås som en måte å se eller forstå verden på (Nyeng, 2010). Begrepet perspektiv kan brukes om de teoriene vi bruker for å lære om organisasjoner og ledelse (Morgan, 2012). Ordet perspektiv kan også brukes om et standpunkt hvorfra vi betrakter et fenomen. I løpet av MKL-studiet har vi fått presentert ulike perspektiv på læring, kunnskapsutvikling, endring og organisert virksomhet. Perspektivene bygger på ulike vitenskapssyn. Forskerens eller lederens vitenskapsteoretiske ståsted er viktig å klargjøre fordi de påvirker forståelsen av funn som legger grunnlag for forskningen (Tjora, 2011).

3.1 Perspektiv på organisasjon

En organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål (Jacobsen & Thorsvik, 2013). En organisasjon består altså av en eller flere grupper mennesker som samhandler med hverandre for å løse en eller flere

bestemte oppgaver. Den er avhengig av omgivelsene i den forstand at den må skaffe seg tilgang til de ressurser den behøver for å opprettholde aktiviteten. Den er også avhengig av at det finnes kunder eller klienter i omgivelsene som har nytte av de resultatene organisasjonen produserer (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

En organisasjon som et sykehus vil kunne betraktes forskjellig avhengig av hvilken situasjon man er i, om man for eksempel er ansatt eller pasient. Ansatte kan også betrakte sykehuset fra forskjellige ståsted avhengig av bakgrunn, om de for eksempel er en del av en positivistisk eller hermeneutisk tradisjon (Nyeng, 2010).

I boken "Organisasjonsbilder" beskriver Morgan (2012) metaforer som kan karakterisere ulike organisasjoner. Metafor kan enklest forklares som et "bilde" som uttrykkes gjennom språk eller som forholdet mellom idéer og forestillinger. Metaforen er åpen og kan beskrives som en tankemåte, og kommer frem i det vi sier, ser og hvordan vi forholder oss til våre omgivelser. Det er ikke snakk om enten å se eller ikke se, men *hvordan* vi ser ting. Vår tolkning av et fenomen er avhengig av konteksten, rammen rundt situasjonen eller handlingen. Konteksten kan oppleves forskjellig fra person til person.

Forskjellige perspektiv kan altså gi forskjellig oppfatning av det samme fenomenet. Dette er det viktig å være seg bevisst, for som Morgan (2012:15) sier, "kan det å se i lys av en metafor, også innebære at man *unnlater å se*".

3.1.1 Strukturelt perspektiv på organisasjonen:

Flere av Morgans (2012) metaforer kan brukes for å beskrive St. Olavs Hospital, og ut fra det strukturelle perspektivet kan deler av organisasjonen sammenlignes med en maskin.

Maskinperspektivet på organisasjoner bygger på tidlige klassiske teorier utviklet av blant andre Weber, Taylor og Fayol (Morgan 2012). Maskinmetaforen har røtter blant annet i den industrielle revolusjonen, og er knyttet til begrep som rasjonell, analytisk og objektiv.

Metaforen beskriver verden som konkret, forutsigbar og styrbar. Organisasjonen er konstruert for å løse en bestemt oppgave og lar seg ikke påvirke av utenforliggende prosesser. Alle deler i organisasjonen er forutsatt å fungere som delene i en maskin, med avklarte oppgaver og funksjoner (Morgan, 2012).

I følge Morgan (2012), blir organisasjoner som konstrueres og styres som om de er maskiner, vanligvis kalt byråkratier. Det byråkratiske ledelsessynet holder planlegging, organisering, ordrer, koordinering og kontroll frem som viktige prinsipper. Oppbyggingen av

organisasjonen er hierarkisk og kommando- og kommunikasjonslinjene er nøye definert (Morgan, 2012). All tenking og planlegging gjøres av bedrifts- og arbeidsledere. Strategiene planlegges grundig, lederne formulerer målsettingene så presist som mulig og lager klare planer for implementering (Mintzberg & Waters, 1985). Den enkelte ansattes oppgaver er klart definert og nøye beskrevet (Morgan, 2012).

Deler av St. Olavs Hospital er byråkratisk oppbygd og linjeledelsen står sterkt. De ansatte gjennomfører arbeidet ved hjelp av formelle prosedyrer og retningslinjer. Høy grad av standardisering fungerer gjerne godt under stabile omgivelser og deler av sykehusverdenen er svært stabil. Mange av sykehusets aktiviteter er planlagt på forhånd og utfallet av pasientbehandlingen er relativt forutsigbar. I dagens byråkratier brukes gjerne målstyring for å kontrollere organisasjonenes utvikling blant annet ved å definere prestasjonsmål for ledelsen og de ansatte (Morgan, 2012).

3.1.2 Prosessuelt syn på organisasjon

Mange teoretikere tok etter hvert avstand fra maskinmetaforen eller det strukturelle perspektivet, og hevdet at organisasjoner heller må betraktes som hjerner som kan lære, som en prosess eller som en organisme (Morgan, 2012). Denne måten å tenke på oppsto på midten av 1900-tallet. Man så at virksomheter med sterkt mekanisk fokus hadde dårlige forutsetninger i ustabile omgivelser. Fokus ble satt på den biologiske tanken om at en organisasjon er en komplekst sammensatt organisme som er avhengig og påvirkes av, miljøet. Den strukturerte, målrettede og effektive tankegangen ble nedtonet, mens fokus ble satt på miljøtilpassing og forholdene i organisasjonen. I lys av organismemetaforen betraktes organisasjoner som åpne systemer. Det vil si at de må være på bølgelengde med omgivelsene for å overleve. Et viktig kjennetegn på lærende organisasjoner er derfor at de er lydhøre overfor omgivelsene. De fungerer med referanse til tilstander i miljøet rundt og tilpasser seg (Stacey, 2008). Organisasjonene er altså en del av en kontinuerlig informasjonsutveksling mellom seg selv og miljøet (Morgan, 2012). Mange av motivasjonsfaktorene i slike organisasjoner er hentet og tilpasset fra Maslows behovspyramide og Elton Mayors teorier om Human Resources (Morgan, 2012).

3.1.3 Organisasjonskultur

Organisasjonskultur beskriver hvordan medlemmer i organisasjoner danner seg mønstre av meninger og hvordan disse meningsmønstrene påvirker måten mennesker, grupper og organisasjoner fungerer. Organisasjonskultur er altså opplevelser, tanker og meninger som er felles for flere personer i bestemte sosiale sammenhenger (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I

boken "Hvordan organisasjoner fungerer" presenterer Jacobsen og Thorsvik (2013:130) Edgar Scheins definisjon av organisasjonskultur: "Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antagelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon - som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene".

Organisasjonskultur kan ikke studeres direkte fordi kulturen er så tett knyttet til den enkelte ansattes antagelser, og ofte er de ansatte ikke en gang klar over hvilken forforståelse de bærer med seg (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Schein (1990) beskriver at organisasjonskultur eksisterer på tre kulturelle nivåer. Den kan observeres som ritualer, adferd, holdninger, oppfatninger og rutiner som praktiseres av menneskene som er del av organisasjonen. Den kan også identifiseres i regler, prioritering og politikk som er nedfelt av organisasjonens styrende organer. I tillegg vil organisasjonskulturen eksistere som ubevisste oppfatninger og handlingsmønstre blant organisasjonens medlemmer, og som noe som påvirker deres opplevelse av hva som er rett og galt, og hvordan de reagerer på uønskede hendelser. Kulturen opprettholdes kun så lenge den oppfattes av medlemmene i organisasjonen som hensiktsmessig (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Kultur utvikler seg altså som resultat av sosial samhandling og ulike verdssystemer, og kan derfor skape forskjellige virkeligheter innenfor samme organisasjon. Forskjell i profesjon og kjønn kan være mektige kulturelle krefter, og i tradisjonelle organisasjoner står ofte mannlige verdssystemer sterkt (Morgan, 2012). I endringsarbeid kan ledelsens utfordring ligge i å skape nye samarbeidsformer for å skape kulturell endring. Etablerte tenkemåter, visjoner, paradigmer og felles meninger må derfor endres for å skape en ny adferd som igjen skaper den nye, ønskede virkeligheten (Morgan, 2012).

Organisasjonskulturen ved St. Olavs Hospital har mange ulike fasetter, men slik vi ser det står verdier knyttet til pasientbehandling og kvalitet sterkt. I forbindelse med tidligere arbeid med de standardiserte pasientforløpene er vår erfaring at de ansatte er positive til endringer og forbedringer knyttet til kvalitet, men mindre imøtekommende hvis pasientforløpsarbeidet oppleves kun som et verktøy for innsparing. Utfordringen er å balansere disse momentene, slik at et sterkt verdigrunnlag ikke blir en hemsko for endringer (Busch i Irgens & Wennes 2011).

3.2 Perspektiv på ledelse og styring

Ledelse og ledelsesforankring holdes frem av flere forskere (blant andre Cummings & Worley, 2009) og av St. Olavs Hospital som et suksesskriterium for gjennomføring og implementering av de standardiserte pasientforløpene. I arbeidslivet er det ofte en tendens til å forklare gode resultater med god og tydelig ledelse, og tilsvarende uønskede resultater med dårlig og utydelig ledelse (Revang & Sørensen, 1995). Temaet ledelse er et av verdens mest studerte, men allikevel er det vanskelig å enes om en felles definisjon. Det er omtrent like mange definisjoner på ledelse som personer som har forsøkt å definere begrepet. Det er imidlertid klart at det er mulig å dele ulike definisjoner på ledelse inn i ulike kategorier og tradisjoner (Revang & Sørensen, 1995).

Synet på ledelse kan også være forskjellig ut fra hvilket perspektiv man velger, og det kan være en forklaring på utfordringen som ligger i å definere dette begrepet på en ensartet måte. Irgens (2010) peker på forskjell mellom styring og ledelse, og knytter begrepet *styring* til et mekanisk (strukturelt) syn. Styring gir blant annet assosiasjoner til organisasjonen som maskin, dirigering og overvåking, konkrete mål og at virksomheten kan programmeres. *Ledelse* defineres som en mer organisk prosess som handler om tilrettelegging, ledelse av mennesker, motivasjon, og kommunikasjon (Irgens, 2010), - en definisjon som passer inn i det prosessuelle perspektivet.

Yukl (2005) peker på at flere definisjoner av ledelse beskriver prosesser hvor en person styrer aktiviteter og relasjoner i en gruppe eller organisasjon: "Leadership is the process of influencing others to understand and agree about what needs to be done and how to do it, and the process of facilitating individual and collective efforts to accomplish shared objectives".

Denne definisjonen kan dekke mange former for ledelse, og er derfor relevant for en mangefasettert organisasjon som St. Olavs Hospital. Den enkeltes ledelsesperspektiv og graden av åpenhet for andres perspektiv avgjør hvordan ledelse utøves i praksis. Definisjonen peker også på at ledelse handler om nå en felles målsetting, noe som for oss oppleves som en forutsetning for å drive god ledelse. For som Laurence Peter (1977) sier: "Hvis du ikke vet hvor du skal, vil du sannsynligvis ende opp et annet sted".

3.2.1 Tradisjonell ledelse i sykehus

I sin artikkel "Ledelse på norsk" skisserer Byrkjeflot (2002) ulike ledelsesmodeller som har preget det norske samfunnet gjennom mange tiår. Et sentralt spørsmål er om ledelse er et

eget fag, slik Kenning (i Byrkjeflot, 2002) beskriver det, eller om bestemte fagprofesjoner gir de beste lederne. I sykehus står fagledertradisjonen fremdeles sterkt. Vår erfaring tilsier at når det skal velges ledere i helsevesenet legges det ofte mer vekt på medisinsk og akademisk kompetanse enn på formell lederkompetanse og ledererfaring. I praksis betyr dette at leger ofte velges som toppledere i organisasjonen fremfor annet helsepersonell. Dette kan ha mange forklaringer, men kan nok blant annet ses i sammenheng med det strukturelle perspektivet og synet på hvilken kunnskap som ansees som viktig. Vår erfaring er at legenes formelle faglige, medisinske kompetanse gjerne verdsettes høyere enn de litt mykere verdier som omsorg, involvering og medbestemmelse som sykepleierfaget og flere av de andre helsefagene tradisjonelt bygger på. Irgens (2010) peker på at i profesjonsutdanninger, slik som blant annet sykepleiere og leger, er det tradisjon for at ledere rekrutteres fra egen yrkesgruppe. I sykehus er medisinsk kompetanse den viktigste kjernekompetansen, og derfor er det hos mange en oppfatning at for å oppnå legitimitet som leder, må man ha riktig faglig bakgrunn, og for å lykkes som toppleder må man altså gjerne være lege.

For å styrke lederkompetansen i norske sykehus er det utviklet et eget lederutviklingsprogram: "Nasjonal lederplattform for ledelse i helseforetak" (2012). I denne sammenhengen er en leder en person som har et samlet ansvar for en enhets resultat, inkludert økonomi, personell og fag. Den nasjonale lederplattformen viser til utviklingen som har skjedd i forbindelse med ledelse av sykehus de seneste årene. Som tidligere nevnt er rolle- og oppgavefordeling sterkt knyttet til profesjonene, og mange av dagens oppgaver tildeles som følge av gamle tradisjoner. Mange mener derfor at leger kan lede alle yrkesgrupper. De anser seg som "mesterne" i lauset for å bruke en metafor fra håndverkstradisjon.

Den nasjonale lederplattformen er svært detaljert og operativ i sin beskrivelse av ledelse. Den beskriver konkret hva ledere skal gjøre. Plattformen tar utgangspunkt i spesialisthelsetjenestens verdier: trygghet, kvalitet og respekt. En verdi er noe som er godt og riktig, og som er styrende for måten vi handler på (Jacobsen, 2006). Verdier danner grunnlag for mange deler av vår ubevisste atferd, og kan prege hva vi gjør og hvordan vi gjør det, ikke minst i situasjoner hvor en kan være presset og ha dårlig tid (Irgens, 2011). Gjennom å knytte verdier til utøvelse av ledelse, kan en i følge House (1996) uttrykke en verdibasert visjon som skaper moralsk engasjement hos medarbeiderne. Dette forutsetter at lederen har de samme verdiene som de uttalte verdiene organisasjonen bygger på (Busch i Irgens & Wennes, 2011). Et av de viktigste målene for verdibasert ledelse er å utvikle en

felles forpliktelse og engasjement for organisasjonens verdier blant medarbeiderne (House 1996). Gjennom sitt "Forbedringsprogram 2014-2016" formidler sykehusets ledelse sine verdier i målsettingen for programmet: "Det er et overordnet mål at forbedringsprogrammet skal utgjøre en forskjell for pasientene, og at kvaliteten på pasientens møte med sykehuset skal styrkes i alle faser av behandlingen" (Forbedringsprogram 2014-2016). Gjennom arbeidet med de standardiserte pasientforløpene har ledelsen også fått en mulighet til å løfte frem sykehusets verdier som en drivkraft og målsetting for arbeidet.

Videre beskriver Lederplattformen (2012) de krav som stilles til dagens ledere i sykehus; å levere en tjeneste med god kvalitet innen gitte rammer, å forme en tjeneste ut fra pasientens behov og å skape tillit i befolkningen. Plattformen beskriver seks lederkrav som kan forstås på følgende måte:

- Å være ansvarlig og helhetstenkende er lederkrav som er knyttet til grunninnstilling og perspektiv på ledelse. Dette er altså noe man "er"
- Å være endringsvillig og handlekraftig er lederkrav som handler om atferd. Dette er noe man "gjør"
- Å være kommuniserende og inspirerende er prosessuelle lederkrav og handler om "måten man gjør det på".

St. Olavs Hospital tar utgangspunkt i det nasjonale lederprogrammet i sin lederutvikling.

Lederne har selv beskrevet hvordan lederrollen skal utøves:

- Ledere angir retning, definerer mål og kommuniserer forventninger.
- Ledere er til stede, har tid til å motivere, støtte og utfordre.
- Ledere har gjennomføringsevne, fattet beslutninger etter dialog og har mot til å prioritere.
- Ledere er lojale når beslutninger er fattet, har integritet og mot til å prioritere.
- Ledere skal sammen med de ansatte utvikle en felles arena for ansvarlig medbestemmelse.

Lederoppgavene er tydelig formulert i St. Olavs Hospitals lederutviklingsprogram. Vi savner imidlertid mer informasjon om hvilken type organisasjon og hva slags ansatte lederne har med å gjøre. Forståelse for ledelse av kunnskapsarbeidere kan bidra til en dimensjon og forståelse for ledelse som, slik vi ser det, ikke får stort nok fokus i dagens helsevesen.

3.2.2 Kunnskapsledelse

Som vi tidligere har påpekt, er St. Olavs Hospital en organisasjon med en høy andel kunnskapsarbeidere, altså profesjonsutdannede medarbeidere som utfører arbeidet sitt i kraft av sin kunnskap, og ofte med stor grad av autonomi. Kunnskapsvirksomheter skiller seg fra andre ved at kunnskap om hvordan arbeidet skal utføres sitter hos den enkelte ansatte, og i mindre grad i den formelle delen av organisasjonen. Arbeidet er ofte intellektuelt og tillater i stor grad at den ansatte setter sitt eget preg på det (Irgens 2011).

For å ivareta behovet for mer dynamisk organisering oppsto begrepet kunnskapsledelse rundt 1990 (von Krogh m.fl., 2011). Kunnskapsledelse handler om å lede medarbeidere som utfører arbeid basert på egen kunnskap (Børve, i Irgens og Wennes 2011). Irgens (2011:124) definerer kunnskapsledelse som "ledelse av prosesser i den hensikt å utvikle, lagre, dele og anvende kunnskap", men peker også på at det finnes mange definisjoner av kunnskapsledelse. Han sier blant annet at Ray Sims gir rundt 63 definisjoner av begrepet (Irgens 2011).

Sandvik (2011) peker på utfordringen med å finne en felles modell som ivaretar både kunnskapsarbeiderens behov for autonomi og organisasjonens behov for ledelse. Med henvisning til Ducker og Mand (i Sandvik, 2011) forklares utfordringen med at de tradisjonelle modellene med utgangspunkt i det strukturelle synet på ledelse, ikke er tilpasset selvstendige medarbeidere.

Siggard Jensen (2008) beskriver også utfordringer knyttet til ledelse av kunnskapsarbeidere, og behovet for en annen tilnærming enn den tradisjonelle, hierarkiske strukturen med lederen på toppen av "pyramiden". Siggard Jensen trekker inn begrepet autoritet, som i Taylors tradisjonelle pyramide, strømmer ned i organisasjonen, fordi lederen innehar mest kompetanse og kunnskap. I kunnskapsorganisasjoner fungerer ikke denne formen for autoritetsutøvelse fordi det er kunnskapsarbeideren som innehar ekspertkunnskap om produksjonen, enten det handler om undervisning eller pasientbehandling. Lederen må derfor stole på sine medarbeidere. Han må stole på at de utfører arbeidet på en god måte, og han må ta imot råd fra dem om hvordan virksomheten skal drives. Autoritetspyramiden blir altså snudd på hodet. Utfordringen med denne formen for ledelse er at kunnskapsarbeideren, i kraft av sin autonomi, blir svært selvgående, og kan komme til å se på ledelsen som et forstyrrende element. Dette kan skape problemer fordi den ansatte ikke alltid har samme forståelse for helheten i virksomheten som lederen, eller ser behov for prioriteringer mellom ulike områder. Ledelse og styring foregår i alle typer organisasjoner og

innebærer å nå mål gjennom andre. I kunnskapsbedrifter er det en viktig lederoppgave å lede organisasjon og medarbeidere inn i kontinuerlig kunnskapsutvikling og læring (Heggholmen, 2014). De fleste definisjonene av kunnskapsledelse peker på en intensjon om anvendelse, lagring og deling av kunnskap.

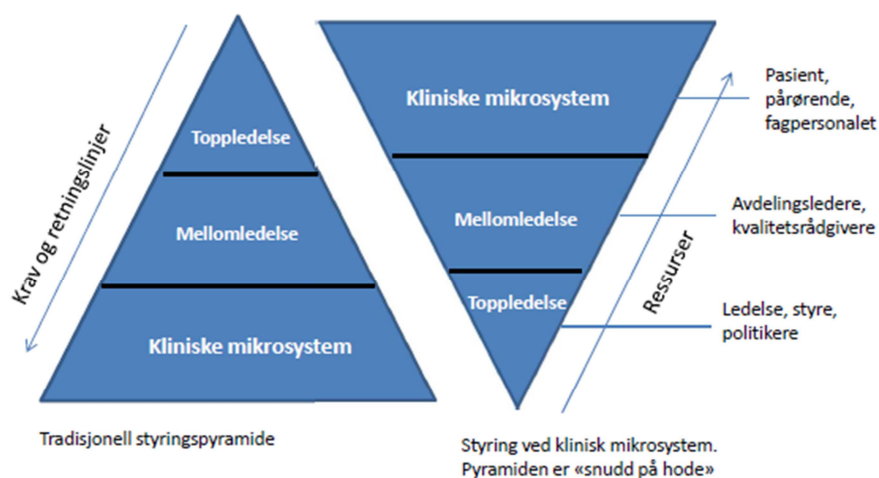
I følge Newell (i Irgens, 2011) kjennetegnes kunnskapsarbeid av å være sterkt preget av abstrakt tenkning, og at medarbeideren heller utfører arbeidet på selvstendig grunnlag enn ved bruk av manualer og prosedyrer. Han peker videre på at kunnskapsarbeideren motiveres av at arbeidet gir personlig vekst, av at han selv kan bestemme arbeidsdagen, og av å nå de mål som er satt (Irgens, 2011). I dette ligger også at den ansatte skaper en verdi for arbeidsplassen gjennom sitt arbeid (Sandvik, 2011). Ledelse av kunnskapsarbeidere byr derfor på nye utfordringer, og Sandvik (2011) peker på fire ulike ledelsesmodeller som kan være effektive i ledelse av kunnskapsarbeidere:

1. **Direkte ledelse:** Dette begrepet omfatter koordinering og delegering av arbeidsoppgaver. Lederen instruerer sine medarbeidere i oppgaveløsning, og definerer det forventede målet. Denne formen for ledelse omtales også som sti-mål-teori (House 1996). I kunnskapsarbeid utføres oppgavene med stor kompleksitet og autonomi, og når disse oppgavene skal løses kan det være viktig med god koordinering. Direkte ledelse kan bidra til å systematisere mange og varierte arbeidsoppgaver, og være nyttig for å strukturere kunnskapsarbeiderens arbeidsdag. I sykehus er dette en lederstil vi kjenner igjen, lederen legger til rette for at medarbeiderne skal kunne utføre oppgavene uten unødvendige forstyrrelser (Sandvik 2011).
2. **Transaksjonsledelse:** Dette begrepet innebærer at det skjer en "byttehandel" mellom leder og ansatt (Jacobsen, 2006). Medarbeideren belønnes for sine oppgaver i form av lønn eller andre goder, og forholdet mellom leder og ansatt er basert på fornuft og rasjonelle kalkyler. Denne formen for ledelse er lite utbredt på sykehus, men er gjerne en del av prestasjonsmålingssystemer i private bedrifter.
3. **Transformasjonsledelse:** Lederen er i liten grad opptatt av det eksisterende og bruker transformasjonsledelse i arbeidet for å skape en endring i organisasjonen. Hovedoppgaven til en transformativ leder er å skape et verdimeslig samhold i organisasjonen. Dette gjøres ved å formidle visjoner og skape engasjement rundt valgte endringsstrategier (Jacobsen, 2006). Vi ser denne formen for ledelse både på toppen og lenger nede i organisasjonen når de standardiserte pasientforløpene innføres.

4. Myndiggjørende ledelse eller selvledelse: Teorien knyttet til denne formen for ledelse beskriver at de ansatte selv er en aktiv part i ledelsesprosessen (Irgens & Wennes, 2011:145). I denne formen for ledelse kan medarbeiderne arbeide og lede seg selv innen gitte rammer (Sandvik, 2011). Slik vil de ansatte få en økt bevissthet om hvordan egen adferd påvirker måloppnåelsen (Busch, i Irgens & Wennes, 2011). Vi har inntrykk av at denne formen for ledelse utøves i ulik grad på St. Olavs Hospital. Et eksempel på selvledelse er forløpsansvarlig overlege som gjennom sitt mandat har fått et stort ansvar for å lede seg selv og også er personlig ansvarlig for å nå de mål som er satt.

3.2.3 Mikroledelse

Forbedringsprogrammet for St. Olavs Hospital peker på at endring og forbedring skal skje i det de kaller “den spisse enden” av organisasjonen. I denne sammenheng holdes begrepet “mikroledelse” frem som en type ansvarsfordeling som er nødvendig for å sikre kvalitet i gjennomføringen av de standardiserte pasientforløpene (Forbedringsprogram 2014-2016). Teorien begrepet mikroledelse bygger på er utviklet i Boston, og innebærer at autonome, tverrfaglige team ivaretar en bestemt pasientgruppe (Magnussen, 2010). Begrepet brukes også i Danmark under navnet “Kliniske mikrosystem”. Slike systemer kjennetegnes blant annet av en klar forståelse for mål for behandlingen, kontinuerlig arbeid med forbedring, opplæring av de ansatte, samhandling internt i teamet og med samarbeidende enheter, og rask tilgang til strukturert informasjon (Kudsk m.fl, 2010). Et velfungerende klinisk mikrosystem vil være preget av at fagpersoner er klar over hvilke områder de har innflytelse over, og at de tar ansvar for sitt eget arbeidsmiljø.



Figur 4: hentet og oversatt fra “Introduksjon til Kliniske mikrosystemer Kvalitetsudvikling med patienten i centrum”

Figur 4 viser prinsippene for kliniske mikrosystemer. Her er organisasjonspyramiden snudd på hodet, på samme måte som Siggard Jensen (2008) beskriver, noe som stiller krav til både ledelse og fagpersonell. Mellom- og toppledelse må være villige til å endre det tradisjonelle hierarkiet og fordele makt, ressurser, kontroll og ansvar til det kliniske mikrosystemet. Fra fagpersonenes side krever dette forståelse og ansvarsfølelse for den organisasjonen de er del av. De må vise vilje til å påta seg en mer aktiv rolle, noe som betyr at de får langt mer innflytelse på miljø og arbeidsprosesser (Kudsk m.fl, 2010).

Gundersen og Hillestad (2001) peker også på dreiningen som har skjedd i mange virksomheter, fra en hierarkisk organisering til flatere strukturer hvor arbeidet organiseres i team. Formålet med denne organisasjonsformen er å bygge opp fleksible enheter som kan jobbe tverrfaglig for å løse de komplekse oppgavene de møter i arbeidet. Slik sikrer man at ansatte med sterk fagkompetanse arbeider nær pasienten, noe som også kan bidra til økt verdiskaping gjennom effektivisering og kvalitetsforbedring. Denne formen for organisering har mange likhetstrekk med begrepet "mikroledelse" som sykehusets ledelse bruker.

I boken "Slik skapes kunnskap" (von Krogh m.fl, 2000) beskrives kunnskapens mikrosamfunn. Her peker forfatterne på hvordan ansatte via et klinisk mikrosystem kan dele kunnskap ved å arbeide med for eksempel standardiserte pasientforløp. Mikrosamfunnet tar aktivt del i organisasjonens kunnskapsutvikling, og ansvaret hviler på den enkelte, ikke bare på lederen (von Krogh m.fl, 2000). I team som organiseres rundt pasienten vil det kunne oppstå tett sosialisering og overføring av taus kunnskap. Kunnskapsarbeid skjer når de ansatte forstår at egen oppgaveløsning inngår i en større verdi- og oppgavekjede (Hitland i Irgens & Wennes 2011). Modellen er et bilde på hvordan mikroledelse kan fungere. Vi kommer tilbake til kunnskap og kunnskapsdeling senere i avhandlingen.

3.2.4 Strategisk ledelse og endringsledelse

Gjennomføring av "Forbedringsprogram 2014-2016" er besluttet av sykehusets toppledelse. En strategi beskriver organisasjonens langsiktige planer og prioriteringer (Johnson, Scholes & Wittington, 2008). Strategien skal møte eller svare på problemer og utfordringer organisasjonen står overfor. Strategisk ledelse i sykehuset skiller seg derfor fra dag-til-dag-ledelse fordi den skal håndtere større kompleksitet, være overordnet og kunne favne alle enheter i sykehuset. Peter M. Senge (i Irgens, 2000:36) hevder at toppledelsen har en annen rolle enn ledere lenger nede i organisasjonen. Toppledelsen må erstatte tradisjonelle lederoppgaver som styring, organisering og kontroll med visjoner og strategisk tenkning. Toppledelsen vil alltid være sentral i strømmen av informasjon både i organisasjonen og i

omgivelsene rundt, og har derfor en overordnet og helhetlig oversikt (Jacobsen, 2006). Toppledere kan vurdere behov for endring og har formell makt til å gjennomføre dem, også hvis de møter motstand. Litteraturen peker ofte på hvor viktig toppledelsen er for gjennomføring av endringer. Dette forutsetter imidlertid at ledelsen selv er drivkraften bak endringen, noe som krever en aktiv ledelse og at ledelsen forplikter seg i endringsarbeidet (Jacobsen, 2006).

Det strategiske valget toppledelsen på St. Olavs Hospital har gjort gjennom etablering av "Forbedringsprogram 2014-2016" har blant annet utgangspunkt i myndighetenes krav til sømløse pasientforløp. Myndighetenes fokus på forløpstid gjør også dette arbeidet nødvendig. Endring i forløpstid krever en kontinuerlig endring og forbedring av eksisterende rutiner i pasientbehandlingen. Under stabile forhold kan en organisasjon fungere godt uten en tydelig ledelse fordi rutiner, faste systemer og delegering av lederoppgaver sørger for dette. Ved behov for endring oppstår imidlertid også et større behov for en tydelig ledelse (Jacobsen, 2006).

Toppledelsen har den formelle makten. Den har derfor mulighet til å prioritere arbeidet med standardisering av pasientforløp foran andre oppgaver (Jacobsen, 2006). I vår organisasjon kommer dette til syne ved at sykehusledelsen har informert de som er utpekt som forløpsansvarlige leger om at de skal prioritere akkurat dette arbeidet og følge opp de standardiserte pasientforløpene. Dersom det i arbeidet med forløpene pekes på flaskehals eller manglende kapasitet, ønsker toppledelsen å bli informert om dette for eventuelt å omprioritere ressurser. Denne formen for ledelse kan også beskrives som hierarkisk målstyring (Irgens 2010). Denne modellen sier at overordnede mål utarbeides av toppledelsen og formidles til alle ledd i organisasjonen. Målene skal operasjonaliseres i organisasjonen, og rapporteres til toppledelsen. Irgens (2010) peker på to forhold som bidrar til at profesjonsutdannede ofte synes denne formen for ledelse er problematisk; det ene er at de grunnleggende forutsetningene for arbeidet ofte endres og den andre er at kunnskapen om oppgavene som skal løses ligger hos de ansatte og ikke hos toppledelsen.

3.3 Perspektiv på kunnskap

Kunnskap har alltid vært et sentralt begrep og tema i vestlig filosofi. Den klassiske definisjonen av kunnskap som "Begrunnet sann oppfatning" går tilbake til filosofen Platon (427-347 f.v.t). Spørsmål om hva kunnskap er, og hvordan man må gå frem for å finne sann kunnskap, har opptatt filosofer siden antikken. Svarene deres har påvirket tenkingen om verden og dermed den til enhver tid rådende virkelighetsoppfatning og erkjennelseslære

(epistemologi) gjennom historien (Holmen, 2014). Også i dag har den enkelte forsker eller leders virkelighetsoppfatning stor betydning for hvordan de ser på kunnskap og tolker kunnskapsbegrepet.

3.3.1 Definisjon av begrepet kunnskap

Westeren (2013) beskriver kunnskap som det tredje trinnet i det som kalles Gottschalks kunnskapspyramide, hvor kompleksitet og verdi øker jo lenger opp i pyramiden man kommer. Det nederste trinnet i pyramiden er data, eller enkle fakta. Gjennom å tolke data kommer man et trinn opp til informasjon. Vi reflekterer over informasjon som er viktig for oss og kan videreutvikle den til kunnskap, som er det tredje trinnet i pyramiden. Pyramidens øverste trinn er visdom. Dette er en form for “superkunnskap” (Westeren, 2013:45) som viser til at den som innehar denne visdommen er blitt ekspert på sitt fagfelt, og vet å bruke sin kunnskap med klokskap.

Ifølge Westeren (2013) finnes det tre former for kunnskap:

- Know why - å vite hvorfor
- Know that - å vite om noe
- Know how - å vite hvordan

Begrepet kompetanse er evnen til å kombinere disse tre kunnskapsformene (Westeren, 2013).

Uansett hvilket perspektiv man har, vil kunnskap kunne betraktes som en del av organisasjonens kapital eller beholdning.

3.3.2 Taus og eksplisitt kunnskap

Flere teoretikere skiller mellom to former for kunnskap: “taus” og “eksplisitt” (Hislop, 2009). Begrepet “taus kunnskap” ble først brukt av den bulgarsk-engelske legen og filosofen Michael Polanyi i boken “The tacit dimension” fra 1966 (Store norske leksikon, 2015). Taus kunnskap er slik Polanyi beskriver det, de erfaringer og ferdigheter man får gjennom handling, for eksempel via fag eller yrke, og som det er vanskelig å sette ord på (Westeren, 2013). Taus kunnskap er en kombinasjon av fysiske og kognitive ferdigheter og kommer først til uttrykk i praktisk arbeid (Irgens 2010). Nonaka og Takeuchi (i Gourlay, 2006) hevder at taus kunnskap danner grunnlag for all organisatorisk kunnskap.

Mange helsearbeidere utvikler etter hvert det som gjerne kalles et “klinisk blikk”. Dette begrepet refererer til kunnskap eller ferdigheter som er så godt innarbeidet at

helsearbeideren agerer uten egentlig å tenke først. Ofte kan ikke helsearbeideren sette ord eksakt på hva han eller hun reagerer på. Kunnskapen "sitter" i ryggmargen. Denne formen for ekspertkunnskap er også tema hos Schön, og Dreyfus og Dreyfus (Irgens, 2010). Schön beskriver denne kunnskapen som "reflection in action". På norsk kan dette beskrives som at man etter hvert kan handle uten egentlig å tenke. Kunnskapen er kroppsliggjort og handlingen utføres uten at aktøren greier å forklare nøyaktig hva han gjør eller hvorfor. Schön peker videre på at virkelig gode praktikere evner å bruke sin faglige kunnskap uten å følge en fast oppskrift eller prosedyre. De evner å tilpasse seg situasjoner i stadig endring.

Den eksplisitte kunnskapen kan det lettere settes ord på, for slik å formidle den videre til andre gjennom språk eller nedfelle i dokumenter og retningslinjer (von Krogh m.fl, 2001). Denne typen kunnskap anses som objektiv, upersonlig og uavhengig av kontekst (Hislop, 2009).

I vår avhandling ønsker vi å se på hvordan kunnskap og praksis knyttet til standardiserte pasientforløp implementeres og blir en del av den organisatoriske kunnskapen. Utfordringen i å dele den tause kunnskapen er her et viktig element.

3.3.3 Strukturelt eller objektivistisk perspektiv på kunnskap og læring

Tilhengerne av det strukturelle perspektivet mener at kunnskap er resultat av intellektuelle prosesser. Med utgangspunkt i dette perspektivet er eksplisitt og taus kunnskap ikke likeverdige. Den eksplisitte kunnskapen vurderes som viktigere enn den tause (Irgens, 2010). Tilhengere av det strukturelle perspektivet oppfatter kodifisert, eksplisitt kunnskap som "sann", mens taus kunnskap oppfattes som uformell, personlig og subjektiv. I dette perspektivet skilles det også mellom individuell kunnskap og gruppekunnskap. Kunnskap er et substantiv og noe som "eies" både av enkeltindivider og grupper og den kan måles og gis en verdi (Hislop, 2009).

Det strukturelle perspektivet bygger på et positivistisk vitenskapssyn som innebærer en forståelse av at kunnskap er statisk og objektiv, og at kunnskapen er forholdsvis konkret og lett å identifisere (Irgens & Wennes, 2011). Når kunnskapen er objektiv kan den kodifiseres og eksistere uavhengig av individene. Denne oppfatningen stammer fra antagelser om at språket er objektivt, at ord har entydige meninger, og at det er en klar sammenheng mellom ordene og det fenomenet de beskriver (Hislop, 2009, Gotvassli i Irgens & Wennes, 2011). I kodifisert form kan kunnskapen overføres i form av systemer, plandokumenter, prosedyrer og retningslinjer, og dette er derfor verktøy som anses som tilstrekkelige for rasjonell og

effektiv utnyttelse av kunnskapsarbeideren (Irgens, 2011).

I helsevesenet er det lang tradisjon for å bruke nedfelte, skriftlige prosedyrer og retningslinjer. Helsedirektoratet utarbeider nasjonale føringer for behandling og pleie. Retningslinjer som vedtas på nasjonalt nivå skal implementeres på sykehusene. Eksempler kan være nasjonale retningslinjer for behandling av ulike kreftformer hvor målet er "spredning av seneste oppdaterte kunnskap om fagfeltet som er fremskaffet på en systematisk, kunnskapsbasert måte" (Helsedirektoratet, 2015). De standardiserte pasientforløpene blir slik et viktig verktøy for å spre kunnskap i organisasjonen.

Hislop (2009) peker på at teknologi spiller en nøkkelrolle i det strukturelle synet på kunnskap. Bruk av teknologi er et viktig element i St. Olavs Hospitals informasjonsdeling til ansatte og pasienter. Det elektroniske kvalitetssystemet, EQS, står sentralt i formidling av standarder og prosedyrer på sykehuset. Kan det settes likhetstegn mellom informasjon og kunnskap? Dette spørsmålet stiller Tsoukas (i Siggard Jensen m.fl, 2004) og konkluderer, slik også Gottschalk (i Westeren, 2013) gjør, at informasjon ikke er kunnskap. Tsoukas stiller seg kritisk til oppfatningen av at informasjon og opplysning nødvendigvis fører til rasjonelle og gode beslutninger. Han sier også at det ligger en utfordring i at vi i et strukturelt perspektiv forutsetter at informasjonen er objektiv og at den kan eksistere uavhengig av mennesker (Siggard Jensen m.fl, 2004).

3.3.4 Prosessuelt eller praksisbasert perspektiv på kunnskap og læring

Det prosessuelle synet på kunnskap kan også sies å være praksisbasert fordi tilhengere av dette synet hevder at kunnskap alltid har både et teoretisk og et praktisk element. Med bakgrunn i dette synet hevdes det at teori og praksis må spille sammen for å skape kunnskap (Hislop 2009). Videre kan kunnskap ha ulike betydninger og tolkninger avhengig av kontekst (Irgens & Wennes, 2009:14). I det prosessuelle perspektivet er samspill og relasjoner viktig for utvikling og læring i organisasjonen (Irgens, 2012).

Tilhengere av det prosessuelle perspektivet hevder at det ikke er mulig å skille mellom eksplisitt og taus kunnskap. Kunnskapen sitter i menneskekroppen, og er dypt forankret i menneskelig aktivitet og praksis (Hislop, 2009, Irgens, 2010). Praksisperspektivet beskriver altså at kunnskap utvikles i, og er personlig knyttet til, den enkelte person (Hislop 2009). Kunnskap og kunnskapsutvikling baserer seg på ulike sosiokulturelle prosesser som skjer i handling og praksis, og ikke primært gjennom individuelle, kognitive prosesser (Gotvassli, i

Irgens & Wennes, 2011). Det prosessuelle perspektivet tilsier derfor at kunnskap er dynamisk og subjektiv og at den kjennetegnes av å være sosialt konstruert og skapt i samhandling mellom mennesker (Irgens 2010:59). I denne sammenhengen blir kunnskaping som prosess like viktig som kunnskapen i seg selv (Irgens, 2010). Stacey (2008) går så langt som til å si at kunnskap ikke er lokalisert i det enkelte menneskets sinn. Som Gotvassli (i Irgens & Wennes, 2011) mener også Stacey (2008) at kunnskap er sosialt konstruert, og at den oppstår, reproduseres og forandres i mellommenneskelige møter og kommunikasjon. Han sier at kunnskap vokser frem i komplekse responderende relateringsprosesser, altså gjennom samtaler og handlinger mellom de ansatte. Kunnskap overføres derfor ikke kun fra et individ til et annet, men må betraktes som en prosess som er avhengig av relasjonen mellom organisasjonens medlemmer (Stacey, 2008).

Stacey (2008) sier videre at alle menneskelige organisasjoner er prosesser med kompleks dialog mellom mennesker i ulike kontekster. Organisasjonenes fremtid konstrueres av interaksjon og kommunikasjon mellom mennesker, og organisasjonen er de menneskene som til enhver tid møtes og kommuniserer med hverandre i en kontekst. Organisasjoner er altså sosialt konstruerte virkeligheter og befinner seg like mye i medlemmenes hoder som i konkrete strukturer, regler og forbindelser (Morgan, 2012). For Stacey (2008) er en implikasjon av dette at utvikling og deling av kunnskap ikke kan ledes, men kun legges til rette for. von Krogh og hans medarbeidere (2001) peker også på at kunnskapsutvikling er en skjør prosess som ikke lar seg lede ved hjelp av tradisjonelle teknikker som for eksempel harde fakta og absolutte sannheter som i data og informasjon. De sier videre at kunnskapsutvikling er avhengig av kontekst og beskriver blant annet et kunnskapshjelpende miljø "Ba" (von Krogh m.fl, 2001), hvor kunnskap utvikles, formidles og brukes. Begrepet Ba brukes gjerne om nettverk basert på medlemmenes omsorg for, og tillit til, hverandre.

Vi har her presentert ulike modeller for hvordan kunnskap kan deles for å oppnå individuell læring. Strategien bak "Forbedringsprogram 2014-2016" forutsetter at hele organisasjonen tar til seg de overordnede planene, og bruker de standardiserte pasientforløpene som skissert. Dette vil kreve en organisatorisk læring. I det følgende presenterer vi noen modeller for hvordan organisatorisk læring kan skje.

3.4 Organisatorisk læring

Organisatorisk læring er, slik vi ser det, en forutsetning og et virkemiddel for organisatorisk kunnskap. Dette er beskrevet av Levitt og March som sier: "*Organisasjoner lærer gjennom å*

nedfelle fortolkninger som er blitt gjort av hendelser i form av rutiner som fungerer som mal for handling. Rutiner kan være i form av regler, prosedyrer, strategier ... kulturer og kunnskap. Først når læringen nedfeller seg i form av rutiner blir det til organisatorisk kunnskap” (i Irgens 2011:115)

For de fleste er det nærliggende å tenke på læring som noe som skjer når personer tilegner seg ny kunnskap eller utvikler nye ferdigheter. I litteratur om læring i organisasjoner viser begrepet læring til at mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap og endrer adferd (Jacobsen & Thorsvik, 2013:353).

I teorien finner vi flere modeller som beskriver overganger fra individuell læring og kunnskap til organisatorisk kunnskap. Irgens (2011) presenterer flere ulike modeller, som kan brukes som verktøy for å forstå og gjennomføre organisatorisk læring. Han beskriver en modell som viser organisasjonens læringsadferd som en syklisk prosess (Irgens 2011). Prosessen starter med at noen oppfatter et endringsønske. Ønsket må forstås og kommuniseres til organisasjonen. Organisasjonens læringsevne vil være avgjørende for om medlemmene evner å bruke denne kunnskapen for å omstille seg til et nytt handlingsmønster. Sirkelen avsluttes med organisasjonens respons.

Begrepet “lærende organisasjoner” ble tatt i bruk på 1990-tallet. Sentralt i tanken om lærende organisasjoner, står oppfatningen om at organisasjoner er preget av en slags “organisatorisk kunnskap” eller “organisatorisk hukommelse”, noe som både er noe mer og noe annet enn summen av enkeltindividenes kunnskap (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

3.4.1 Handlingsteori og bruksteori

Argyris og Schön bruker begrepene handlingsteori og bruksteori for å forstå organisatorisk læring (i Irgens 2000, Rennemo 2006). Handlingsteori kan beskrives som læring gjennom årsak og virkning. De erfaringer vi gjør fører til bestemte reaksjoner. Mange slike erfaringer automatiseres gjennom livet, og vi tenker egentlig ikke over handlingene våre. Argyris og Schön betrakter organisasjoner som viktige fora for læring, og peker på at læring er nødvendig fordi organisasjonen og dens medlemmer er i stadig utvikling. Videre er medlemmene i organisasjoner bærere av normer, verdier og en kultur som de selv ikke er bevisst (Irgens 2000). Dette kan være til hinder for effektiv læring. Ut fra dette beskriver Argyris og Schön muligheten for at mennesker opererer med ulike handlingsmodeller; en uttalt teori som er bevisst, og en “bruksteori” som kan være ubevisst (Irgens 2000). Dette kan få det utslaget at noe lederen trodde var innlært, eller et mål det er vedtatt at alle skal

arbeide etter, ikke blir fulgt opp fordi bruksteoriene inneholder andre verdier og mål. Det er med andre ord ikke samsvar mellom teori og praksis.

3.4.2 Femtrinnsmodellen for læring

Irgens (2010) har utviklet en femtrinnsmodell for læring som bygger på en modell (IPF-modellen) utviklet ved Institut för Personal och Företaksutveckling i Uppsala. Som tillegg til den opprinnelige modellen bringer Irgens' modell inn organisatorisk læring. Modellens styrke er, i følge Irgens, at den på en god måte illustrerer det som ofte oppleves som en utfordring; å overføre kunnskap fra en situasjon til en annen som for eksempel fra kurssituasjon til arbeidsplass (Irgens 2010).

Læringsmodellen er uformet som en trapp hvor påvirkning, som i denne sammenhengen kan sammenlignes med erfaring, er første trinn. Innlæring er andre trinn, kunnskapsutvikling tredje og kunnskapsanvendelse og organisatorisk læring er de to siste trinnene. På nivå fem i modellen, nivået for organisatorisk læring, har kunnskapen blitt delt med andre og gjort uavhengig av enkeltindividets læring. Hele organisasjonen er i stand til å endre sine handlingsteorier og utføre arbeidsoppgavene på en bedre måte. Organisasjonen har utviklet en felles mental modell (Irgens 2010). Mellom alle trinnene finnes det, i følge Irgens (2010), filter eller barrierer som kan hindre eller gjøre læring vanskelig. Barrierene kan være kontekstuelle som for eksempel forhold i læringssituasjonen. Hvis barrieren finnes hos individet skyldes de individuelle, personlige forhold. Det kan være vanskelig å påvise en klar kontekstuell eller personlig årsak til at læring ikke skjer, som regel henger disse årsakene sammen (Irgens, 2010).

Knut Illeris (i Irgens, 2010:50) sier at "forsvarsmekanismer kan medføre avvising, det vil si at man simpelthen ikke lar de gjeldende impulser trenge inn til bevisstheten". Her ser vi hvordan en barriere for læring kan oppstå allerede mellom trinn en og to i Irgens' kunnskapsmodell. Innlæring i seg selv fører ikke alltid til dypere forståelse. Hvis man ikke er i stand til å bearbeide og bygge videre på det man har lært, skjer det ingen kunnskapsutvikling. En av de individuelle faktorene som har betydning for kunnskapsutvikling er nysgjerrighet overfor temaet. En viktig kontekstuell faktor er muligheten for å diskutere det man har lært med andre (Irgens, 2010).

I steget fra kunnskapsutvikling til kunnskapsanvendelse tar man i bruk det man har lært. Her kan det også ligge mulige barrierer mot læring. På det individuelle planet er muligheten til å

prøve ut de nye idéene viktig. Det samme er evnen til å argumentere for egne synspunkter. På det kontekstuelle nivået er arbeidsmiljø, maktforhold, tid og ressurser faktorer som spiller inn (Irgens, 2010). Mellom trinn fire og fem ligger filteret som kan hindre organisatorisk læring. På grunn av dette filteret er det en fare for at kunnskapsutvikling og kunnskapsanvendelse forblir avhengig av enkeltpersoner, og dermed ikke en del av organisasjonens praksis. Irgens (2010) hevder at læringen har blitt organisatorisk når den kollektive adferden endres ved at organisasjonen endrer sine handlingsteorier og er i stand til å handle på en ny og bedre måte, uavhengig av de enkeltmennesker som til å begynne med tilegnet seg kunnskapen. Hvis barrierene mot læring ikke er for store, er det store muligheter for at læringen blir organisatorisk.

3.4.3 Enkelt- og dobbeltkretslæring

En måte å beskrive enkeltkretslæring på, er å si at man "justerer" det man holder på med ved å gjøre større eller mindre endringer. Denne formen for læring er ofte tilstrekkelig når de grunnleggende forutsetningene er tilstede eller det er enkeltstående hendelser som sannsynligvis ikke vil dukke opp igjen senere (Rennemo, 2006). Argyris og Schön kaller denne typen læring "singel loop learning". De forklarer slik enkeltkretslæring med utsagnet "Vi kan mer, men ikke nødvendigvis annerledes" (Rennemo, 2006:91). I dette ligger det at selv om man har fått mer kunnskap er det ikke sikkert man velger å ta den i bruk. Man kan velge å fortsette å gjøre arbeidsoppgavene slik de alltid har blitt gjort.

Ved dobbeltkretslæring ser man på forutsetninger eller styrende faktorer for handlingen, og gjør noe med disse. Man kan si at dette er en mer grunnleggende form for læring (Irgens, 2010). Argyris og Schön kaller denne type læring "double loop learning" og forklarer modellen som en læringsssituasjon som krever endringer av mer grunnleggende forutsetninger (Rennemo, 2006).

I boken "Hvordan organisasjoner fungerer" presenterer Jacobsen og Thorsvik (2013) en variant av teorien om enkelt- og dobbeltkretslæring først presentert av James G. March i 1976. Forfatterne peker på skillet mellom utnyttelse og utforskning. Utnyttelse er kunnskap som bidrar til at ressursene organisasjonen har til rådighet utnyttes bedre. Denne kunnskapen gjør at organisasjonen forbedrer eksisterende rutiner, arbeidsmåter og prosedyrer. Her er altså effekten av læringen at ressursbruken bedres. Jacobsen og Thorsvik (2013) sammenligner denne formen for læring med enkeltkretslæring. Utforskning på sin side viser til at organisasjonen lærer noe helt nytt og ser nye muligheter. Utforskning er nødvendig for innovasjon og nytenking. Jacobsen og Thorsvik (2013) mener at denne typen

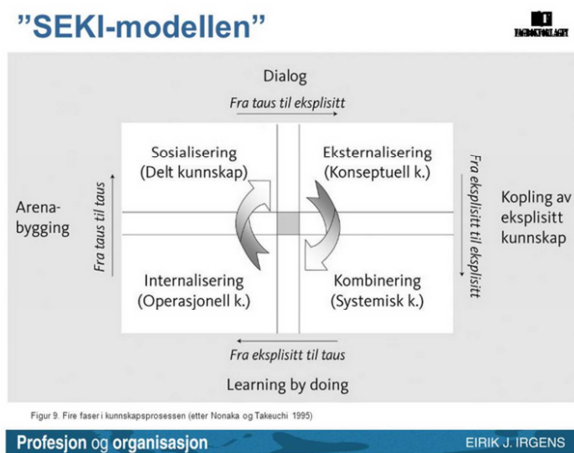
kunnskap kan relateres til dobbeltkretslæring.

Forfatterne hevder at organisasjoner trenger begge typer læring. Det er viktig å hele tiden arbeide med å bli bedre på det man driver med. Samtidig må organisasjonene være forberedt på å endre praksis og å gjøre noe helt annet når omgivelsene krever det. I tillegg til læring, krever dette siste punktet også at organisasjonens medlemmer er i stand til å avlære tidligere innlært kunnskap (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

3.3.4 SEKI modellen: en modell for læring eller deling av kunnskap

I boken "Viden, ledelse og kommunikation" presenterer Siggaard Jensen m. fl (2004) Nonaka og Takeuchis mye brukte kunnskapsdelingsmodell, SEKI-modellen. Modellen tar utgangspunkt i individet og den tause kunnskapen. Hislop (2009) hevder at denne modellen for kunnskapsdeling tar utgangspunkt i det strukturelle perspektivet på kunnskap, og innebærer tro på at all kunnskap kan gjøres eksplisitt og dermed deles via en sender-mottakermodell. Modellen presenterer fire elementer som må være til stede for at kunnskapsdeling skal kunne skje.

De fire elementene er:



Figur 5: Eirik Irgens (2010) "Profesjon og organisasjon"

Sosialisering er prosessen der de ansatte deler tause kunnskap gjennom praktisk samhandling. I klinisk praksis på sykehus handler dette ofte om å jobbe side ved side med de mest erfarne helsearbeiderne. Disse blir rollemodeller for gjennomføring av undersøkelser, samtaler med pasienter eller vurdering av pasientens tilstand. For at denne delen av kunnskapsutvekslingen skal kunne skje, må konteksten være riktig (von Krogh m. fl, 2001). Sykehus har lang tradisjon for at nyansatte skal gå sammen med mer erfarne medarbeider i den tidligste perioden av arbeidet og slik bli kjent med mange sider av det.

Hubert og Stuart Dreyfus (1999) beskriver også en slik variant i sin modell for mesterlære, som viser hvordan en novise lærer av mesteren gjennom et en-til-en-forhold.

Eksternalisering eller dialog innebærer at det etableres arenaer hvor den tause kunnskapen kan formidles og settes ord på gjennom dialog mellom medlemmene i gruppen (von Krogh m.fl, 2001). I utvikling av standardiserte pasientforløp skjer dette gjennom møter i det tverrfaglige teamet. Dette vil være en arena hvor medarbeiderne kan komme med sine erfaringer og tanker knyttet til det konkrete forløpet.

Kombinering betyr å omdanne taus kunnskap til eksplisitte former, blant annet gjennom formulering av arbeidsprosedyrer (von Krogh m.fl, 2001). I arbeidet med pasientforløp betyr dette å utarbeide skriftlige dokumenter som beskriver ønsket praksis og dokumentere pasientforløpet i sykehusets kvalitetssystem. Arbeidet med implementering av pasientforløpet starter i denne fasen, og alle ansatte som skal ta forløpet i bruk får informasjon og undervisning om eventuelle endringer og nye prosedyrer. Utfordringen i denne delen av prosessen er at de ansatte faktisk følger de nye prosedyrene.

Internalisering er prosessen hvor kunnskapen blir gjort personlig gjennom erfaring (Irgens 2010). I forløpssammenheng er dette fasen hvor de ansatte gjør ny praksis til sin egen. Det finnes flere eksempler på at ansatte har måttet legge bort gammel kunnskap og erstatte den med seneste kunnskap. I en periode vil de ansatte ha behov for opplæring og ny kunnskap. Fasen preges av at kunnskapen fester seg i den enkelte, og oppgaven vil derfor etter hvert kunne løses automatisk uten at de ansatte er avhengige av å bruke den skriftlige prosedyren. Kunnskapen har igjen blitt taus (von Krogh m.fl, 2000).

“Learning by doing” er et begrep som ble introdusert av den amerikanske pedagogen John Dewey (Irgens 2010:53). Dewey peker på menneskets behov for å være instrumentelle og handle etter konteksttilpasset kunnskap, for slik å løse problemet. I vår case er kunnskapen internalisert når de ansatte kjenner resultatet av forløpsarbeidet, vet hvilke konsekvenser det har for den daglige pasientbehandlingen og videreformidler kunnskapen til kolleger og studenter.

3.5 Standardisering og improvisering

Etter et studieopphold ved flere engelske sykehus i 2010, hvor pasientsikkerhet og standardisering sto i fokus, kom St. Olavs Hospitals daværende fagdirektør tilbake til sykehuset med begrepet “Variation kills!”, variasjon dreper. Dette er en spissformulering som

har slått rot og blitt et motto i organisasjonen. På St. Olavs Hospital er det en uttalt strategi at kunnskapsbaserte standarder skal ligge til grunn for pasientbehandling og pleie, for å unngå uheldig og kanskje skadelig variasjon.

Ikke alle ansatte omfavner denne oppfatningen og mange kritiserer standardisering. Et av argumentene har vært at standardisering fratår fagarbeiderne "frihet" og skjønn i behandling av ulike pasienter. Videre argumenteres det med at alle pasienter er unike og krever at helsepersonell har evnen til improvisasjon underveis i behandlingen.

Improvisasjon er evnen til å mestre en situasjon uten å være bundet av en oppskrift eller prosedyre på forhånd. Kunnskapen man bruker når man improviserer er ikke nødvendigvis tidligere gitt, men skapes i en form for dialog med den situasjonen man er oppe i.

Improvisasjon gir utøveren mulighet til å påvirke og endre situasjonen underveis.

Improvisasjon krever erfaring fra feltet, kombinert med evnen til å reflektere "in action" (Irgens, 2006). De fleste studenter og nyutdannede helsearbeidere bruker i stor grad "reflection on action" når de lærer fra praktiske situasjoner. Det vil si at de i liten grad er i stand til å justere seg mens de står midt oppe i situasjonen, men at tanker rundt hvordan problemet skulle vært løst gjerne kommer i etterkant (Irgens, 2006). Etter hvert som kunnskapen i større grad blir "kroppsliggjort" og teorien "sitter" i ryggraden greier de fleste i større grad å reflektere "in action" og de begynner å improvisere.

Ordet standardisering gir ofte assosiasjoner til byråkrati preget av rutiner, effektivitet, pålitelighet og forutsigbarhet (Morgan, 2012). Helsevesenet har gjennom mange år jobbet etter strukturerte prosedyrer og standarder for behandling. Når man oppsøker helsevesenet er det nettopp pålitelighet, rutiner og forutsigbarhet man forventer. De færreste ville vel følt seg trygge hvis de møtte et helsevesen med ansatte som arbeidet etter innfallsmetoden og som testet ut nye idéer på pasientene. Samtidig er de ansatte i dagens helsevesen for det meste høyt utdannede kunnskapsarbeidere som kjennetegnes av stor grad av autonomi, som motiveres av at de kan bestemme arbeidsutførelsen selv, og som foretrekker å arbeide i organisasjoner preget av fleksibilitet og myndighet for den enkelte; altså det motsatte av et byråkrati (Irgens, 2010).

Flere forskere skriver om improvisasjon i arbeidslivet (Barrett, 1998, Dehlin, 2006, Irgens, 2006). Irgens (2006) beskriver profesjonelle som er i stand til å bruke improvisasjon når situasjonen tilsier det som "yrkeskunstnere". Dette er yrkesutøvere som har en spesiell

følsomhet for situasjonen. Disse tar i bruk sin faglige ekspertkompetanse i situasjoner som ikke kan håndteres ved hjelp av tidligere beskrevne standarder, oppskrifter eller programmer (Irgens, 2006). Dette kan være det som populært beskrives som "Fingerspitzengefühl" og som i litteraturen betegnes som "taus kunnskap" (Hislop, 2009). Irgens (2006) sier at disse "yrkeskunstnerne" har en egen evne til å bruke magefølelse, uro og antagelser når ting ikke går helt som planlagt, og ikke minst; de har mot til å lete etter en løsning de ikke hadde forutsett da de gikk inn i situasjonen. Han sier videre at erfaring er helt avgjørende for å bli en god improvisator og at å utøve reflektert praksis er en form for improvisasjon. Påstanden støttes av Barrett (1998) som sier at man må forberede seg for å lykkes i sin spontanitet. God kjennskap til teori og regler i et fag er grunnleggende for vellykket kreativitet og improvisasjon. Han sier videre at det er avgjørende for all improvisasjon å ha evnen til å kombinere innhold fra mange ulike erfaringer, sette dem sammen og variere dem på nye måter. I dette ligger det Irgens (2006) argumenterer for; nemlig at evnen til improvisasjon kjennetegner gode praktikere, og at vellykket improvisasjon krever kunnskap, ferdigheter og holdninger. Slik vi ser det vil de standardiserte pasientforløpene gi ansatte en grunnmur av kunnskap, og dermed et utgangspunkt for kunne improvisere.

4.0 Metodisk tilnærming

4.1 Vitenskapssyn

Innen vitenskapsteorien finnes flere tilnærminger til forståelse av verden. Ontologi beskrives som "læren om hva som er virkelighetens natur" (Johannessen m.fl. 2010:402).

Det ontologiske grunnsynet definerer verden gjennom en rasjonell tilnærming (Nyeng, 2010). Det ontologiske verdenssynet bygger på en *positivistisk* vitenskapstradisjon hvor årsak - virkning og lovmessige forklaringer på hva som skjer mellom mennesker og i organisasjoner preger virkelighetsforståelsen (Nyeng, 2010). Vitenskapssynet legger blant annet til grunn modeller fra naturvitenskap og økonomiske teorier (Gotvassli, i Irgens og Wennes 2011).

Forskere med et ontologisk verdenssyn presenterer gjerne fasiter og evidensbaserte løsninger på organisatoriske problemer og utfordringer. Gjennom systematiske studier av et fenomen vil en kunne finne svar på ethvert spørsmål. Innen denne tradisjonen er bruk av deduktive forskningsmetoder vanlig. Virkeligheten studeres med utgangspunkt i en teori og praksis sjekkes ut mot denne teorien. Innen det ontologiske kunnskapssynet oppfattes forskeren som en nøytral observatør som, uten å påvirke forskningsresultatet, rapporterer sine funn (Tjora, 2010). Innen de medisinske fagene er den positivistiske vitenskapstradisjonen dominerende og preger derfor fremdeles hva som betegnes som vitenskap. Blant ansatte i helsevesenet kan det derfor være vanskelig å få gjennomslag for resultater fra forskning som har sitt utgangspunkt i noe annet enn det ontologiske grunnsynet.

Det er imidlertid slik at fag som Nyeng (2010) beskriver som menneskevitenskapene, som samfunnsfagene, sosiologi, psykologi, pedagogikk og humanistiske fag, også preger fagområder på mange arbeidsplasser. Det er derfor, etter mange vitenskapsteoretikers og forskeres syn, også nødvendig å ha andre perspektiv på vitenskap fordi forskning med en positivistisk tilnærming ikke alltid gir svar på det man lurer på. For å studere og forstå hvordan mennesker fungerer sammen og hvordan de påvirker hverandre må vi bruke et mer helhetlig og fortolkende perspektiv (Nyeng, 2010). I vitenskapsteorien er det flere utgangspunkt som kan bidra til dette. Den hermeneutiske tilnærmingen assosieres ofte med det prosessuelle perspektivet.

Hermeneutikken beskrives som forståelseslære (Nyeng, 2010). Helheten i menneskers liv er viktig og forståelsen bygger ikke på "lovmessige" sannheter i samfunnet. En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes noen absolutt sannhet, men at fenomener kan

leses og tolkes på ulike måter og må forstås i den sammenheng eller kontekst de forekommer. Hermeneutikk blir særlig brukt av forskere innen humaniora, teologi, jus og statsvitenskap. Forskerne innen disse områdene må nemlig fortolke noe man ikke kan måle og veie (Thagaard, 1998).

Gjennom sitt syn eller perspektiv på vitenskap velger forskeren tilnærming til en sak, lyset rettes mot det man mener er viktig. Siden vi har vår utdanning og arbeidserfaring innen helsefagene, med tradisjoner både innen det naturvitenskapelige fagområdet og menneskevitenskapene, ser vi det åpenbare behovet for å ha to tanker i hodet samtidig. Vi må ha forståelse for at begge syn preger den organisasjonen vi studerer, og at en kombinasjon av begge tilnærmingene kan gi et mer dekkende bilde av hele organisasjonen. Vi forstår at den medisinske forskningen i stor grad må baseres på randomiserte, kontrollerte studier med høy grad av strukturell tilnærming. Samtidig støtter vi den hermeneutiske tradisjonen, som peker på at en utforskende og fortolkende tilnærming er nødvendig for å forstå samspillet som kreves for å gjennomføre arbeidet med utvikling og implementering av de standardiserte pasientforløpene.

Vår målsetting med denne avhandlingen er altså et ønske om å få økt kunnskap knyttet til implementering av standardiserte pasientforløp. Vi spør oss hvilke konsekvenser disse endringene får for pasientbehandlingen og hvordan endringene gjennomføres både fra ledelsens og medarbeidernes side. Hva er det som virker og ikke virker, hva motiverer kunnskapsarbeiderne til endring, og hvilken motivasjon har de for å gjennomføre disse endringene?

4.2 Metode og vitenskapelig ståsted

Aubert (i Everett & Furseth, 2010) definerer metode som en fremgangsmåte eller et middel for å løse problemer for å komme frem til ny kunnskap. Det finnes et utall metoder som kan tjene dette formålet, og forskerens utfordring kan ligge i nettopp valg av metode.

Innen de samfunnsvitenskapelige fagene har det tradisjonelt gått et skille mellom kvalitativ og kvantitativ metode (Johannessen m.fl., 2010), og det er stadig diskusjon om hvilken metode om er best egnet. De naturvitenskapelige fagene forholder seg stort sett til fenomener uten språk og evne til å forstå seg selv og omgivelsene. Forskeren blir en tilskuer til det som studeres. Samfunnsfagene har tradisjonelt hatt mer fokus på studier av mennesker, og i denne sammenheng blir folks meninger og oppfatninger om de områdene forskeren ønsker å belyse viktige (Johannessen m.fl., 2010).

Et utgangspunkt for avhandlingen vår er en erkjennelse av at organisasjonen vi studerer er preget av flere vitenskapelige tradisjoner. Profesjonene i et sykehus har gjerne bakgrunn i forskjellige vitenskapssyn. Legene er utdannet i en mer positivistisk tradisjon, mens pleiegruppens utdanning ofte har en mer hermeneutisk tilnærming. Med vår faglige bakgrunn har nok vi hovedsakelig en hermeneutisk tilnærming til forskningen, men ser naturligvis også den store verdien og nytten av tradisjonell medisinsk forskning med en positivistisk tilnærming.

4.3 Forskningsdesign og valg av metode

Utgangspunkt for vår forskningsdesign er vår forståelse av kunnskapsarbeideren og kunnskapsintensive bedrifter. Som tidligere beskrevet, preges både organisasjonen St. Olavs Hospital og sykehusets ansatte av elementer både fra den naturvitenskapelige, strukturelle tradisjonen og den samfunnsvitenskapelige, mer prosessuelle tilnærmingen til kunnskap, læring og endring.

Dette dualistiske utgangspunktet preger hele avhandlingen vår. For å finne svar på våre forskningsspørsmål har vi valgt en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ tilnærming til datainnsamlingen. Ved kvalitative metoder blir den informasjonen man samler inn ofte uttrykt i nedskrevet tekst og baserer seg ofte på intervju eller samtaler med informanter. Kvantitative metoder analyserer tall i tabeller eller statistikk (Nyeng, 2010). I boken "Kvalitative forskningsmetoder i praksis" (Tjora, 2011) fremholder forfatteren at kvalitative metoder gir innsikt og søker forståelse, mens kvantitative metoder skaper oversikt og søker forklaring. Forskjellen på de to tilnæringsmåtene er de måle metodene som velges og hvilken holdning en har til kunnskapsinnhenting. I kvantitative metoder velger forskeren å prøve å finne svarene ved å bruke forhåndsdefinerte, tallfestede variabler. Typiske hjelpemidler i datainnsamlingen er spørreskjema med svarkategorier som er vektet med tall eller allerede produsert statistikk. I den kvalitative metoden er tilnærmingen i datainnsamlingen som regel åpnere og her er et typisk hjelpemiddel ulike former for intervju (Nyeng, 2010). Uansett valg av metode for datainnsamling er det viktig å være klar over at forskerens stemme alltid vil være der fordi forskerens fortolkning av data presenteres i det ferdige produktet (Nyeng, 2010). Forskerens stemme er sterkere eller svakere og kan komme til uttrykk i ulik grad avhengig av forskningsdesign.

4.4 Metodetriangulering eller flermetodedesign

En kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder kalles metodetriangulering. Metodetriangulering er velegnet blant annet for å kompensere for svakheter ved én metode. Ved å kombinere to eller flere metoder kan man få dypere og mer nyansert kunnskap om fenomenet man studerer. Med statistikk og kvantitative metoder kan man lettere trekke konklusjoner. Ulempen er at man ikke vet hva som ligger bak resultatene som følelser, tanker og holdninger. Intervju gir en større detaljrikdom i svarene og respondentenes tanker og følelser kommer tydeligere frem. Metodetriangulering innebærer altså at et eller flere fenomener studeres fra ulike synsvinkler og synspunkter, og at problemstillingen belyses ved hjelp av forskjellige metoder (Røykenes, 2008). Ved metodetriangulering kan man velge å la en metode være underordnet den andre, eller metodene kan være sidestilte (Ringdal, 2001). I vår avhandling legger vi lik vekt på begge metodene. Vi ser likevel at vi gjennom intervju får tilgang til en større detaljrikdom i svarene enn spørreundersøkelsen gir. Kombinasjonen av flere metoder gir oss altså en mer inngående kunnskap om den case vi studerer, og gir verdifull informasjon som vi mener setter oss i stand til å finne flere svar på forskningsspørsmålene våre.

Dybdeintervjuene vi har gjort representerer altså kvalitativ metode, mens vi i den kvantitative datainnsamlingen bruker spørreskjema. Ved å bruke spørreskjema med forhåndsdefinerte svaralternativ kan vi trekke generelle konklusjoner ut fra hvor enige eller uenige respondentene er i påstandene våre. Ulempen med spørreskjema er at vi tvinger alle inn i samme verden og samme struktur. Vårt hermeneutiske ståsted tilsier imidlertid at verden ikke er 100 prosent strukturell, men at den heller er relasjonell. Vi velger derfor en relasjonell tilnærming ved å bruke intervju i tillegg til den strukturelle tilnærmingen. Det kan være et problem å kun velge intervju som datainnsamlingsmetode fordi man ikke har kontroll over hva personer som ikke deltar i undersøkelsen ville ha sagt hvis akkurat de ble intervjuet. På grunn av denne svakheten risikerer man som forsker å gå glipp av mye verdifull informasjon (Tjora, 2011). Nettopp derfor er det også en fordel å kombinere flere metoder. Da får vi et rikere datagrunnlag og derfor et bedre utgangspunkt for å trekke konklusjoner rundt det temaet vi undersøker.

4.5 Gjennomføring av undersøkelsen

4.5.1 Kvalitativ metode

I den kvalitative forskningen er spennvidden stor. Mange fag med røtter i vidt forskjellige tradisjoner bruker kvalitative metoder i forskningen, og det er ikke nødvendigvis lett å

definere kvalitativ metode nøyaktig (Ringdal, 2001). Til tross for mangel på en eksakt definisjon, baserer kvalitativ metode seg på tre felles elementer: Metoden har et tolkende perspektiv, innsamlingsmetodene er sensitive til den sosiale konteksten, og analyser og forklaringer baserer seg på forståelse for kompleksitet, detaljrikdom og sammenheng. Helhetsperspektivet er viktig i kvalitativ metode (Ringdal, 2001).

Som nevnt er den mest utbredte datainnsamlingsmetoden innen kvalitativ forskning forskjellige former for intervjuer. Semistrukturerte intervju eller dybdeintervju, fokusgruppeintervju og fokuserte intervju er eksempel på teknikker (Tjora, 2011). Intervju som metode egner seg spesielt godt i situasjoner der forskeren ikke kjenner feltet godt nok til å lage gode survey spørsmål med utfyllende svarkategorier, eller i tilfeller hvor man ikke har tilgang til mange nok informanter til å gjennomføre en spørreundersøkelse (Tjora, 2011). Intervju kan være en selvstendig forskningsdesign, men kan også brukes som tilleggsteknikk for datainnsamling i andre kvalitative forskningsdesign. Felles for intervju som datainnsamlingsmetode er at de ofte bygger på en intervjuguide hvor man både kan ha åpne og lukkede spørsmål (Tjora, 2011).

Det er gjerne forskeren selv som gjennomfører intervjuene og antall informanter er lite. Det vanligste antallet er 10-30 (Ringdal, 2001). Det unike med intervjusituasjonen er at den gjerne gir en nærhet og personlig kontakt mellom forsker og informant, noe som kan mangle ved andre datainnsamlingsmetoder som for eksempel spørreundersøkelser (Ringdal, 2001). En annen fordel med intervju er at forskeren har mulighet til å følge opp informantenes utsagn underveis. Dette gjør at informantene får mulighet til å utbrodere på områder der de har mye å fortelle og dette kan få stor betydning for forskerens innsikt i temaet som studeres (Ringdal, 2001).

Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at data samlet inn ved intervju kun er representative for den eller de som intervjues. Fordi utvalgene i undersøkelser basert på intervju ofte er små og ikke-representative, er statistisk generalisering i slike studier sjelden mulig (Ringdal, 2001).

Tjora (2011) åpner for at man kan bruke kortere tid enn en time når man intervjuer. Slike korte intervjuer kaller han fokuserte intervjuer. Han sier at dette kan være særlig aktuelt når temaet er sterkt avgrenset, temaene som tas opp ikke er følsomme eller vanskelige, og tillit kan etableres relativt raskt i intervjusituasjonen.

Fordi informantene våre er travle helsearbeidere, og vi valgte å intervju dem i løpet av arbeidsdagen deres, var det et poeng at vi ikke skulle bruke for stor del av arbeidstiden. Vi vurderte også at standardiserte pasientforløp for pasienter med tykktarmskreft er et ganske avgrenset tema og at det er lite følsomt. Det virket derfor fornuftig å satse på fokuserte intervju, med avklart og avgrenset tema i denne delen av datainnsamlingen.

4.5.2 Praktisk gjennomføring av intervju

Som nevnt over, valgte vi å gjennomføre intervjuene i løpet av informantenes arbeidsdag. Med travle ansatte var det tidvis vanskelig å få gjort avtale om når intervjuene skulle skje. Mange intervjuer måtte utsettes og denne delen av datainnsamlingen foregikk derfor over en periode på tre måneder vinteren 2014/15. Tette timeplaner bidro også til at vi måtte være effektive. For å være sikre på at informantene kunne sette av nok tid, satte vi tidsrammen for intervjuet til ca. 30 minutter. Noen hadde bedre tid og kunne gå utover denne rammen. Disse intervjuene ble naturligvis noe mer fyldige og utfyllende enn intervjuene som varte i 30 minutter eller kortere. Felles for alle intervjuene var likevel at de ikke ble avbrutt som følge av mangel på tid, men fordi informantene mente at de hadde gitt uttømmende svar på spørsmålene våre. Vi mener derfor at tidsnød ikke preger intervjuene.

Informantene er nåværende eller tidligere kolleger. Vi har likevel ikke jobbet i så tette relasjoner med dem at vi mener at nærheten forstyrret intervjusituasjonen. Fordi vi kjente til hverandre fra før var tilliten allerede etablert, og temaet såpass avgrenset, at det derfor også var naturlig å sette en grense på ca. 30 minutter.

Vi valgte å intervju ti personer som alle er involvert i behandlingen av pasienter med tykktarmskreft i forskjellige stadier av pasientforløpet. Utvalget består av ulike yrkes- og aldersgrupper, både ledere og ikke-ledere, og gir etter vår mening en god bredde i svarene. Intervjuene ble gjennomført på møterom i nærheten av informantenes arbeidssted. I forkant av intervjuene spurte vi informantene om samtykke til at det ble gjort opptak av innholdet. Vi informerte dem om at de anonymiserte intervjuene skulle brukes som grunnlag for masteravhandlingen vår. Vi opplyste også om at vi kom til å oppbevare intervjuene, både transkriberingene og lydfilene, på våre private, passordbeskyttede PC'er. Informantene fikk også vite at alle data ville bli slettet når avhandlingen var levert og forsvart. Informantene fikk anledning til å trekke seg fra intervjusituasjonen når som helst og til å trekke intervjuet frem til oppgaven var ferdig i slutten av august 2015. Ingen av informantene trakk seg.

Vi valgte å bruke et semistrukturert intervju med en intervjuguide som var utarbeidet på

forhånd (se vedlegg 3). Guiden ble utarbeidet med bakgrunn i spørreundersøkelsen som allerede var laget og den besto av sentrale spørsmål og stikkord for eventuelle oppfølgingsspørsmål. Vi brukte samme intervjuguide i alle intervjuene og intervjusituasjonen var relativt lik for alle informantene. Informantene fylte ut spørreskjema før selve intervjuet startet, og disse svarene er inkludert i våre data fra spørreundersøkelsen.

Åtte av intervjuene ble transkribert og oppsummeringsnotater ble laget av to av intervjuene. Siden vi har lydfiler fra alle intervjuene, bruker vi direkte sitater fra både de transkriberte intervjuene og fra dem det er skrevet oppsummeringsnotat fra.

Da alle intervjuene var gjennomført brukte vi mye tid på å kategorisere informantenes svar. Vi valgte å bruke samme kategorier som påstandene i spørreundersøkelsen var delt inn i.

4.5.3 Kvantitativ metode

Når data som samles inn kan konverteres til tall eller tallfestes, kalles det en kvantitativ analyse. Metoden brukes ofte i forbindelse med statistisk utregning (Johannessen m.fl, 2010). Kvantitativ metode bygger ofte på forestillingen om en verden som er objektivt konstruert. Kvantitativ metode har derfor tradisjonelt vært knyttet til naturvitenskapen, hvor forskeren studerer utbredelse og antall (Thagaard,1998). I helsevesenet kjenner vi igjen metoden blant annet i studier av strykstatistikk for operasjonspasienter, forekomst av infeksjoner blant innlagte pasienter, og i utprøving av medikamenter.

I den positivistiske tradisjonen er det et ideal at forskeren skal være nøytral og usynlig. Tilhengere av denne tradisjonen hevder at forskeren alltid skiller skarpt mellom seg selv, subjektet, og objektet hun forsker på. Forskingen står altså på "egne ben" uavhengig av forskeren. Også i kvantitativ metode er det imidlertid slik at forskeren alltid vil være synlig fordi hun bestemmer hvordan data skal tolkes, og ikke minst, hvilke data som skal vektlegges i analysen (Tjora, 2011).

I kvantitative undersøkelser brukes begreper som enheter, utvalg, populasjon og variabler (Johannessen m.fl, 2010). I det følgende definerer vi disse begrepene og hva de betyr i vår avhandling:

Populasjon:

Ordet populasjon betyr befolkning, og i mange undersøkelser gjennomføres studier på store grupper mennesker (Johannessen m. fl, 2010). Vi kunne ha studert innføring av

standardiserte pasientforløp på hele St. Olavs Hospital, og vurdert hvordan disse påvirker endring og kunnskapsdeling i hele organisasjonen. Hele St. Olavs Hospital ville da ha utgjort vår populasjon. I vår studie har vi imidlertid gjort et utvalg i populasjonen.

Utvalg:

I en populasjon er det ofte mange enheter. Når populasjonen er alle ansatte i organisasjonen St. Olavs Hospital, er denne populasjonen inndelt i mange lag. Klinikker og avdelinger, yrkesgrupper eller ansatte i klinisk og ikke-klinisk arbeid, er alle ulike måter å dele inn populasjonen på. Fordi vi i vår undersøkelse ønsket å fokusere på innføring av et konkret pasientforløp, forløpet for pasienter med tykktarmskreft, valgte vi å innhente data om forløpet blant et utvalg av ansatte som jobber med akkurat dette. I spørreundersøkelsen ble derfor kun ansatte som kunne komme i kontakt med pasienter i dette forløpet, invitert til å svare. Vårt utvalg er derfor ansatte på Kirurgisk klinikk ved St. Olavs Hospital. Mer nøyaktig er utvalget ansatte som befatter seg med kirurgisk behandling av pasienter med tykktarmskreft.

Enheter:

Enheter er det eller de som undersøkes, de forskeren ønsker å vite noe om (Johannessen, m.fl, 2010). Enhetene er ofte mennesker eller en gruppe av mennesker. I vår undersøkelse er de enkelte ansatte som arbeider med tykktarmskreft enhetene.

I det videre presenteres de som svarte på spørreundersøkelsen som respondenter og de som deltok i intervjuene som informanter.

Variabler:

En variabel er en spesifikk egenskap eller kjennetegn ved de enhetene vi studerer (Johannessen, m.fl, 2010). I vår forskning deltar ansatte med ulike fagprofesjoner. Profesjonene fremkommer som ulike variabler i datagrunnlaget. Enhetene vi har undersøkt er igjen delt inn i flere variabler. Disse er som følger:

| Yrke | Kjønn | Alder | Erfaring med forløpet |
|--------------------------|--------|----------|-----------------------|
| Sykepleier | Kvinne | 20-30 år | 0-5 år |
| Lege | Mann | 31-40 år | 6-10 år |
| Seksjonsledere sykepleie | | 41-50 år | 11-15 år |
| Øvrig helsepersonell* | | > 51 år | >15 år |

Tabell 1: Oversikt over variabler i spørreundersøkelsen.

*fysioterapeuter, hjelpepleiere

4.5.4 Spørreundersøkelse

En vanlig fremgangsmåte for innsamling av data er å bruke spørreskjema, hvor de som deltar i undersøkelsen svarer på spørsmål med forhåndsbestemte svarkategorier (Johannessen, m.fl, 2010). Spørreskjema må utformes på en slik måte at de gir svar på forskerens problemstilling, og utforming av spørsmål eller utsagn er derfor en viktig og ofte utfordrende oppgave. Et spørreskjema krever to elementer; spørsmål eller påstander og svaralternativ. De ulike svaralternativene kalles *variabler* (Johannessen m.fl, 2010), og variablene må ha ulike verdier. Kvantitative variabler kjennetegnes ved at verdiene kan ordnes eller rangeres i kategorier som eksempelvis: god/dårlig, mye/lite etc. Ved å oppgi svaralternativ benytter vi et *prekodet* eller *prestrukturert* skjema (Johannessen m.fl, 2010). Et prestrukturert skjema kan også beskrives som et spørreskjema med lukkede spørsmål (se vedlegg 2).

4.5.5 Praktisk gjennomføring av spørreundersøkelsen

I slutten av januar 2015 inviterte vi 91 ansatte ved Kirurgisk klinikk til å delta på en spørreundersøkelse med svarfrist på 17 dager. I tillegg svarte ni av ti informanter på spørreskjemaet i forbindelse med intervjuet. Tilsammen blir dette 100 enheter.

Spørreundersøkelsen besto av 15 påstander. Bakgrunnen for å bruke påstander og ikke spørsmål er at dette er et format de ansatte er kjent med fra tidligere blant annet i forbindelse med arbeidsmiljøundersøkelser som gjennomføres hvert andre år.

Vi brukte Likert-skala i utformingen av svarvalg. En Likert-skala måler holdninger og atferd ved å bruke en rekke mulige svaralternativ som rangerer fra det ene ekstreme valget til det andre (for eksempel "ikke sannsynlig i det hele tatt" til "svært sannsynlig"). I stedet for enkle ja/nei-spørsmål kan en Likert-skala brukes for å avdekke sannsynlighetsgrader. Dette kan være spesielt nyttig når det gjelder sensitive eller utfordrende emner. Disse svarene gjør det også enklere å identifisere forbedringsområder (Johannessen m.fl, 2010).

I spørreundersøkelsen anga vi følgende svaralternativ:

1. Svært uenig
2. Nokså uenig
3. Nøytral (verken enig eller uenig)
4. Nokså enig
5. Svært enig

Påstandene i undersøkelsen ble utformet med bakgrunn i forskningsspørsmålene våre. Alle

påstandene har positivt fortegn. I dette legger vi at ingen påstander inneholder ordet "ikke". Vi la vekt på at spørreundersøkelsen og intervjuguide skulle dekke de samme områdene.

Vi brukte sykehusets elektroniske telefonkatalog for å finne navn og epost-adresser til aktuelle mottakere av spørreundersøkelsen. En uke før undersøkelsen ble distribuert sendte vi epost til alle der vi informerte om bakgrunnen for spørreundersøkelsen og samtidig ba dem om å besvare den.

Spørreundersøkelsen ble distribuert til ansatte ved disse seksjonene ved St. Olavs Hospital:

- Kirurgisk overvåkning
- Gastrokirurgisk sengepost
- Kirurgisk operasjonsavdeling
- Leger i gastrokirurgisk seksjon
- Seksjon fysioterapi ved Kirurgisk klinikk.

Vi fikk hjelp av en ansatt i sykehusets sentrale stab til å legge spørreskjemaet inn i dataprogrammet Questback som er en elektronisk tilbakemeldingsplattform der ansatte ble invitert via epost til å svare på vår undersøkelse. Vi valgte Questback fordi dette er et format som er kjent for de ansatte fra tidligere. Questback har blant annet blitt brukt i to sykehusomfattende spørreundersøkelser om arbeidsmiljø. For å sikre svar fra så mange ansatte som mulig, sendte vi ut epost med påminnelse om undersøkelsen både en og to uker etter at den var distribuert.

4.5.6 Kvantitative data fra andre datakilder

eSP (Elektronisk standardisert pasientforløp)

Innen forbedringsarbeid pekes det i ulike typer litteratur på at målinger er viktige for å finne ut om målsettingen for arbeidet oppnås. St. Olavs Hospital har sammen med sykehusets IT-leverandør, HEMIT, utviklet et elektronisk verktøy (eSP) for å gjøre målinger av de standardiserte pasientforløpene. Formålet med programmet er monitorering og visualisering av identifiserte måleparametere. Data fra pasientforløp høstes fra det pasientadministrative systemet (PAS), og visualiseres for brukeren. Data sammenstilles aggregert per forløp, men det er også mulig å se på forløpstider, flaskehalsar og kvalitetsparametere på pasientnivå. Høstingen av data skjer daglig, og gir derfor et bilde i sanntid av status i forløpet. Dette skal sikre bedre forhold for implementering og etterlevelse av forløpet (HEMIT, 2015).

I løpet av datainnsamlingsperioden fikk vi tilgang til en oversikt over forløpstider knyttet til

pasientforløp for tykktarmskreft. Vi har imidlertid besluttet ikke å gå videre med analyse av disse data, fordi denne informasjonen ikke vil belyse problemstillingen vår. Etter innføring av pakkeforløp for kreftpasienter er dessuten både kravet til forløpstid, og antall pasienter som skal inkluderes i datamaterialet endret. Vi velger allikevel å orientere om dette verktøyet fordi det er en del av måleverktøyet vi har spurt om i datainnsamlingen.

Datafangst fra sjekklister:

Et viktig verktøy for de ansatte som arbeider med pasienter som har tykktarmskreft er en sjekklister som er utarbeidet av ledelsen på Kirurgisk sengepost. Sjekklister er laget for å sikre at tiltakene som er bestemt av forløpet følges. Vi har gjennomgått data fra sjekklister til 50 pasienter. Dette er pasienter som har fulgt pasientforløpet for tykktarmskreft i perioden høsten 2013 til våren 2015. Det er ikke mulig å identifisere enkeltpasienter i våre data. Vi går ikke i dybden i analysen av dette datamaterialet, men bruker det for å understøtte noen av funnene fra spørreundersøkelse og intervju.

4.6 Forskningens kvalitet:

4.6.1 Validitet

Et kriterium for kvalitet i forskning er validitet eller gyldighet. Validitet sier noe om data er relevante og om de faktisk gir svar på de spørsmålene vi stiller.

Når man skal gjennomføre en undersøkelse, må de teoretiske begrepene operasjonaliseres (Johannessen m.fl, 2010). Operasjonalisering betyr til en viss grad å konkretisere et begrep og innebærer at forskeren gjør et teoretisk begrep om til en målbar variabel. Dette skjer ved at forskeren gjør om begreper til ord og uttrykk som respondenten kan svare på uten at det er fare for feiltolking (Johannessen m.fl, 2010). Det er derfor ofte ikke alltid fullt samsvar mellom teoretisk og operasjonell validitet (Ringdal, 2001).

I vår undersøkelse har vi for eksempel valgt å operasjonalisere begrepet "det standardiserte pasientforløpet for tarmkreft" ved å spørre om de ansattes forståelse av begrepet og om de bruker tiltakene skissert i forløpene til daglig. Begrepsvaliditet dreier som om relasjonen mellom det vi skal undersøke og de konkrete data vi har samlet (Johannessen m.fl, 2010), og i denne avhandlingen mener vi det er sammenheng mellom data og de spørsmål vi ønsker svar på. En viktig kilde til høy validitet er at forskningen gjennomføres innenfor faglige rammer og at den er forankret i annen relevant forskning (Tjora, 2011).

Graden av validitet i vår forskning er avhengig av at deltakerne, både i spørreundersøkelsen

og intervjuene, forstår påstandene, utsagnene og spørsmålene våre. I en intervjusituasjon er det lettere å finne ut om informantene forstår spørsmålene enn ved bruk av spørreundersøkelser. Vi har mulighet til å forklare hva vi mener underveis i intervjuene. I spørreundersøkelsen er påstandene allerede formulert og vi har ikke annet valg enn å tro at respondentene forstår hva vi mener. Vi testet ut påstandene i spørreundersøkelsen på noen av intervjuobjektene våre før vi sendte den til den store gruppen respondenter. Slik sjekket vi ut eventuelle uklarheter i hva hver enkelt påstand kunne bety. Respondentene arbeider dessuten i en klinikk hvor ledelsen virkelig satser på innføring av standardiserte pasientforløp. Vi tok det derfor for gitt at majoriteten hadde en oppfatning av hva det standardiserte pasientforløpet for tarmkreftpasienter innebærer som begrep og at de kjente til de tiltakene som er knyttet til forløpet.

Vi opplever imidlertid at validiteten utfordres i forbindelse med noen av påstandene. Dette gjelder spesielt der mange av respondentene har stilt seg nøytrale. Vi mener likevel at validiteten totalt sett ivaretas ved at vi bruker data fra intervjuene og slik belyser påstandene. Dette er altså et godt eksempel på at triangulering gir mer utdypende svar enn ved bruk av kun én metode.

4.6.2 Reliabilitet

Et annet kriterium for kvalitet i forskning er at den er pålitelig. I stedet for pålitelighet kan man også bruke begrepet reliabilitet. Reliabiliteten er knyttet til data, hvilke data som brukes, hvordan de samles inn og hvordan de bearbeides (Johannessen m.fl, 2010). En undersøkelse har høy grad av pålitelighet når gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat. Forskningens reliabilitet er også avhengig av at det i svært liten grad gjøres feil i målingene eller i registrering av resultatene. I data med høy reliabilitet er det kun små og tilfeldige målefeil (Ringdal, 2001). Reliabiliteten i et forskningsprosjekt kan også styrkes ved at det brukes forskjellige teknikker i datainnsamlingen. Metodetriangulering bidrar til at forskeren kan undersøke om ulike tilnærminger fører til noenlunde samme resultat. I så fall styrkes tilliten til resultatene og slik også forskningens reliabilitet (Johannessen m.fl, 2010).

Begrepet reliabilitet brukes oftest om data i kvantitative undersøkelser. I kvalitative undersøkelser gir det ikke samme mening å snakke om reliabilitet fordi det ikke brukes strukturerte datainnsamlingsteknikker. Det vil derfor være vanskelig for en forsker å reprodusere en annen forskers kvalitative forskning (Johannessen m.fl, 2010). Reliabiliteten i en kvalitativ undersøkelse kan styrkes ved at vi som forskere er åpne om hvordan og i

hvilken kontekst vi gjennomfører undersøkelsen vår. Åpenhet oppnår vi ved å redegjøre for de valgene vi tar og ved å være oppmerksomme på faktorer som kan påvirke det vi undersøker (Tjora, 2011).

Med bakgrunn i de krav som stilles til reliabilitet i forskning, mener vi at den ivaretas i vår avhandling. Vi har valgt flere metoder for datainnsamling og informantene og respondentene har ulik yrkesbakgrunn og erfaring. Vi har også kvalitetssikret registreringen av data og mener at det ikke er systematiske målefeil her.

4.6.3 Generalisering

Et mål for de fleste prosjekter innen samfunnsforskningen er generaliserbarhet. Målet oppnås ved at funnene forskeren gjør kan danne en regel for tilsvarende situasjoner eller case (Store Norske Leksikon, 2015). Sammen med validitet og reliabilitet er generaliserbarhet en indikator for kvaliteten på forskningen (Tjora, 2011).

Tjora (2011) presenterer tre former for generalisering i kvalitativ forskning; naturalistisk generalisering, moderat generalisering og konseptuell generalisering. Med naturalistisk generalisering mener han at forskeren presenterer detaljene i studien godt nok til at leseren selv kan vurdere gyldigheten for egen forskning og prosjekter. Moderat generalisering betyr at forskeren selv presiserer i hvilke situasjoner forskningsresultatene kan være gyldige. Med konseptuell generalisering mener han at forskeren utvikler konsepter, typologier eller teorier som kan ha relevans for andre tilfeller enn det som er studert (Tjora, 2011).

Etter vår mening er resultatene fra dette forskningsprosjektet generaliserbare for tilsvarende prosjekter i andre klinikker ved St. Olavs Hospital. Utvalget er stort og variert nok, og gjennom triangulering får vi en detaljrikdom i svarene som tillater at vi trekker generaliserbare konklusjoner. Vårt prosjekt kjennetegnes derfor både av naturalistisk og moderat generalisering. Naturalistisk fordi leseren selv kan vurdere gyldigheten av vår forskning for egne prosjekter. Moderat fordi vi som forskere presiserer i hvilke sammenhenger resultatene kan være gyldige.

4.6.4 Forskningsetiske avveininger

I helsevesenet er forskning på pasienter og lagring av personopplysninger strengt regulert av forskningsetiske retningslinjer (Everett & Furseth, 2011). Vi sendte en projektskisse til Regional etisk komité, men komitéen anså at denne avhandlingen var utenfor deres mandat og returnerte søknaden. Avhandlingen gir ingen opplysninger om enkeltpasienter.

Ansatte på St. Olavs Hospital har vært våre informanter og respondenter og vi har fått mange direkte uttalelser om organisasjon og ledelse på St. Olavs Hospital. Både intervju og spørreundersøkelse er imidlertid anonymisert og vi anser det derfor som ukomplisert å bruke uttalelsene i avhandlingen.

4.6.5 Styrke og svakheter ved forskningen vår

I kapittelet “Når mauren også skal være ørn - om å analysere sin egen organisasjon” av Nielsen og Repstad (i Nyeng & Wennes, 2006), tar forfatterne opp utfordringer ved å gjøre analyser av egen organisasjon. De bringer på bane flere mulige fallgruver man kan gå i som aktør som forsker på egen organisasjon. Samtidig sier de, som også støttes av Tjora (2011), at den “rene forskerrollen” i samfunnsvitenskapen er fiksjon og at det derfor ikke er så stor forskjell på å forske på egen organisasjon og å bruke kvalitative metoder i andre forskningssammenhenger. I det følgende vil vi redegjøre for det vi ser på som styrker og svakheter ved vårt prosjekt.

Nielsen og Repstad (2006) peker blant annet på faren for at man kan bli for nærsynt når man forsker på egen organisasjon. Her er det nærliggende å peke på vår egen nærhet til temaet og til informanter og respondenter. Vi jobber begge i helsevesenet og har arbeidet på St. Olavs Hospital i mange år. Begge har vært tilknyttet Kirurgisk klinikk i forskjellige roller, men ingen av oss er, eller har vært, ansatt i klinikken. Vi mener derfor at faren for at vi vil få en slagside der vi presenterer en urettmessig stor del positive data er redusert. Dette fordi vi ikke har direkte tilknytning til klinikken og ikke står i et avhengighetsforhold verken til klinikkens sjef eller andre ledere. Som sagt tidligere i kapittelet, har vi heller ikke jobbet i så tette relasjoner med informanter eller respondenter at vi mener nærheten påvirket intervjusituasjonen eller svarene vi fikk i spørreundersøkelsen. Vi tror tvert i mot at vår rolle som helsearbeidere med inngående kjennskap til standardiserte pasientforløp har gitt oss innpass og legitimitet hos yrkesgrupper som tradisjonelt kan være noe skeptiske til utenforståendes kunnskap om helsevesenet. Vi har også fordelen av at vi er to som skriver sammen og derfor kan korrigere hverandre, noe som anbefales når man skal skrive om egen organisasjon (Nielsen & Repstad, 2006). En av oss har dessuten permisjon fra St. Olavs Hospital og arbeider nå i Helse Midt-Norge RHF. Dette er en stor fordel fordi en av oss da har inngående kjennskap til temaet og i tillegg kan se organisasjonen fra et “ørneperspektiv” (Nielsen & Repstad, 2006). Vi mener derfor at vår rolle som aktør og forsker i egen organisasjon på langt nær er så problematisk som den kunne ha vært.

I intervjusituasjonen mener vi at vi skiller greit mellom objekt og subjekt. Av og til stiller vi

imidlertid lukkede spørsmål og får derfor lite informative svar. Heldigvis skjer ikke dette ofte, men vi ser at vi kunne fått noe mer verdifulle data dersom vi hadde vært enda mer opptatte av å stille åpne spørsmål.

Spørreundersøkelsen ble kvalitetssikret før vi distribuerte den til alle de mulige respondentene. Vi mener derfor at resultatene fra spørreundersøkelsen er reliable. En svakhet ved resultatene er imidlertid at det er svært mange som svarer at de stiller seg nøytrale til flere av påstandene. Svaralternativet "nøytral" ligger midt mellom enig og uenig, og det kan være ulike årsaker til at de ansatte velger dette alternativet. Det kan være et uttrykk for at de ikke vil svare, at de synes påstanden er ubehagelig eller dum, eller at de ikke har nok kunnskap til å mene noe om den. Vi problematiserer dette i forbindelse med de påstandene der det er aktuelt i analysekapittelet og ser at det ofte er ansatte med mindre enn fem års erfaring som krysser av for nøytral. Vi bruker også utdypende uttalelser fra intervjuene noe bidrar til å øke forståelsen for de temaene der mange respondenter fra spørreundersøkelsen har brukt svaralternativet "nøytral".

5.0 Analyse

I dette kapittelet presenterer vi resultater fra spørreundersøkelse og intervju. Vi har også tatt med resultater fra bruk av sjekklister som er utarbeidet til pasientforløpet, og som skal følge hver enkelt pasient som behandles for tykktarmskreft ved St. Olavs Hospital. Dette skjemaet inneholder en rekke sjekkpunkter som de ansatte skal følge opp og fylle ut i løpet av tiden pasienten er innlagt på Kirurgisk klinikk. Resultatene fra disse sjekklister presenteres sammen med data fra intervju og spørreundersøkelse under påstand 11.

Svarprosent på spørreundersøkelsen:

Tabellen viser hvor mange medlemmer i de ulike yrkesgruppene vi sendte spørreskjema til, og hvordan svarprosenten fordeler seg:

| Svar på spørreundersøkelsen | Inviterte(n) | Antall svar | Svarprosent |
|-----------------------------|--------------|-------------|-------------|
| Sykepleiere | 77 | 38 | 49% |
| Leger | 9 | 9 | 100% |
| Øvrig helsepersonell* | 8 | 5 | 62,5% |
| Seksjonsledere sykepleie | 6 | 6 | 100% |
| Totalt antall inviterte | 100 | 58 | 58% |

Tabell 2: Svarprosent fordelt på yrkesgrupper

* fysioterapeuter, hjelpepleiere

Vi har fått svar fra alle legene og seksjonslederne vi inviterte til å delta i undersøkelsen. I underkant av halvparten av sykepleierne som ble invitert har svart. En årsak til forskjellen i respons kan være at både leger og ledere føler et større eierskap til forløpet. Flere fra disse gruppene har deltatt i utformingen av forløpet og bruker det i sitt daglige arbeid. Legegruppen har i tillegg gjerne en større tradisjon for å drive med forskning, og kan derfor være mer positivt innstilt enn de andre yrkesgruppene til å delta i en spørreundersøkelse i forbindelse med forskningsprosjekter. Både leger og ledere har jevnt over større mulighet enn sykepleiere på overvåkning og sengepost til å styre arbeidsdagen sin selv. I tillegg virker det som om leger og ledere også er mer vant til å bruke IKT og epost i jobbsammenheng. De har derfor kanskje lettere for å oppdage vår forespørsel og å ta seg tid til å svare, enn sykepleiere som i mindre grad styrer sin egen arbeidsdag. Den siste antagelsen støttes av våre egne erfaringer: Etter at tidsfristen for spørreundersøkelsen hadde gått ut, var svarprosenten på ca. 40. For å øke svarprosenten gikk vi rundt på sengeposten og

oppfordret sykepleierne til å svare på undersøkelsen. Da erfarte vi at flere verken hadde sett eposten med invitasjon til å delta, eller selve spørreundersøkelsen. Mange sa også at de hadde tenkt å svare, men at de ikke rakk det før fristen gikk ut.

Under hvert punkt videre i analysekapittelet presenteres data fra spørreundersøkelsen basert på 58 respondenter som altså utgjør 100 prosent av deltakerne. Alle deltakerne i spørreundersøkelsen svarte på alle påstandene.

5.1 Funn fra datainnsamlingen

Vi har altså valgt å analysere data fra tre ulike kilder; en spørreundersøkelse blant de ansatte, intervju av ti informanter, og en oversikt over bruk av sjekklisten for pasienter som er inkludert i det standardiserte pasientforløpet for tykktarmskreft fra høsten 2013 til våren 2015.

I spørreundersøkelse har vi delt inn påstandene i ulike kategorier. Det samme gjelder for spørsmålene i intervjuguiden. Disse kategoriene er sentrale for å kunne svare på våre forskningsspørsmål. Vi bruker de samme kategoriene som struktur for analysedelen.

Våre forskningsspørsmål:

Vi er opptatt av hvordan endringer implementeres i en kunnskapsorganisasjon som St. Olavs Hospital og spør derfor:

Forskningsspørsmål 1: Hvordan implementeres ny kunnskap gjennom de standardiserte pasientforløpene i Kirurgisk klinikk ved St. Olavs Hospital?

I metodikken for utvikling av standardiserte pasientforløp er måling og monitorering av forløpene beskrevet som et suksesskriterium for gjennomføring og implementering, og vi spør derfor:

Forskningsspørsmål 2: Motiveres kunnskapsarbeidere av strukturelle målinger i sitt daglige arbeid?

I en kunnskapsorganisasjon kan krav om standardisering på den ene siden og kunnskapsarbeiderens autonomi på den andre siden stå i kontrast til hverandre. Med bakgrunn i dette spør vi:

Forskningsspørsmål 3: Hvordan kan standardisering og kunnskapsarbeid virke sammen for å bedre samhandling, pasientsikkerhet og kvalitet?

Standardiserte pasientforløp er et prioritert satsningsområde på St. Olavs Hospital derfor ønsker vi å få svar på:

Forskningsspørsmål 4: I hvor stor grad brukes forløpene, og hva mener de ansatte om dette verktøyet?

| Kategorier spørsmål: | |
|--|---|
| Forståelse | 1. Jeg er godt kjent med de standardiserte pasientforløpene som brukes ved Kirurgisk klinikk |
| Metodikk | 2. Jeg synes at metoden som brukes for å utarbeide standardiserte pasientforløp er godt egnet for formålet. |
| Involvering | 3. Jeg føler at jeg har vært involvert i utarbeidelsen av de standardiserte pasientforløpene som brukes ved Kirurgisk klinikk |
| Nytte/bruk | 4. Jeg bruker det standardiserte pasientforløpet for ca. coli 5. Cancer. coliforløpet har ført til endringer i pasientbehandlingen 6. Pasientforløpet endres ofte 7. Endring i pasientforløpet er problematisk 8. Pasientforløpet oppleves som et nyttig arbeidsredskap i opplæringsammenheng 9. Det er viktig å arbeide videre med standardisering av pasientforløp |
| Informasjon/ motivasjon (for implementering) | 10. De standardiserte pasientforløpene som brukes ved Kirurgisk klinikk er gjort godt kjent for de ansatte 11. Jeg kjenner tiltakene i behandlingen knyttet til forløpene godt 12. Det er viktig at det gjennomføres målinger knyttet til forløpet.(b.la. forløpstider) |
| Pasientsikkerhet og kvalitet | 13. Pasientsikkerheten ivaretas bedre etter innføring av standardisert pasientforløp på kirurgisk avdeling 14. Standardiserte pasientforløp har forbedret kvaliteten på pasientbehandlingen. |
| Samhandling | 15. Samarbeidet mellom enheter i klinikken har blitt bedre etter innføring av standardiserte pasientforløp (eks. sengepost, poliklinikk, operasjon..) 16. Samarbeidet med andre klinikker som er involvert i pasientbehandlingen har blitt bedre etter innføring av standardiserte pasientforløp (bildediagnostikk, post operativ, fysioterapi) |

Tabell 3: Kategorier for påstandene på spørreundersøkelsen

| Oversikt over hvilke utsagn i spørreundersøkelsen som belyser de enkelte forskningsspørsmålene | Henviser til utsagn fra spørreundersøkelsen |
|--|---|
| Forskningsspørsmål | Nummererte påstander fra spørreundersøkelsen (se vedlegg 2) |
| Hvordan implementeres ny kunnskap gjennom de standardiserte pasientforløpene i Kirurgisk klinikk ved St. Olavs Hospital? | 1, 3,10, 11, |
| Motiveres kunnskapsarbeidere av strukturelle målinger i sitt daglige arbeid? | 2, 12 |
| Hvordan kan standardisering og kunnskapsarbeid virke sammen for å bedre samhandling, pasientsikkerhet og kvalitet? | 13,14,15,16 |
| I hvor stor grad brukes forløpene og hva mener de ansatte om dette verktøyet? | 4,5,6,7,8,9 |

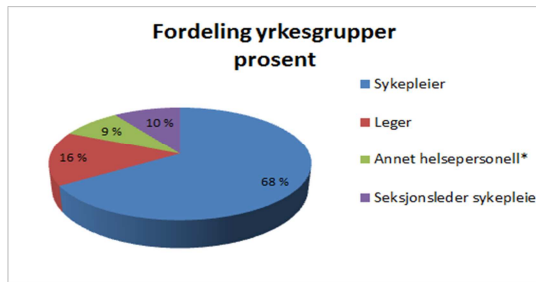
Tabell 4: Oversikt over hvilke utsagn i spørreundersøkelsen som belyser hvilke forskningsspørsmål

Ved presentasjon av data har vi stort sett valgt å ikke analysere svarene med utgangspunkt i respondentenes kjønn og alder. Derimot har vi valgt å trekke ut yrkesgruppene leger, sykepleiere og seksjonsledere for å se på om medlemmene innad i gruppene svarer ulikt og om det er en forskjell i svarene mellom de ulike yrkesgruppene. Dette gjør vi fordi vi tror at seksjonslederne som også er sykepleiere vil svare forskjellig fra sykepleiergruppen. Vi tror også at legene kan ha en annen holdning til standardiserte pasientforløp enn sykepleiere. I tillegg ser vi på om respondentene svarer forskjellig avhengig av hvor lenge den enkelte har vært ansatt på Kirurgisk klinikk. Dette gjør vi fordi vi tror at ansatte med lengre erfaring kjenner de standardiserte pasientforløpene bedre enn de som er relativt nytilsatte.

Selv om vi ikke er opptatt av alders- og kjønnskiller i analysen, kan det likevel være interessant å kjenne litt til demografien hos respondentene. I det følgende presenterer vi derfor en prosentvis fordeling av yrkesgrupper, kjønn og alder.

5.1.1 Bakgrunnsinformasjon fra spørreundersøkelsen

Yrke:

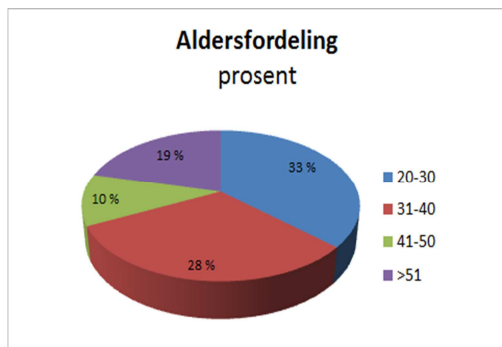


Figur 6: Fordeling av yrkesgrupper

*fysioterapeut og hjelpepleier

Sykepleiere er den største yrkesgruppen, og vi har fått svar fra sykepleiere som jobber nært pasienten på sengepost, overvåkning og poliklinikk. Leger er den nest største gruppen og vi har fått svar fra leger i lederposisjon og fra leger som jobber i ordinært klinisk arbeid. Vi har valgt å samle svar fra fysioterapeuter og hjelpepleiere i en gruppe. Dette er profesjoner med relativt få ansatte i sykehuset. Disse profesjonene presenteres derfor som “annet helsepersonell”.

Alder



Figur 7: Aldersfordeling

Gjennomsnittsalder: 39 år

Figuren viser aldersfordelingen hos våre 58 respondenter. Tall fra personalavdelingen på St. Olavs Hospital viser at gjennomsnittsalderen på de som har svart på vår undersøkelse er 39 år, og for alle sykepleiere på den aktuelle sengeposten er gjennomsnittsalderen 38.8 år. Aldersspredningen er relativt jevn, men vi har fått flest svar fra den yngste gruppen. Sengeposten som behandler pasienter med tykktarmskreft har ansatt 26 nye sykepleiere det siste året. De nye sykepleierne utgjør en høy andel ansatte på sengeposten, og trolig også en høy andel av respondentene i vår undersøkelse.

Vi har intervjuet ansatte fra alle aldersgrupper og begge kjønn. Sykepleierne på sengepost representerer den yngste aldersgruppen, mens to overleger og en seksjonsleder representerer gruppen over 55 år.

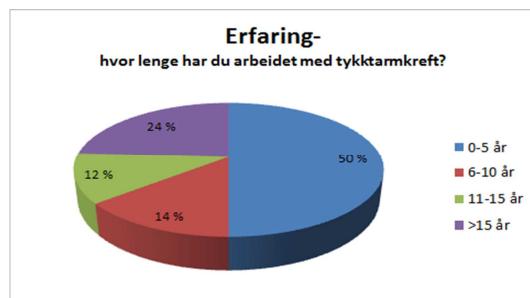
Kjønnsfordeling i spørreundersøkelsen

Kvinner: 48 respondenter. Dette utgjør 83 % av respondentene.

Menn: 10 respondenter. Dette utgjør 17 % av respondentene.

Kvinner er i flertall blant de ansatte i helsevesenet. Dette gjelder for alle yrkesgrupper, noe våre tall også gjenspeiler. I avhandlingen velger vi å ikke fokusere på kjønnsforskjeller fordi vi mener at dette ikke vil forklare ulikheter i svarene vi har fått, i noen særlig grad.

Erfaring fra arbeid med tykktarmskreft



Figur 8: Erfaring fra arbeid med tykktarmskreft

Respondentenes erfaring henger sammen med alderssammensetningen i gruppen. Den største andelen respondenter har kort erfaring både som sykepleiere og på den aktuelle sengeposten. Gruppen som har arbeidet med tykktarmskreft i mer enn 15 år er nest størst. En årsak til dette kan være at minst fire av dem vi intervjuet er ansatte med såpass lang erfaring.

5.1.2 Bakgrunnsinformasjon fra intervju

Vi har intervjuet ti personer. Yrke, alder og erfaring fordeler seg som tabell 5 viser:

| Nr | Yrkestittel | Alder | Kjønn | Erfaring med tykktarmskreft |
|----|-----------------------------|-------|--------|-----------------------------|
| 1 | Seksjonsleder sykepleie | 50 | Kvinne | >15 år |
| 2 | Overlege | 47 | Mann | 6-10 år |
| 3 | Overlege med seksjonsansvar | 62 | Mann | >15 år |
| 4 | Seksjonsleder sykepleie | 56 | Kvinne | >15 år |
| 5 | Sykepleier | 30 | Kvinne | 6-10 år |
| 6 | Overlege/radiolog | 62 | Kvinne | >15 år |
| 7 | Sykepleier | 27 | Kvinne | 0-5 år |
| 8 | Seksjonsleder sykepleie | 50 | Kvinne | >15 år |
| 9 | Lege i spesialisering | 35 | Mann | 0-5 år |
| 10 | Sykepleier | 36 | Kvinne | 0-5 år |

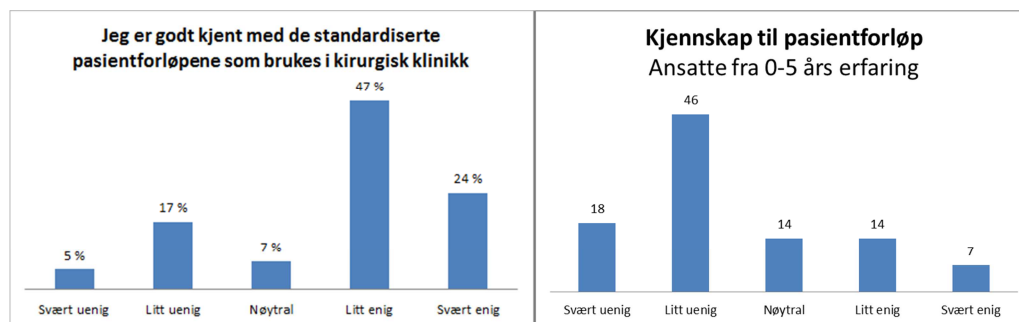
Tabell 5: Fordeling yrke, alder, kjønn, erfaring hos informantene

Informantene har, etter vår mening, en god spredning både med tanke på yrke, stilling, alder og erfaring. Svarene har gitt oss mange ulike og interessante syn på standardiserte pasientforløp for tykktarmskreft. Informantene svarte på spørreskjemaet før vi intervjuet dem. Disse svarene ble analysert sammen med resten av skjemaene. Informantenes demografi er presentert i avsnittet om spørreskjemaene, og vi går derfor ikke nærmere inn på den her. Videre i analysekapittelet refererer vi til informantenes tittel og nummerering fra 1-10.

5.1.3 Forståelse/kjennskap

I innledningen av spørreundersøkelsen valgte vi å fokusere på informantenes overordnede forståelse for forløpet fordi forståelse er en forutsetning for i det hele tatt å kunne uttale seg om bruk og nytte. De ansatte bør kjenne det standardiserte pasientforløpet for tykktarmskreft godt og ikke bare litt for å kunne bruke det som et verktøy i arbeidshverdagen.

Påstand 1:



Figur 9: Kjennskap til standardisert pasientforløp tykktarmskreft

Svarprosenten er basert på totalt 58 respondenter

Funn:

Den største gruppen, over 70 % av respondentene, har sagt seg litt eller svært enige i at de har god kjennskap til det standardiserte pasientforløpet for tykktarmskreft. Dette tolker vi som at begrepet og det verktøyet forløpet representerer er godt kjent blant majoriteten av de ansatte.

Så mange som 22 % av respondentene, litt i underkant av en fjerdedel, svarer imidlertid at de er litt eller svært uenige i at de kjenner det standardiserte pasientforløpet godt. Sykehusledelsen holder frem standardiserte pasientforløp som et av de viktigste styringsverktøyene for god pasientbehandling, og etter vår mening er det derfor en forutsetning at verktøyet er godt kjent blant alle ansatte. For ledelsen er dette funn som bør vekke bekymring fordi det kan sette gjennomføringen av et av de viktigste tiltakene i "Forbedringsprogram 2014-2016" i fare.

Blant andelen respondenter som har fem års erfaring eller mindre, angir så mange som 64 % at de er litt eller svært uenige i utsagnet om at de er godt kjent med det standardiserte pasientforløpet. Dette tyder på at Kirurgisk klinikk kan ha mye å hente ved å lære opp nytilsatte i prinsippene for det standardiserte pasientforløpet for pasienter med tykktarmskreft.

I intervjuene svarer også informantene ulikt på om de har god kjennskap til forløpet, men alle angir å kjenne til det. Alle er opptatt av at det standardiserte pasientforløpet skal være retningsgivende for tidsbruk, både for utredning og for hvor lenge pasienten i utgangspunktet skal oppholde seg på sykehuset.

Tre av intervjuobjektene har deltatt i det tverrfaglige teamet som har utviklet denne versjonen av forløpet og de angir riktig nok derfor god forståelse for temaet. Dette gjelder seksjonsleder 1, overlege 3 og overlege 6. Seksjonsleder 1 sier at et standardisert pasientforløp er: "...pasientens vei gjennom sykehuset, fra symptomdebut til ferdig kontroll hos oss på poliklinikken." Overlege 6 angir at hun kjenner godt til Røntgenavdelingens del av forløpet.

Overlege 3 sier at han opplever god forståelse blant lederne for hva det standardiserte pasientforløpet er, men at forståelsen nok ikke er like stor blant leger lenger nede i systemet. Han sier videre at han ikke synes det er så viktig at de kjenner forløpet så lenge de forholder seg til prinsippene i det: "Det skal være som vannet de svømmer i." Han sier videre "Man skal liksom ikke tenke så mye på det der. Det er noen få som skal tenke på det, og det er undertegnede, forløpsansvarlig og avdelingssykepleieren vår." Dette utsagnet kan tyde på at han ikke anser det som viktig at alle ansatte kjenner forløpet godt. Dette står i kontrast til det som beskrives som målsetting i Forbedringsprogrammet: "Forløpene må bli en del av den kliniske praksis i "den spisse enden" av sykehuset. Det er derfor svært viktig at de innholdsmessig er på et slikt detaljnivå at den enkelte ansatte kan legge opp sin praksis basert på de standardiserte pasientforløpene. Her må alle yrkesgrupper som er delaktige i pasientflyten aktiveres og bli aktive deltakere" (Forbedringsprogram 2014-2016: 4).

Overlege 2 støtter utsagnet til overlege 3 og sier: "Jeg kjenner ikke så veldig godt til det, men det er jo en del nye behandlingsprinsipper innenfor colorectalkirurgien som det er forsøkt stimulert til bedre gjennomføring av ved hjelp av standardiserte forløp... sånn jeg har forstått det, er det et hjelpemiddel for å få gjennomført en del medisinske nyvinninger." Dette indikerer at han kjenner best til de delene som isolert omhandler hans rolle og oppgaver i forløpet.

Uttrykket "godt kjent" er kontekstavhengig og informantene svarer derfor med utgangspunkt i eget ståsted og kunnskapsnivå. På spørsmål om han kjenner forløpet godt svarer lege 9 "... nokså godt, det jeg har blitt informert om ... så har vi hatt lignende der jeg har jobbet tidligere ... blitt informert om det via avdelingssykepleier" På samme spørsmål svarer sykepleier 10: "... det er nesten et definisjonsspørsmål, men jeg vil ikke hevde at jeg kjenner dem veldig godt. Det er noe som med veldig mange andre ting her på avdelingen, at man plukker det med seg underveis. Får med seg og forstår litt mer og litt mer, etter hvert som tida går."

Intervjuene støtter altså funnene fra spørreundersøkelsen og viser ulik grad av kjennskap til det standardiserte pasientforløpet for tarmkreft. For at forløpene skal brukes systematisk slik

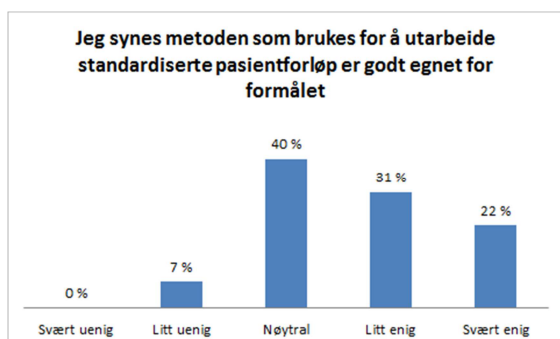
Forbedringsprogrammet angir, kreves det at alle ansatte har god kjennskap til verktøyet. Våre funn viser imidlertid at det kan være litt tilfeldig om ansatte har fått informasjon og opplæring eller ikke. Inntrykket er også at det standardiserte pasientforløpet er bedre forankret blant lederne enn blant de som jobber nær pasienten, noe som kommer tydelig frem i intervjuene.

5.1.4 Metodikk

St. Olavs Hospital har gjennom mange år revidert og forenklet metoden som brukes for å utvikle de standardiserte pasientforløpene. De siste par årene har fokus vært på å redusere antall ansatte som er involvert i utviklingen, og i stedet legge mer ansvar over på forløpsansvarlig overlege. Sykehuset har også hatt fokus på å redusere tiden som brukes i utviklingen av hvert enkelt forløp. Medarbeidere i direktørens stab har fått mer ansvar enn tidligere for utvikling og gjennomføring. Etter vår mening er metoden som brukes ved utarbeidelse tett knyttet til implementering av forløpet. Deltakelse i utvikling av et forløp vil kunne bidra til en økt følelse av eierskap, og kan være en viktig faktor for å sikre at forløpet tas i bruk av de som jobber nær pasienten. Med Påstand 2 ønsker vi å få innsyn i hva de ansatte mener om selve metoden som brukes for å utvikle et forløp og ikke om standardiserte pasientforløp oppleves som en god metode for pasientbehandling.

Som forfattere kjenner vi godt til metodikken. Da vi laget spørreundersøkelsen hadde vi en antakelse om at mange av de ansatte ikke har like god kunnskap om metodikken fordi kun noen få av dem har vært involvert i selve utarbeidelsen av det standardiserte pasientforløpet.

Påstand 2:



Figur 10: Kjennskap til metodikk for utvikling av standardiserte pasientforløp

Svarprosenten er basert på totalt 58 respondenter

Funn:

Denne påstanden har et positivt utgangspunkt fordi vi har spurt om metoden som brukes er *godt* egnet, noe som kan påvirke svarene. Her finner vi at en stor del av svarene er nøytrale. Det kan tolkes på ulike måter; enten kjenner de ansatte ikke så godt til metodikken og derfor mener de at de ikke kan uttale seg verken positivt eller negativt om den. En annen mulig tolkning er at de kjenner metoden, men ikke har gjort seg opp en mening. Et spørsmål vi da kan stille oss er om det er mulig å ta pasientforløpene i bruk uten å kjenne metoden som brukes i utarbeidelsen av dem. Ut fra svarene om forståelse i Påstand 1, ser det imidlertid ut til at dette er mulig. Samtidig svarer over 50 % av respondentene at de er litt- eller svært enige i at metodikken er godt egnet for formålet. Det er derfor naturlig å tro at dette er ansatte som har deltatt i utarbeidelsen.

De informantene som har deltatt i utvikling av forløpene sier at metoden er godt egnet. Disse fremholder som positivt at flere yrkesgrupper arbeider sammen, noe som bidrar til økt samarbeid og forståelse for alle deler av forløpet. Seksjonsleder 1 sier imidlertid at det var stor overvekt av leger i teamet som utarbeidet det standardiserte pasientforløpet, og at sammensetningen av yrkesgrupper med fordel kunne vært noe annerledes.

Overlege 6 peker på at det brukes mye tid på å utarbeide forløp og spør seg om tidsbruken står i forhold til resultatene innføring av standardiserte pasientforløp gir. Hun sier: "De standardiserte pasientforløpene må komme pasientene til gode. Vi bruker masse ressurser på å utvikle forløpene, men er det verdt det?"

Om metodikken som brukes for utvikling av forløpene sier seksjonsleder 8: "Nei, nå var ikke jeg med fra starten av, så det skal jeg ikke begi meg ut på å si noe mye om, nei".

Da flere av informantene ikke har deltatt i utvikling av forløpene, har de heller ikke uttalt seg om metoden, verken positivt eller negativt. Ingen av informantene har imidlertid stilt seg utelukkende kritiske til metodikken, og dette kan være årsaken til den høye andelen nøytrale svar både fra spørreundersøkelsen og i intervjuene.

Vi hadde nok forventet at våre respondenter ville ha bedre kjennskap til metodikken enn det som viste seg å være tilfelle.

5.1.5 Involvering

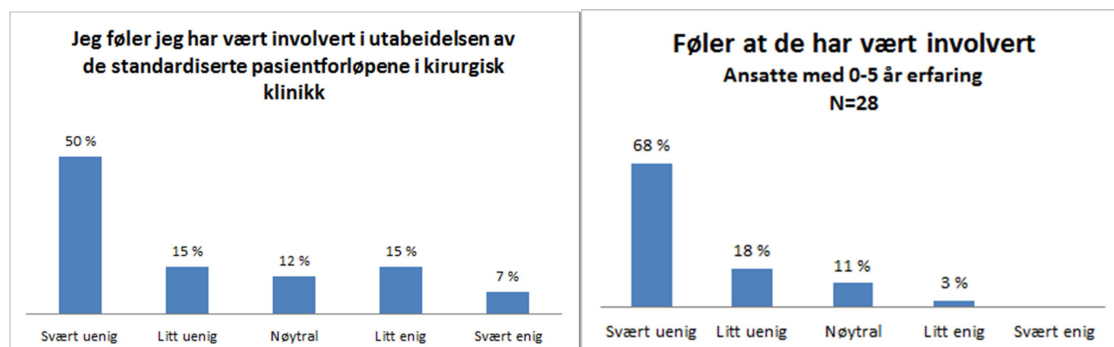
I artikkelen "Motstand mot forandring" skriver Jacobsen (1998): "Mange har tatt til orde for at endring bør legges opp som prosesser med bred deltakelse fra samtlige aktører i

organisasjonen. Deltakelse antas å være en mekanisme for å øke informasjonsflyt, og dermed minske usikkerhet, for å skape splid blant potensielle motstandere i selve prosessen eller for å utjevne maktforskjeller”.

Jacobsen peker her på involvering og deltakelse som to viktige faktorer for å lykkes i endringsarbeidet. Med bakgrunn i dette utsagnet er vi derfor opptatt av å finne ut i hvor stor grad de ansatte opplever at de har vært involvert i utarbeidelse av de standardiserte pasientforløpene. Involvering kan skje på ulike måter, blant annet ved deltagelse i det tverrfaglige teamet, eller ved at lederen setter tverrfaglige pasientforløp på agendaen ved å invitere til faglige diskusjoner.

Prinsippet for metodikken St. Olavs Hospital bruker i dag er at det kun er et lite utvalg av de ansatte som skal delta i utviklingen av forløpet, og at forløpsansvarlig overlege har som oppgave å sørge for implementering i etterkant.

Påstand 3:



Figur 11: Involvering i utvikling av standardiserte pasientforløp
Svarprosenten er basert på totalt 58 respondenter

Funn:

Dette er en nøytralt ladet påstand. 65 % av respondentene er litt eller svært uenige i utsagnet. Det er naturlig å anta at dette indikerer at kun en mindre gruppe ansatte har deltatt i utvikling av forløpet. 86 % av de med erfaring mellom 0-5 år sier at de ikke har deltatt i arbeidet. I gruppen som har svart at de er litt eller svært enig i at de har vært involvert, har sju av 13 respondenter en lederfunksjon.

Hovedinntrykk fra intervjuene støtter funnene fra spørreundersøkelsen. De som har deltatt i utarbeidelse av forløpet føler naturlig nok at de har vært involvert, mens de som ikke har

deltatt selvfølgelig ikke har samme opplevelse. Seksjonsleder 1 sier: "Hadde jeg ikke vært med i utarbeidelsen av forløpet, så hadde jeg ikke kommet til å ha det eierforholdet til det og den forståelsen for det som jeg har." Flere informanter angir imidlertid at de overhodet ikke har vært involvert i utarbeidelsen. Et eksempel på dette kommer fra overlege 2 som sier: "Jeg har ikke vært delaktig i det i det hele tatt ... det ble aldri gjennomgått noe, som jeg kan huske i alle fall." Flere angir også at de har blitt informert om det standardiserte pasientforløpet av andre enn sin egen leder.

Forløpsmetodikken forutsetter at det kun er noen få av de mest erfarne helsearbeiderne som skal være involvert i akkurat dette arbeidet. Svar fra spørreundersøkelse og intervju bekrefter denne praksisen. Vi spør oss hvordan de ansatte kan ta forløpet i bruk når de ikke har deltatt i arbeidet med å lage det. "I medvirkningsbaserte endringer er det et poeng i seg selv å komme bort fra at noen aktører beslutter og planlegger, mens andres rolle reduseres til kun å skulle medvirke til å nå noe som i prinsippet er andres mål." sier Klev og Levin (2004).

Gir metodikken et godt grunnlag for kunnskapsledelse? Liten grad av involvering av ansatte i de store yrkesgruppene kan være forklaringen på den store uenigheten med påstanden i spørreundersøkelsen. Diskusjon rundt dette punktet vil få en sentral plass i drøftingskapittelet.

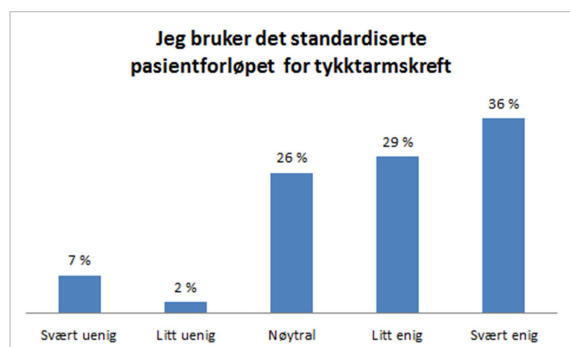
Bakgrunnen for å redusere antall deltakere i forløpsarbeidet er å minske tids- og ressursbruk. Forutsetningen for at St. Olavs Hospital skal lykkes med implementering av standardiserte pasientforløp er at de som faktisk deltar i utarbeidelsen legger ned en solid innsats i å gjøre prosedyrene kjent for de ansatte.

Med bakgrunn i svarene fra Påstand 1 om god kjennskap til det standardiserte forløpet, kan det stilles spørsmål om de som har vært involvert i utviklingen har lykkes i å dele denne kunnskapen med sine kolleger.

5.1.6 Nytte og bruk av pasientforløpet

De standardiserte pasientforløpene er et hovedsatsningsområde i St. Olavs Hospitals strategi- og forbedringsarbeid. Vi synes derfor det er svært interessant å finne ut om de ansatte faktisk bruker og ser nytten av dette verktøyet som ledelsen legger så stor vekt på. Med denne påstanden ønsker vi å undersøke om de ansatte faktisk bruker forløpet i kontakt med pasienten.

Påstand 4:



Figur 12: Bruk av standardiserte pasientforløp

Svarprosenten er basert på totalt 58 respondenter

Funn:

Det store flertallet respondenter beskriver at de bruker det standardiserte forløpet som er utviklet for pasienter med tykktarmskreft. De 9 % som er uenige påvirker ikke vår konklusjon. Det vil alltid være noen som ikke følger standardene. Vi spør oss imidlertid om de 26 % som stiller seg nøytrale er et problem for avdelingen. En av årsakene til det store antallet nøytrale kan være at bruken av forløpet er kontekstavhengig. Et av intervjuobjektene; sykepleier 10, underbygger antagelsen vår når hun på spørsmålet om bruk av forløpet sier: "... og for meg i hverdagen er det litt sånn stein i skoen, for vi klarer det ikke." Vi tolker dette utsagnet som at bruk av forløpet kan avhenge av arbeidspress, pasientens situasjon, og at mange sykepleiere velger å ha en generisk tilnærming til pasientene slik at diagnose kan oppfattes som underordnet. Samme sykepleier sier videre: "Men det er noe med det å huske at man faktisk skal gjøre det fordi at det manifesterer seg ikke så veldig mye mer enn ved et ekstra ark i permen og de arkene jeg bryr meg om når jeg kommer på jobb er jo medisinkurven og blodprøvesvar og sånne ting, sånn at jeg ikke alltid får med meg at det arket ligger der" ("*arket*" er det samme som sjekklisten - vår anmerkning).

Det pekes også på at ikke alle bruker forløpet aktivt, og sykepleier 10 sier videre "... det er fornuftig å ha en pekepinn og noen retningslinjer å følge, men om jeg synes at det er noe mer enn det, nei!" Lege 9 fremholder: «Jeg vil tro at alle er opptatt av at pasienten skal ha det best mulig hele tiden, uavhengig av om det kommer et nytt system.» Disse utsagnene kan tolkes som at de som jobber nær pasienten både ser fordeler og ulemper ved å bruke det standardiserte pasientforløpet og derfor krysser av for at de er nøytrale. Videre kan vi også tolke alle de nøytrale svarene som at mange som jobber pasientnært oppfatter at de alltid gjør det som er best for pasienten, uavhengig av om de følger et standardisert pasientforløp eller ikke.

Alle informantene sier det er positivt at de standardiserte pasientforløpene bidrar med sjekklistene og retningslinjer for god klinisk praksis. Som en del av det standardiserte pasientforløpet er det laget en egen pasientinformasjon som også blir fremholdt som et positivt tiltak for pasienten. Sykepleier 10 peker imidlertid på at det er viktig at fagarbeiderens kunnskap ikke ignoreres på bekostning av at det standardiserte pasientforløpet skal følges til punkt og prikke. Hun mener at det kan være en fare for at forløpet blir en hvilepute, og bidra til at den ansatte ikke gjør en egen faglige vurdering av pasientens behov.

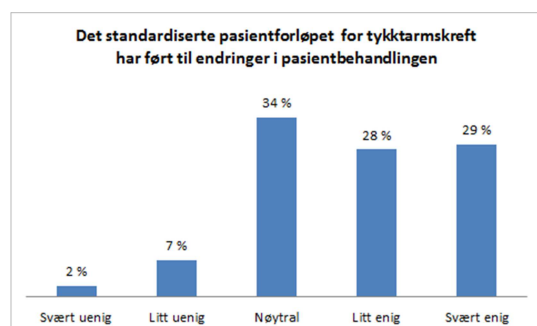
Slik vi ser det, kan fokus på skriftlige standarder og sjekklistene overskygge viktigheten av overføring av den tause kunnskapen. Dette kommer vi nærmere tilbake til i drøftingskapittelet.

5.1.6.1 Endring

Beste praksis skal være førende for tiltak og behandling beskrevet i de standardiserte pasientforløpene. Her er vi derfor opptatt av om innføring av standardiserte pasientforløp har ført til endringer i pasientbehandlingen. For tykktarmskreft er innføring av nye behandlingsprinsipper knyttet til pre-, per- og postoperativ behandling sentrale tiltak. Samlebetegnelsen for behandlingsprinsippene er ERAS (enhanced recovery after surgery). ERAS-prinsippet har som målsetting at pasienten raskest mulig etter operasjonen skal gjenvinne sin normale funksjon ved å spise, drikke, være optimalt smertebehandlet og i aktivitet (Kehlet, 2014).

Det er solid enighet i sykehusledelsen om Forbedringsprogrammets målsetting og metode. Kritikere i klinikken påpeker imidlertid at standardisering kan komme i konflikt med behov for individuelle tilpasninger for den enkelte pasienten.

Påstand 5:



Figur 13: Det standardiserte pasientforløp har ført til endringer i pasientbehandlingen

Svarprosenten er basert på totalt 58 respondenter

Funn:

Vi ser at denne påstanden kan være uklart fordi vi ikke har vært tydelige på hva vi legger i begrepet "endring". Det kan derfor tolkes som forandring til det bedre eller til det verre fra tidligere praksis. Rom for tolkning i påstanden kan svekke validiteten i de svarene vi har fått på spørreundersøkelsen. Her har vi derfor lagt ekstra stor vekt på utsagn fra intervju for å styrke validiteten.

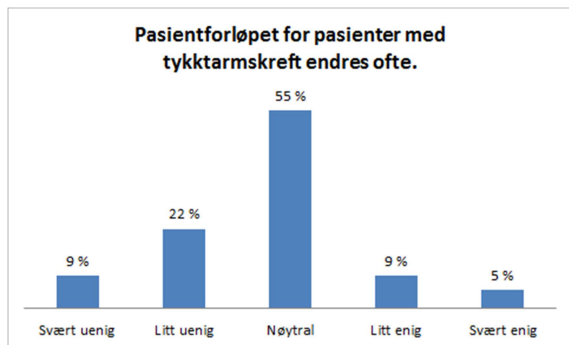
En tredel av informantene stiller seg nøytrale til denne påstanden. Av disse har hele 65 % av de med 0-5 års erfaring brukt dette alternativet. En tolkning kan være at disse respondentene har for lite erfaring fra arbeidet med tykktarmskreft til at de kan uttale seg om hvordan praksis var før de standardiserte pasientforløpene ble innført ved Kirurgisk klinikk.

Over halvparten av respondentene har imidlertid svart at forløpet har ført til endringer. Dette samsvarer med intensjonen med å lage standardiserte pasientforløp, som er å lete etter forbedringsområder og til enhver tid sørge for at pasientforløpet bygger på de seneste forskningsresultatene og det som anses som beste praksis for behandling. I de medisinske fagene skjer det en stadig utvikling som fører til endring i behandlingsmetoder og teknikker. Lege 2 sier: "Nytten ser jeg absolutt for pasientenes del fordi det bidrar til å følge ERAS-opplegget." I dette utsagnet ligger en forståelse for at forløpet har ført til endringer. Seksjonsleder 1 forteller imidlertid at aktører som er viktige bidragsytere ikke alltid kjenner endringer beskrevet i forløpet. Et eksempel på dette er at anestesilegene ikke ble orientert om at det var innført nye prinsipper for valg av peroperativ anestesi: "Anestesi var for eksempel ikke før inntil ganske nylig klar over at vi jobber etter ERAS-prinsippene på vår avdeling. Og det ble jeg så forferdelig overrasket over, det sier noe om hvor vanntette skott det egentlig er i mellom den enkeltes ansvar i forløpet", sier hun.

Ut fra det vi har funnet er det grunn til å tro at ansatte med kort erfaring svarer nøytralt fordi de ikke kjenner forløpet godt nok. De med lenger erfaring fra arbeidet med tykktarmskreft sier i større grad at forløpet har ført til endring i oppfølging av pasientene.

Påstand 6:

De standardiserte pasientforløpene revideres hvert andre år og forløpet for tykktarmskreft ble sist revidert høsten 2013. Som hovedregel skal forløp ikke forandres i perioden mellom revisjonene, dersom det ikke skjer vesentlige forandringer i behandlingsregimet. Revisjon trenger ikke nødvendigvis å bety at pasientforløpet endres. Vi ønsker derfor å finne ut om de ansatte mener at det skjer endringer i forløpet oftere enn hvert andre år.



Figur 14: Det standardiserte pasientforløp endres ofte
Svarprosenten er basert på totalt 58 respondenter

Funn:

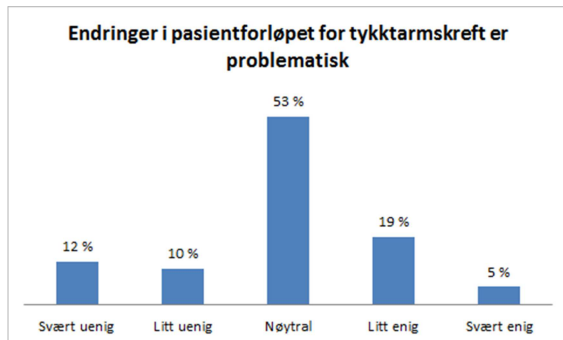
Påstanden “endres ofte” kan tolkes på flere måter. På den ene siden kan det forstås som endring knyttet til struktur og avtalte prosedyrer. På den andre siden påpeker flere av intervjuobjektene at de gjør tilpasninger til hver enkelt pasient. Vi fikk inntrykk av at flere av informantene la denne meningen i utsagnet. Også her opplever vi utfordringer knyttet til validitet, og velger derfor å legge større vekt på de data vi har fra intervjuene enn fra spørreundersøkelsen.

Lege 9 sier: “Det er viktig at pasienten reiser når han er i form til å reise. Og han skal ikke på død og liv ut for slik står det i et forløp, eller sånn er det normale forløpet. Pasientene er jo forskjellige.” Dette utsagnet støttes av sykepleier 10 som sier: “Ja, det hender at mobilisering ikke er tilstrekkelig og også dette med å hente seg mat selv. Det er så tidlig at pasienten synes det er for tidlig, pasienten henger ikke med da.”

De ulike måtene å tolke påstanden på kan også ha kommet til uttrykk i svarene i spørreundersøkelsen, hvor over halvparten stilte seg nøytrale. Det kan ha vært vanskelig å uttale seg om endring skjer ofte, og respondentene kan se at påstanden kan forstås på flere måter og dermed gi rom for tolking. Den store andelen nøytrale kan også forklares med at respondentene ikke husker eller har et aktivt forhold til når forløpet sist ble endret. Når vi ser bort fra de som stiller seg nøytrale, gir den største gruppen på 31 %, uttrykk for at endringer i forløpet ikke skjer ofte. Dette samsvarer med det som kom frem i intervjuene når vi presiserte meningen med spørsmålet. Flere av intervjuobjektene peker på at de gjør tilpasninger til hver enkelt pasient, men at det sjelden forekommer endring i selve forløpsstrukturen.

Påstand 7:

Mange ansatte på St. Olavs Hospital opplever at det stadig skjer omstillinger, og flere beskriver at de er slitne og lei av alle disse endringene. Fordi de standardiserte pasientforløpene er ment å være et sentralt verktøy for ansatte som arbeider nært pasienten, ønsker vi undersøke om de ansatte mener at det er problematisk eller vanskelig når innholdet i pasientforløpet endres. I endring legger vi at det skjer forandringer i strukturen i pasientforløpet eller i behandlingsregimet.



Figur 15: Endringer i standardiserte pasientforløp er problematisk
Svarprosenten er basert på totalt 58 respondenter

Funn

Som i tabellen for Påstand 6, er det grunn til å tro at det store antallet som stiller seg nøytrale til denne påstanden betyr at flertallet enten ikke kjenner til at det gjøres endringer, eller at de anser endringene som uproblematisk. Utover de nøytrale deler svarene seg her i nesten to like deler: En fjerdedel er svært eller litt enige i at endringer er problematiske, og en fjerdedel er litt eller svært uenig i det. Dette vil si at fordelingen er så og si normalfordelt, med hovedvekt på nøytral.

Hovedinntrykk fra intervjuene er at informantene er positive til de endringene som har kommet som resultat av innføring av det standardiserte pasientforløpet for tykktarmskreft. Flere av informantene er imidlertid negative til Helsedirektoratets innføring av pakkeforløp for kreftpasienter og de endringene disse forløpene medfører. Pakkeforløpene ble innført 1. januar 2015 og flere av våre informanter deltar i implementeringen av disse på St. Olavs Hospital. Overlege 3 sier: "Nå kommer de jo bare og trer noe nedover huet på oss, noe som er helt høl i huet. I stedet for at vi kunne få utvikle dette standardiserte forløpet, for dette føler vi, at nå er vi på rett vei, dette kommer til å bli et bra verktøy, vi kommer til å få pasienten inn der, og så plutselig skal vi øke takten! Det er liksom sånn at du legger avgårde på 5000 meter, og så, plutselig under veis får du høre at nå må du pinadø løpe fort altså, for det er

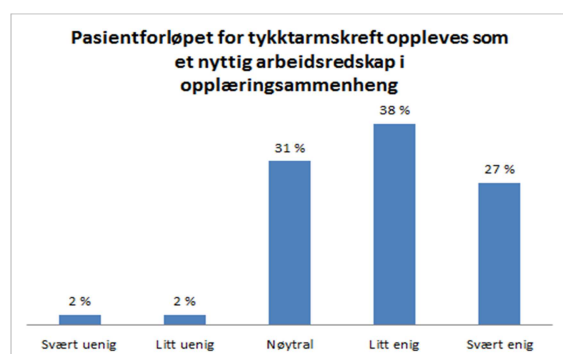
egentlig 400 meter du skal løpe.” Seksjonsleder 8 sier: “... men pakkeforløp, for et forferdelig ord. Det høres virkelig samleband ut. For da har du virkelig assosiert personen med en pakke. Da er det bedre med pasientforløp.”

Det er grunn til å tro at noe av den kritiske holdningen som er knyttet til innføring av pakkeforløpene kan ha påvirket resultatet i spørreundersøkelsen. Dette kan være en forklaring på at en fjerdedel av respondentene i spørreundersøkelsen angir at det er problematisk med endringer i pasientforløpet.

5.1.6.2 Opplæring

Spesialisthelsetjenesten har fire primære ansvarsområder: Pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring. Forbedringsprogrammet angir at standardiserte pasientforløp også kan være et verktøy og hjelpemiddel i opplæring av studenter og nytilsatte. Med Påstand 8 ønsker vi derfor å undersøke om ansatte ser nytten av verktøyet, spesielt i opplæringssammenheng, både formalisert og i mer uformelle sammenhenger. Forløpene presenteres på kurs for nytilsatte og demonstreres som et oppslagsverk som kan brukes til daglig. Dette betyr at ansatte med ulike funksjoner kan bruke forløpet til opplæring i ulike sammenhenger. Med 26 nytilsatte sykepleiere det siste året er det naturlig for oss å anta at det standardiserte pasientforløpet brukes hyppig i opplæringssammenheng på den kirurgiske sengeposten som behandler pasienter med tarmkreft.

Påstand 8



Figur 16: Det standardiserte pasientforløp til bruk i opplæring
Svarprosenten er basert på totalt 58 respondenter

Funn:

60 % sier seg enige i at det standardiserte pasientforløpet for tarmkreft er et nyttig verktøy. Kun 4 % stiller seg uenig til dette utsagnet og det oppfatter vi som at det er liten motstand mot selve konseptet standardiserte pasientforløp. Dette er nok en naturlig konsekvens av at

ansatte i helsevesenet har en lang tradisjon for å følge standardiserte prosedyrer og retningslinjer i behandlingen av pasienter.

De fleste informantene sier også at det standardiserte pasientforløpet for tarmkreft er et nyttig verktøy i opplæringsammenheng. Overlege 2 sier det slik: "Det er jo en del ferske sykepleiere på avdelingen og de har jo noe skriftlig som de kan lese seg til selv og trenger ikke å spørre erfarne sykepleiere som er en knapphetsressurs på avdelingen for tiden." Han sier videre: "... brukes på sykepleiersida helt klart, og vi kunne sikkert vært flinkere på legesida også. Det er et godt dokument for å bruke i opplæringsammenheng, ja." Flere informanter sier også at det standardiserte forløpet inneholder mye nyttig informasjon til pasientene, slik at det blir lettere å informere dem før operasjonen om hva de skal gjennom.

Overlege 3 er opptatt av at det standardiserte pasientforløpet skal bidra til at kunnskapen internaliseres hos legene. Han er mer opptatt av at assistentlegene skal følge prosedyrene enn av at de er informert om metoden og hvordan det standardiserte forløpet er utviklet. Han sier: "For det kommer jo folk inn fra sidelinjen, det kommer nytilsatte, og det går ikke an å informere om alt og på en måte skal dette være ... man tenker ikke på at man skal puste, ikke sant."

Seksjonsleder 1 sier: "Det er et godt styringsverktøy. Både for opplæring, undervisning, men ikke minst gjennomføring ... ser veldig nytten av det."

En tredjedel av dem som svarte på spørreundersøkelsen angir at de stiller seg nøytrale til Påstand 8. Vi mener en del av årsaken til dette også kan være at flere respondenter ikke har god nok oversikt over i hvor stor grad det standardiserte forløpet brukes i opplæringen. Sykepleier 5 sier at det ikke brukes i opplæringen på inntakskontoret så langt hun vet. Hun tror kanskje det brukes litt i opplæringen på sengepost.

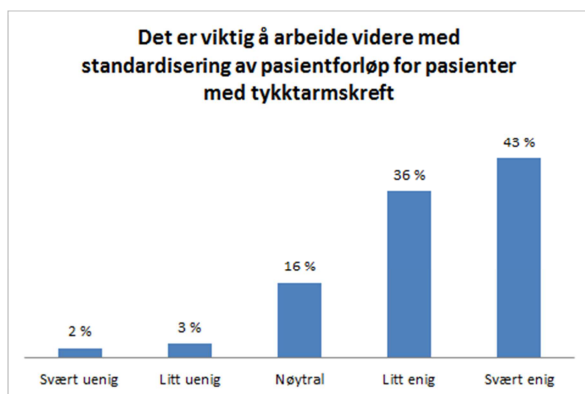
Sykepleier 7 sier dette om forløpet som verktøy for opplæring: "Men jeg har hørt flere nye som, at de har sagt etter en stund at: "Ja, jeg har hørt at det er noen sånn forløpsgreier, men det må jeg vente litt med å lære meg. De har så enormt mange ting å sette seg inn i og det blir litt nedprioritert. Det er kanskje fordi vi ikke holder det frem som noe kjempeviktig, for det er jo egentlig noe av det viktigste vi gjør. Jeg tenker at det kunne vært brukt mer som et redskap, for det er jo et kjempebra redskap og for de nye. For da vet de jo, da lærer de, da har de jo fasiten med en gang. Men vi synes jo at det er for lite struktur på den opplæringen vi har, at det er for få dager."

Utsagnene fra disse to sykepleierne kan bidra til å forklare den høye andelen nøytrale svar fra spørreundersøkelsen. Samtidig viser uttalelsen til sykepleier 7 at det er en misforhold mellom ledere og ansattes syn på hvordan det standardiserte pasientforløpet faktisk brukes i opplæringen.

Her ser vi et godt eksempel på at bruk av flere metoder i forskningen gir et mer nyansert bilde, enn hvis vi kun hadde valgt én metode. Totalt sett anser de ansatte at det standardiserte pasientforløpet er et nyttig verktøy i opplæringssammenheng.

Påstand 9:

Standardisering av pasientforløp er noe av det viktigste utviklingsarbeidet St. Olavs Hospital skal drive med i årene fremover. Med Påstand 9 ønsker vi å finne svar på om de ansatte er enige i ledelsens strategi.



Figur 17: Viktighet i å arbeide videre med standardiserte pasientforløp.

Svarprosenten er basert på totalt 58 respondenter

Funn:

Her finner vi en overvekt av positive svar. 79 % av respondentene er enige i denne påstanden. At en så stor prosentandel er enige, kan tyde på at verktøyet er akseptert som metode for god pasientbehandling, og at de ansatte ser nytten av at det utarbeides forløp for flere pasientgrupper og diagnoser. Med bakgrunn i at de ansatte stiller seg positive til verktøyet og at dette er et strategisk satsningsområde for St. Olavs Hospital, er det helt naturlig at majoriteten har en positiv holdning til påstanden.

Informantene er også overveiende positive til å arbeide videre med innføring av standardiserte pasientforløp. Lederne vi intervjuet pekte på at de standardiserte

pasientforløpene er et nyttig ledelsesverktøy. Seksjonsleder 1 sier at under revidering av forløpet fikk hun en grunnleggende forståelse for hvordan et pasientforløp planlegges og hvor mange aktører det involverer. Seksjonsleder 8 sier at det man gjør blir mer synlig slik at det blir lettere for ledelsen å gå tilbake og se resultatene. Hun sier videre: "For ledelsen kan fortsatt utvikling av forløp handle om økonomi, blant annet fordi det kan medføre kortere liggetid for pasientene." Slik hun ser det kan standardiserte pasientforløp bidra til mer fornøyde pasienter og færre komplikasjoner. Her ser vi at utvikling av flere standardiserte pasientforløp ansees som svært nyttig for ledelsen.

Overlege 2 peker på nytten av å utvikle forløp for å sikre kvalitet på pasientbehandlingen og sier: "Det viktigste argumentet for å innføre flere er at vi ikke har mulighet sånn tidsmessig innenfor vår arbeidstid til å følge opp alle i ledd. Vi bør i alle fall ha mulighet til å kunne lage systemer som gjør det enklere for sykepleiere og andre aktører også å følge et forløp som er til pasientens beste uten at vi hele tiden som leger må stå og passe på. Og det blir jo ekstra viktig i avdelinger som har mange ferske sykepleiere, da." Han peker på at forløpet er nyttig i overføring av kunnskap, og derfor en viktig årsak til at Kirurgisk klinikk skal fortsette arbeidet med å utvikle standardiserte pasientforløp. Legens syn viser en stor tro på at kunnskapsdeling skjer via eksplisitt kunnskap, og tar lite hensyn til behovet for å dele taus kunnskap. Dette er et punkt vi vil komme tilbake til i drøftingskapittelet.

Sykepleier 8 sier "Det må gi nytteverdi spesielt for pasienten først og fremst. Har det ikke noen nytte for pasienten, så er det ingen vits. Men igjen så har det noe å gjøre med at det er de indikatorene som målingene gir som må vise at det er en nytteverdi, tror jeg. Hvis ikke, så tenker jeg, at da er det ikke noen vits." Hun mener altså at hensynet til og nytten for pasienten er den viktigste årsaken til å jobbe videre med standardisering av pasientforløp.

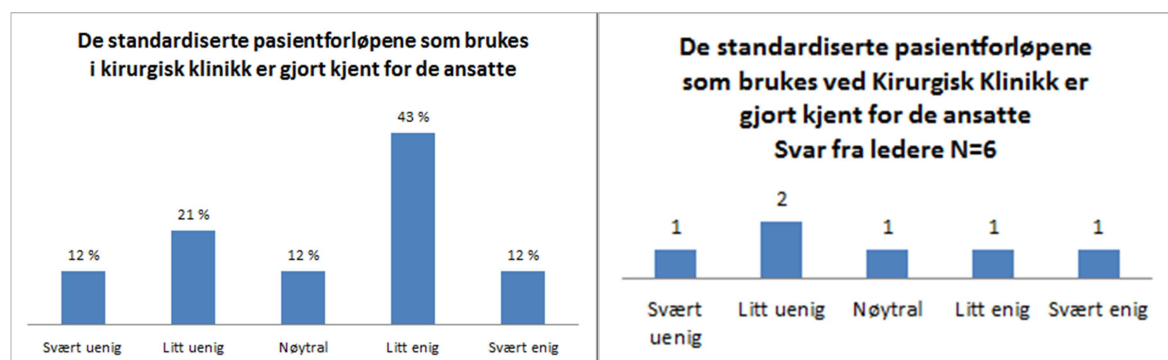
Seksjonsleder 1 sier også noe om hvorfor dette er et så viktig arbeid: "For meg som leder er det et veldig godt verktøy for å planmessig klare å gjennomføre løpet til pasienten i den delen pasienten er hos oss. Slik at de ansatte får forståelsen for at det er en del av en større helhet, sånn at jeg synes at det er et godt styringsverktøy."

Opplæring, nytte for pasienten og nytte for ledelsen ser ut til å være de ansattes hovedargumenter for å arbeide videre med utvikling av standardiserte pasientforløp.

5.1.7 Informasjon og motivasjon

Påstand 10:

Resultatene fra Påstand 10 er viktige for å belyse respondentenes følelse av eierskap til det standardiserte pasientforløpet, og dermed også implementeringsprosessen. Deltagelse i utforming av forløpene kan bidra til å lette arbeidet med implementering fordi den enkelte ansattes følelse av eierskap til forløpet kan bli større. Når de fleste ansatte ikke har deltatt i utforming av forløpet, er det desto viktigere at resultatene gjøres godt kjent for dem. Dette krever en betydelig innsats fra ledere på ulike nivå, og flere av utsagnene i intervjuene kan tyde på at informasjonsbehovet er stort. Jevn og god informasjon vil kunne bidra til større forankring hos den enkelte og dermed større sjanse for at forløpene etterlevs. Ved å sette forløp på dagsorden i møter og på samlingspunkt, og ved å åpne for diskusjoner og spørsmål, bidrar lederne til at forløpet faktisk tas i bruk og at det kan korrigeres ved behov.



Figur 18: Det standardiserte pasientforløp er gjort kjent for de ansatte

Svarprosenten er basert på totalt 58 respondenter

Funn:

Resultatene fra denne påstanden står i motsetning til andelen ansatte som angir at de faktisk bruker forløpet. Vi undrer oss over hvorfor det er slik. Her ser vi at en tredjedel av respondentene er litt eller svært uenige i at forløpene er gjort kjent for de ansatte, mens 12 % stiller seg nøytrale. Med bakgrunn i at dette er et av sykehusets viktigste strategiske verktøy er dette et overraskende funn. Det er grunn til å spørre seg om de implementeringsansvarlige for forløpet har tatt arbeidet med å gjøre det kjent blant de ansatte alvorlig nok. En forutsetning for at forløpet skal brukes, er at det er kjent.

Vi antar at de som stiller seg nøytrale til påstanden tilhører gruppen som opplever at forløpet ikke er gjort kjent i klinikken. Dersom denne gruppen faktisk kjente forløpet er det vanskelig å tenke seg at de ville gi et nøytralt svar. Det er derfor grunn til å mene at hele 45 % av

respondentene tilhører gruppen som mener at forløpet ikke er gjort kjent.

I vår undersøkelse har 58 % av dem som er involvert i behandling av pasienter med tarmkreft deltatt. Det kan være naturlig å tro at flere av de 42 % som ikke har svart på undersøkelsen føler at de ikke kan uttale seg fordi forløpet er ukjent for dem.

43 % av de som har svart på undersøkelsen er litt enige i at forløpene er gjort kjent, mens bare 12 % er svært enige. Dette viser et stort potensiale for å gjøre forløpene bedre kjent i avdelingen og dermed også et potensiale for at flere av de ansatte skal bruke det. Når vi skiller svarene fra spørreundersøkelsen mellom ledere og ansatte, finner vi ingen tendens til at lederne i større grad enn de ansatte mener at forløpet er gjort godt kjent i klinikken.

Når 45 % av respondentene sier at forløpet ikke er gjort kjent, er det en alvorlig utfordring for klinikken og for St. Olavs Hospital. Det er ingen grunn til å anta at Kirurgisk klinikk er unik i denne sammenheng og at ikke flere klinikker opplever det samme.

Av intervjuobjektene angir imidlertid flere av legene og de av informantene som har lederstillinger at de kjenner det standardiserte pasientforløpet for tykktarmskreft. De angir imidlertid at opplæringen i forløpet har vært variabel. Flere har plukket opp informasjon underveis og litt tilfeldig. Overlege 2 sier: "Det er jo ikke gjort kjent, egentlig ... jeg har nå hørt snakk om det standardiserte pasientforløpet da, og så har jeg lett meg frem." Dette synet støttes av overlege 3 som sier: "Blant legene så tror jeg de bare har hørt det som et ord. Men blant lederne, min leder altså, som er seksjonsoverlegen, han tror jeg vet hva dette er selv om han ikke har noe forløp på sin avdeling."

De informantene som jobber pasientnært og ikke har deltatt i utformingen av forløpet beskriver også ulike praksis i opplæringen. Lege 9 sier at han har fått opplæring og informasjon om forløpet fra sykepleiernes seksjonsleder. Videre beskriver sykepleiere på post en tilfeldig og lite systematisk opplæring: "Ledelsen vår snakker om det på morgenmøter, og minner oss på det, men de har jo bare noen minutter om gangen og så er det jo ikke sikkert du er på jobb den dagen det snakkes om det", sier sykepleier 7. Sykepleierne fra sengepost peker på at det standardiserte pasientforløpet er et bra verktøy for opplæring, men at opplæringen må settes i system.

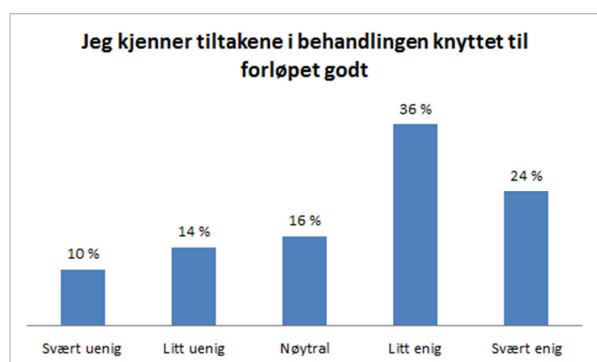
Metoden for utvikling av pasientforløp peker på forløpsansvarlig overleges rolle i implementeringen. Sykepleier 5 sier at den forløpsansvarlige overlegen er en viktig

samarbeidspartner som gir instruksjoner og setter frister. De øvrige informantene har imidlertid ikke vist til forløpsansvarlig overlege som bidragsyter, verken for informasjon eller opplæring. Seksjonsleder 1 har en opplevelse av at rollen som forløpsansvarlig forsvinner når arbeidet med å utarbeide forløpet er over.

Både spørreundersøkelsen og intervjuene gir oss et klart bilde av at mange ansatte ikke har kjennskap til forløpet, og at de føler at opplæringen har vært tilfeldig og mangelfull. Dette er funn vi anser som en stor utfordring i implementeringsarbeidet. Vi vil diskutere dette mer inngående i drøftingskapittelet.

Påstand 11:

I tillegg til overordnede prinsipper for pasientbehandling, angir de standardiserte forløpene detaljerte tiltak for hver yrkesgruppe som er involvert. Vi antar derfor at det er mulig å kjenne til tiltakene for egen yrkesgruppe, uten at man nødvendigvis kjenner det overordnede forløpet inngående.



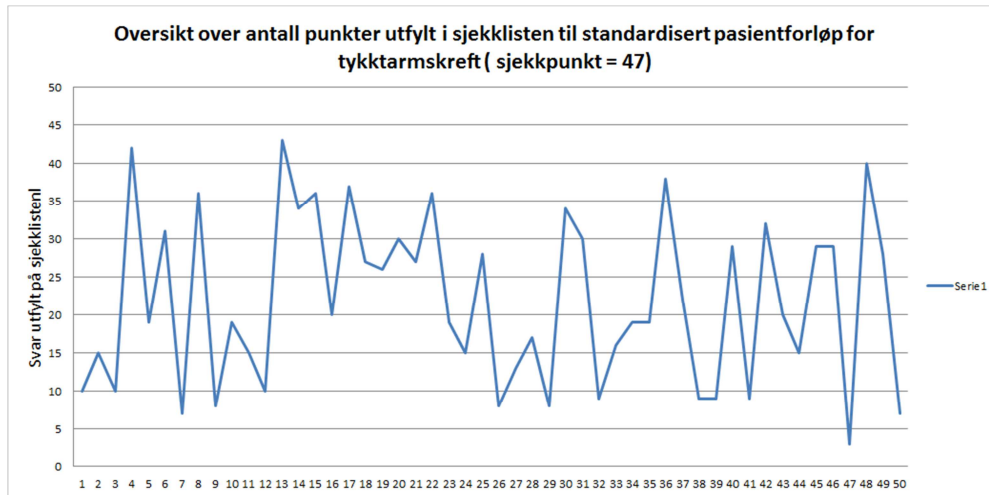
Figur 19: Jeg kjenner tiltakene i behandlingen knyttet til forløpet godt
Svarprosenten er fordelingen er basert på totalt 58 respondenter

Funn:

60 % av respondentene sier at de kjenner godt til tiltakene i tykktarmsforløpet. 24 % er uenige i påstanden. 16 % av respondentene stiller seg nøytrale til denne påstanden. Dette er overraskende tall, blant annet fordi det er utarbeidet en egen sjekkliste for tiltakene som skal gjennomføres. Sjekklisten er plassert foran i permen som følger pasienten under hele oppholdet på sykehuset. Seksjonsleder 1 sier i intervjuet at sjekklisten er et av hennes viktigste verktøy, og at resultater av sjekklisten samles inn og kartlegges.

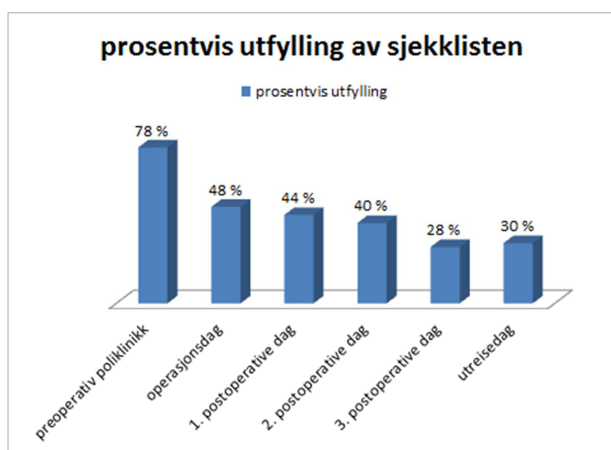
Alle intervjuobjektene angir at de har god kjennskap til tiltakene som gjelder for egen yrkesgruppe. De som har deltatt i utarbeidelsen av forløpet beskriver naturlig nok en bedre kunnskap om tiltakene i alle delene av forløpet, enn de som ikke har deltatt.

Sjekklisten sykepleierne nevner i intervjuene inneholder 47 punkter. Den til enhver tid pasientansvarlige sykepleier er ansvarlig for å sjekke at tiltakene er gjort og å krysse av i sjekklisten.



Figur 20: Oversikt over utfylling av sjekkliste knyttet til forløp for tykktarmskreft

Figur 20 viser hvor mange av sjekklistens 47 punkter i de ulike delene av forløpet som faktisk er fylt ut for 50 pasienter i perioden høsten 2013 til våren 2015. Resultatet viser store variasjoner i antall punkter som er krysset av, noe som kan tyde på at sjekklisten ikke er godt nok innarbeidet som hjelpemiddel og at det kan være relativt tilfeldig om den blir fulgt. I gjennomsnitt er 22 av 47 sjekkpunkt registrert, og hos enkelte pasienter er under fem punkter krysset av som gjennomført ved utskrivelse.



Figur 21: Oversikt over utfylling av sjekkliste fordelt på ulike stadier i forløpet

Vi ser at sjekklisten brukes mest aktivt på preoperativ poliklinikk, og at bruken avtar jo lenger ut i pasientforløpet man kommer. Preoperativ poliklinikk er en liten og oversiktlig enhet. De

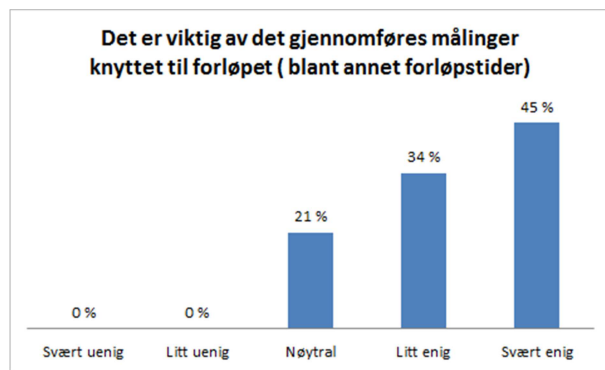
ansatte arbeider kun på dagtid og dette bidrar nok til å sikre at alle får samme informasjon. Seksjonsleder 8 sier: "Jeg tenker at både for pasientene og disse "ferske" sykepleierne som kommer inn, så får de beskjed om at her er forløpet, og dette gjør du og det skal du følge opp og det skal du krysse av. Kjempetrygghet! Og da vet jo også pasienten. Det er forutsigbart, ikke sant." Det er ingen tvil om at seksjonslederen er positiv til det standardiserte pasientforløpet og sjekklisten som følger med. Det er derfor grunn til å tro at hun også fremholder viktigheten av å følge sjekklistene overfor medarbeiderne sine. På sengepost er resultatet i andre enden av skalaen. Under halvparten av sjekkpunktene har blitt krysset av på operasjonsdagen og kun 30 % på utreisedagen. Ledelsen i klinikken mener altså at det er viktig å følge prinsippene og tiltakene i det standardiserte pasientforløpet, mens våre funn viser at de ansatte har et forbedringspotensiale i å følge sjekklisten.

I intervjuet sier sykepleier 10 at sjekklisten i stor grad i beskriver sykepleiernes oppgaver. Hun sier: "... den avkryssingslista jeg slavisk skal følge, ved at pasienten er mobilisert så og så mye, har fått så og så mye næringsdrikk og at epiduralen trappes ned i henhold til planen." Det ser ut som om den omtalte sjekklisten på mange måter representerer det standardiserte pasientforløpet for mange sykepleiere. På en side kan det virke alvorlig at sykepleierne følger den i så liten grad som statistikken viser. På den andre side angir 63 % av sykepleierne å kjenne tiltakene i pasientforløpet godt. Dette kan tyde på at sykepleierne gjennomfører tiltakene uten å krysse av på sjekklisten, og at listen oppleves som mer "plunder og heft" i hverdagen enn et brukbart hjelpemiddel. Vi skal derfor være forsiktige med å konkludere med at tiltakene ikke følges til tross for at avkryssing av sjekklisten ikke følges opp som intendert.

5.1.7.1 Målinger

En prioritert oppgave på St. Olavs Hospital har vært å utvikle måleverktøy for monitorering av pasientforløpene, og at pasientene behandles innen gitte tidsfrister. Newell (i Irgens, 2010) peker på at kunnskapsarbeidere motiveres av måloppnåelse. Gjennom målinger blir det tydelig om målet for arbeidet med forløpene nås. På den andre side peker Christensen og Foss (2011) på at det er vanskelig og kanskje ødeleggende for kunnskapsarbeiderens motivasjon at den faktiske arbeidsinnsatsen overvåkes. Vi er derfor nysgjerrige på om de ansatte motiveres av at det gjøres målinger i forløpet.

Påstand 12:



Figur 22: Viktighet av at det gjennomføres målinger i forløpet
Svarprosenten er basert på totalt 58 respondenter

Funn:

Spørreundersøkelsen viser at respondentene synes at det er viktig at det standardiserte pasientforløpet følges med målinger. Innenfor medisinske fagområder er målinger viktige verktøy for at klinikere skal kunne vurdere effekt av behandling. Det naturvitenskapelige synet er sentralt, og telling og måling blir viktig.

Den sittende regjeringens uttalte helsepolitikk er at kreftdiagnoser skal stilles raskt. Tiden som brukes, fra pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten til diagnose er satt og behandling startet, skal følges nøye. På grunn av manglende dataprogrammer har spesialisthelsetjenesten gjennom flere år ikke hatt et tilstrekkelig godt system for å undersøke om forløpene faktisk følges. Utvikling av nye dataprogram som eSP og innføring av pakkeforløp har blitt lansert som løsninger på dette problemet.

20 % av respondentene er nøytrale til Påstand 12, og dette kan ha flere årsaker. En mulig forklaring kan være at det er en overvekt av sykepleiere som har svart på spørreundersøkelsen. Sykepleiere har tradisjonelt en mer prosessuell og relasjonell tilnærming til faget sitt enn leger. Gode prosesser og relasjoner er det vanskelig å tallfeste og måle.

Det er også mulig at respondentene som svarer nøytral ikke har kunnskap om hva som måles og hvorfor det måles. En annen grunn til at noen stiller seg nøytrale kan være at de ikke anser målinger for viktige. Det er mulig at de vurderer andre faktorer som viktigere i behandlingen av tykktarmskreft. Et individuelt tilpasset forløp med en forløpstid som passer den enkelte kan være viktigere enn at den normerte tiden måles og følges.

Alle intervjuobjektene angir at de er positive til målinger. Ledere er opptatt av at det gjøres

målinger av forløpstid. Vårt inntrykk er at ledere er opptatt av at måleparameter også kan være til hjelp i kampen om ressurser. "Jeg gjør det fordi jeg ser at det nytter på sikt. Ja, for vi har jo fått flere sykepleierstillinger og legestillinger på grunn av det", sier seksjonsleder 4. Seksjonsleder 8 sier: "Målinger er både en motivator og en klar indikasjon for ledelsen for å se om alt det arbeidet som faktisk blir lagt ned er nyttig og at det er vits i det, ikke sant ... måling er jo alfa og omega, føler i alle fall jeg."

Ansatte som jobber pasientnært er imidlertid mer opptatt av at målingene skal si noe om kvaliteten på pasientbehandlingen. Klinikerne motiveres mer av at pasientene nyter godt av behandlingen enn av at forløpstiden følger den normerte standarden. "Det er jo en slags motivasjonsfaktor for oss òg, at vi har noen slike målbare resultater på at dette fungerer, på at de kommer seg. Ikke fordi at da kan vi skrive dem ut og blir kvitt dem, men fordi de kommer seg raskere og vi ser at det vi gjør, at det faktisk virker", sier sykepleier 7. Overlege 3 sier: "Sjefene motiveres av målinger, jeg som kliniker blir ikke motivert av det. Men en kan få informasjon om ting bedrer seg, eksempelvis ventetid." Dette utsagnet kan indikere at helsearbeidere ikke motiveres av målinger alene, men at de allikevel ser at tall og statistikk kan være nyttige i kampen om ressurser. Ved å kombinere flere metoder har vi her fått frem detaljer om hvorfor de ansatte mener målinger er viktige.

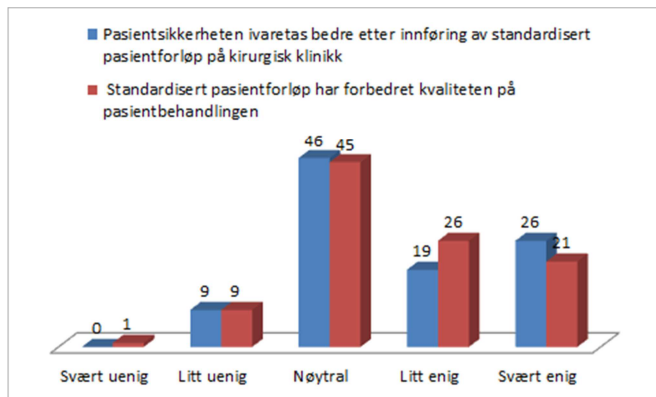
5.1.8 Kvalitet og pasientsikkerhet

Norske sykehus er pålagt å følge det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender" som ble innført i 2011. St. Olavs Hospitals forbedringsprogram 2014-2016 peker på utvikling av standardiserte pasientforløp som en viktig arena for pasientsikkerhetsarbeid (St. Olavs Hospital, 2014). Det er derfor interessant å se på om de ansatte opplever at pasientsikkerhet og kvalitet ivaretas av de standardiserte pasientforløpene.

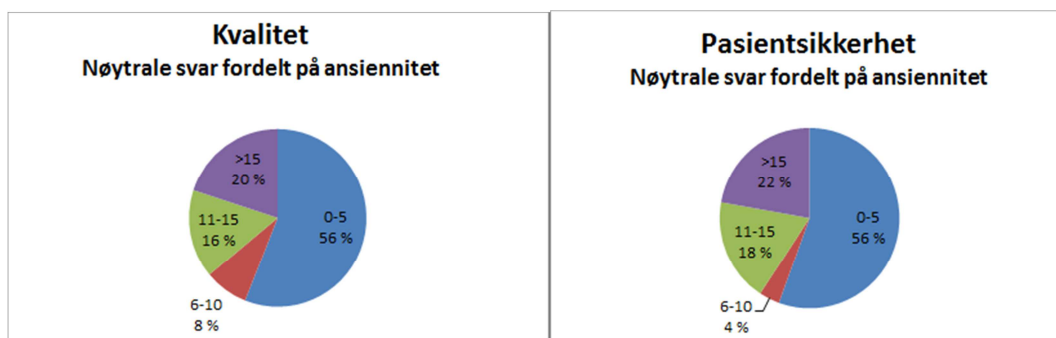
Vår erfaring fra forbedringsarbeid er at pasientsikkerhet og kvalitet er svært viktige motivasjonsfaktorer for helsearbeidere, fordi de er opptatt av å gi pasienten optimal pleie og behandling.

Vi har valgt å slå sammen de to spørsmålene knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet i tabell 23.

Påstand 13 og 14:



Figur 23: Det standardiserte pasientforløpet bidrar til økt kvalitet og pasientsikkerhet



Figur 24: Fordeling av nøytrale svar på kvalitet og pasientsikkerhet knyttet til ansiennitet

Funn:

Selv om mange svarer at det er viktig å arbeide videre med pasientforløp, har nesten halvparten av de ansatte stilt seg nøytrale til påstandene om forbedring av pasientsikkerhet og kvalitet. Av de nøytrale har 56 % mindre enn fem års erfaring fra arbeid med pasienter med tykktarmskreft. De kan derfor synes at det er vanskelig å mene noe om temaene. Henholdsvis 47 og 48 % er litt eller svært enige i at pasientsikkerhet og kvalitet ivaretas bedre etter innføringen av det standardiserte pasientforløpet for tarmkreft.

Begrepet pasientsikkerhet kan i denne sammenheng forstås på flere måter. Det kan være nærliggende å sette likhetstegn mellom pasientsikkerhet og kvalitet, men begrepene betyr ikke nødvendigvis det samme. I begrepet pasientsikkerhet ligger å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av helsetjenesteprosesser (Helse-Midt Norge, 2014). Begrepet kvalitet betyr evnen til å tilfredsstille kundens eller brukerens krav og forventninger (Gundersen & Halbo, 2014), og i denne sammenheng definerer vi kvalitet som at behandlingen pasienten tilbys er i tråd med beste praksis.

Intervjuene viser samme trend som spørreundersøkelsen, og langt de fleste mener at standardiserte pasientforløp bidrar positivt til pasientsikkerheten. Seksjonsleder 1 sier: "Når vi snakker pasientsikkerhet er dette det fremste vi har for å kunne jobbe med pasientsikkerhet fra A til Å. Det er på en måte det som er pasientsikkerhetsverktøyet vårt ... pasientforløpet er vår røde tråd i det." Overlege 3 sier at pasientforløpet påvirker kvaliteten positivt: "Vi er så og si sikre på at pasientene har vært gjennom de tingene de skal være gjennom og at det ikke er noen glipptak."

Overlege 2 svarer slik på spørsmål om forløpene har gjort ham mer opptatt av pasientsikkerhet: "Nei, fokus er hele tiden på pasientsikkerhet og best mulig pasientbehandling." På samme spørsmål svarer lege 9: "Det kan jeg aldri tenke meg. Altså, pasientens sikkerhet er det viktigste, bestandig." Begge disse utsagnene kan bidra til å forklare den store andelen nøytrale svar. De ansatte ser ikke nødvendigvis sammenheng, verken positiv eller negativ, mellom forløp og pasientsikkerhet fordi pasientsikkerhetsarbeidet alltid ligger som et fundament for helsearbeiderens praksis.

Noen informanter er klare på at det standardiserte pasientforløpet bidrar positivt til kvaliteten på pasientarbeidet. Flere setter likhetstegn mellom arbeid med standardiserte pasientforløp og kvalitetsarbeid. Seksjonsleder 8 sier det slik: "Det blir mer ordentlig, det du gjør. Da er det ikke tilfeldig hva som skjer med de forskjellige pasientene avhengig av hvem som er på jobb. Så det er tryggere." Overlege 3 er imidlertid ikke enig i at kvaliteten påvirkes av innføring av de standardiserte pasientforløpene: "Det er noe som er genuint i faget, og det er den største driveren i hele sykehussystemet, det er den faglige oppdateringen og den faglige entusiasmen blant leger."

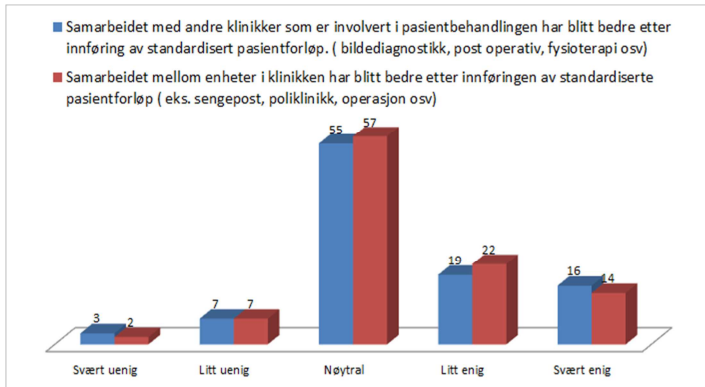
Kun 10 % av respondentene angir at de er uenige i disse to påstandene. Blant de ansatte med lengst ansiennitet har litt over halvparten svart at de er litt eller svært enige i at forløpene bidrar til bedre pasientsikkerhet og kvalitet, og vi konkluderer derfor med at arbeidet med de standardiserte pasientforløpene øker fokuset på pasientsikkerhet og kvalitet.

5.1.9 Samhandling og samarbeid

En uttalt målsetting for innføring av standardiserte pasientforløp er å redusere tendensen til "silotenking" i helsevesenet og heller skape sømløse forløp på tvers. Det er derfor interessant å se på om informantene og respondentene våre mener at innføring av det standardiserte pasientforløpet for tykktarmskreft har bidratt til mer og bedre samarbeid. Vi

har valgt å slå sammen påstand 15 og 16 fordi vi anser at krav til samarbeid er uavhengig av om det skjer eksternt eller internt. Svarene på disse påstandene fordeler seg dessuten relativt likt på kategoriene.

Påstand 15 og 16:



Figur 25: Det standardiserte pasientforløpet bidrar til økt samarbeid

Svarprosenten er basert på totalt 58 respondenter

Funn:

Her ser vi at et stort flertall av respondentene har et nøytralt forhold til påstanden, men at omtrent en tredel sier at de er enige i at samarbeidet internt i klinikken og med eksterne samarbeidspartnere er blitt bedre etter innføring av forløpet. Rundt halvparten av respondentene som sier de er nøytrale har vært ansatt i mindre enn fem år. Det kan hende disse mener at de har for lite grunnlag til å sammenligne praksis før og etter innføring av forløpet. Den store gruppen nøytrale kan også her bety at de ansatte anser samarbeidet som godt også før forløpene ble innført, og ikke anser forløpet som viktig for god samhandling.

Overlege 2, som har jobbet i avdelingen i mer enn fem år støtter denne antagelsen når han sier: "Jeg er ikke hundre prosent sikker på hvordan det var før det standardiserte forløpet ble innført. Om det var dårlig da eller ikke, det vet jeg ikke, men i alle fall så virker det å være veldig på stell nå da."



Figur 26: Syn på samarbeid fordelt på ansiennitet

Kunnskapsarbeidere kan ha en tendens til å ha mest fokus på eget arbeid og mindre på hva de rundt dem gjør. Irgens (2010) peker på at profesjonelle ofte arbeider alene og autonomt, men at de også er avhengig av å kunne jobbe i et fellesskap. Det er derfor mulig at samarbeidet faktisk ikke har endret seg etter at forløpet ble innført, noe som også kan forklare den store andelen respondenter som stiller seg nøytrale til denne påstanden. Overlege 3 sier om samarbeid internt og eksternt: "... nei, det med forløp har ikke hatt noen effekt på samarbeidet, det har ingenting med forløpstenkingen å gjøre."

Selv om mange av informantene mener samarbeidet med eksterne samarbeidspartnere er godt, nevner flere av dem at en spesifikk avdeling er noe mer vanskelig å samarbeide med. Flere av informantene omtaler innholdet i det standardiserte forløpet som en slags "kontrakt" eller avtale de kan vise til ovenfor samarbeidende enheter: "Vi har i alle fall et dokument å slå i bordet med da, hvis vi opplever at det blir veldig lang ventetid på røntgen, for eksempel. Eller overfor anestesivdelingen hvis det mer regelmessig blir gitt anestesi som vi ikke ønsker", sier overlege 2.

Med bakgrunn i det store fokuset samhandling og pasientflyt har i utvikling av de standardiserte pasientforløpene var vår antakelse at denne påstanden ville få flere positive svar enn det vår analyse viser.

5.2 Oppsummering av analysen

Svarene fra spørreundersøkelsen og intervjuene har gitt et tydeligere bilde av både fremgang og utfordringer i Kirurgisk klinikks arbeid med å innføre standardiserte pasientforløp.

Spørreundersøkelse og intervju har inkludert ansatte fra alle yrkesgrupper som er direkte involvert i behandling av pasienter med tarmkreft på St. Olavs Hospital. Videre har vi fått svar fra ansatte med både lang og kort erfaring fra området. Vi mener derfor at resultatene fra undersøkelsen vår er pålitelige. En svarprosent på 58 gir etter vår mening et datagrunnlag som tillater gyldige og relevante konklusjoner. Det store antallet respondenter som har stilt seg nøytrale til flere av påstandene i spørreundersøkelsen har imidlertid vært en utfordring som har gjort analysearbeidet noe krevende. Gjennom bruk av metodetriangulering har vi likevel kunnet trekke klarere og mer pålitelige konklusjoner enn tilfellet ville vært hvis vi hadde brukt kun én metode i datainnsamlingen.

Vi spør oss om det høye antallet nøytrale svar i spørreundersøkelsen kan være uttrykk for en noe manglende vektlegging på det standardiserte pasientforløpet for tykktarmskreft i Kirurgisk klinikk. Det kan virke som om mange av de ansatte ikke har et aktivt forhold til pasientforløpet og dette er en utfordring for ledelsen i klinikken. "Forbedringsprogram 2014-2016" peker på at utfordringen i arbeidet med de standardiserte pasientforløpene ligger i implementeringen. Implementeringsarbeid er beskrevet som et nitidig arbeid og noe ledelsen må holde høyt og stadig arbeide aktivt med. Hvis St. Olavs Hospital skal lykkes i endringsarbeidet krever dette involvering av alle ansatte på alle nivå i organisasjonen.

6. Drøfting

I denne delen av avhandlingen analyserer og drøfter vi resultater fra analysekapittelet opp mot den presenterte teorien. Slik gir vi mulige svar på de fire forskningsspørsmålene som ble stilt innledningsvis i avhandlingen.

6.1 Hvordan implementeres ny kunnskap gjennom de standardiserte pasientforløpene i Kirurgisk klinikk ved St. Olavs Hospital?

Som vi har pekt på tidligere, er sykehusledelsens målsetting med innføring av standardiserte pasientforløp at ny kunnskap skal deles og implementeres på en god måte blant de ansatte, og slik sikre kunnskapsbasert og likeverdig pasientbehandling. Et viktig mål med forløpene er derfor at de skal være et hjelpemiddel i opplæring av studenter og nytilsatte.

Forskningsspørsmålet som er stilt ovenfor belyses best med svarene som ble gitt på spørsmål 1, 3, 10 og 11 i spørreundersøkelsen. Disse svarene gir innsikt i hvordan det standardiserte pasientforløpet for pasienter med tarmkreft har bidratt til implementering av ny kunnskap i Kirurgisk klinikk. I tillegg er selvfølgelig utsagn fra de ti intervjuene viktige bidrag.

| Nr | Utsagn | Funn fra statistikk |
|----|---|--|
| 1 | Jeg er godt kjent med de standardiserte pasientforløpene som brukes ved Kirurgisk klinikk. | <ul style="list-style-type: none">• 24 % helt enig• 47 % litt enig• 7 % nøytral• 17 % litt uenig• 5 % svært uenig |
| 3 | Jeg føler at jeg har vært involvert i utarbeidelsen av de standardiserte pasientforløpene som brukes ved Kirurgisk klinikk. | <ul style="list-style-type: none">• 7 % svært enig• 15 % litt enig• 12 % nøytral• 15 % litt uenig• 50 % svært uenig |
| 10 | De standardiserte pasientforløpene som brukes ved Kirurgisk klinikk er gjort kjent for de ansatte. | <ul style="list-style-type: none">• 12 % svært enig• 43 % litt enig• 12 % nøytral• 21 % litt uenig• 12 % svært uenig |
| 11 | Jeg kjenner tiltakene i behandlingen knyttet til forløpet godt. | <ul style="list-style-type: none">• 24 % svært enig• 36 % litt enig• 16 % nøytral• 14 % litt uenig• 10 % svært uenig |

Tabell 6: Utsagn knyttet til forskningsspørsmål 1

Det mest iøynefallende resultatet er at 65 % av respondentene er litt eller svært uenige i at de har vært involvert i utarbeidelsen av det standardiserte pasientforløpet for pasienter med tarmkreft. Det er også verdt å merke seg at 33 % av respondentene er litt eller svært uenige i at de standardiserte pasientforløpene som brukes ved Kirurgisk klinikk er gjort kjent for de ansatte.

6.1.1 Implementering

Et sentralt begrep i det første forskningsspørsmålet er implementering. Implementering betyr egentlig å iverksette eller å realisere, og brukes blant annet om det man må gjøre for å få en maskin eller et program til å virke (Store Norske Leksikon, 2015). Balogun (2001) forklarer implementering med at det er å gjøre planer om til realitet. I denne avhandlingen legger vi følgende betydning i begrepet: Å sørge for at innholdet i det standardiserte forløpet for pasienter med tarmkreft er så godt innarbeidet blant de ansatte at kunnskapen er internalisert og kroppsliggjort slik at de agerer ut fra “ryggmargsrefleksen” hver gang de møter en pasient med denne diagnosen. Dette krever at de ansatte har gått gjennom alle de fem trinnene i Irgens’ (2010) modell for læring, eller Dreyfus og Dreyfus’ (1999) fem stadier fra novise til ekspert. Vellykket implementering betyr med andre ord at de ansatte opplever det standardiserte pasientforløpet som, det overlege 3 beskriver som “vannet de svømmer i” med andre ord noe som alltid “er der”, og som de kjenner så godt at de tenker og agerer riktig hver gang de behandler pasienter med diagnosen tarmkreft. De ansatte har altså kommet til toppen av Gottschalks kunnskapspyramide og kan kalles eksperter på eget fagfelt fordi de vet å bruke sin kunnskap med klokskap. De ansatte har opparbeidet kompetanse på feltet og kan kombinere det de vet om forløpene med å vite hvordan og hvorfor (Westeren, 2013).

6.1.2 Implementering og ledelse

St. Olavs Hospitals lederutviklingsprogram heter “Synlig og ansvarlig” og det er viktig for systemet at ledelsen på alle nivåer er tydelig i arbeidet med implementering av pasientforløpet.

Ut fra noen av utsagnene i intervjuene og resultatene fra spørreundersøkelsen kan man stille spørsmål om ledelsen har hatt nok fokus på arbeidet med implementering av det standardiserte pasientforløpet. En av lederne sier at et av hennes bidrag i implementeringsarbeidet er at hun daglig deltar på previsittene og i den sammenhengen stadig minner sykepleiere og leger på at de må følge opp tiltakene beskrevet i forløpet. Hun bruker også litt tid på sykepleiernes morgenmøter for å informere om det. En av sykepleierne

har imidlertid en oppfatning av at det brukes lite tid på undervisning om de standardiserte pasientforløpene, og at det er med dem som mye annet på sengeposten, at man plukker opp litt etter litt. En annen sykepleier sier også at det er mangel på opplæring og undervisning i forløpet på sengeposten. Hun sier videre at mange av de nytilsatte har hørt at det er noe som heter standardiserte pasientforløp, men at de ikke har hatt tid til å sette seg inn i hva det er ennå. Hun mener at det standardiserte pasientforløpet er et viktig redskap i opplæring av nytilsatte, men at det altså er for lite struktur på opplæringen på sengeposten.

Et utsagn fra intervjuene kan tolkes som at forløpsansvarlig overleges rolle har blitt noe utydelig etter at utarbeidelsen av forløpet var over. En sykepleier sier at hun har en opplevelse av at rollen som forløpsansvarlig forsvant da utarbeidelsen og revisjonen av det standardiserte pasientforløpet er over, mens en annen sykepleier opplever at forløpsansvarlig er hennes nærmeste samarbeidspartner i denne sammenhengen. Forløpsansvarlig overlege har hovedansvar for utvikling, implementering og oppfølging av forløpet, og svaret fra sykepleierne kan tyde på at vedkommende ivaretar de ulike delene av forløpet med ulik innsats.

En seksjonsleder sier hun legger stor vekt på at sjekklister som er utarbeidet skal brukes og slik sikre at sykepleierne forholder seg til tiltakene beskrevet i det standardiserte forløpet. I intervjuet kommer det frem at ledelsen også ønsker å ta i bruk sjekklister for andre pasientgrupper. Dette kan være et fornuftig tiltak, for som en sykepleier sier: "For meg representerer avkrysningskjemaet foran i pasientpermen det standardiserte pasientforløpet, men fordi det kun skal brukes på noen få pasienter hver dag, er det lett å glemme." Vi har i vår analysedel vist i hvor stor utstrekning sjekklister blir brukt, og resultatet fra kartlegging av 50 lister viser en stor variasjon i utfyllingen. Hvis sjekklister innføres for alle pasienter på sengeposten, er sjansene trolig større for at sykepleierne husker å bruke dem.

Troen på at bruk av sjekklister for flere pasientgrupper skal føre til økt bruk, gir oss assosiasjoner til Argyris og Schöns teori om enkeltkretslæring (Irgens 2010). Ledelsen ønsker å innføre "mer av det samme", tilsynelatende uten å undersøke hvorfor sjekklister, slik vi fant i vår kartlegging, i så liten grad brukes i dag. Etter vår mening kan det være en god idé å først utforske årsaken til at sjekklister ikke fungerer som ønsket. Kunnskapen kunne gi et bedre grunnlag for å finne strategier for å forbedre rutiner, arbeidsmåter og prosedyrer på sengeposten. Ledelsen ville kanskje også få helt ny informasjon og kanskje finne at andre tiltak enn avkrysningslister vil fungere vel så bra.

Som flere forskere har påpekt, kan medlemmer i organisasjonen være bærere av normer og verdier som de ikke selv er seg bevisste, og som blant annet kan være til hinder for læring (Argyris og Schön i Irgens 2010, Jacobsen & Thorsvik, 2013). En vanlig oppfatning er at ansatte i helsevesenet alltid har det svært travelt. Mangel på tid kan av og til misbrukes for å slippe å lære nye prosedyrer eller tiltak, eller for å unngå å ta i bruk nye hjelpemiddel som for eksempel de beskrevne sjekklister. Dette kan skje til tross for at hjelpemidlene kan bidra til å frigjøre en knapphetsressurs som nettopp tid. Vi ser her at de ansattes bruksteori, den automatiserte og kulturbetingede teorien, kan stå i veien for at tiltak beskrevet i de standardiserte pasientforløpene skal bli gjennomført.

Som femtrinnsmodellen for læring (Irgens 2010) beskriver, kan det være filter mellom alle trinnene i modellen som forhindrer læring. Argumentet "mangel på tid" kan være et effektivt filter mot læring mellom alle trinnene i modellen. Dette kan bidra til å forklare at en tredel av deltakerne i spørreundersøkelsen er uenige i at de standardiserte pasientforløpene som brukes i Kirurgisk klinikk er gjort kjent for de ansatte. En effektiv måte for ledelsen å bryte ned barrierene mot læring, og å skape samsvar mellom bruksteori og handlingsteori, kan være å drive transformasjonsledelse (Jacobsen, 1998). Ved å ta seg tid til å formidle visjoner og skape engasjement rundt innføringen av det standardiserte pasientforløpet kan lederen bidra til endring av de ansattes holdninger.

En sykepleier sier i intervjuet at hun ikke kjenner så godt til det standardiserte pasientforløpet og begrunner dette med at det brukes lite tid fra ledelsens side på å informere og undervise de ansatte i det. En annen sykepleier har mer kunnskap om forløpet, men sier at dette mest skyldes at hun har en personlig interesse for forløpsarbeid, og ikke minst at hun har lært litt om det på videreutdanning. Disse sykepleierne hører til sjiktet sykehusledelsen kaller "den spisse enden"; ansatte som har kontakt med pasientene og som derfor skal bruke det forløpet i den daglige driften. Etter vår mening er kunnskap om, og engasjement i, pasientforløpene i "den spisse enden" alfa og omega for at tiltakene forløpene beskriver skal gjennomføres.

Forløpstenkingen er godt forankret i St. Olavs Hospitals toppledelse og i alle ledernivåene under. Flere av lederne angir, både i spørreundersøkelsen og i intervjuene, stor entusiasme og tro på at de standardiserte pasientforløpene skal bidra til implementering av ny kunnskap blant de ansatte. Som Senge (i Irgens, 2010) sier, handler ledelse om å nå en felles målsetting. I dette tilfellet er den felles målsettingen å implementere det standardiserte pasientforløpet for tarmkreftpasienter på Kirurgisk klinikk. I følge Balogun (2001) er det som

regel manglende implementering de fleste organisasjonsendringer strander, på og funn fra datainnsamlingen vår tyder på at nettopp implementeringen ennå ikke er helt i mål.

Ducker og Mand (i Sandvik, 2011) peker på utfordringen i å finne en felles modell som ivaretar både kunnskapsarbeiderens behov for autonomi og organisasjonens behov for ledelse. Å organisere de ansatte i kliniske mikrosystemer som blant annet beskrevet av Kudsk og hennes medarbeidere (2010), kan være et forslag til løsning på problemet med kunnskapsdeling og implementering av ny kunnskap som det kan se ut til at sengeposten sliter med. Slike "kunnskapens mikrosamfunn" beskrives også av von Krogh m. fl (2011) som svært fruktbare arenaer for kunnskapsdeling og organisasjonslæring. Ved at ledelsen organiserer de ansatte i små grupper på fem til sju som arbeider sammen og hvor en til to av dem har relativt lang erfaring, kan problematikken med liten tilgang på sykepleiere med lang erfaring reduseres. Denne måten å arbeide på kan også bidra til å sikre overføring av taus kunnskap fra ekspert til novise. Dersom en eller to av de ansatte i hvert kliniske mikrosamfunn har god kunnskap om det standardiserte pasientforløpet og også kan virke som leder for gruppen, kan de også bidra til at forløpet implementeres på en god måte blant de andre ansatte. Et utsagn fra en av lederne viser at hun allerede kan ha tenkt i de baner. Hun sier at hun har tenkt å bruke en av sykepleierne på sengepost som implementeringssykepleier, som skal arbeide pasientnært i avdelingen og ha fokus på det standardiserte pasientforløpet.

6.1.3 Organisasjonens syn på kunnskap

St. Olavs Hospitals store fokus på arbeidet med de standardiserte pasientforløpene viser, slik vi ser det, at organisasjonen har et syn på kunnskap som er sterkt preget av det strukturelle perspektivet. Tilhengere av dette perspektivet hevder som tidligere nevnt at kunnskapen er objektiv, at den kan kodifiseres og eksistere uavhengig av individene. Som Hislop (2009) og Irgens (2010) skriver, er oppfatningen av at kunnskap kan nedfelles og overføres i form av systemer, plandokumenter, prosedyrer og retningslinjer, sentral i dette perspektivet. Arbeidet med standardisering av pasientforløp ved St. Olavs Hospital er også preget av stor tro på at dokumentasjon og beskrivelser av praksis vil føre til den beste behandling for pasientene. Det positivistiske vitenskapssynet står sterkt i helsevesenet, og her ligger nok mye av årsaken til at det strukturelle perspektivet på kunnskap får så stor plass. Det medisinske fagfeltet bygger sitt vitenskapssyn på den positivistiske forskningstradisjonen. Det kan hevdes at moderne vitenskap har to retninger; en naturvitenskaplig og en humanistisk (Ringdal, 2001). Som nevnt tidligere mener vi det er viktig å kunne ha to tanker i hodet samtidig, og dermed være i stand til å agere med

utgangspunkt i begge disse tradisjonene. I et sykehus er det ingen tvil om at det er behov for prosedyrer og retningslinjer og at disse må være tilgjengelige for alle ansatte.

Organisasjonens utfordring ligger i å gjøre informasjonen om til kunnskap hos den enkelte og sørge for at den når ut i organisasjonen. De ansatte vil ha ulike erfaringer, og erfaring kan spille en rolle for hvordan de tolker informasjonen i en faglig retningslinje eller prosedyre. Hislop (2009) sier at en av svakhetene ved det strukturelle perspektivet på kunnskap er oppfatningen av at språket har klare, objektive meninger og at ord, og det de betegner, alltid betyr det samme. Tilhengerne av det prosessuelle synet mener tvert i mot at kunnskap kan ha ulike betydninger og tolkninger og at den er vanskelig å overføre fra den konteksten den er utviklet i (Newell m.fl, i Irgens og Wennes, 2011). Dette er faktorer som kan ha betydning for St. Olavs Hospitals implementering av de standardiserte pasientforløpene og få betydning for hvordan implementeringsarbeidet skal legges opp. Blant annet kan bruk av kliniske mikrosystemer eller praksisfellesskap være et mer effektivt middel for overføring av kunnskap mellom medlemmene i organisasjonen enn bruk av retningslinjer, sjekklister og manualer.

6.1.4 Kunnskapsdeling i organisasjonen

Den tause, kroppsliggjorte kunnskapen som er unik for den enkelte, er ikke nødvendigvis lett å sette ord på. Å sørge for et godt klima for samarbeid i det tverrfaglige teamet som arbeider med forløpene kan derfor bidra til kunnskapsutvikling, uansett hvilket perspektiv på kunnskap man tar utgangspunkt i. Nonaka og Takeuchis SEKI-modell er et godt bilde på kunnskapsdeling i det tverrfaglige teamet og blant de ansatte. Hver yrkesgruppe innehar taus kunnskap som kan deles med de andre yrkesgruppene i teamet via praksisfellesskap (Irgens 2011:134). Gjennom dialog settes det ord på den tause kunnskapen som i sin tur blir nedfelt i prosedyrer. Når prosedyrene brukes av de ansatte og oppgaven løses automatisk uten at de er avhengige av å lese prosedyren, har kunnskapen igjen blitt taus og det standardiserte pasientforløpet er implementert. Kunnskapen er internalisert når helsepersonellet kjenner resultatet av forløpsarbeidet og vet hvilke konsekvenser tiltakene forløpet beskriver har for den daglige pasientbehandlingen. Dermed kan de videreformidle denne kunnskapen til sine kolleger og studenter.

24 % av deltakerne i spørreundersøkelsen er litt eller svært uenige i at de kjenner tiltakene i behandlingen knyttet til forløpet godt. 33 % er litt eller svært uenige i at det standardiserte pasientforløpet er gjort kjent for de ansatte. Ut fra disse resultatene er det nærliggende å konkludere med at implementeringen av det standardiserte pasientforløpet for pasienter med

tramkreft ennå ikke er helt i mål. Etter vår mening er god kjennskap til pasientforløpet for tarmkreft en forutsetning for at man skal kunne si at helsearbeiderne har blitt eksperter på behandling av denne pasientgruppen.

Hvordan kan vi i lys av det prosessuelle perspektivet forstå kunnskapsdeling gjennom bruk av standardiserte pasientforløp? Etter vår mening vil sykehuset kunne ivareta den praksisbaserte tilnærmingen ved å involvere de ansatte i prosessen som fører frem til ferdige forløp. Gjennom diskusjoner i et tverrfaglig sammensatt team søker man å se på alle sider ved forløpet, ikke kun fra én profesjons ståsted. Kartlegging av dagens situasjon og områder hvor det er behov for forbedring, kan bidra til at man i felleskap finner løsninger som er gjennomførbare. Dette kan også bidra til kunnskapsdeling, ved at alle kan relatere sine egne erfaringer og kunnskap til de andre profesjonenes bidrag. Dette støttes av Irgens (2010), som sier at en av faktorene som er viktig for innlæring er at man har muligheten for å diskutere det nye man lærer med andre.

I utviklingen av forløp nedfelles de faglige prosedyrene skriftlig og informasjonen de representerer blir gjort tilgjengelig for alle. Forløpene er visualisert i prosesskart og ulike profesjoner har mulighet til å lese om tiltakene pasienten skal gjennom, og finne informasjon om den nødvendige logistikken i forløpet. Ved at alle ansatte har tilgang til de samme beskrivelsene, kan vi unngå tendensen til mangel på helhetstenking som kritikere mener har preget helsevesenet i mange år.

Resultatene fra intervjuene viser at flere av informantene kjenner tiltakene i forløpet deres egen profesjon har ansvar for, men at de er relativt uvitende om andre yrkesgruppers tiltak i det samme forløpet. Ut fra flere utsagn kan vi trekke konklusjonen at mange av de ansatte kun leser det som angår deres egen yrkesgruppe og fremdeles er uvitende om andre profesjoners tiltak i behandlingsskjeden. Dette kan tyde på at den strukturelle tilnærmingen til kunnskapsdeling har sine svakheter.

Så mange som 65 % av deltakerne i spørreundersøkelsen er uenige i at de har vært involvert i utarbeidelsen av det standardiserte pasientforløpet. Kunnskapsdeling i et praksisfellesskap vil kunne bidra til å utvide de ansattes horisont og slik sikre at de kjenner hele pasientforløpet og ikke kun sin egen rolle. Tendensen til "silotenkning" i helsevesenet har som nevnt lenge vært sterkt kritisert, og en organisasjon som er på bølgelengde med sine omgivelser bør også være i stand til å korrigere egen adferd etter tilbakemeldinger fra de samme omgivelsene. Utarbeidelse av standardiserte pasientforløp er i stor grad resultat

av slik informasjonsutveksling.

Tidligere fikk det norske helsevesenet ofte kritikk for manglende koordinering eller dårlig planlegging, noe som tidvis medførte store konsekvenser både for den enkelte pasient og for sykehusenes drift. Med samfunnets krav til økt effektivitet, "mer helse for hver krone" og sterkere økonomisk styring, er utarbeidelse av standardiserte pasientforløp et klart svar på disse føringene. Målsetting for forløpene er å gi pasientene større forutsigbarhet og tryggere og bedre behandling. I tillegg bidrar forløpene til økt effektivitet fordi flere usikkerhetsmomenter er kartlagt og eliminert i utredningsprosessen.

I et pasientforløp vil det selvfølgelig alltid være fare for at avvik kan oppstå. Morgan (2012) hevder at lærende organisasjoner vil være i stand til å oppdage slike avvik og sette i gang korrigerende tiltak. På samme måte må behandlende personell alltid forholde seg til avvik fra det standardiserte pasientforløpet og endre atferd når miljøet rundt krever det. Morgan (2012) sier videre at lærende organisasjoner må forholde seg til at endringer er normen og at de må skape retningslinjer som får kartet til å stemme med terrenget. Standardisering av pasientforløp er et godt eksempel på slik tilpasning. Et åpent system må styres nøye for å tilfredsstille interne behov og tilpasse seg krav fra omliggende miljø. Ledelsen må tilpasse seg og vise ulikt lederskap til ulike oppgaver; det er nødvendig med ulike organisasjonsarter i ulike miljø. For at dette skal skje, er helsevesenet avhengig av tydelige ledere som leder organisasjonens medarbeidere inn i en kontinuerlig kunnskapsutvikling og læring (Heggholmen, 2013).

Dersom metoden som brukes for å utarbeide standardiserte pasientforløp hadde åpnet for at flere ansatte kunne delta i arbeidet, er det grunn til å tro at implementeringen ville gått lettere. Det er viktig å anerkjenne at de ansatte er en stor del av endringsprosessen og derfor har stor innvirkning på gjennomføringen (Balogun, 2001). Med mange ansatte involvert i utarbeidelsen av forløpene, ville nok flere oppleve å ha et eierforhold til dem og derfor bidra mer i arbeidet med implementeringen i klinikken. Et utsagn fra intervjuene illustrerer dette godt. En av seksjonslederne sier at hvis hun ikke hadde vært med i utarbeidelsen av forløpet, ville hun heller ikke hatt det eierforholdet eller forståelsen som hun har i dag. Vår påstand om at deltagelse i utarbeidelsen kan bidra til å lette implementeringsarbeidet støttes av dette utsagnet.

I en kunnskapsorganisasjon som St. Olavs Hospital vil de ansatte gjennom sine erfaringer inneha mye kunnskap som ikke er lett å dele med andre. Det kan blant annet handle om

kunnskap de har tilegnet seg via sanseerfaringer, altså kunnskap som betegnes som taus. Vår erfaring er at helsevesenet har sterk tendens til å mene at kvalitet og faglig forsvarlighet er ivaretatt dersom alle prosedyrer og retningslinjer er på plass. Vår erfaring tilsier imidlertid også at dette ikke alltid stemmer. Det er først med erfaring at teoriene får mening. Med erfaring får man “knagger” å henge teoriene på. Før erfaringene er gjort, er gjerne prosedyrer og retningslinjer kun ord og begreper. Nettopp derfor er det så viktig med kunnskapsdeling i form av veiledning, eller som når mester lærer svenn (Dreyfus og Dreyfus, 1999). Først når novisen går sammen med eksperten som har erfaring på området, vil ordene og begrepene i prosedyrene få en dypere mening. Vi mener derfor at prosedyrer eller standardiserte pasientforløp, selv om de er kunnskapsbaserte, ikke kan stå alene og erstatte erfaring. Som Irgens (2010) sier er oppgaveløsning basert på prosedyrer, retningslinjer og teori uten erfaring å betegne som novisepraksis.

I analysekapittelet viser en av legene stor tro på at kunnskap kan overføres til nytilsatte ved bruk av nettopp nedskrevne, standardiserte pasientforløp, og i hans øyne blir forløpene svært verdifulle på den aktuelle sengeposten som har ansatt 24 nye sykepleiere det siste året. Erfarne sykepleiere er mangelvare på denne sengeposten og det er derfor, etter hans mening, ikke mulig å drive utstrakt veiledning eller overføring av taus kunnskap slik situasjonen nå er. I følge Irgens (2010) kan det ta lang tid å bli ekspert innen eget fagområde. Noen fagfolk hevder sågar at det kan ta så mye som ti år før man kan kalle seg ekspert innen et fagområde i helsevesenet (Aglén og Arntsen, 2015). Det kan derfor være grunn til bekymring for at verdifull kunnskap glipper som følge av at det, slik det kan se ut, i liten grad fokuseres på overføring av ekspertenes tause kunnskap til novisene. De erfarne sykepleiernes kliniske blikk, “magefølelsen” av at noe utvikler seg i feil retning, før blodprøver eller andre parameter viser det, er ikke noe som kan kodifiseres og settes ned på papiret slik at andre kan lese seg til samme kunnskap. Dette er erfaringer som dyktige, erfarne sykepleiere har tilegnet seg gjennom flere år og i mange situasjoner. Dette er kunnskap som kan deles i et praksisfelleskap ved at novisen jobber side om side med eksperten, ikke ved at novisen leser prosedyrer eller manualer.

De fleste nyutdannede bruker “reflection on action” når de lærer fra praktiske situasjoner. Dette innebærer ofte at refleksjonen over hvordan en situasjon kunne ha vært løst, kommer i etterkant. Det er vanskelig å se hvordan de nytilsattes “reflection on action” skal kunne utvikles til “reflection in action” dersom muligheten til å diskutere erfaringer med kolleger som har vært lenge i yrket er begrenset. Som en av legene sier, har ikke hans yrkesgruppe mulighet innenfor arbeidstiden til å følge opp i alle ledd. Han mener derfor at det er viktig å

lage systemer som gjør det enklere for sykepleiere og andre aktører å følge et forløp som er til pasientens beste uten at legene må passe på hele tiden. Som legen sier: "Forløpet blir jo ekstra viktig i avdelinger som har mange ferske sykepleiere, da."

De nytilsatte kan selvfølgelig diskutere erfaringer med hverandre, men det kan gi usikkert resultat og bidra til at praksis ikke blir så god som ønsket. Det er liten tvil om at tilgang på den kompetansen Westeren (2013) beskriver, og som de erfarne sykepleierne representerer, er svært viktig for at de nytilsatte skal kunne settes i stand til å korrigere egen adferd og etter hvert utvikle egen kompetanse eller "Fingerspitzengefühl". Det er denne typen kompetanse som setter dem i stand til å bli reflekterte praktikere som utøver god, kunnskapsbasert pasientbehandling.

En av legene mener at det ikke er så viktig at assistentlegene kjenner detaljene i forløpet, så lenge de forholder seg til prinsippene i det. Han sier at forløpet skal være som "vannet de svømmer i" eller "som å puste", altså noe de ikke tenker på. I følge Lines (2011) er motivasjon en viktig variabel for å forstå vellykket implementering av beslutninger. Han sier videre at uten motiverte medarbeidere vil ikke nye systemer bli tatt i bruk, eller kun bli brukt symbolsk for å signalisere velvilje overfor ledere eller organisasjonen. Irgens (2010) mener at kunnskapsarbeidere kjennetegnes ved at de motiveres av at beslutninger tas av dem selv eller noen i deres umiddelbare nærhet. Vi tror derfor ikke at høyt utdannede kunnskapsarbeidere vil nøye seg med kun å kjenne prinsippene i forløpene uten å kjenne til selve forløpet eller metoden som brukes i utarbeidelsen av det. En sykepleier underbygger denne antagelsen når hun i intervjuet sier at deltagelse i utarbeidelse av det standardiserte pasientforløpet var en motivator for henne for å ta det i bruk.

Det kan se ut som om legen nevnt over setter likhetstegn mellom informasjon og kunnskap, en tendens Tsoukas (i Jensen m.fl. 2004) stiller seg kritisk til. Videre virker det som om det forutsettes at informasjonen er objektiv og kan eksistere uavhengig av mennesker. Dette kan vitne om et strukturelt perspektiv på kunnskap. Det ser ut som om han ser bort fra det prosessuelle perspektivets viktigste prinsipper; at kunnskap oppstår i samhandling mellom mennesker, og at kunnskaping er minst like viktig som kunnskapen i seg selv.

6.1.5 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett på hvordan standardisering kan bidra til kunnskapsdeling og hvordan implementeringsarbeidet knyttet til forløpene har blitt gjennomført. At forløpene faktisk tas i bruk er, etter vår mening, en forutsetning for at man kan si at den nye

kunnskapen er implementert. Troen på at standardisering av pasientforløp er svaret på flere av sykehusets utfordringer kan tyde på at St. Olavs Hospital har et strukturelt perspektiv på læring og kunnskapsdeling. Det kan virke som om organisasjonen til en viss grad overser betydningen av den tause kunnskapen og viktigheten av å dele nettopp denne. Det er imidlertid også viktig at de strukturelle mulighetene for kunnskapsdeling finnes. Etter vår mening er det ingen tvil om at de ansatte trenger tydelige, nedskrevne prosedyrer. Forløpet er beskrevet i sykehusets kvalitetssystem og dette er en viktig forutsetning for at det skal gjøres kjent og bli brukt.

Flere teoretikere hevder at implementeringsarbeid krever mye tid og oppmerksomhet og at flere organisasjonsendringer gjerne strander på manglende implementering. Det kan virke som om ledelsen ikke har hatt nok fokus på arbeidet med implementering av det standardiserte pasientforløpet for tarmkreft. Når så mange som 65% av respondentene i spørreundersøkelsen er uenige i at de har vært involvert i utarbeidelsen av dette pasientforløpet, kan dette være tegn på at både forløpsansvarlig overlege, og ikke minst ledelsen har et forbedringspotensiale i implementeringsarbeidet. Vi mener at mikroledelse og organisering av de ansatte i kliniske mikrosystemer vil kunne bidra til en bedre implementering av det standardiserte pasientforløpet for tarmkreft ved Kirurgisk klinikk på St. Olavs Hospital.

6.2 Motiveres kunnskapsarbeidere av strukturelle målinger i sitt daglige arbeid?

Metodikken som brukes i utvikling av de standardiserte pasientforløpene peker på målinger som et viktig hjelpemiddel for å vurdere om forløpene faktisk følges. Målinger beskrives som et suksesskriterium i arbeidet med implementering av standardiserte pasientforløp. I datainnsamlingen var vi opptatt av om de ansatte har kunnskap om metoden som brukes i utviklingen av forløpet. Svarene belyser de ansattes oppfatning av om målinger er en viktig del av dette arbeidet og om målinger også kan være motiverende. Det er to utsagn fra spørreundersøkelsen og intervjuene som best belyser dette forskningsspørsmålet:

| Nr | Utsagn | Funn fra statistikk |
|----|--|---|
| 2 | Jeg synes at metoden som brukes for å utarbeide standardiserte pasientforløp er godt egnet for formålet. | <ul style="list-style-type: none"> • 22 % helt enig • 31 % litt enig • 40 % nøytral • 7 % litt uenig • 0 % svært uenig |
| 12 | Det er viktig at det gjennomføres målinger knyttet til forløpet (b.la. forløpstider). | <ul style="list-style-type: none"> • 45 % helt enig • 34 % litt enig • 21 % nøytral • 0 % litt uenig • 0 % svært uenig |

Tabell 7: Utsagn knyttet til forskningsspørsmål 2

Hovedfunn fra spørreundersøkelsen er at flertallet av de ansatte er litt eller helt enige i utsagnene, resten stiller seg nøytrale. Svært få er uenige. I intervjuene fikk vi utfyllende informasjon om målinger virker motiverende på de ansatte.

6.2.1 Om måling i helsevesenet

Data viser en positiv holdning til metodikken som brukes for å utvikle de standardiserte pasientforløpene. Den positive holdningen er spesielt fremtredende blant de som har deltatt i utarbeidelse av forløpet. Et flertall på ca. 80 % svarer også at det er viktig å gjøre målinger knyttet til pasientforløpet. Både i spørreundersøkelse og i intervju definerte vi målinger som kartlegginger og i hovedsak omhandler målingene tidsbruk. Intervjuene viser imidlertid at de ansatte også er opptatt av kvalitet som et viktig måleparameter. Dette drøftes mer inngående i forskningsspørsmål 3.

Helsevesenet har lang tradisjon for å gjøre målinger. Målinger oppfattes som viktige blant annet for å gi et bilde av de tjenestene som ytes. Eksempel kan være måling av ventetider og fristbrudd, score knyttet til ulike kvalitetsindikatorer, måling av behandlingseffekt og av pasienttilfredshet. Helsedirektoratet (2015) peker på at målinger er en grunnleggende forutsetning for å lykkes med forbedringstiltak. For å vite om endringer faktisk fører til forbedring, er det avgjørende at målinger gjøres før, under og etter at tiltakene er iverksatt. Målinger utgjør derfor en svært viktig del av forbedringsmodellen og er avgjørende for å lykkes med forbedring av praksis (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2015).

Deler av teorien som metodikken for utvikling av pasientforløp bygger på har også stort fokus på målinger. Både i Lean (Jones & Mitchell, 2006) og Gjennombruddmetodikken (Institute for healthcare improvement, 2003) skal forbedringer dokumenteres gjennom måling, fra dagens

situasjon til situasjonen etter gjennomført endring.

“Du kan ikke forbedre det du ikke kan måle” (Krogstad m.fl, 2007). Dette er kjernepostulatet i Balansert Målstyring (BMS). I rapporten “ Målstyringsverktøy i sykehus” fra Kunnskapscenteret pekes det på at ledelse i sykehus har endret seg fra å være basert på fag til å være profesjonelt basert blant annet med bakgrunn i “New Public Management” (NPM). Bakgrunnen for utviklingen er dels økonomisk og dels ideologisk. Ønsket om å få bukt med en akselererende vekst i helsevesenets ressursbruk og økt fokus på at ledelse og ikke profesjon skulle være styrende for driften av sykehusene er blant grunnene til at NPM som styringsform ble innført. Hensikten med målinger er derfor blant annet å bidra til at ledere ser sin egen virksomhet tydeligere og fra ulike perspektiver for slik å bidra til å gjøre lederne bedre i stand til å ta strategiske beslutninger (Krogstad m.fl, 2007).

Elementer fra NPM og BMS finner vi også igjen i «Forbedringsprogrammet 2014-2016», blant annet i programmets fokus på måling av resultater. De senere årene er det imidlertid reist kritikk mot bruk av NPM i norske sykehus. Initiativtakerne til “Helsetjenesteaksjonen” (2013) er sterkt kritiske til kravet om byråkratiske kontroll- og rapporteringssystemer. Aksjonen mener at “fotfolket” havner i en klemme mellom for få ressurser og for mange oppgaver. Aadland (2006) peker i sin kronikk “Verdiklemma i offentlig sektor” på det dilemma offentlig ansatte kan komme i, når ledelsen signaliserer viktigheten både av kontroll- og rapporteringssystemer og at de ansatte samtidig skal jobbe med mykere verdier som eksempelvis kvalitet og medbestemmelse. Verdier som respekt og brukerorientering er i stor grad styrende for ansatte i dagens helsevesen, mens forsvarlig økonomisk drift og rapportering også er uttalte krav. Det kan oppleves som paradoksalt når ledelsen presenterer økonomiske og moralske forventninger side om side. Krav om målinger gir ikke alltid mening for de ansatte, men kan i stedet oppfattes som unødig og tidkrevende og som tar oppmerksomhet bort fra arbeid med pasientene. Denne oppfatningen ser vi også i flere av intervjuene, der informantene angir en sterk følelse av forpliktelse overfor pasientene. Det er hos pasienten de ønsker å bruke sine ressurser og kompetanse. En uttalelse fra en av legene støtter dette: “Jeg vet ikke om målinger har så stor betydning akkurat for oss, men det kan helt sikkert være et godt hjelpemiddel for de som skal planlegge aktiviteten på forskjellige avdelinger ... så akkurat det med tidsforløpet er vel mer organisatorisk og delvis politisk og ikke så mye medisinsk.” Slik vi tolker utsagnet hans, oppfatter de ansatte at målinger er viktigere for ledelsen enn for det kliniske personalet. Lines (2011) støtter denne oppfatningen i sin artikkel “Forskningsbasert viten om motivasjon av kunnskapsarbeidere”. Der påpeker han at kunnskapsarbeidere føler sterkere tilknytning til og forpliktelse overfor

profesjoner, profesjonsverdier og profesjonsnormer enn overfor organisasjonen, dens kultur og ledelse. Basert på dette vil det være naturlig å tro at både leger og sykepleiere motiveres mer av verdier nedfelt i deres egen profesjon enn av målinger. Verdiene, som ofte er knyttet til behandling og pleie av pasienter, styrer medarbeiderens adferd (Irgens 2010).

Slik vi tidligere har skissert er St. Olavs Hospital som organisasjon preget både av det strukturelle og det prosessuelle synet på organisert virksomhet. Det strukturelle perspektivet bygger blant annet på sider fra maskinperspektivet på organisasjoner, hvor kontroll og måling er viktige elementer i ledelse av en organisasjon (Morgan, 2012). Målinger gir et sant og riktig bilde av situasjonen og kalde fakta kan brukes både av klinikere og ledere for å vise til resultater eller synliggjøre behov for mer ressurser. En av legene sier: "Jeg vil mene at hvis jeg får vite hvordan dette går gjennom målinger og ser at dette har en endringseffekt, en statistisk endringseffekt, så vil jeg bli enda mer fornøyd med det. Og jeg kan kanskje bruke det for allokering i den interne konkurransen om ressurser og slike ting." En sykepleier peker også på målinger som en viktig motivator for arbeidet og sier: "Målinger er en motivator og en klar indikasjon for ledelsen for å se om alt det arbeidet som faktisk blir lagt ned er nyttig og om det er vits i det eller ikke ... så jeg tenker at målinger er halve jobben egentlig."

I spørreundersøkelsen stiller 20 % av respondentene seg nøytrale til utsagnet om det er viktig å gjennomføre målinger. Vi tror at dette kan skyldes at en stor andel av respondentene er sykepleiere, som ikke har samme tradisjon for den rasjonelle tilnærmingen som målinger kan representere. En av sykepleierne støtter vår antagelse når hun sier at hun synes at målinger er litt mer negativt enn positivt, selv om hun fremholder at alle trenger å sees i kortene. Vi ser her at enkelte ansatte kan ha motstridende oppfatninger om viktigheten av målinger.

Etter at spørreundersøkelsen var gjennomført stilte vi oss spørsmålet om vi ville fått et annet resultat hvis påstanden hadde vært: "Det er viktig at *JEG* gjennomfører målinger knyttet til forløpet." Egen erfaring fra arbeid på St. Olavs Hospital tilsier at innsamling av data ofte er arbeid som får lav prioritet i en travel sykehushverdag. Dette kan igjen være et eksempel på forskjellen mellom det Argyris og Schön beskriver som bruksteori og handlingsteori (i Irgens 2000). Gjennom utdanningen er de fleste ansatte i helsevesenet vant til å gjennomføre målinger og kjenner svært godt til viktigheten av dem. Når det kommer til praksis, ser vi likevel at de ikke gjennomføres. Det er altså forskjell mellom teori og praksis. Dette er noe av bakgrunnen for etablering av eSP, et dataprogram som automatisk høster data fra det pasientadministrative systemet, slik at manuell telling og måling blir overflødig.

6.2.2 Gir målinger motivasjon?

I analysen av datamaterialet vårt finner vi flere positive tilbakemeldinger på at de ansatte anser målinger som viktige, og flere av respondentene og informantene peker på at de motiveres av at endringer i pasientbehandlingen dokumenteres med "harde fakta". I sin artikkel om kontinuerlig forbedring i helsevesenet peker Brandrud og hans medarbeidere (2011) på tre suksessfaktorer for å lykkes med forbedring:

1. Kontinuerlig og pålitelig informasjon, herunder måling, av beste og nåværende praksis.
2. Engasjere alle i alle faser av forbedringsarbeidet: pasienten og familien, ledelsen, fagmiljøet og alle øvrige ansatte som vil bli berørt av endringene.
3. En infrastruktur basert på forbedringskunnskap, med tverrfaglige team, tilgjengelig veiledning, læringssystemer og oppfølgingssystemer som sikrer vedvarende forbedring.

Disse punktene peker på viktigheten av at det gjøres målinger, men har i tillegg et punkt som handler om å engasjere alle involverte deltakere for å lykkes med endring og forbedring.

For oss henger begrepet engasjement tett sammen med motivasjon, og denne uttalelsen i magasinet "Ledernytt" trekker samme konklusjon: *"Jobbengasjement representerer en motivasjonsprosess der tilgjengelige jobbressurser stimulerer til aktivitet, effektivitet og ytelse i jobben. Engasjement som konsept i en bedrift handler i stor grad om involvering, ansvarliggjøring og identifisering av arbeidsoppgaver"* (Holtan, 2013).

Organisasjonen St. Olavs Hospital har også sider som best kan beskrives ved hjelp av Morgans (2012) "Organismemetafor". Som et motsvar til maskinperspektivet blir organisasjonen beskrevet som en levende, biologisk organisme, hvor blant annet motivasjon og de ansattes anledning til å utvikle seg i arbeidet vektlegges (Morgan, 2012). Begrepet motivasjon deles ofte i to kategorier: indre og ytre motivasjon (Lai, 2011). Den ytre motivasjonen kan være lønn eller annen type belønning, mens indre motivasjon handler om glede eller interesse for oppgaven. For å lykkes med implementering av pasientforløpene mener vi det er viktig at de ansatte finner en indre motivasjon for å bidra i arbeidet.

I 2013 holdt Steen Hildebrand foredraget "Bæredyktig ledelses- og organisasjonsutvikling i et fremtidsperspektiv" på St. Olavs Hospital (Hildebrand, 2013). Han mente at ledere må stille seg spørsmålet: "Hva gir mening for den ansatte?" Med utgangspunkt i dette spør vi oss om

arbeidet med pasientforløp gir mening for travle helsearbeidere og om målinger bidrar til at de ansatte motiveres til å arbeide med standardisering av pasientforløp. Basert på tilbakemeldinger vi har fått i avhandlingen, mener vi at svarene på begge spørsmålene er ja. Intervjuobjektene sier at de i stor grad motiveres av å kunne følge med på resultatene av de ulike tiltakene beskrevet i forløpet. En sykepleier sier: "Det å bli målt på de riktige tingene er viktig. Det er motiverende og til det beste for pasienten. Å bli målt på redusering av infeksjoner for eksempel, redusering i bruk av antibiotika, det er jo et samfunnsansvar vi har." Flere peker på at målinger motiverer fordi de viser at pasientbehandlingen har effekt, men at kvalitet er viktigere å måle enn for eksempel liggetid. En av legene peker på at tallet på sykehuspåførte infeksjoner er et viktigere måleparameter enn om tidsangivelsen i det standardiserte forløpet følges. Ut ifra våre funn virker det som om slike kvalitative målinger gir mening for leger og sykepleiere. Flere fremholder også sjekklisten som brukes i forløpet som et viktig verktøy. Denne sjekklisten kan ses på som et måleverktøy, og bruken kan være et hjelpemiddel for ledelsen i implementeringen av forløpet.

Newell (i Irgens 2010) mener at kunnskapsarbeidere kjennetegnes ved at de blant annet motiveres av at arbeidet gir personlig vekst, av at de selv kan bestemme arbeidsdagen, og av å kunne nå de mål som er satt. Dette kan være en grunn til at systematisk måling av resultatet fra det standardiserte pasientforløpet er motiverende for kunnskapsarbeidere. Newell peker videre på at kunnskapsarbeidere foretrekker at beslutninger blir tatt av dem selv, eller av noen som arbeider nært dem (Irgens, 2010). Ut fra dette kan vi anta at et sentralt fattet vedtak kan føles fjernt fra de ansattes hverdag. Dette kommer også frem i noen av våre intervjuer, hvor en av informantene mener at den største motoren for utvikling og måling av forløpet ligger i det kliniske miljøet. Han sier videre at ledelsen, som har satt i gang dette arbeidet, kun er å anse som en serviceorganisasjon som skal tilrettelegge arbeidet for klinikerne. Flere informanter peker også på at for dem er den viktigste motivatoren at pasientene har det bra og er fornøyde med behandlingen. Klinikerne vil alltid oppfatte pasientens behov som viktigere enn standardisering, og standardene vil måtte vike hvis disse går på tvers av det fagfolk anser å være til pasientens beste.

I intervjuene kommer det også frem at ledelsen er mer opptatt av å gjennomføre målinger enn det klinikerne er. Lederne angir at målinger kan bidra til økning i ressursene, blant annet fordi målinger viser at arbeidet gir resultater. For å nå de målene som er satt kan sykehuset gjennom transformasjonsledelse arbeide for å skape en endring i organisasjonen. Hovedoppgaven blir å skape et verdimeslig samhold og dette gjøres gjennom å formidle visjoner og skape engasjement rundt valgte endringsstrategier (Jacobsen, 2006). Ved å

bruke elementer fra “Mikroledelse” kan ledere også oppnå økt motivasjon og engasjement hos kunnskapsarbeiderne, slik at de som jobber i teamet rundt pasienten kan bidra til best mulig resultat både for pasienten og for sykehuset.

6.2.3 Oppsummering:

Basert på teorier om forbedringsarbeid og kunnskapsarbeidere, og resultater fra datainnsamlingen, mener vi at vi kan trekke en konklusjon om at målinger av ulike indikatorer i forløpene motiverer de ansatte. Det kommer også tydelig frem at målingene må gi mening for helsearbeiderne, og at de ansatte ofte er opptatt av andre indikatorer enn forløpstid.

St. Olavs Hospitals forbedringsprogram er innrettet som en prospektiv klinisk kontrollert studie. Forløpene følges fortløpende med forhåndsbestemte indikatorer (Forbedringsprogram 2014-2016). Resultatene fra spørreundersøkelsen vår viser at de ansatte støtter målinger av blant annet forløpstider. Slik vi tolker resultatene basert på intervjudata, kan vi imidlertid også si at kvalitative målinger av for eksempel pasientens helsetilstand og bedring, motiverer helsearbeiderne mer enn kvantitative målinger av forløpstider. Verdiskaping er sterkt knyttet til kunnskapsarbeiderens motivasjon (Lines 2011) og for ansatte i helsevesenet er begrepet verdiskaping sterkt knyttet til forebygging og behandling av sykdom. Måling av kvalitetsindikatorer trekkes frem som elementer mange av våre informanter er opptatt av. Denne type målinger gir altså mening for de ansatte, og kan derfor bidra til økt motivasjon i implementeringen av det standardiserte pasientforløpet for tarmkreft på Kirurgisk klinikk.

6.3 Hvordan kan standardisering og kunnskapsarbeid virke sammen for å bedre samhandling, pasientsikkerhet og kvalitet?

Definisjonen av standardiserte pasientforløp beskriver at forløpet: “... skal være *forankret i faglig evidens og god klinisk praksis*, og dermed *fremme pasientsikkerhet* ... og det må også imøtekomme pasienter og pårørendes forventninger til eget pasientforløp, og på en slik måte *fremme samhandling*” (Helse Vest, 2012).

Sagt med andre ord; standardisering vil bidra til å gi pasienten den beste behandlingen i møte med sykehuset og dermed bidra til å redusere feil og øke kvaliteten. Vi spør oss om det ligger en motsetning mellom standardisering og kunnskapsarbeid. Dette spørsmålet er det naturlig å stille, da flere røster i helsevesenet kritiserer standardisering. Et av argumentene har vært at standardisering fratår helsefagarbeiderne frihet og skjønn i behandling av ulike

pasienter. Kritikerne hevder at alle pasienter er unike og krever at helsepersonell har evne til å improvisere underveis i behandlingen. Vi vil hevde at standardiserte pasientforløp bidrar til en trygg faglig basis, som gjør det lettere for helsearbeiderne å improvisere dersom uventede situasjoner skulle oppstå. Grunnleggende teoretisk kunnskap kombinert med erfaring er viktig for å bli en dyktig yrkesutøver (Irgens, 2010). Etter vår mening kan standardiserte pasientforløp være med på å danne en solid teoretisk basis. De standardiserte pasientforløpene sikrer at helsearbeidere innenfor et område har en felles, omforent oppfatning av hvordan akkurat deres pasienter skal behandles. Standardisering, kreativitet og improvisasjon utfyller hverandre og bidrar til kunnskapsarbeid slik at pasientene får den beste behandlingen.

Med dette som bakgrunn er vi opptatt av om de ansatte mener forløpet bidrar til bedre samhandling, kvalitet og pasientsikkerhet. Svar på dette forskningsspørsmålet får vi ved å se på følgende fire utsagn i analysekapittelet:

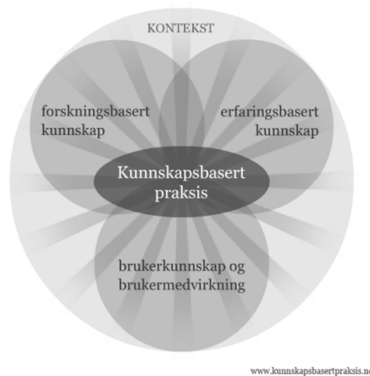
| Nr | Utsagn | Funn fra statistikk |
|----|--|---|
| 13 | Pasientsikkerheten ivaretas bedre etter innføring av standardisert pasientforløp på kirurgisk avdeling. | <ul style="list-style-type: none"> • 26 % helt enig • 19 % litt enig • 46 % nøytral • 9 % litt uenig • 0 % svært uenig |
| 14 | Standardiserte pasientforløp har forbedret kvaliteten på pasientbehandlingen. | <ul style="list-style-type: none"> • 21 % helt enig • 26 % litt enig • 45 % nøytral • 9 % litt uenig • 1 % helt uenig |
| 15 | Samarbeidet mellom enheter i klinikken har blitt bedre etter innføring av standardiserte pasientforløp (eks. sengepost, poliklinikk, operasjon). | <ul style="list-style-type: none"> • 16 % helt enig • 19 % litt enig • 55 % nøytral • 7 % litt uenig • 3 % svært uenig |
| 16 | Samarbeidet med andre klinikker som er involvert i pasientbehandlingen har blitt bedre etter innføring av standardiserte pasientforløp (bilediagnostikk, recovery, fysioterapi). | <ul style="list-style-type: none"> • 14 % helt enig • 22 % litt enig • 57 % nøytral • 7 % litt uenig • 2 % svært uenig |

Tabell 8: Utsagn knyttet til forskningsspørsmål 3

Det mest tydelige resultatet fra spørreundersøkelsen er det høye antallet nøytrale svar. En god del ansatte har imidlertid også stilt seg helt eller delvis enige i påstandene.

Kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling er viktige premisser for utvikling av de

standardiserte pasientforløpene. Forløpene bygger på kunnskapsbasert praksis, noe som innebærer at fagutøvere bruker ulike kilder for å innhente informasjon. Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon. KBP bidrar til økt kvalitet i helsevesenet (Nordtvedt, 2012). For å oppnå kunnskapsbasert praksis er det viktig at ulike profesjoner bidrar med forskning, kunnskap og erfaring, og at pasientens erfaringer også legges til grunn for utvikling av pasientforløpet.



Figur 26: Kunnskapsbasert praksis, ill. fra Kunnskapssenteret

I arbeidet med utvikling av standardiserte pasientforløp er tanken at alle elementene i kunnskapsbasert praksis skal ivaretas av det tverrfaglige teamet. I vår analyse kommer det i Påstand 3 frem at kun 22 % av de ansatte har deltatt i utformingen av pasientforløpet for tarmkreft. Vi stiller oss derfor spørsmål om i hvor stor grad ansatte har hatt mulighet til å bidra med sin kunnskap og erfaring. Det er et uttalt ønske fra sykehusledelsen at kun de mest sentrale medarbeiderne, spesielt i legegruppen, skal delta aktivt i utformingen av forløpet. Dette medfører at antall deltagere i arbeidet med å utvikle pasientforløp blir svært begrenset. Med tanke på at utvikling og implementering av pasientforløp krever eierskap, endring og ny kunnskap hos de ansatte, kan det synes som en krevende oppgave for noen få medarbeidere å skulle ivareta alle innspill fra et stort kollegium, og slik bidra til at pasientforløpet blir kunnskapsbasert. Legegruppen kan i mange tilfeller ivareta den sirkelen i figur 26 som dekker forskningsbasert kunnskap, men erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning krever deltagelse fra blant annet sykepleiere, fysioterapeuter og ikke minst pasientene. Disse gruppene deltar i liten grad i utviklingen av pasientforløpet i dag.

”I medvirkningsbaserte endringer er det et poeng i seg selv å komme bort fra at noen aktører beslutter og planlegger, mens andres rolle reduseres til kun å skulle medvirke til å nå noe som i prinsippet er andres mål” sier Klev og Levin (Dehlin, 2004). Liten grad av involvering av ansatte i de store yrkesgruppene kan være forklaringen på at så mange er uenige i Påstand

3 om involvering.

6.3.1 Standardisering, kvalitet og pasientsikkerhet

I vår analyse av påstandene om kvalitet og pasientsikkerhet har vi valgt å analysere resultatene sammen, fordi svarprofilen på de to utsagnene er svært lik. Årsaken til lik profil kan være at klinikere ikke alltid skiller klart mellom kvalitet og pasientsikkerhet. Dette er ikke unaturlig fordi de to begrepene henger tett sammen. Da vi utarbeidet påstandene i spørreundersøkelsen hadde vi dannet oss en klar forståelse og definisjon av forskjellen mellom de to begrepene. Denne forståelsen er ikke nødvendigvis like klar og uttalt for respondentene. Som vi tidligere har definert handler pasientsikkerhet om prinsippet å ikke påføre pasientene skade, mens kvalitetsbegrepet er knyttet til å utføre behandling på riktig og kunnskapsbasert måte. Begge er svært viktige elementer i de standardiserte pasientforløpene.

Som nevnt i teorikapittelet, er standardisering et verktøy som kan ses i lys av Morgans (2012) maskinperspektiv. I dagens helsevesen gjennomfører mange ansatte sine arbeidsoppgaver ved hjelp av formelle prosedyrer og retningslinjer. Høy grad av standardisering fungerer gjerne godt med stabile omgivelser, og deler av sykehusverdenen er svært stabil. Mange av sykehusets aktiviteter er planlagt på forhånd og utfallet av pasientbehandlingen er relativt forutsigbar. I pasientbehandlingen kan standardisering være et nyttig verktøy for å sørge for at pasienten får behandling etter beste praksis, eller bidra til at det ikke gjøres feil. I et strukturelt perspektiv vil standardisering også bidra til kunnskapsoverføring. Som Irgens (2006) påpeker ligger det mye erfaring og kunnskap nedfelt i standarder. Standardisering viser samtidig en stor tro på at kunnskap kan kodifiseres og slik eksistere uavhengig av mennesker (Hislop, 2009). Den kodifiserte kunnskapen passer for situasjoner som er så like at man stort sett kan bruke samme fremgangsmåte eller variasjoner over samme måte hver gang (Irgens, 2006). Med dette som bakteppe er det nærliggende å trekke en konklusjon om at standardisering kan bidra til økt kvalitet og pasientsikkerhet gjennom overføring av kunnskap mellom de ansatte.

Flere av våre informanter, og da spesielt de med lederansvar, påpeker at det standardiserte forløpet er viktig for å sikre god kvalitet og økt pasientsikkerhet. Som leder kan det oppleves trygt å støtte seg på prosedyrer og retningslinjer. Hvis lederen praktiserer direkte ledelse (Sandvik 2011), kan en standard ses på som en instruks til de ansatte om hvordan jobben skal utføres. Det er imidlertid viktig at prosedyrer og retningslinjer ikke blir en sovepute for ledelsen, men krever oppfølging av at de faktisk brukes.

Kvalitet er en av sykehusets uttalte verdier, og gjennom en verdibasert tilnærming til ledelse (Busch i Irgens og Wennes, 2011) er det naturlig at viktigheten av god kvalitet i pasientarbeidet også trekkes frem som et argument for å arbeide videre med pasientforløp.

Ulike yrkesgrupper kan ha ulik oppfatning av hva begrepet kvalitet innebærer. I kriterier for utvikling av pasientforløpet står det: *“Tiltakene skal være forankret i faglig evidens og god klinisk praksis, og dermed fremme pasientsikkerhet og gi målbare resultater som monitoreres og evalueres regelmessig.”* (Helse Vest 2012).

Slik vi ser dette kriteriet er det sterkt knyttet til et positivistisk vitenskapssyn, blant annet fordi tiltakene skal kunne måles. Vi har tidligere pekt på at de ulike yrkesgruppene kan ha ulike vitenskapssyn, og for leger er kvalitet ofte knyttet til målbare parameter. For denne yrkesgruppen er gode resultater gjerne et tegn på god kvalitet. Dette kommer også frem i våre intervju, blant annet fra en lege som sier: “Målinger av kvalitet er superviktig, men vi vet jo ikke om pasienten får infeksjoner når de har reist ut. De målinger vi bruker sier noe om liggetid, men det forteller oss i liten grad om kvaliteten”. En annen lege sier også at forløpet påvirker kvaliteten på den måten at man er sikker på at pasientene har vært gjennom de tingene de skal, uten feil og det han kaller ”glipptak”.

Sykepleiernes utdanning har en mer hermeneutisk forankring. Det kan bety at de er mer opptatt av helheten i menneskets opplevelse av sykdom, som tanker, følelser og tolkning, og ikke bare fakta om for eksempel operasjon og behandling. Kvalitetsbegrepet vil i denne sammenhengen omfatte kommunikasjon med pasient og pårørende, om pleieren for eksempel gir støtte og trøst slik at sykehusoppholdet oppleves som trygt. En av sykepleierne beskriver det slik: “Det viktigste er jo at pasienten er fornøyd og at de opplever det godt å være her og at de synes at de blir ivaretatt.” Uansett hvilket syn man har på kvalitet og pasientsikkerhet, viser vår undersøkelse at mange mener forløpene bidrar til å bedre disse områdene. En av våre informanter sier: “Forløpet skaper på en måte økt samarbeid på tvers av de ulike faggruppene i klinikkene som samarbeider om pasienten. Det er en kvalitetssikring i alle ledd, og det øker kvaliteten og bidrar også til en økt effektivisering.” Uttalelsen støtter oppfatningen av at forløpet bidrar til kvalitet. Det støtter også administrerende direktørs prinsipp om at god kvalitet er god ressursutnyttelse. Gjennom arbeidet med standardiserte pasientforløp øker kvaliteten, og som en følge gjøres det trolig færre feil i behandlingen. Dette gir utslag blant annet for ressursutnyttelsen. Funn fra spørreundersøkelsen viser at omtrent like mange svarer at de er litt eller svært enige i at forløpet har bidratt til bedre kvalitet og pasientsikkerhet. I intervjuene svarer

imidlertid flere av informantene at forløpet ikke har påvirket pasientsikkerheten. Det gjennomgående utsagnet er: "Nei, det har ikke påvirket pasientsikkerheten, fordi vi alltid har fokus på den." Hippokrates, den moderne skolemedisinens far sier: «primum non nocere» – fremfor alt ikke skade" (Hem, 2003). Vi tror at nettopp dette prinsippet ligger dypt forankret hos svært mange helsearbeidere og at dette uansett er deres fremste prioritet i arbeidet. De anser derfor ikke at forløpene påvirker pasientsikkerheten i vesentlig grad.

Det mest iøynefallende funnet knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet er likevel at 45 % av respondentene stiller seg nøytrale til påstanden om at kvalitet og pasientsikkerhet er bedret etter innføring av forløpet. En sykepleier sier at hun ikke kan si at de er mer opptatt av kvalitet og pasientsikkerhet nå, fordi det er noe de alltid har vært opptatt av. At så mange stiller seg nøytrale tolker vi som at kvalitet og pasientsikkerhet alltid har vært viktig for dem som jobber nært pasienten, og at de standardiserte pasientforløpene ikke har endret dette, hverken i positiv eller negativ retning. Oppfatningen er altså at pasientsikkerheten var bra også før pasientforløpene ble innført.

I teorikapittelet peker vi på at sykehuset preges av elementer fra verdibasert ledelse.

"Forbedringsprogram 2014-2016" skriver: "Det er et overordnet mål at forbedringsprogrammet skal utgjøre en forskjell for pasientene, og at kvaliteten på hvordan pasientene møtes i sykehuset skal styrkes i alle faser av pasientbehandlingen."

"Kvalitet, trygghet og respekt" er St. Olavs Hospitals verdier. Slik vi ser det ivaretar forbedringsprogrammet alle disse verdiene hvis målsettingen nås. Samme målsetting gjelder også for de standardiserte pasientforløpene. I våre intervjuer kommer det likevel frem at flere av de ansatte ikke har hørt om eller kjenner til "Forbedringsprogram 2014-2016". Det betyr at verken innhold eller målsetting er tydeliggjort for de ansatte, og dermed forblir verdier som programmet ønsker å formidle ukjente. I en undersøkelse om kjerneverdier i norske bedrifter fant Grennes (i Irgens, 2010) at kun en av ti bedrifter har verdier som kommer til syne i den daglige driften. Han peker på at årsaken til dette kan være at implementering av verdier gjennomføres i en "ovenfra-og-ned"-prosess, uten at ansatte føler seg involvert. Han sier videre at det er større mulighet for at verdier skal slå rot hos medarbeiderne dersom det skjer en sosialiseringssprosess som ikke er rask og overfladisk. Hvis man ser arbeidet med Forbedringsprogrammet og implementering av pasientforløp i samme lys, tror vi at dette også kan være tilfelle på St. Olavs Hospital. Verdien kvalitet er trolig godt forankret hos mange ansatte, men det er en mulighet for at kvalitet ikke assosieres med arbeidet med de standardiserte pasientforløpene.

6.3.2 Standardisering og samhandling/samarbeid

En ønsket effekt av det standardiserte pasientforløpet er også at det skal bidra til bedre samhandling og pasientflyt. "Samhandlingsreformen" (2012) gir tydelige signaler om at ulike ledd i helsetjenesten må samarbeide bedre og at samarbeidet skal formaliseres gjennom gode pasientforløp. Kriterier for standardiserte pasientforløp peker på at de skal være koordinerte og fremme samhandling og dermed bidra til bedre samarbeid og kommunikasjon, både internt i sykehuset, og mellom sykehus, pasienter og førstelinjetjenesten.

Den interne kommunikasjonen i sykehus kritiseres gjerne for å være mangelfull, og vår erfaring tilsier at verdifull informasjon og koordinering har sviktet i overføringen av pasienten mellom ulike aktører i forløpet. I metodikken for utvikling av standardiserte pasientforløp er det lagt opp til at et tverrfaglig sammensatt team skal samarbeide for å enes om et forløp som skal fremme samhandling, kommunikasjon og samarbeid internt i avdelingene og mellom klinikker og førstelinjetjenesten. Når nye pasientforløp skal lages, kommer disse punktene opp som en utfordring. Vi har kun undersøkt samarbeidet mellom enheter internt i St Olavs Hospital i vår undersøkelse. I samarbeid legger vi også begrepet samhandling.

Over halvparten av våre respondenter stiller seg nøytrale til utsagnet om pasientforløpet har bidratt til bedre samarbeid internt i klinikken eller med aktører utenfor. Dette kan bety at de ansatte synes samarbeidet var godt også før forløpet ble innført. En av legene sier at han ikke er helt sikker på hvordan det var før forløpet ble innført, fordi han ikke har jobbet med det lenge nok. En annen lege sier at de har et godt samarbeid allerede og at hun er usikker på om forløpet har endret det.

Over halvparten av de med kortest arbeidserfaring i klinikken stiller seg nøytrale til påstandene. Dette kan bety at de ikke har lang nok erfaring til å vite om samarbeidet internt eller eksternt er forandret. Uttalelsen fra en sykepleier underbygger dette når hun sier "Jeg opplever vel kanskje at det ikke har blitt så stor endring, i alle fall ikke det jeg merker." Teorier om kunnskapsarbeideren viser at de kan ha en tendens til å ha mest fokus på eget arbeid og mindre på hva andre gjør. Irgens (2010) peker på at profesjonelle ofte arbeider alene og autonomt, men at de også er avhengig av å kunne jobbe i et fellesskap. En av våre informanter peker på at denne arbeidsformen har lang tradisjon på sykehus, hvor den faglige autonomien trumfer det meste: "Ja, den trumfer, men den overspilles også, selvfølgelig. For det er ikke bare fag. Man bruker faget som monopolisering for avgjørelser på steder hvor faget ikke betyr så veldig mye. Det er jo en gråsone, hvor faget slutter og organisasjonen

begynner og de gamle avdelingsoverlegene trumfa jo fag over alt, og gjorde akkurat som de ville. Sofa på kontoret og alt sånt, det hadde faglig begrunnelse. Så, den faglige autonomien må man anerkjenne, men man må også anerkjenne dens grenser og det er et problem i en kunnskapsbedrift. "Hvis jeg ikke får det sånn så slutter jeg" og den stilen, ikke sant. Slik er det ikke nå, for nå jobbes det mer i bredere team og det er ikke så mange "nessekonger" og utpregede solokjørere igjen."

Utsagnet beskriver en kultur som har utviklet seg fra at mesteren, overlegen, hadde all makt til at teamarbeid og samhandling innad og på tvers av profesjoner anses som viktig. Dette er et eksempel på det Mintzberg (1993) kaller profesjonelle organisasjoner og er en videreføring av tradisjonen som legger vekt på utøverens faglige dyktighet. Slike organisasjoner kjennetegnes av høyt kompetente fagfolk som håndterer variasjoner i arbeidsoppgavene. Variasjoner kan medføre problemer i standardisering av oppgaveutførelsen. Derfor er det fagutøveren og ikke standarden som til syvende og sist er garantien for godt utført arbeid (Nasjonal lederplattform for ledelse i helseforetak, 2012). Legen sier videre: "Men det er klart, innholdet i faget er jo det viktigste og hvis det kommer på tvers av strukturer, så taper jo strukturene." Flere av våre informanter trekker frem at pasientens behov alltid vil prioriteres foran det standardiserte forløpet dersom disse er i konflikt med hverandre. Dette kan innebære en utfordring for sykehusledelsen fordi ansatte selv tar bestemmelser knyttet til pasientbehandlingen. Det stilles høye faglige krav til vurderingene når standarden skal fravikes. Avvik eller endringer i det standardiserte pasientforløpet må derfor være unntaket og ikke regelen.

Foss, Laursen og Petersen (2011) viser til at de virksomhetene som er flinkest til å utnytte samarbeid om innovasjon og nytenkning, er de virksomhetene som har mest kunnskapsdeling og belønner medarbeiderne når de deler kunnskaper. Uttalelsen fra en av legene underbygger dette: "Forbedringen presses på fra medisinsk hold, det er noe som er genuint i faget sjøl, og det er den største driveren i hele sykehussystemet, det er den faglige oppdateringen og den faglige entusiasmen og diskusjonen blant leger." Denne uttalelsen kan støtte opp om at samarbeid og tett dialog er viktig for å utvikle god kvalitet på behandlingen. Slik vi ser det kan diskusjoner rundt innholdet i pasientforløpet også ha den effekten.

Vi har pekt på at St. Olavs Hospital som organisasjon kan beskrives med Morgans (2012) organismemetafor, og sett i lys av denne er samarbeid og tilpassing viktige egenskaper i organisasjonen. Dette er lærende organisasjoner som kontinuerlig utveksler informasjon både internt og mellom samarbeidspartnere. Endringer blir normen og det vil være behov for

korrigerende tiltak hvis "kartet ikke stemmer med terrenget". Uttalelsen fra en av sykepleierne underbygger dette: "Det er noe med at du ikke bare har en yrkesgruppe, du har jo flere yrkesgrupper som samarbeider, ikke sant, og hvis de er gode på avdelingen til å diskutere, så er jo det en suksessfaktor i seg selv. Dette gir et bedre, tettere samarbeid mellom sykepleiere og leger."

I forløpet for tykktarmskreft er det forutsatt at pasienten skal diskuteres i et multidisiplinært team bestående av leger med ulike spesialiteter som kirurgi, radiologi, onkologi og patologi. Dette for at de i fellesskap skal komme frem til den beste beslutningen knyttet til pasientbehandling, og legge en god plan for den medisinske delen av forløpet. I intervjuene kom det frem at dette ikke var en arena for å diskutere logistiske utfordringer som pasientflyt og intern kommunikasjon. Disse utfordringene tok forløpsansvarlig overlege direkte med blant annet inntakskontoret, som har ansvaret for at pasienten får tildelt timer til prøver, undersøkelser eller behandling. I henhold til metodikken for utvikling av pasientforløpene (St. Olavs Hospital, 2015) står det at forløpsansvarlig har myndighet til å påpeke flaskehalsar eller ressursutfordringer i "sitt" forløp direkte til aktuell samarbeidspart, og delegering av denne myndigheten er forankret i sykehusets ledelse. Denne formen for delegering av autoritet er i overensstemmelse med en beskrivelse av kunnskapsledelse, hvor autoritetspyramiden blir snudd på hodet (Siggard Jensen, 2008). Det er forløpsansvarlig overlege som innehar ekspertkunnskap om "produksjonen", både knyttet til fag og til mer administrative funksjoner. Gjennom å gi autoritet til forløpsansvarlig har sykehusets ledelse gitt sin aksept og støtte til at forløpsansvarlig er den som ivaretar forløpet best. Denne formen for ledelse kan komme i konflikt med den tydelig hierarkiske målstyringen (Irgens 2007) som også preger arbeidet med "Forbedringsprogram 2014-2016". Mål for arbeidet er satt av toppledelsen og skal operasjonaliseres ute i organisasjonen, og som Irgens (2007) påpeker kan toppstyrte prosesser oppleves som problematisk for profesjonsutdannede medarbeidere. Men gjennom en tydelig delegering av makt til forløpsansvarlig overlege kan dette bli lettere å akseptere. Den som sitter nærmest pasienten har fått en viktig og tydelig delegert oppgave og myndighet.

6.3.3 Oppsummering

Vi mener vår undersøkelse viser at de standardiserte pasientforløpene kan bidra til økt fokus på kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling, og dette kommer frem både i spørreundersøkelsen og i intervjuene. Det mest påfallende funnet fra datainnsamlingen er likevel den høye andelen nøytrale svar. Det er grunn til å tro at dette kan skyldes at helsearbeidere alltid er opptatt av kvalitet og pasientsikkerhet i sitt daglige arbeid, og at de

mener at innføring av forløpene derfor ikke har påvirket disse momentene. Det er svært få som angir at pasientforløpet ikke har bidratt til bedre kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling. Intervjuene har vist at begrepet kvalitet kan oppfattes på ulike måter. Mange i legegruppen er opptatt av at kvalitet kan måles gjennom monitorering av kvalitetsindikatorer som eksempelvis infeksjonsrate etter operasjoner. De støtter seg til kvantitative målinger som kan fortelle om et inngrep har vært vellykket eller ikke. Flere av sykepleierne er opptatt av at kvalitet også handler om pasientens opplevelse av sykehusoppholdet, noe om ikke er like lett å måle. Begge gruppene peker på at standardisering og nedfelte prosedyrer bidrar til bedre kvalitet og pasientsikkerhet og at det er en fordel at alle har en felles kunnskapsbasert mal å følge.

Svarprofilen knyttet til standardisering og samhandling, viser en enda høyere andel nøytrale svar. I analysekapittelet presenterer vi funn som tyder på at en del av forklaringen ligger i en høy andel nytilsatte som ikke har kunnskap om hvordan samarbeidet har fungert tidligere. De ansatte med lengre erfaring gir uttrykk for at samarbeidet har vært bra også før forløpet ble innført. Få angir at forløpet ikke har bidratt positivt. I arbeidet med de standardiserte pasientforløpene skapes det en arena hvor ulike faggrupper sammen kan diskutere alle sidene av forløpet. Dette kan bidra til bedre samhandling.

Som vi tidligere har pekt på er utfordringen å følge opp de vedtak eller beslutninger som arbeidet resulterer i, og sørge for at disse implementeres i alle aktuelle enheter. Informantene våre peker på at implementeringen ikke er like godt gjennomført over alt, og at noen av de samarbeidende avdelingene ikke følger opp beslutninger knyttet til pasientbehandlingen. I lys av teorier om kunnskapsarbeidens autonomi, tror vi at det alltid vil være utfordringer knyttet til å få alle til å følge det avtalte opplegget. Selv om standardisering bidrar til samarbeid vil det ikke løse alle utfordringer knyttet til et mest mulig "sømløst" pasientforløp.

Slik vi ser det, er arbeidet med standardiserte pasientforløp på St. Olavs Hospital et eksempel på at standardisering og kunnskapsarbeid kan virke godt sammen, og bidra til flere positive effekter for pasientene. Selv om kunnskapsarbeidere setter pris på selvstendighet i yrket, viser våre data at standardisering anses som et viktig verktøy for kunnskapsdeling. Sykehuset trenger en organisasjon med standardiserte behandlingsrutiner og prosedyrer som bygger på beste praksis. Prosedyrene gir medarbeiderne en grunnmur av kunnskap. Med erfaring, trening og påfyll av ny viten vil sykehuset få gode praktikere som også bruker sin kreativitet og improvisasjon til å gi de pasientene som faller utenfor standarden den

behandling de trenger.

6.4 I hvor stor grad brukes forløpene og hva mener ansatte om dette verktøyet?

Som vi har pekt på tidligere, er arbeid med standardiserte pasientforløp stammen i St. Olavs Hospitals strategi- og forbedringsarbeid. Det er derfor svært interessant å finne ut om de ansatte faktisk bruker, og ser nytten av dette arbeidet. Forskningsspørsmålet besvares best ved å bruke følgende utsagn fra spørreundersøkelsen:

| Nr | Utsagn | Funn fra statistikk |
|----|---|---|
| 4 | Jeg bruker det standardiserte pasientforløpet for tykktarmskreft | <ul style="list-style-type: none">• 36 % svært enig• 29 % litt enig• 26 % nøytral• 2 % litt uenig• 7 % svært uenig |
| 5 | Det standardiserte pasientforløpet for tykktarmskreft har ført til endring i pasientbehandlingen, | <ul style="list-style-type: none">• 29 % svært enig• 28 % litt enig• 34 % nøytral• 7 % litt uenig• 2 % svært uenig |
| 6 | Pasientforløpet for pasienter med tykktarmskreft endres ofte. | <ul style="list-style-type: none">• 5 % svært enig• 9 % litt enig• 55 % nøytral• 22 % litt uenig• 9 % svært uenig |
| 7 | Endring i pasientforløpet for tykktarmskreft er problematisk. | <ul style="list-style-type: none">• 5 % svært enig• 19 % litt enig• 53 % nøytral• 10 % litt uenig• 12 % svært uenig |
| 8 | Pasientforløpet oppleves som et nyttig arbeidsredskap i opplæringssammenheng. | <ul style="list-style-type: none">• 27 % svært enig• 38 % litt enig• 31 % nøytral• 2 % litt uenig• 2 % svært uenig |
| 9 | Det er viktig å arbeide videre med standardisering av pasientforløp. | <ul style="list-style-type: none">• 43 % svært enig• 36 % litt enig• 16 % nøytral• 3 % litt uenig• 2 % svært uenig |

Tabell 9: Utsagn knyttet til forskningsspørsmål 4

Hovedfunnene fra datainnsamlingen viser at 65 % er litt eller svært enige i at de bruker det standardiserte pasientforløpet for tykktarmskreft. Det er også 65 % som mener at pasientforløpet er et nyttig arbeidsredskap i opplæringssammenheng. 79 % er litt eller svært enige i at det er viktig å arbeide videre med standardisering av forløp.

Flere utsagn fra intervjuene viser at det kan være forskjellige oppfatninger av begrepet "bruker". For noen av informantene betyr det "å bruke" forløpet at forløpet ligger der som noe overordnet som danner bakgrunn for de valgene de tar. For andre oppfattes ordet "bruker" mer konkret, og ved at de følger de behandlingstiltakene forløpet skisserer til punkt og prikke. Det er grunn til å tro at forskjellen i oppfatningen av ordet "bruke" også gjenspeiler seg i svarene vi har fått i spørreundersøkelsen.

6.4.1 I hvor stor grad brukes forløpene?

Så mange som 65 % av respondentene svarer at de er litt eller svært enige i at de bruker det standardiserte pasientforløpet for tykktarmskreft. 26 % stiller seg imidlertid nøytrale til denne påstanden. Som vi påpeker i analysekapittelet, kan et utsagn fra en sykepleier bidra til å belyse den store andelen nøytrale. Hun sier at forløpet for tykktarmskreft til daglig oppleves litt som "stein i skoen" fordi tiltakene som beskrives oppleves som for ambisiøse til at sykepleierne greier å gjennomføre dem. En av grunnene, sier hun, er at pasientene gjerne er i dårligere form enn forløpet forutsetter. Hun mener det er viktig at helsearbeidernes vurderinger ikke overses til fordel for at det standardiserte pasientforløpet skal følges til punkt og prikke. Hun sier videre at for henne er standarden en pekepinn og en retningslinje, men altså ikke noe hun følger slavisk.

Når de ansatte opplever at tiltakene i forløpet ikke er tilpasset pasienten, blir det nok også vanskeligere å følge dem. Denne oppfatningen underbygges av en av legene når han sier at han tror alle helsearbeidere er opptatt av at pasienten skal ha det best mulig hele tiden, uavhengig av innføring av eventuelle nye systemer. Her ser vi at ledelsens fokus på standardisering kan være en potensiell kilde til konflikt med kunnskapsarbeideres tillit til egen vurderingsevne og ønske om autonomi. Kritikere av de standardiserte pasientforløpene peker på nettopp dette som et problem; at forløpet kan komme i konflikt med behovet for å gjøre individuelle tilpasninger til hver enkelt pasient. Dette kan nok være en grunn til at noen ansatte opplever innføring av standardiserte pasientforløp som konfliktfylt.

De fleste av våre respondenter har ikke vært involvert i utarbeidelsen av forløpene og kan derfor oppleve det som at beslutninger blir tatt langt unna dem selv. En av legene stiller seg

kritisk til Helsedepartementets nasjonale innføring av pakkeforløp. Han har hatt en sentral rolle i utviklingen av forløpet for tarmkreftpasienter på St. Olavs Hospital og det kan være en grunn til at han er positiv til det eksisterende forløpet. Pakkeforløpene er derimot utviklet av sentrale helsemyndigheter og overlegen har større problemer med å akseptere innføringen av disse. De nye pakkeforløpene oppleves som noe de "får tredd nedover hodet". Grunnen til denne opplevelsen kan være manglende deltagelse i utarbeidelsen i de nasjonale pakkeforløpene.

Sjekklistene på sengeposten er utarbeidet blant annet for at sykepleierne skal dokumentere at tiltakene i forløpet er gjennomført. Når det på noen sjekklister kun er fem punkter av 47 som er utfylt, kan man spørre seg om det kun er sjekklister som ikke brukes, eller om hele det standardiserte pasientforløpet ignoreres. På preoperativ poliklinikk er utfyllingsgraden høy. Seksjonslederen viser stor tro på sjekklister som dokumentasjon. Det virker naturlig å tro at hun derfor også bruker tid på å informere de ansatte om hvordan listene skal brukes, og at det er viktig at de blir riktig utfylt. Hun har dessuten få ansatte å forholde seg til og dette kan være et godt eksempel på at mikroledelse, som er omtalt tidligere i drøftingskapittelet, eller det å organisere arbeidet i kliniske mikrosystemer når nye prinsipper skal innføres, kan gi gode resultater.

6.4.2 Endring på grunn av innføring av pasientforløpene

Både i spørreundersøkelsen og i intervjuene har vi vært opptatt av hva de ansatte mener om endringer som følge av innføring av det standardiserte pasientforløpet. Når forløpet gjennomgås med tanke på mulige forbedringer, vil det kunne føre til endringer i rutiner, oppgavefordeling og samarbeidsrelasjoner. Flertallet av de ansatte er enige i at forløpet har ført til endringer i pasientbehandlingen. Påstanden om forløpet endres ofte og om dette oppleves som problematisk har imidlertid 55 % nøytrale respondenter. Den høye andelen nøytrale kan forklares med at respondentene ikke kjenner til om forløpet endres ofte og heller ikke om endringer er problematiske.

Cummings og Worley (2009) peker på at endringsarbeid må være forankret i ledelsen. De standardiserte pasientforløpene ser ut til å være svært godt forankret på alle ledelsesnivå på St. Olavs Hospital. Som vi pekte på tidligere i dette kapittelet, er vi imidlertid noe mer spørrende til arbeidet som legges i å implementere de standardiserte pasientforløpene. Vi mener at implementeringen først er vellykket når forløpet blir tatt i bruk av klinikere som arbeider nær pasienten; de som representerer "den spisse enden". Noen informanter peker på at rollen som forløpsansvarlig overlege er mindre synlig etter at det standardiserte

pasientforløpet var ferdig utarbeidet. En av informantene mener imidlertid at forløpsansvarlig overlege er svært synlig, og til stede også etter at det standardiserte pasientforløpet er ferdigstilt. Dette harmonerer også godt med det forløpsansvarlig selv sier, når han forteller om tett dialog med inntakskontoret om ulike sider ved forløpet.

Stacey (2008) peker på at dialog og kommunikasjon mellom medarbeidere er viktig i oppstart og gjennomføring av en strategi eller endringsprosess. Ifølge ham er et vellykket endringsarbeid uavhengig av god forankring i ledelsen. Han mener at all strategi bør vokse frem i dialog med medarbeiderne, og at endringsarbeid ikke kan styres av ledelsen. Utsagnet fra en lege støtter til en viss grad Stacey's syn når han sier at når toppledelsen gir ham et verktøy, så ser han på det og blir selvfølgelig tvunget til å innføre det. Han innfører det imidlertid på sin egen måte, blant annet ved å snakke med medarbeiderne for å skape en forståelse for hvorfor verktøyet er viktig. Dette er et godt eksempel på at strategien vokser frem i dialog mellom medarbeidere, og at endringsarbeid ikke kan styres av ledelsen fordi medarbeiderne innfører strategien på "sin måte". Som Lines (2011) peker på, vil en strategi ikke tas i bruk dersom kunnskapsarbeideren ikke er motivert. Det er rimelig å være enig med Stacey (2008) i at dialog og kommunikasjon mellom medarbeidere er viktig i oppstart og gjennomføring av en strategi eller endringsprosess. Det er på samme tid vanskelig å se hvordan en så stor organisasjon som St. Olavs Hospital skulle oppnå ønskede resultater uten en viss styring og ledelse. Sykehusets strategi og arbeid med pasientforløp er blant annet svar på utfordringer knyttet til tilpasninger og utvikling. Strategisk ledelse i sykehuset er forskjellig fra dag-til-dag- ledelse fordi den må håndtere en større kompleksitet, være mer overordnet og favne alle enheter i sykehuset. Dersom Stacey's teori alene skulle legges til grunn for å initiere endring, ville det kreve en så stor indre motivasjon for endringsarbeid blant alle ansatte at vi er i tvil om dette er mulig å oppnå i en så stor organisasjon som St. Olavs Hospital.

6.4.3 Nytte av standardiserte pasientforløp

Som det store flertallet av respondentene er en av legene vi intervjuet overveiende positiv til det standardiserte pasientforløpet, til tross for at han ikke har vært involvert i utarbeidelsen. Fordi han opplever at forløpet er til pasientens beste, ser han fornuften i å følge tiltakene som skisseres. I intervjuet sier han: "Nytten ser jeg absolutt for pasientenes del fordi det bidrar til å følge ERAS-opplegget". I legens øyne er opplegget godt dokumentert av fagfolk han respekterer, og derfor fornuftig å følge til tross for at bestemmelsen om at de skal innføres ikke er tatt av ham selv. Denne holdningen ser vi også hos flere av de ansatte,

uavhengig av om de har bidratt i utarbeidelsen av forløpet eller ikke. Flere peker blant annet på det positive i at pasientene får god informasjon før operasjonen, slik at de vet hva som kommer til å skje i løpet av den tiden de er innlagt på sykehuset.

En av lederne opplever også at det standardiserte pasientforløpet er et godt styringsverktøy. Hun sier at det brukes aktivt for å få de ansatte til å forstå at tiltakene de gjør på sengeposten er en del av en større helhet.

Intervjuene gir inntrykk av at legene har en noe mer positiv holdning til forløpet enn sykepleierne. En grunn til dette kan være forskjell i organisasjonskultur. Morgan (2012) peker på at sosial samhandling og ulike verdisystemer kan være årsak til at det oppstår forskjellige virkeligheter innenfor samme organisasjon. Profesjon kan blant annet ha stor betydning for de verdiene som preger en organisasjon eller deler av den. I dette ligger blant annet at man som yrkesutøver har tatt et bevisst valg om at noe er godt og noe annet er dårlig og dette følger gjerne naturlig av grunnleggende antagelser hos den enkelte (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Det er naturlig å anta at verdier kan oppstå blant annet som resultat av utdanning og at dette kan bidra til å forklare forskjellen vi ser mellom sykepleierne og legene i denne sammenhengen. En annen mulig forklaring kan være at legenes argumenter tradisjonelt oftere lyttes til av ledelsen. Legene kan derfor gjerne oppleve at de har mer innflytelse enn sykepleierne opplever. Til tross for stor variasjon i hvor mye de ansatte bruker det standardiserte forløpet, angir flertallet av respondentene at de er positive til det. De ser nytten av det som opplæringsverktøy og støtter videre arbeid med forløp i klinikken. Begrunnelsene for den overveiende positive holdningen er flere. De ansatte ser at pasientene drar nytte av forløpet, det er et godt styringsverktøy for ledelsen, det gjør det lettere å allokere personell etter behov, og det er et nyttig verktøy i opplæring av blant annet nytilsatte. En sykepleier sier det slik: "Det er jo det som er den beste behandlingen. Det er fint at det er nedfelt på papiret og at vi er pålagt å følge det. Pluss at det er jo bedre for oss som jobber med det også, at vi har klare retningslinjer for det vi vet skal gjøre og at vi har en suksessoppskrift vi kan følge."

Etter vår mening kan standardiserte pasientforløp bidra til å legge et grunnlag for at nye helsearbeidere raskere blir dyktige fordi de relativt greit kan få en faglig basis og slik opparbeide en trygghet i jobben. Dyktige yrkesutøvere viktige fordi de er i stand til å reagere riktig i uventede situasjoner gjennom arbeidsdagen. De er ikke lenger kun styrt av regler og "det som står i boka". De har blitt det Irgens (2010) kaller reflekterte praktikere.

6.4.4 Hva hvis forløpet ikke følges?

Selv om resultatet fra spørreundersøkelsen viser en positiv holdning til forløpet, er det også en stor andel respondenter som stiller seg nøytrale til flere påstander. Slik vi tolker disse uttalelsene kan dette tyde på at en del av dem ikke bruker forløpet. En årsak kan være at bruken gjerne er kontekstavhengig. Slik noen intervju viser vurderer de ansatte pasientens tilstand fortløpende og denne vurderingen avgjør om hele eller deler av forløpet kan følges eller ikke. En overordnet føring i alle pasientforløp er helsearbeiderens vurderinger og hensynet til pasientenes behov. Individuelle tilpassinger skal derfor alltid gjøres hvis helsearbeideren finner det nødvendig.

Det er imidlertid en realitet at forløpet ikke alltid brukes til tross for at pasienten har nytte av det standardiserte behandlingsopplegget. Hvilke grep tar ledelsen hvis det viser seg at forløpet ikke tas i bruk uten medisinsk begrunnelse, og hvilke verktøy har ledelsen for å bidra til at det brukes?

I "Forbedringsprogram 2014-2016" har sykehusets toppledelse gitt en tydelig instruks om innføring av standardiserte pasientforløp. Slik vi ser det, kan dette minne om hierarkisk målstyring hvor overordnede mål utarbeides av toppledelsen og formidles til hele organisasjonen (Irgens, 2010). Denne formen for ledelse kan oppleves som problematisk for profesjonsutdannede fordi kunnskapen om oppgavene som skal løses ligger hos de ansatte og ikke hos toppledelsen. Slik vi ser det, løser St. Olavs Hospitals øverste ledelse denne utfordringen ved å peke på mikroledelse. Gjennomføringen må skje i "den spisse enden". Dette virker som en fornuftig tilnærming fordi de egentlige verdiene i helsevesenet skapes i den direkte pasientkontakten. Endringsarbeidet må i all hovedsak skje nært pasienten (Tholstrup, 2009). Autoritetspyramiden må snues opp ned og ledelsen må gi de ansatte et klart ansvar for at forløpene brukes.

I teoridelen beskriver vi selvledelse som et godt verktøy for ledelse av kunnskapsarbeidere. De ansatte tar selv aktiv del i ledelsesprosessen (Irgens & Wennes, 2011:145). Med denne formen for ledelse arbeider og leder de ansatte seg selv innen gitte rammer (Sandvik, 2011). Slik får de økt bevissthet om hvordan egen adferd påvirker måloppnåelsen (Busch, i Irgens & Wennes, 2011) og dette kan være en viktig faktor for at de ansatte skal ta i bruk forløpene. For å sette de ansatte i stand til å lede seg selv, kan relasjonell ledelse (Irgens 2010), med gode relasjoner mellom ledere og ansatte i alle lag av organisasjonen være et godt verktøy. De ansatte får ansvar for at planer og strategier gjennomføres. Slik kan informasjon og erfaring fra bruk av forløpet formidles i det som best beskrives som en tokretsrelasjon fra

leder til ansatt tilbake til leder.

Når rundt 25-30 % av respondentene stiller seg nøytrale til påstandene om bruk av forløpet, kan dette være et uttrykk for manglende ansvarliggjøring. Flere informanter peker på at de tidvis velger å ikke følge forløpet. Siden forløpsarbeid er en del av St. Olavs Hospitals uttalte strategi er det naturlig å spørre seg om det får konsekvenser for de ansatte på alle nivå når forløpene ikke tas i bruk. Så langt vi kjenner St. Olavs Hospital er sanksjoner mot ansatte som ikke følger prosedyrer lite vanlig. Klinikklederne er, i sin avtale med sykehusdirektøren, ansvarlige for å nå klinikkens mål. Utvikling og bruk av standardiserte forløp er uttalte mål i disse arbeidsavtalene. Det er derfor et lederansvar å sørge for at forløpene brukes.

Innføring av standardiserte pasientforløp krever endring, læring og tilpassing av organisasjonen, og deler av arbeidet kan sidestilles med en organisasjonsendring. Det er viktig ikke å undervurdere de anstrengelsene dette arbeidet krever (Balogun, 2001). Endringsarbeid krever at den enkelte ansatte er i stand til å tilpasse seg de endringene som kreves. Endring tar tid, og det viktig å ikke forhaste seg i arbeidet. Endring hos den enkelte ansatte krever kommunikasjon, undervisning, øvelse og, ikke minst, støtte. Ledelsen må, på sin side, være forberedt på å støtte og hjelpe sine medarbeidere gjennom endringsprosessen og altså utøve relasjonell ledelse (Balogun, 2001).

St. Olavs lederprogram peker på at det er lederens ansvar å angi retning, definere mål og kommunisere forventninger, være til stede, ha tid til å motivere, støtte og utfordre (Nasjonal plattform for ledere i helseforetak, 2012). Disse momentene er viktige for å lykkes med implementering. Forløpene er ment som et virkemiddel for å oppnå struktur, standard, kvalitet og pasientsikkerhet, men ut fra våre funn ser det ut til at det får liten eller ingen konsekvens å ikke følge forløpet. Hvis St. Olavs Hospital skal lykkes i innføring av standardiserte pasientforløp, er det viktig at den øverste ledelsen fremholder at dette arbeidet krever en kollektiv innsats fra alle deler av organisasjonen.

6.4.5 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett at 65 % av de spurte bruker det standardiserte pasientforløpet for tykktarmskreft. En del kan imidlertid også oppleve forløpet som "stein i skoen" i hverdagen, noe som kan bidra til å forklare at over en fjerdedel av respondentene stiller seg nøytrale til denne påstanden. Tiltakene forløpet beskriver oppleves tidvis som i overkant ambisiøse på pasientenes vegne, og dette kan være en av grunnene til at det er vanskelig å gjennomføre

tiltakene til punkt og prikke. Det er altså ofte behov for å gjøre justeringer for å tilpasse tiltakene til den enkelte pasienten. Forløpet kan derfor oppleves mer som en pekepinn og en bruksanvisning enn som noe som skal følges slavisk. Dette kan gi en oppfatning av at man som yrkesutøver ikke er forpliktet til å følge forløpet. Vi har også sett at sjekklister som er utarbeidet for bruk blant annet på sengepost, brukes noe sporadisk og vi spør oss om dette er et tegn på at tiltakene i det standardiserte pasientforløpet ikke gjennomføres. Et mulig alternativ kan være at tiltakene gjennomføres uten at det krysses av på listene.

De aller fleste respondentene er imidlertid enige i at det standardiserte pasientforløpet er nyttig fordi det er til pasientens beste. Blant annet bidrar det til innføring av ERAS-prinsippet. Pasientene er altså tilstrekkelig utredet og godt informert før operasjonen. Videre kan forløpet brukes både som styringsverktøy og i opplæringsammenheng, noe som flere av informantene i intervjuene fremholder som positivt.

De standardiserte pasientforløpene er en del av St. Olavs Hospitals strategi og godt forankret i sykehusledelsen. I følge Stacey (2008) hjelper det imidlertid ikke med en strategi eller målsetting godt forankret på toppen, hvis den ikke har vokst frem som et resultat av kommunikasjon mellom de ansatte. Vi mener imidlertid at det er vanskelig å lene seg kun på fremvoksende strategier i en så stor organisasjon som St. Olavs Hospital og at sykehusledelsen sammen med ledelsen på klinikknivå må spille en tydelig rolle i utvikling av overordnede strategier.

7 Oppsummering

Bakteppet for denne avhandlingen har vært et ønske om å studere ulike sider ved innføring og bruk av de standardiserte pasientforløpene på St. Olavs Hospital. Vi har i vår problemstilling vært opptatt av hvordan klinisk endring og organisatorisk læring gjennomføres med det standardiserte pasientforløpet for tykktarmskreft som verktøy.

St. Olavs Hospital er en kunnskapsorganisasjon og arbeidsstokken er høykompetente, autonome kunnskapsarbeidere. Oppgavene knyttet til sykehusets "Forbedringsprogram 2014-2016" er store og krever innsats fra alle profesjoner i organisasjonen. De medisinske profesjonene danner grunnlag for driften av sykehus og er derfor basis for all pasientbehandling og pleie. Disse profesjonenes syn på viten og kunnskap vil derfor alltid stå sterkt i helsevesenet. Etter vår mening er dette både riktig og viktig! Det er imidlertid mange yrkesgrupper med andre syn på viten og kunnskap i et sykehus. Foreleserne på MKL-studiet stadig pekt på viktigheten av å kunne se verden fra ulike ståsted og med ulike «briller». Vi sa derfor tidlig i avhandlingen at det er viktig å kunne ha to tanker i hodet samtidig og være i stand til å se organisasjonen fra forskjellige perspektiver. Vi valgte derfor å bruke både kvantitativ og kvalitativ metode i datainnsamlingen. Utgangspunktet for valg av teori var også bakgrunn i ulike forskningstradisjoner og perspektiver.

Vi har laget fire forskningsspørsmål for å svare på problemstillingen. En spørreundersøkelse og intervju gjennomført i løpet av høsten 2014 og vinteren 2015 er datagrunnlaget konklusjonene baseres på.

I forskningsspørsmål 1 var målet å undersøke hvordan de standardiserte pasientforløpene bidrar til kunnskapsdeling. Ved å innta to ulike perspektiver med utgangspunkt i ulike vitenskapssyn belyste vi det strukturelle og det prosessuelle perspektivet på kunnskap og kunnskapsdeling. Perspektivene kan oppfattes som motsetningsfylte og i strid med hverandre. Drøftingen viser imidlertid at det ikke nødvendigvis er slik. Eksplisitt, kodifisert kunnskap i form av eksempelvis standardiserte pasientforløp kan bidra til et godt faglig grunnlag for autonome og selvstendige kunnskapsarbeidere. Samtidig er det uhyre viktig at verdien av den tause kunnskapen ikke ignoreres. Denne lar seg ikke overføre fra en person til en annen kun via koder eller ord. Her viser litteraturen at praksisfellesskap eller mester-svenn-læring er mer fruktbare tiltak. Vi ser med bekymring på at krav til effektivitet i dagens helsevesen ser ut til å gå utover muligheten for å drive mester-svenn-læring og dermed overføring av taus kunnskap. Dette kan forårsake at vi mister verdifull kunnskap som vanskelig lar seg kodifisere og som burde komme pasientene til gode.

Måling og motivasjon var tema for forskningsspørsmål 2. Årsaken til at vi var nysgjerrige på om målinger motiverer er det fokus målinger får i oppfølging av standardiserte pasientforløp, og at teorien om forbedringsprosesser også peker på dette som viktige suksessfaktorer i arbeidet. På forhånd hadde vi en oppfatning av at måling ikke ville være et motivasjonsmoment for de ansatte. Helsepersonell har kritisert blant annet New Public Management i helsevesenet, hvor måling og rapportering står sentralt. Resultater fra spørreundersøkelsen viser imidlertid en overveiende positiv holdning til målinger. Data fra intervjuene støtter resultatene. Vi har imidlertid fått en klar oppfatning av at ansatte mener at kvalitet er viktigere å måle enn forløpstid. Måling av kvalitetsindikatorer motiverer mer enn måling av forløpstid, og dette kan bety at måling av kvalitet gir mening for de ansatte.

Pasientforløpene skal bidra til økt kvalitet, pasientsikkerhet og samarbeid og dette var tema for forskningsspørsmål 3. Flertallet i undersøkelsen mener at kvalitet og pasientsikkerhet er endret til det bedre ved innføring av det standardiserte pasientforløpet. Det mest overraskende funnet er det store antallet som stiller seg nøytrale til påstandene om kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling. Dette kan ha flere årsaker, men for oss peker to grunner seg ut. Den ene er at en stor andel nytilsatte som ikke kan uttale seg om hvordan situasjonen har vært før, deltok i undersøkelsen. Den andre årsaken til at de svarer nøytralt kan være at situasjonen knyttet til sikkerhet, kvalitet og samhandling har vært bra også før innføringen av forløpet.

I fjerde forskningsspørsmål var nytte og bruk av forløpet tema. Et kriterium for at forløpene skal gi ønsket effekt, er at de ansatte som arbeider nær pasientene ser nytten av dem, slutter seg til dem, deler kunnskapen med sine kolleger og aktivt deltar i revisjon av eksisterende forløp og utforming av nye. Resultatene fra analysen viser at de ansatte både ser nytten av forløpet og at de til en viss grad bruker det i hverdagen. Funnene våre kan imidlertid tyde på at implementeringsarbeidet har fått noe mindre fokus enn utarbeidelsen av det aktuelle forløpet.

Hovedintrykket fra vår forskning er at de standardiserte pasientforløpene har bidratt til klinisk endring og organisatorisk læring på ulike områder i Kirurgisk klinikk på St. Olavs Hospital. Noen utsagn fra intervjuene er imidlertid mer kritisk til forløpsarbeidet. Vi kunne kanskje fått et enda mer nyansert bilde dersom vi hadde intervjuet et større antall ansatte. Metodetriangulering har uansett bidratt til økt kunnskap om innføring av standardiserte pasientforløp.

De standardiserte pasientforløpene vil være et satsingsområde for helsetjenesten i Norge i flere år fremover. Helsedepartementet holder pakkeforløp, pasientens medvirkning og samhandling frem som bærebjelker i fremtidens helsevesen. Det er ikke rom for å sløse verken med pasientenes eller behandlernes tid og ressurser. Standardiserte pasientforløp skal bidra til at sykehusene oppnår målsettingene for kvalitet og effektivitet som formuleres av de nasjonale helsemyndighetene. Hvis de standardiserte pasientforløpene skal danne grunnlag for en kunnskapsbasert praksis på sykehusene, vil det være behov for et stort fokus på implementering av forløpene ute i klinikkene.

Litteraturliste

Aglen, B. & Arntsen, L. (2015). *Pasientsikkerhet i sommerferien*. Kronikk i Adresseavisen, Trondheim, 25.06.2015, s.34

Balogun, J. (2001). *Strategic change*. Management Quarterly, part 10. Januar 2001, s. 2-11

Barrett, F.J (1998): *Creativity and improvisation in Jazz and Organizations*. I: Organizational Science 9, s. 605-621

Bolman, L.G. & Deal, T. (1998). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse, strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oslo: Ad Notam Gyldendal Norsk Forlag

Brandrud, A.S., Helljesen, G.S., Hjortdal, P., Nelson, E., Nyen, B. & Schreiner, A. (2009). *Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members*: British Medical Journal of Quality and Safety
<http://qualitysafety.bmj.com/content/20/3/251.full>

Byrkeflot, H. (2002). *Ledelse på norsk: motstridende tradisjoner og idealer?* I: Skogstad, A. & Einarsen, S. (red). *Ledelse på godt og vondt – Effektivitet og trivsel*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 41-61

Busch, T. (2011). *Verdibasert ledelse i offentlige kunnskapsorganisasjoner*. I: Irgens, E. J. & Wennes G. (red.). *Kunnskapsarbeid - om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget, s.141 - 153

Børve, H. E. (2011). *Kunnskapsledelse i globale organisasjoner*. I: Irgens, E. J. & Wennes, G. (red). *Kunnskapsarbeid - om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 90-102

Christensen, P.H. & Foss, N.J. (2011). *Utfordringer ved motivasjon og ledelse av kunnskapsarbeidere*. Magma 3/2011 <http://www.magma.no/utfordringer-ved-motivasjon-og-ledelse-av-kunnskapsarbeidere>

Cummings, T. G. & Worley, C. G. (2009). *Organization Development and change, 9. th edition*. Mason, Ohio: West Publishing Company

Dansk Sundhedsinstitut, Center for Kvalitet og Danske Regioner. (2010). *Introduktion til kliniske mikrosystemer, 2. udgave*
http://www.regioner.dk/Publikationer/Sundhed+og+sygehuse/~/_media/Publikationer/Sundhed/Intro%20til%20kliniske%20mikrosystemer%202_udg.ashx

Dehlin, E. (2011). *Klokskapens pragmatikk - om kunnskapslederrollen*. I: Irgens, E. J & Wennes, G. (red). *Kunnskapsarbeid - om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 62 - 75

Dreyfus, H. & S. (1999). *Mesterlære og eksperters læring*. I: Nielsen, K & Kvale, S. *Mesterlære – læring som sosial praksis*. Kompendium til modul 5, s. 52-70.

- Everett, E.L. & Furseth, I. (2004). *Masteroppgaven: hvordan begynne - og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget
- Foss, N.J., Laursen, K. & Pedersen, T. (2011). *Linking Customer Interaction and Innovation: The Mediating Role of New Organizational Practices*. *Organization Science* Vol. 22, No. 4, July–August 2011, s. 980–999
- Gotvassli, K. Å. (2011). *Den gode prestasjon - rasjonalitet eller intuisjon, teft og følelser? I: Irgens, E. J. & Wennes, G. Kunnskapsarbeid - om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 42-59
- Gourlay, S. (2006). *Towards conceptual clarity for "tacit knowledge": a review of empirical studies*. *Knowledge Management Research & Practice* (2006) 4, s.60-69
- Greve, K. (2009). *Perspektiv*. I: Store Norske Leksikon. Hentet 15.10.2014.
<https://snl.no/perspektiv>
- Gundersen, D. & Halbo, L. (2014) *Kvalitet*. I: Store norske leksikon. Hentet 21.08.2015
<https://snl.no/kvalitet>
- Gundersen, B. I. & Hillestad, T. (2001). *Fra hierarki til selvstyrte team*. *Magma* 1/2001
<http://www.magma.no/fra-hierarki-til-selvstyrte-team>
- Heggholmen, K. (2014). *Fra drittdårlig til lærende lederskap*. Bergen: Fagbokforlaget
- Hell, J. & Howard, D. (2006). *Integrated Care Pathways in Mental Health*. London: Churchill Livingstone Elsevier
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for kreft*
<https://helsedirektoratet.no/kreft/nasjonale-handlingsprogrammer-for-kreft>
- Helse Midt-Norge RHF. (2014). *Regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2010). *Strategi 2030*. <http://www.helse-midt.no/Aktuelt/Strategi-2020/100385/>
- Helse Midt-Norge RHF. (2010). *Metodikk for utvikling av standardiserte pasientforløp*.
- Helse Midt-Norge IT. (2015). *Elektronisk standardisert pasientforløp. Optimaliserte pasientforløp med monitorering og visualisering*.
- Helse Vest. (2012). *Forløpshåndbok. Hvordan utarbeide, innføre og følge opp standardiserte pasientforløp*. http://www.helse-vest.no/no/FagOgSamarbeid/pasienttryggleik/Documents/Handbok_i_standardiserte_pasient_forlop.pdf

- Helsetjenesteaksjonen - mennesket først. (2013). <http://helsetjenesteaksjonen.no/>
- Hem, E. (2003). *Tilbake til Hippokrates?* Tidsskrift for den Norske Lægeforening 2003. 123:3577 – 8
- Hildebrand, S. *Bæredyktig ledelse - ledelse og organisasjonsutvikling i et fremtidsperspektiv.* (foredrag på St Olavs Hospital 12.03.2012)
- Hislop, D. (2013). *Knowledge management in organizations: a critical introduction.* Oxford: Oxford University Press.
- Hitland, S. (2011). *Feminisering av kunnskapsorganisasjoner.* I: Irgens, E. J. & Wennes, G. Kunnskapsarbeid - om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner. Bergen: Fagbokforlaget, s. 76-86
- Holmen, H. (2014). *Kunnskap.* I: Store Norske Leksikon. Lastet ned 21.10.2014 <https://Storenorskeleksikon.no/kunnskap>
- Holtan, G. (2013). *Kan motivasjon og engasjement læres?* Ledernytt, mai 2013. <http://ledernytt.custompublish.com/kan-motivasjon-og-engasjement-laeres.5207525-112529.html>
- House, R. I. (1996). *Path-goal Theory of leadership; Lessons, legacy and a reformulated theory.* Leadership Quarterly 7, s. 323-352
- Institute for healthcare improvement. (2003). *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement.* Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvements
- Irgens, E. J. (2000). *Den dynamiske organisasjon. Ledelse og utvikling i et arbeidsliv i forandring.* Abstract forlag
- Irgens, E. J. (2006): *Nødvendig eller uansvarlig?* I: Steinsholt, K. & Sommerro, H. (red). Improvisasjon. Oslo: Damm
- Irgens, E. J. (2010). *Profesjon og organisasjon. Å arbeide som profesjonsutdannet.* Bergen: Fagbokforlaget
- Irgens, E. J. (2011). *Dynamiske og lærende organisasjoner. Ledelse og utvikling i et arbeidsliv i endring.* Bergen: Fagbokforlaget
- Irgens, E. J. & Wennes, G. (2011). *Kunnskapsarbeid: om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner.* Bergen: Fagbokforlaget
- Jacobsen, D. I. (1998). *Motstand mot forandring, eller: 10 gode grunner til at du ikke klarer å endre en organisasjon.* Magma 01/1998. <http://www.magma.no/motstand-mot-forandring-eller-10-gode-grunner-til-at-du-ikke-klar-aa-endre-en-organisasjon>

- Jacobsen, D. I. (2012). *Organisasjonsendring og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget
- Johannessen, A., Tufte P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johnson, G., Scholes, K. & Wittington, R. (2008). *Exploring Corporate Strategy*. Lombarda: Prentice Hall.
- Jones, D. & Mitchell, A. (2006). *Lean Thinking for the NHS*. London: NHS Confederation.
- Kehlet, H. (2014). *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS): good for now, but what about the future?* Canadian Journal of Anesthesia. February 2015, Volume 62, Issue 2, s. 99-104
- Klev, R. & Levin, M. (2004). *Forandring som praksis. Læring og utvikling i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Krogh, G. von, Ichijo, K. & Nonaka, I. (2001). *Slik skapes kunnskap*. Oslo: NKS-forlag
- Krogstad, U., Ormstad, S., Norderhaug, I.: *Målstyringsverktøy i sykehus* (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 19-2007.)
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/M%C3%A5lstyringsverkt%C3%B8y+i+sykehus.1124.cms>)
- Kudsk, A., Lund, M., Lindegaard, B. & Quist, P. (2010). *Introduktion til kliniske mikrosystemer*. I: *Introduktion til Kliniske mikrosystemer. Kvalitetsudvikling med patienten i praksis*. Dansk Sundhedsinstitut, Center for Kvalitet og Danske Regioner.
- Lai, L. (2011) *Kompetansemobilisering og egenmotivasjon*. Magma 3/2011.
<http://www.magma.no/kompetansemobilisering-og-egenmotivasjon>
- Lines, R. (2011). *Forskningsbasert viten om motivasjon av kunnskapsarbeidere*. Magma 3/2011. <http://www.magma.no/forskningsbasert-viten-om-motivasjon-av-kunnskapsarbeidere>
- Markussen, H. (2010). *Videreutvikling og ledelse av kliniske mikrosystem ved Lungeavdelingen*, Utviklingsprosjekt Nasjonalt topplederprogram kull 9, 2010.
<http://www.helse-midt.no/upload/Topplederprogrammet/Utviklingsprosjekt/Kull%2009/Markussen%20Heidi.pdf>
- Mintzberg, H. & Waters, J. A. (1985). *Of Strategies, Deliberate and Emergent*. Strategic Management Journal; Juli-Sept, Vol. 6 Issue 3, s.257-272
- Morgan, G. (1998). *Organisasjonsbilder: innføring i organisasjonsteori*. Oslo: Universitetsforlaget

Nasjonal plattform for ledere i helseforetak. (2012) http://www.helse-midt.no/upload/Topplederprogrammet/Plattform/Rapport_Nasjonalplattformforledelse_web.pdf

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B, Nordheim, L.V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert – en arbeidsbok*. Oslo: Akribe

Nyeng, F. (2004). *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt Forlag

Nielsen, J. C. R., & Repstad, P. (2006). *Når mauren også skal være ørn. Om å analysere sin egen organisasjon*. I: Nyeng, F. & Wennes, G. (2006). (red). Tall, tolkning og tvil. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, s. 245-278

Peter, L. J. (1977). *Peter's Quotations: Ideas for Our Time*, Collins Reference

Regjeringen. (2014). *Samhandlingsreformen i kortversjon*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>

Regjeringen. (2011). *Krav til bedre og raskere kreftbehandling*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/krav-til-bedre-og-raskere-kreftbehandling/id649929/>

Rennemo, Ø. (2006). *Levér og lær: aksjonsbasert utvikling i resultatorienterte organisasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.

Revang, Ø. & Sørensen, B. A. (1995). *Ledelse og management i norsk sammenheng – historiske betraktninger og fremtidige utfordringer*, BETA, 2/95, s. 31-43

Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold – Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Røykenes, K. (2008). *Metodetriangulering – et metodisk minefelt eller en berikelse av fenomener?* Sykepleien Forskning 2008 3 (4), s. 224-226
<https://www.nsf.no/forskning/forskningsartikkel/125671/metodetriangulering-%20et-metodisk-minefelt-eller-en-berikelse-av-fenomener?>

Sandvik, A. (2011). *Ledelse av kunnskapsarbeid*. Tidsskriftet Magma 3/2011, s. 56-63
<http://www.magma.no/ledelse-av-kunnskapsarbeid>

Schein, E. H. (1990). *Organizational culture*. American Psychologist, vol. 45 (2), Feb 1990, s. 109-119 [10.1037//0003-066X.45.2.109](https://doi.org/10.1037//0003-066X.45.2.109)

Siggard Jensen, H. (2008). *Management and Learning in the Knowledge Society*. I: Journal of Regional Analysis & Policy. 38, nr. 2, s.130-37
<http://www.jrap-journal.org/pastvolumes/2000/v38/F%2038%202%204.pdf>

Siggaard Jensen, S., Mønsted, M. & Fejfer Olsen, S. (2004). *Forskellige syn på viden og videndeling*. I: Viden, ledelse og kommunikation. s. 37-72 Kompendium modul 5.
Stacey, R. D. (2008). *Hvordan kunnskap vokser frem. Et kompleksitetsperspektiv på læring*

og kunnskapstenkning. Oslo: Gyldendal Akademisk

Stiklestad, T. *Forelesningsnotat fra samling 4 MKL. Ulike perspektiver på strategi. Strategisk ledelse - strategibegrepet og strategimodeller*. Våren 2013.

Store norske leksikon. (2015). Hentet 25 mai 2015. https://Store norske leksikon.no/taus_kunnskap.

Store norske leksikon. (2015). Hentet 13. juli 2015. <https://Store norske leksikon.no/implementere>.

St. Olavs Hospital. (2013). *Forbedringsprogram 2013*. <https://ekstranett.helse-midt.no/1010/Sakspapirer/41-12%20Vedlegg%202%20Forbedringsprogram%20for%202013.pdf>

St. Olavs Hospital. (2013). *Forbedringsprogram 2014-2016*. <https://ekstranett.helse-midt.no/1010/Sakspapirer/44-13%20Vedlegg%201%20Forbedringsprogram%202014%20-%202016.pdf>

St. Olavs Hospital. (2013). *Beskrivelse av metodikk for standardiserte pasientforløp* <http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/stolav/nettverk/Forbedringsprogrammet/Arbeids pakke%201/Beskrivelse%20av%20metodikk%20for%20standardiserte%20pasientforl%C3%B8p.doc>

St. Olavs Hospital. (2014). *Standardisert perioperativt forløp ved elektiv colonkirurgi*. http://www.stolav.no/ftp/stolav/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_16218/more.html

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tholstrup, J. (2010). *Kliniske mikrosystemer som ledelsesfilosofi*. Dansk Sundhedsinstitut, Center for Kvalitet og Danske Regioner.

Tjora, A. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Yukl, G. A. (2005). *Leadership in Organizations*. Prentice Hall.

Westeren, K.I. (2010). *Kunnskap og konkurransevne hos Aker Verdal*. Steinkjer: HINT utredning 119.

Aadland, Einar (2005). *Verdiklemma i offentlig sektor. Kronikk i Dagbladet 23.01.2005* <http://www.dagbladet.no/kultur/2005/01/23/421118.html?tipsmsg=1#tips>

Oversikt figurer og tabeller

Figur 1: Demings sirkel

Figur 2: Skjematisk oversikt over trinn i forløpsmetodikken

Figur 3: Forbedringsprogrammet 2014-2016, St Olavs Hospital

Figur 4: hentet og oversatt fra "Introduktion til Kliniske mikrosystemer Kvalitetsudvikling med patienten i centrum"

Figur 5: Eirik Irgens (2012)" Profesjon og organisasjon"

Figur 6: Fordeling av yrkesgrupper

Figur 7: Aldersfordeling

Figur 8: Erfaring fra arbeid med tykktarmskreft

Figur 9: Kjennskap til standardisert pasientforløp tykktarmskreft

Figur 10: Kjennskap til metodikk for utvikling av standardiserte pasientforløp

Figur 11: Involvering i utvikling av standardiserte pasientforløp

Figur 12: Bruk av standardiserte pasientforløp

Figur 13: Det standardiserte pasientforløp har ført til endringer i pasientbehandlingen

Figur 14: Det standardiserte pasientforløp endres ofte

Figur 15: Endringer i standardiserte pasientforløp er problematisk

Figur 16: Det standardiserte pasientforløp til bruk i opplæring

Figur 17: Viktighet i å arbeide videre med standardiserte pasientforløp.

Figur 18: Det standardiserte pasientforløp er gjort kjent for de ansatte

Figur 19: Tiltakene i det standardiserte pasientforløp er godt kjent

Figur 20: Oversikt over utfylling av sjekklister knyttet til forløp for tykktarmskreft

Figur 21: Oversikt over utfylling av sjekklister fordelt på ulike stadier i forløpet

Figur 22: Viktighet av at det gjennomføres målinger i forløpet

Figur 23: Det standardiserte pasientforløpet bidrar til økt kvalitet og pasientsikkerhet

Figur 24: Det standardiserte pasientforløpet bidrar til økt samarbeid

Figur 25: Syn samarbeid fordelt på ansiennitet

Figur 26: Kunnskapsbasert praksis, ill. fra Kunnskapscenteret

Tabell 1: Oversikt over variabler i spørreundersøkelsen i avhandlingen.

Tabell 2: Svarprosent fordelt på yrkesgrupper

Tabell 3: Kategorier utsagn på spørreundersøkelsen

Tabell 4: Oversikt over hvilke utsagn i spørreskjemaet belyser våre forskningsspørsmål

Tabell 5: Fordeling yrke, alder, kjønn, erfaring hos informantene

Tabell 6: Utsagn knyttet til forskningsspørsmål 1

Tabell 7: Utsagn knyttet til forskningsspørsmål 2

Tabell 8: Utsagn knyttet til forskningsspørsmål 3

Tabell 9: Utsagn knyttet til forskningsspørsmål 4

Vedlegg

1 Brev om deltakelse i spørreundersøkelsen

Kjære kolleger,

Som et ledd i datainnsamlingen til masteroppgaven vår i Kunnskapsledelse, sender vi ut denne spørreundersøkelsen som handler om det standardiserte pasientforløpet for tarmkreftpasienter ved Kirurgisk klinikk. Vi håper du vil ta deg tid til å fylle det ut – det vil hjelpe oss veldig mye! Svarfrist er 14. februar.

På forhånd tusen takk for hjelpa!!

mvh

Ellen Annette Hegstad

og

Jorunn Louise Grong

2 Spørreskjema Masteroppgave

Spørreskjema Masteoppgave

I forbindelse med vår masteroppgave i Kunnskapsledelse ønsker vi å gjennomføre en Quest back undersøkelse knyttet til innføring av standardisert pasientforløp for tykktarmskreft i Kirurgisk klinikk.

Spørsmål vil besvares anonymt, og vi takker for at dere tar dere tid til å gi oss tilbakemelding.

Yrke.....

Alder.....

Kjønn.....

Hvor lenge har du arbeidet med tykktarmskreft?.....

| Spørsmål | Svært uenig | Litt uenig | Nøytral | Litt enig | Svært enig |
|--|-------------|------------|---------|-----------|------------|
| Forståelse | | | | | |
| 1. Jeg er godt kjent med de standardiserte pasientforløpene som brukes ved Kirurgisk klinikk | | | | | |
| Metodikk | | | | | |
| 2. Jeg synes at metoden som brukes for å utarbeide standardiserte pasientforløp er godt egnet for formålet. | | | | | |
| Involvering | | | | | |
| 3. Jeg føler at jeg har vært involvert i utarbeidelsen av de standardiserte pasientforløpene som brukes ved Kirurgisk klinikk. | | | | | |
| Nytte/ Bruk | | | | | |
| 4. Jeg bruker det standardiserte pasientforløpet for ca. coli | | | | | |
| 5. Cancer. coliforløpet har ført til endringer i pasientbehandlingen | | | | | |
| 6. Endring i pasientforløpet er problematisk | | | | | |
| 7. Pasientforløpet oppleves som et nyttig arbeidsredskap i opplæringsammenheng | | | | | |
| 8. Det er viktig å arbeide videre med standardisering av pasientforløp | | | | | |

| Spørsmål | Svært uenig | Litt uenig | Nøytral | Litt enig | Svært enig |
|--|-------------|------------|---------|-----------|------------|
| Informasjon/ motivasjon | | | | | |
| 9 De standardiserte pasientforløpene som brukes ved Kirurgisk klinikk er gjort godt kjent for de ansatte | | | | | |
| 10 Jeg kjenner tiltakene i behandlingen knyttet til forløpene godt | | | | | |
| 11 Det er viktig at det gjennomføres målinger knyttet til forløpet.(bl.a. forløpstider) | | | | | |
| Pasientsikkerhet og kvalitet | | | | | |
| 12 Pasientsikkerheten ivaretas bedre etter innføring av standardisert pasientforløp på kirurgisk avdeling | | | | | |
| 13 Standardiserte pasientforløp har forbedret kvaliteten på pasientbehandlingen. | | | | | |
| Samhandling | | | | | |
| 14 Samarbeidet med andre klinikker som er involvert i pasientbehandlingen har blitt bedre etter innføring av standardiserte pasientforløp (billediagnostikk, post operativ, fysioterapi..) | | | | | |
| 15 Samarbeidet mellom enheter i klinikken har blitt bedre etter innføring av standardiserte pasientforløp (eks. sengepost, poliklinikk, operasjon..) | | | | | |
| Hvis du har lyst til å si noe mer om standardiserte pasientforløp kan du gjøre det her: | | | | | |

Likert skala/Likert questionnaire

3 Intervjuguide masteroppgave

Intervjuguide

Problemstilling masteroppgave MKL 13-15

Innføring av standardiserte pasientforløp ved kirurgisk avdeling ved St Olavs Hospital-
suksess eller fiasko?

Hva må til for at klinisk og organisatorisk endringsarbeid skal lykkes?

Forskningsspørsmål:

Innledning;

Prestenasjon av forskere:

Jorunn Louise Grong

Ellen Annette Hegstad

Informasjon og bakgrunn for masteroppgaven:

Hva ønsker vi å få ut av dette intervjuet, hva kan informantene bidra med?

Anonymitet i besvarelse, rett til å avbryte

Hvordan skal intervjuet dokumenteres: opptak med mobiltelefon. vi vil trekke ut essensen. Vi vil transkribere noe, men ikke alt. Vi vil bruke anonymiserte utsagn i oppgaven

Hvor lenge vil intervjuet vare: 20-30 minutter

Faktaspørsmål om informanten:

Si litt om sin stilling og erfaring fra St Olavs Hospital.

Leder/ansatt?

Hvilken utdanning har du?

Hvor lenge har du jobbet her?

På St Olavs hospital

På kirurgisk avdeling

Kjønn/ alder

Introduksjon spørsmål:

Hvor godt kjenner du til Standardiserte pasientforløp i St Olavs Hospital?

Hva legger du i begrepet Standardiserte pasientforløp, hva betyr det for deg?

Substansspørsmålene / kjernes spørsmål:

1. I hvor stor grad bruker du standardiserte pasientforløp i din arbeidshverdag?
2. Hva mener du det standardiserte pasientforløp kan bidra til for:
 - de ansatte
 - pasienten
 - ledelsen; avdeling, klinikk, direktør
3. I hvilken grad føler du at du har deltatt i utviklingen av forløpene?
4. Har du hatt mulighet til å påvirke forløpet og har du mulighet til å påvirke det i dag?
5. Hvis ja; hvordan opplever du metodikken som brukes i utarbeidelse av forløp?
6. Hvordan opplever du at det tverrfaglige teamet har fungert i utarbeidelsen av forløpet?
7. Hvordan er forløpene gjort kjent for deg i din avdeling?
8. Kjenner du til tiltak i behandling knyttet til forløpet?
9. Kjenner du til endringer som følge av pasientforløpet?
10. Hvor ofte skjer det endringer i pasientforløpet, og oppfatter du dette som problematisk?
11. Hvordan har pasientforløpet påvirket samarbeidet mellom enheter som har en rolle i forløpet?
12. Ser du nytten av forløpet?
13. Brukes forløpet i opplæring?
14. Opplever forløpet som en forbedring eller plunder og heft?
15. Hvordan påvirker forløpet kvaliteten på behandlingen?
16. Hvor viktig er det at forløpene følges med målinger? (eks måling av forløpstid)
17. Hvordan påvirker forløpet pasientsikkerheten i klinikken? Er dere mer opptatt av pasientsikkerhet etter innføring av pasientforløpet?
18. Hva er det, slik du ser det, den viktigste årsaken til at vi skal, evt ikke skal utvikle standardiserte pasientforløp i kirurgisk klinikk?

Sluttkommentar

Har du noe mer å tilføye ...?

4 Forbedringsprogram 2014-2016, St Olavs Hospital

1 Dette dokumentet er et «levende» dokument, og vil være under kontinuerlig bearbeiding. De ulike delprosjektene er for eksempel uferdige, og trenger mer konkretisering. Den første delen av programmet, som starter 1.1.2014, vil derfor dreie seg om konkretisering av de ulike delprosjektene.

Forbedringsprogram 2014-2016

«Bedre pasientbehandling, forskning og undervisning»

Innledning

De siste 20 år har antallet pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten økt betydelig. I 1990 ble 275 000 pasienter behandlet ved St. Olavs Hospital – enten poliklinisk eller som inneliggende pasienter. I 2000 var antallet 317 000, og i 2010 var tallet økt til over 409 000. Medregnet pasienter ved Orkdal sjukehus og i det psykiske helsevern, som nå er innlemmet i St Olavs Hospital, var antall behandlede pasienter i 2010 rundt 517 000.

I samme periode har andelen polikliniske konsultasjoner økt. Det betyr at relativt færre pasienter innlegges i dag for behandling som førte til innleggelse for 20 år siden. Dessuten er liggetiden redusert til det halve: mens gjennomsnittlig liggetid i 1990 var rundt 9 dager, ligger den i dag på rundt 4,5 dager.

Både diagnostisk utredning, medisinsk behandling og senere oppfølging foregår på andre måter i dag enn for 20 år siden. Flere oppgaver blir gjennomført, men på kortere tid, samtidig som kompleksiteten i diagnostikk og behandling har økt. Denne utviklingen krever et tett samarbeid mellom ulike medisinske spesialiteter og mellom ulike profesjoner. Utviklingen stiller også store krav til samarbeid på tvers av klinikker og avdelinger. I tillegg krever Samhandlingsreformen et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og det forventes at kommunehelsetjenesten tar hånd om en rekke oppgaver som tidligere ble utført av spesialisthelsetjenesten.

Raske endringer i arbeidsmåter og i arbeidsdeling gjør at man må bli flinkere til å vurdere hensiktsmessigheten av de løsninger som velges. Endringer betyr også at helsepersonell må innstille seg på organisatoriske endringer. Den viktigste grunnen til raske endringer i spesialisthelsetjenesten er innføringen av mer effektive metoder i diagnostikk og behandling. Denne trenden forventes å fortsette, og kan til og med forsterkes. Mye dreier seg om implementering av avansert teknologi som gjør at pasienter kan undersøkes og behandles uten å være innlagt på sykehus. Det kan for eksempel være nye non-invasive eller mindre invasive metoder som ofte medfører færre komplikasjoner og mindre bivirkninger enn tidligere metoder.

Nye metoder må testes ut før de innføres i klinisk praksis. I dag foregår mye av den kliniske forskningen i samarbeid mellom helsepersonell og de teknologiske forskningsmiljøene, som enten er ved universitetene eller i den industrien som utvikler nye metoder. Det er viktig at helsetjenesten forsterker sitt bidrag og øker sitt engasjement i denne type forskning, og det er

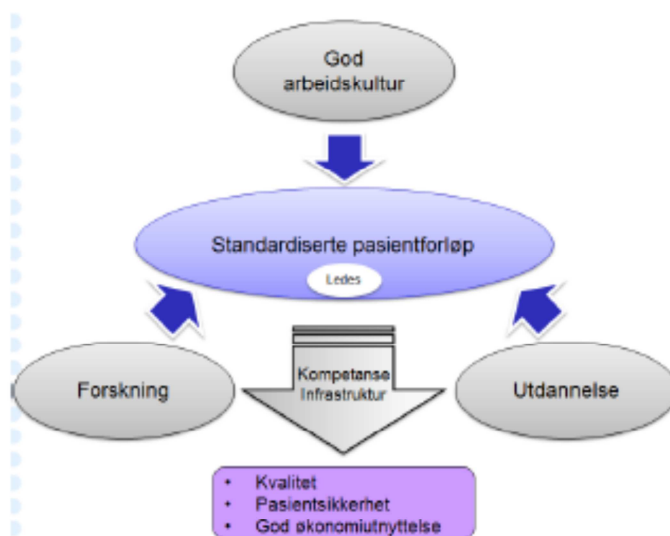
spesielt viktig at kliniske forskere engasjerer seg i evalueringen av nye tiltak og metoder som vurderes innført i klinisk praksis.

For at ledelsen i sykehuset skal kunne prioritere på en kvalifisert måte, må kunnskapsgrunnlaget som understøtter beslutningene være best mulig. Derfor er det vesentlig at kunnskapen og kompetansen som trengs for å understøtte krevende beslutninger faktisk er tilgjengelig i helseforetaket, og kan brukes både lokalt og regionalt.

De raske endringene i spesialisthelsetjenesten stiller også krav om økt kunnskap blant de ansatte. Ved siden av å styrke grunnutdanningen er det et stort behov for bedre etter- og videreutdanning. Dette er oppgaver som hviler på høgskolene og universitetene, men sykehusene har også et ansvar for å holde sine ansatte oppdatert. Derfor vil det legges økt vekt på kompetansebygging innenfor spesialisthelsetjenesten. De raske endringene krever økt kunnskap som ikke minst kan bli verdifull for pasientene som får økt kvalitet og trygghet i alle ledd i behandlingen.

Til tross for nye metoder innen diagnostikk, behandling og oppfølging, er det altfor ofte slik at ny kunnskap ikke blir implementert på en hensiktsmessig og god måte. En systematisk og forutsigbar implementering av ny kunnskap i sykehuset er derfor en viktig målsetting. Samtidig må innføring av nye tiltak kombineres med en nøyaktig beskrivelse av hvordan tiltakene skal kvalitetssikres, slik at pasientsikkerheten økes, og uheldige hendelser kan forebygges.

Det har vist seg at effekten av tiltak som måles i kontrollerte studier som oftest er bedre enn effekten som kan påvises i kliniske observasjonsstudier. Mye tyder på at pasienter som blir inkludert i kontrollerte studier er sterkt selektert, og dermed ikke representative for alle pasienter som får den aktuelle behandlingen. Som ledd i forbedringsprogrammet ønsker vi derfor å implementere ny kunnskap ved å utvikle "standardiserte pasientforløp". Vi vil ta lærdom av erfaringene med klinisk kontrollerte studier, og følge pasientforløpene på en systematisk måte. Samtidig skal de standardiserte pasientforløpene være gjenstand for regelmessig revisjon som sikrer at de er i pakt med aktuell og ny kunnskap. De standardiserte pasientforløp, og hvordan de skal utvikles og beskrives, vil derfor stå helt sentralt i forbedringsprogrammet (se figur nedenfor).



I forbedringsprogrammet skal de standardiserte pasientforløpene støttes av en rekke tiltak. Det må først og fremst utvikles en pasienttilpasset beskrivelse av pasientforløpene som skal gjøres lett tilgjengelig for pasientene. Dermed kan pasientene få et godt og forutsigbart inntrykk av hva som venter dem i sykehuset. Hensikten er å øke pasientenes kunnskap om utredningen og behandlingen, og samtidig gi økt trygghet. Et annet støttetiltak vil være å sikre seg mot uheldige hendelser knyttet til sykehusoppholdet. Dessuten må personalets kompetanse heves, og sykehuset vil gi opplæring som særlig skal styrke de standardiserte pasientforløp. Det er også nødvendig å klargjøre hvordan ansvar bedre skal fordeles gjennom pasientforløpene, og hvordan den faglige ledelsen kan styrkes.

Det er en forutsetning at effekten av forbedringsprogrammet skal kunne dokumenteres. Både planlegging, gjennomføring og evaluering av nye tiltak ved sykehuset krever metodekompetanse, infrastruktur og gjennomføringsevne. Det vil hele tiden være behov for å sikre beslutningsgrunnlaget før nye tiltak igangsettes og å evaluere om tiltakene har den ønskede effekt. Derfor vil sykehuset etablere et regionalt senter for helsetjenesteutvikling, med kompetanse innenfor logistikk, implementering og evaluering. Dette senteret skal understøtte de ulike elementene som inngår i forbedringsprogrammet, og være delaktig i evalueringen.

Elektive pasienter versus øyeblikkelig hjelp

I offentlige sykehus vil en relativt stor andel av innleggelsene skyldes øyeblikkelig hjelp, og slike pasienter vil ofte behandles på en annen måte enn elektive pasienter, hvor forløpet kan planlegges på en langt mer forutsigbar måte. Ikke desto mindre må det også finnes standardiserte planer for å håndtere øyeblikkelig hjelp, og det er viktig at man i utarbeidelsen av de standardiserte forløp tar høyde for skillet mellom elektive pasienter og pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp.

«Regionale» pasienter

Hensikten med den regionaliserte helsetjenesten er at pasientene skal få så hensiktsmessig behandling som mulig, og i mange tilfeller er det aktuelt å henvise pasienter fra lokalsykehus til regionalt nivå. Tilsvarende vil det ofte være aktuelt å henvise pasienten tilbake til det opprinnelige nivå etter at behandlingen på det regionale nivå er avsluttet. Det er mange eksempler på at pasienter sendes mellom sykehusene, men det gjelder i særlig grad der behovet for meget spesialisert kompetanse er til stede. Det kan for eksempel dreie seg om sjeldne tilstander hos barn, eller det kan være tilstander hvor spesielt krevende invasiv behandling (kardiologi, nevrokirurgi) er aktuelt. Derfor er det også nødvendig at det regionale perspektivet behandles grundig i utarbeidelsen av standardiserte pasientforløp.

Forbedringsprogrammet 2014-2016

I det følgende beskriver vi en plan for hvordan virksomheten ved St Olavs Hospital kan forbedres ytterligere. I forbedringsprogrammet pekes det på oppgaver som St Olavs Hospital spesielt vil prioritere å avsette ressurser til i 2014-2016. Samtidig vil det foregå andre utviklingsprosjekter ved siden av den virksomheten som vektlegges i dette dokumentet.

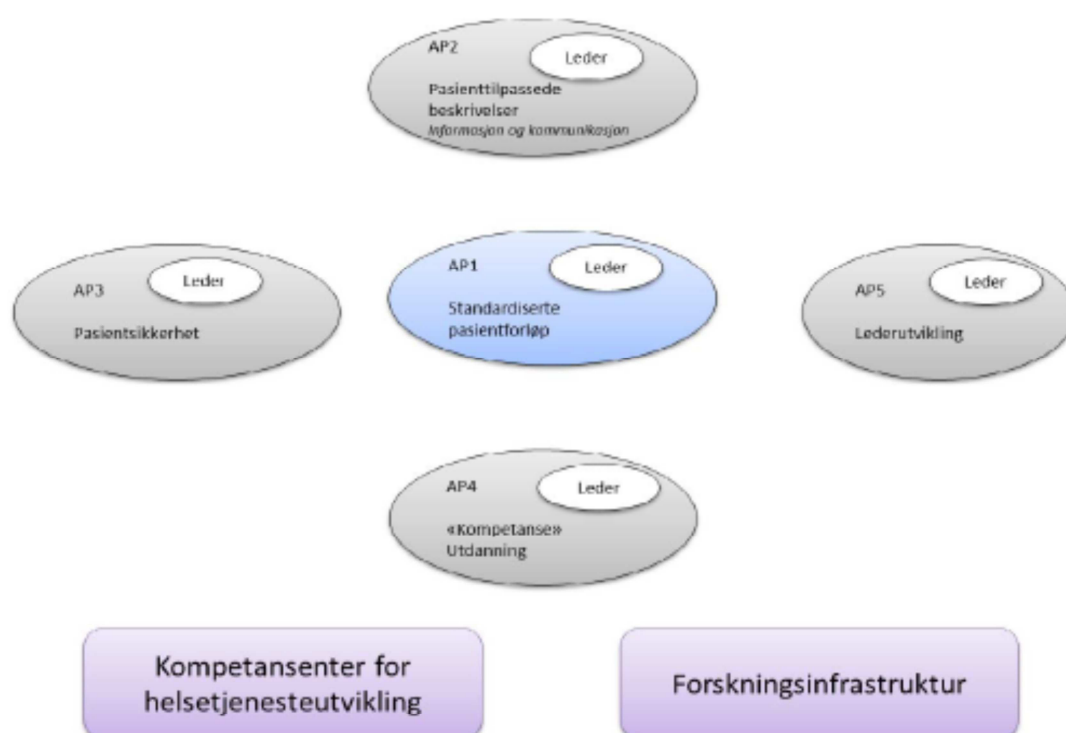
Det er et overordnet mål at forbedringsprogrammet skal utgjøre en forskjell for pasientene, og at kvaliteten på hvordan pasientene møtes i sykehuset skal styrkes i alle faser av pasientbehandlingen.

Forbedringsprogrammet vil bli organisert rundt det vi kaller standardiserte pasientforløp. Pasientforløpene vil stå helt sentralt og utgjøre "navet" i programmet. For å utvikle slike standardiserte pasientforløp trenger vi en spesifisert metodisk tilnærming hvor målet er å gi

en konkret beskrivelse av typiske og representative pasientforløp på en måte som kan gi stor praktisk nytteverdi. Målsettingen er at forløpene skal ta i bruk den mest oppdaterte kunnskap innenfor de aktuelle fagfelt, og dekke ulike faser, inkludert utredning/diagnostikk, behandling og videre forløp. Forløpene vil blant annet illustrere behovet for et tett samarbeid på tvers av avdelingene i sykehuset, og de skal også vise grenseflaten mellom sykehus og primærhelsetjeneste, og hvordan et optimalt samarbeid bør organiseres.

For å understøtte arbeidet med de standardiserte pasientforløpene skal programmet inneholde atskilte arbeidsoppgaver som vi har gitt betegnelsen "arbeidspakker" (jf EU-søknadens "work packages"). De standardiserte pasientforløpene er plassert i sentrum, og skal være «navet» i forbedringsprogrammet som de andre arbeidsgruppene skal forholde seg til. Det skal også lages en pasienttilpasset beskrivelse (arbeidspakke 2) av hvert standardisert pasientforløp som skal gi den enkelte pasient et forståelig og forutsigbart bilde av hva de kan forvente seg, og en beskrivelse av hva som kommer til å skje på sykehuset. I arbeidspakke 3 skal det lages en analyse av pasientsikkerhet, inklusive registrering av uheldige hendelser, og det skal legges en plan for forebygging av slike hendelser. En fjerde arbeidspakke skal omfatte en analyse av behovet for ny kunnskap som er nødvendig for at pasientforløpene skal kunne gjennomføres, og en plan for opplæring av sykehuspersonell for at planen kan gjennomføres på best mulig måte. Den femte arbeidspakken skal dreie seg om lederutvikling med særlig vekt på fordelingen av faglig ansvar gjennom de standardiserte pasientforløp.

Figur Arbeidspakker



I tillegg til arbeidspakkene skal det lages en plan for hvordan de standardiserte pasientforløpene kan evalueres. Formålet skal være å legge til rette for en kontinuerlig og

målbar evaluering av de ulike pasientforløpene. Dette skal primært være en oppgave som tillegges det planlagte kompetansesenteret for helsetjenesteutvikling.

Hver arbeidspakke skal inneholde et overordnet mål og ett eller flere delmål. Det utarbeides en detaljert metodebeskrivelse av hvordan de aktuelle målene kan nås, hvilke tiltak som er nødvendige og en tidslinje for når de ulike elementene i programmet kan implementeres i praksis. Effektmålene som velges skal være tydelige og enkelt målbare slik at fortolkningen av de enkelte pasientforløp blir så entydige som mulig. I mange tilfeller vil det være nødvendig med et samarbeid på tvers av arbeidspakkene. Derfor må prosjektet ses som en helhet, og det må legges vekt på koordinering og tett samarbeid mellom de ulike arbeidsgruppene gjennom hele prosjektperioden.

Det er viktig med en fortløpende evaluering av arbeidet, slik at oppgavene i de ulike arbeidspakkene kan revideres etter behov. I tillegg er det aktuelt å gjennomføre en helhetlig midtveisevaluering etter halvannet år hvor hovedmål og delmål kan justeres dersom det anses nødvendig.

Hver arbeidspakke skal ha en faglig leder og en «generalsekretær» som er ansvarlig for framdriften av arbeidet. Hver arbeidspakke vil bemannes med omkring seks personer som rekrutteres blant klinikkjefene og relevante fagmiljøer ved St Olavs Hospital. Dersom det er hensiktsmessig, bør man også trekke inn kompetanse fra NTNU og andre relevante samarbeidspartnere. For å sikre framdrift i hele prosjektet og i hver arbeidspakke vil det bli avsatt ressurser i nødvendig omfang til lederstøtte i form av metodehjelp, sekretærfunksjon, samt ko-ordinerings- og logistikkompetanse.

Lederne for arbeidspakkene rapporterer til viseadministrerende direktør som har det overordnede ansvar for forbedringsprogrammet, og lederne for arbeidspakkene inngår i et samlet lederråd for prosjektet.

Kommunehelsetjenesten/primærhelsetjenesten

I første omgang rettes oppmerksomheten mot det som skjer innenfor sykehuset, men på sikt er det nødvendig å favne bredere. Derfor vil kommunehelsetjenesten etter hvert involveres i langt sterkere grad enn dette dokumentet beskriver.

Arbeidspakke 1: Standardiserte pasientforløp – utvikling og implementering

Leder: Klinikkjef Jo-Åsmund Lund

En beskrivelse av standardiserte pasientforløp skal sikre et forutsigbart, godt planlagt og vitenskapelig underbygget behandlingsforløp for den enkelte pasient. Hvert element i behandlingsforløpet skal i den grad det er mulig ta utgangspunkt i nasjonale retningslinjer (veiledere eller andre standarder) for utredning og behandling og/eller den vitenskapelige dokumenterte kunnskapsfronten for den aktuelle sykdommen. I beskrivelsen av de standardiserte pasientforløpene er det viktig å inkludere alle elementene/delene; fra pasientens første møte med fastlegen, møte (poliklinikk eller innleggelse) med spesialisthelsetjenesten (både som øyeblikkelig hjelp og elektivt) og videre oppfølging i primærhelsetjenesten. Dersom et regionalt samarbeid er aktuelt, er det også viktig å beskrive hvordan det regionale samarbeidet bør foregå.

For å lette forståelsen av hvordan pasientforløpene er tenkt organisert, er det viktig at de beskrives på en systematisk og samordnet måte. Derfor bør det utvikles en grunnleggende

felles mal for alle forløpene, men på en slik måte at det er mulig å legge inn tilpasninger som tar hensyn til spesielle diagnoser og typer av intervensjon som kan være aktuelle.

Forløpene skal beskrives langs en forventet tidslinje som vil gi en overordnet og lett forståelig oversikt, og som i tillegg gjør det mulig å følge hver enkelt pasient gjennom forløpet. Beskrivelsen av forløpene skal være såpass detaljert at innholdet i hver enkelt fase blir tydelig, og at det framgår hvilken fagkompetanse og hvilke ressurser som er nødvendig.

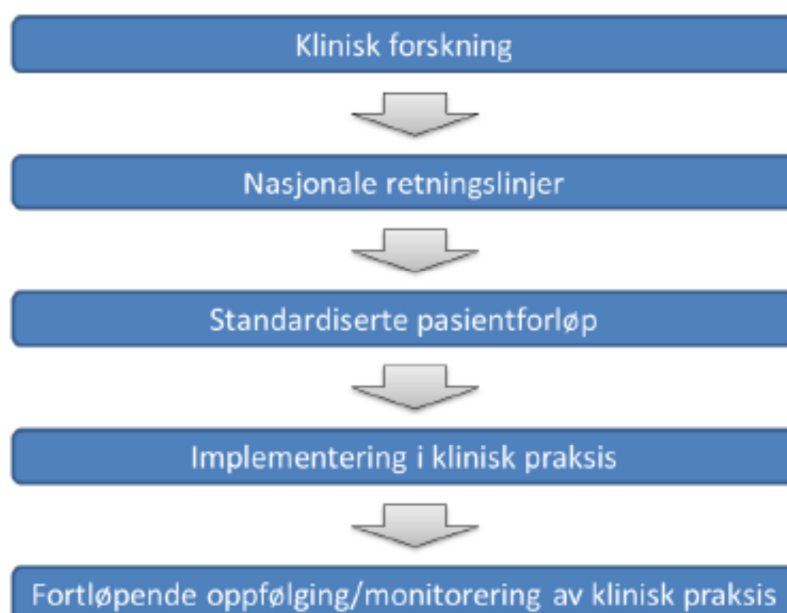
Selv om dette forbedringsprogrammet er ment for St. Olavs Hospital er det ingen ting i veien for at andre helseforetak i regionen også kan dra nytte av de verktøyene som skal utvikles. Det bør dessuten lages spesielle regionale forløp for sykdomsgrupper der dette er hensiktsmessig.

På sikt kan det bli aktuelt at St. Olavs Hospital tar initiativ til et utvidet samarbeid med relevans for forbedringsprogrammet, først og fremst på regionalt nivå, men samarbeid med andre helseforetak utenfor regionen kan være aktuelt.

Metoder og omfang

For at de standardiserte pasientforløpene skal ha noen praktisk hensikt, må de være av høy faglig kvalitet. Det er viktig at implementeringen i klinisk arbeid foregår på en systematisk måte, med kontinuerlig monitorering og evaluering, slik at det kan foretas nødvendige justeringer og endringer (se figur nedenfor). I dette arbeidet er det viktig å ha spesielt dedikerte personer («implementeringsagenter») som kan sørge for at planene blir satt ut i livet og fulgt på en god måte.

Utvikling, implementering og monitorering av de standardiserte pasientforløpene



Utvikling

I beskrivelsen av standardiserte pasientforløp skal det tas utgangspunkt i dagens praksis. Det må vurderes nøye om de aktuelle sykdomsforløp foregår på en optimal måte, eller om det er nødvendig med justeringer eller med store endringer. I prosessen er det nødvendig å skaffe kunnskap om praksis ved andre sykehus, blant annet gjennom litteratursøk/nettsøk. De ulike pasientforløp inneholder forskjellige elementer (for eksempel kirurgi, billeddiagnostikk, medikamentell behandling etc) som det må tas hensyn til for den enkelte sykdomsgruppe. (Se vedlegg 1 for mer detaljert beskrivelse av metoder).

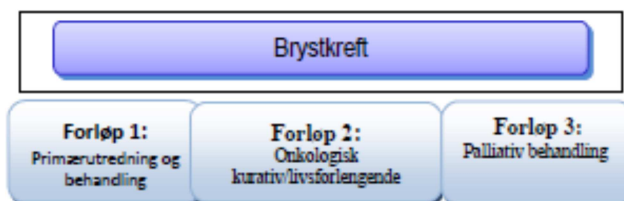
Hver fase i et sammensatt forløp skal spesifiseres med tidsangivelser, og det skal også vurderes hvilke elementer i forløpet som bør evalueres fortløpende slik at eventuelle justeringer kan foretas og tilpasses den enkelte pasients sykdomsforløp.

Hvert pasientforløp vil bestå av ulike og avgrensede deler som gjør at ansvaret for de ulike delene må fordeles på en naturlig måte. For eksempel kan det være hensiktsmessig at ansvaret for diagnostiske prosedyrer, medisinsk behandling og oppfølging av pasienten fordeles mellom ulike fagpersoner, på en slik måte at det er helt klart hvem som til en hver tid er ansvarlig for den aktuelle del av pasientforløpet.

Basert på erfaringer og resultater fra forbedringsprogrammet 2013, vil det bli arbeidet med standardiserte pasientforløp i tre hovedkategorier:

1. Standardiserte pasientforløp som allerede er utviklet vil videreutvikles og nye elementer vil bli implementert.
2. Standardiserte pasientforløp som tidligere er utviklet med helt andre metoder enn den som brukes i dette forbedringsprogrammet, må revurderes og revideres.
3. Nye prioriterte diagnoseområder som tidligere ikke er bearbeidet på denne måten skal beskrives som standardiserte pasientforløp.

Pasientforløpene skal spesifiseres etter en nokså detaljert tidslinje, hvor det er arbeidsgruppens oppgave å spesifisere detaljingsnivået. Det skal også spesifiseres hvem som har pasientansvaret til enhver tid i forløpet (behandlerne lege eller annet helsepersonell), og hvorvidt dette ansvaret skifter gjennom forløpet.



Figuren viser at en diagnose kan føre til flere ulike forløp. Hvert forløp skal ha en ansvarlig fagperson, og fortrinnsvis være den som også leder det tverrfaglige teamet for den aktuelle diagnosen. Som oftest vil flere fagpersoner være involvert, enten samtidig eller i "serie". Hvem disse fagpersonene skal være og hvilke oppgaver de skal ha, må spesifiseres. De bør organiseres i tverrfaglige team hvor en leder har ansvar for at den aktuelle fasen i forløpet (delforløpet) gjennomføres, og at tilstrekkelige ressurser tilgjengelig, og at forløpet oppdateres etter behov.

Implementering

Etter at forløpene er utviklet og godkjent av sykehuset (se vedlegg 3, godkjeningsprosedyre), skal de implementeres i klinisk praksis. For at forløpet skal være vellykket og gi en god flyt for

pasientene, må alle elementene være implementert og fulgt etter plan, nødvendige ressurser må være på plass og alle involverte personer må være kjent med forløpet. For å sikre implementering må nøkkelpersonene gå gjennom en systematisk opplæring (se arbeidspakke 4 «Kompetanse») og en egen informasjons- og kommunikasjonsplan skal utvikles med pasienter, helsepersonell og befolkning som målgrupper.

Oppfølging/monitorering

«Flyten» av pasienter gjennom forløpene vil bli fulgt med et eget dataprogram som vil være en del av EPJ på sykehuset. Gjennom denne rapporteringen vil man vite til enhver tid hvor pasientene er i forløpet. I tillegg til tidsvariabelen vil man registrere resultater av utredning og behandling, hvilken utredning og behandling som er utført samt uønskede hendelser.

Plan for gjennomføring

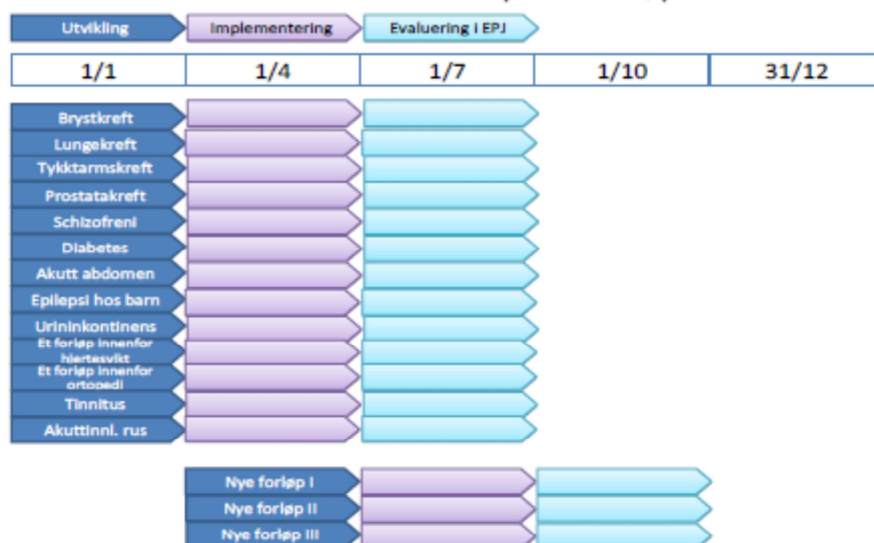
I denne planen er det per dags dato bestemt hvilke forløp som skal «justeres» etter ny, modifisert metode. I løpet av ett år skal alle disse forløpene være utviklet, godkjent, implementert og en prospektiv oppfølging skal være igangsatt. Arbeidet vil bli organisert slik at nye forløp vil bli utviklet sekvensielt. Første kvartal 2014 vil bli benyttet til å bestemme hvilke forløp som skal prioriteres i sekvens 1 med oppstart omkring 1.4.14. Etter at forløpene er godkjent skal selve implementeringen foregå etter en standardisert plan (stikkord her er ledelse, oppfølging, forbedringsprogramgruppa, oppfølging av forløpsagenter etc.).

En vellykket implementering vil være avhengig av en kontinuerlig oppfølging i «den spisse enden» - det vil si der pasientene til enhver tid befinner seg (for eks poliklinikk, sengeområde, operasjonsstue etc.) Hovedansvar for implementeringen av hvert forløp vil ligge hos den som har et overordnet ansvar (også leder av tverrfaglig team), men implementeringen vil støttes av fagpersoner som har gjennomgått den spesielle opplæringen som er utviklet innenfor rammen av to andre arbeidspakker (se A-P 4 og A-P 5).

Standardiserte pasientforløp er utarbeidet og nylig revidert for brystkreft, lungekreft og tykktarmskreft, og disse forløpene vil være nyttige i utarbeidelsen av nye forløp. I første kvartal 2014 planlegges det å inkludere følgende nye forløp:

- Akutt abdomen
- Akutt rus
- Schizofreni
- Diabetes
- Epilepsi – barn
- Urininkontinens hos kvinner
- Ett forløp innenfor hjertemedisin
- Tinnitus
- Ett forløp innenfor ortopedi.
- Prostatakreft

Framdrift standardiserte pasientforløp



Mål og effektparametre

Hovedmålsettingen med de standardiserte pasientforløpene er å øke behandlingskvaliteten slik at den ligger på et høyt internasjonalt nivå (dette er sluttendepunkt/sluttindikator). Sluttendepunkter vil variere mellom diagnoser (for eksempel kurasjonsrater, levetid, funksjonsnivå, symptomlindring etc.), og vil derfor defineres for hvert forløp. Samtidig vil hvert forløp ha ulike delmål som defineres ut fra bestemte indikatorer (effekt mål). Delmålene kan generelt sett deles opp i følgende hovedområder:

- Tidsvariabler i hvert forløp
- Mellomliggende variabler (for eksempel flaskehals, behandlingssted)
- Prosessvariabler (for eksempel antall utviklede forløp, implementeringssuksess etc.)
- Uønskede hendelser / bivirkninger (se AP3)
- Implementeringsvariabler (mål på vellykket bruk)
- Kompetansevariabler (se AP4 og AP5, eksempel antall kompetente personer, nivå på kompetanse etc.)

Flere av disse variablene bør være generiske, med andre ord bli målt i alle forløpene, mens andre variabler må bestemmes av den enkelte diagnose / forløp.

All informasjon skal samles i en elektronisk database. Data skal være kategorisert, og det skal være mulig å innhente informasjonen som skal brukes på en enkel måte.

Personell i arbeidspakken:

I Arbeidspakke 1 vil deltakerne ha to typer kompetanse. Det er nødvendig med "kjernekompetanse", det vil si personer som kjenner metoden og som kan bidra til at prosessen går etter intensjonen. I tillegg er det avgjørende å ha med fagpersoner med spesifikk substanskunnskap om den enkelte sykdom. Mens den første kategorien er kjernepersonell som kan bidra med generell rådgivning for ulike pasientforløp, skal den andre kategorien bidra med spisskompetanse som gjelder spesifikke pasientforløp, og oppnevnes via klinikkjefer på bakgrunn av sin spesielle faglige kompetanse.

Arbeidspakke 2: Pasienttilpasset beskrivelse av standardiserte pasientforløp

Leder: Klinikksjef Mette Bratt

Et godt behandlingsforløp krever god pasientinformasjon, og hovedhensikten med denne arbeidspakken er å bedre informasjonen til pasientene og kommunikasjonen mellom pasienten og sykehuset.

For å oppnå god kvalitet på pasientforløpene bør man utvikle en felles mal for all pasientinformasjon. Informasjonen bør primært ligge på web eller andre digitale medier for å kunne gjøre andre nødvendige opprettinger når elementer i forløpene endres. I denne AP'en skal man vurdere i hvilken grad det er nødvendig å ha pasientinformasjon på papirformat. Ved å ha en standardisert mal for informasjon, blant annet med felles layout, vil det komme klart fram at dette er «St. Olavs-kvalitet» på innholdet.

Ved at pasientforløpene (jf arbeidspakke 1) også gjøres tilgjengelige i en pasienttilpasset versjon kan det gi pasientene mer forutsigbarhet, noe som både kan gi økt trygghet og et bedre behandlingsresultat. Det kan påvirke forholdet mellom pasient og behandler på en gunstig måte, og gi pasientene større forutsetninger for å forstå hvilke prosesser de er en del av på sykehuset.

Kvaliteten på pasientens møte med sykehuset – enten på nett, gjennom skriftlig kommunikasjon, ved personlig møte med helsepersonell eller på andre måter, kan være av stor betydning for behandlingsresultatet for den enkelte. For forbedringsprogrammet blir det en viktig oppgave å sørge for at pasientene møtes på en optimal måte, og at de ulike avdelingene får en felles tilnærming til dette.

Med dagens kommunikasjonsteknologi er det grunn til å forvente at mye av framtidens kommunikasjon mellom sykehus og pasienter vil skje elektronisk. Som ledd i denne arbeidspakken bør vi bidra til denne utviklingen for å sikre at kontakten mellom pasient og sykehus blir så god som mulig.

Pasienter har i dag lovpålagte rettigheter som blant annet krever at de blir godt informert og at de skal tas med på råd i beslutninger om behandling. Det er for eksempel et krav at pasientene til enhver tid skal vite hvem som er deres kontaktperson på sykehuset. De skal dessuten informeres om hva som kommer til å skje i løpet av forløpet, både med hensyn til innhold og tidslinje. Det inkluderer både utredning/diagnostikk, behandling, oppfølging og senere kontroller av sykdomsforløp og status.

Mål

«Pasientens forløp» skal bidra til god informasjon til pasientene og kommunikasjon mellom pasientene og sykehuset.

Metode

Det vil bli utviklet og implementert nett (web basert) pasienttilpassede standardiserte pasientforløp.

Metoden vil være en forlengelse av den som brukes i utarbeidelsen av standardiserte pasientforløp. Den viktigste forskjellen er at denne delen av arbeidspakken skal inneholde informasjon som er tilpasset den enkelte pasient, og informasjonen må være så konkret og realistisk som mulig. For at kvaliteten på denne arbeidspakken skal bli best mulig, vil pasienter og representanter for pasientorganisasjoner delta i arbeidet.

Forløpene vil bli utviklet på en digital plattform. Form og innhold vil bli grunnleggende standardisert og tidspunktsbasert. Det vil også være nødvendig å tilpasse form og innhold for hver enkelt pasientgruppe. Det vil bli benyttet en aksjonsforskningsmetode som innebærer at man etter at man har utviklet et visst antall forløp (3-5), vil foreta en evaluering av disse. Basert på resultatene vil nødvendige endringer bli foretatt.

Tidsplan

| | | |
|-----|--|---------------|
| I | Utvikling av IT mal for bruk på WEB | 0-3 måneder |
| II | Utvikling av 3 forløp og revideringer | 3-6 måneder |
| III | Utvikling av x-antall forløp og implementering/ Offentliggjøring av disse | 6-24 måneder |
| IV | Evaluering og fortløpende revisjon | 12-36 måneder |

Effektmål

Hovedmålet med pasientens forløp kan måles innen følgende hovedområder:

- Antall nedlastinger per forløp
- Pasientenes informasjonsnivå
- Pasientenes tilfredshet (må utvikle en egen metodikk)
- Antall pasienter møtt/ikke møtt til polikliniske konsultasjoner

Arbeidspakke 3: Pasientsikkerhet, registrering av uheldige hendelser

Leder: Klinikksjef Hilde Pleym

Alle sykehus vil oppleve at pasienter utsettes for uønskede og uheldige hendelser. Uønskede hendelser kan ha mange årsaker, og årsaksforholdene kan ofte være komplekse

En viktig del av denne arbeidspakken blir å bringe ansvaret for pasientsikkerheten inn i de standardiserte pasientforløpene (AP-1). Derfor må arbeidet med disse to arbeidspakkene koordineres og delvis integreres. I tillegg skal det legges en plan for hvordan uheldige hendelser kan registreres slik at man får et pålitelig bilde av forekomsten av uønskede hendelser. De aktuelle hendelsene bør inndeles i de kategorier som allerede brukes i pasientsikkerhetsarbeidet. Tilsvarende vil det være naturlig å foreta en gradering av hvor alvorlig hendelsen er, og hvilke konsekvenser den har hatt og kan få for pasienten. I analysen bør det også foretas en mer detaljert årsaksvurdering av hvorfor/hvordan hendelsene kunne oppstå. På dette grunnlaget forventes det at gruppen utarbeider en overordnet strategi for hvordan ulike kategorier uønskede hendelser kan forebygges, og at det fremmes en plan som inneholder konkrete tiltak som man mener vil fremme den foreslåtte forebyggende strategien.

De standardiserte pasientforløpene skal lages på en slik måte at det relativt lett kan gjøres en prospektiv oppfølging. Uheldige hendelser vil derfor inngå som en naturlig del av denne oppfølgingen, og inngå i den elektroniske pasientjournal.

En undersøkelse fra 2010 ved alle norske helseforetak indikerer at omkring 16 prosent av norske sykehuspasienter pådrar seg en skade som følge av behandlingen de mottar, eller manglende behandling. I praksis vil det kunne innebære at over 40 000 norske pasienter blir utsatt for skade i møte med helsetjenesten årlig. Nasjonale tall viser en nedgang i andel pasientskader ved norske sykehus fra 16 % i 2010 og 2011 til 14 % i 2012. Ved 8 % av de undersøkte sykehusoppholdene oppstod en skade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser i 2012, mot 9 % i 2011 og 2010.

De hyppigste skadetyperne både i 2012, 2011 og 2010 er legemiddelrelaterte skader, sårinfeksjoner etter operasjon, og urinveisinfeksjoner. Undersøkelsen for 2012 viser en statistisk signifikant nedgang i blant annet urinveisinfeksjoner, reoperasjon i forbindelse med

11

skade og infeksjoner i forbindelse med bruk av kateter. Internasjonal erfaring viser at halvparten av skadene som oppstår i helsetjenesten sannsynligvis kan unngås.

Meldinger om pasientskader foretas i EQS systemet/meldesystemet (§3-3) ved St. Olavs hospital. Dette er en lovpålagte oppgave. Det utarbeides rapporter for tertial og årsmelding for de ulike kategorier og for den enkelte klinikk. Helseforetakene benytter samme, standardiserte prosedyre for strukturert journalundersøkelse; Global Trigger Tool (GTT). GTT er en internasjonalt anerkjent prosedyre som ser etter kriterier for pasientskade i et tilfeldig utvalg pasientjournaler. Alle helseforetakene har minst ett GTT-team på foretaksnivå. Kjerneårsaksanalyse benyttes når alvorlige, uønskede hendelser gjennomgås. For å forebygge, forhindre eller begrense konsekvenser av uønskede hendelser er det vesentlig først å få klarlagt årsakssammenhengene på en systematisk måte. Mortalitetsundersøkelser (dødsårsaksanalyser) kan benyttes i begrenset omfang for å identifisere forebyggbare dødsfall, og hvordan disse kan hindres.

Metode

I denne AP'en vil det bli benyttet en trinnvis tilnærming til oppgaven.



Figuren viser en skjematisk oversikt over metoden som brukes. Data samles inn prospektivt og blir en del av den samlede databasen som også brukes i oppfølgingen av pasienter i AP1. Nye data vil fortløpende bli evaluert av den/de klinikerne som er ansvarlig for forløpet (hovedansvaret ligger hos leder av multidisiplinært team). Endringer i klinisk praksis vil bli implementert basert på innkomne data og vurdering av disse. Ansvarlig for dette er forløpsansvarlig og leder i AP3.

Effektmål

- Antall og type uheldige hendelser
- Reduksjon av uheldige hendelser over tid

Arbeidspakke 4: Kunnskap – kompetanseheving i forløpene og plan for opplæring

Leder: Klinikkssjef Runa Heimstad

Med økende kunnskapsmengde og skiftende krav, har helsepersonell et kontinuerlig behov for videre- og etterutdanning. Sykehuset har behov for kompetente personer til å løse nødvendige

oppgaver på alle nivå, og i sammenheng med dette forbedringsprogrammet trengs det særlig kompetanse og ferdigheter som må være tilpasset de behov som defineres av de standardiserte pasientforløpene. På dette området må sykehuset ta et egen ansvar for utdanningen, og sørge for en opplæring som best mulig ivaretar de aktuelle krav som forbedringsprogrammet stiller.

Denne innsatsen fra sykehusets side vil heve både den generelle og spesielle kompetansen i sykehuset, men denne virksomheten står på ingen måte i motsetning til de oppgaver som naturlig ligger på høgskolene og på universitetet. Utdanningen som planlegges gitt av sykehuset reflekterer bare en erkjennelse av at personer med stor og tilpasset erfaring kan gi slik opplæring på en effektiv måte. Det betyr for eksempel at de behov som skisseres i de standardiserte pasientforløpene kan dekkes ved at sykehuset gir intensive kurs med noen ukers varighet som setter personalet i stand til å løse de aktuelle oppgavene på en bedre måte enn tidligere.

Mål

Sykehuset skal sikre at høy kompetanse (kunnskap og ferdigheter) er til stede for å gjennomføre de standardiserte pasientforløpene.

Metode

Kartlegge hva som i dag gjøres av undervisning.

Gjennomføre en mer målrettet videre- og etterutdanning basert på sykehusets behov.

Være med å påvirke innholdet i grunnutdannelsen.

Tiltak – gjennomføring

Utvikle nye læringsmåter/metoder for egen videre og etterutdanning (spesialisering)

Planen skal videreutvikles.

Arbeidspakke 5: Lederutvikling – med vekt på ansvarsfordeling knyttet til ulike faser av de standardiserte pasientforløp ("mikroledelse")

Leder: Avdelingssykepleier Karianne Sandvik

Denne arbeidspakken er under utarbeidelse men skal i hovedsak beskrive hvordan ansvaret for de standardiserte pasientforløpene skal fordeles mellom de ulike fagpersonene som er involvert, og hva det konkret betyr å ha dette ansvaret.

Underliggende støttefunksjoner og forutsetninger

Som ledd i arbeidet med standardiserte pasientforløp er det helt avgjørende at man kan foreta fortløpende evalueringer av virksomheten, og at det innhentes informasjon på en systematisk måte som tillater at data kan brukes i forskning. Derfor er det viktig å utvikle underliggende støttefunksjoner som er nødvendige forutsetninger for å kunne foreta en fortløpende evaluering av forbedringsprogrammet. I beskrivelsen nedenfor deles disse støttefunksjonene i tre: for det første skal det etableres et Senter for helsetjenesteutvikling som i denne sammenheng forventes å ta ansvar for evalueringen av forbedringsprogrammet, og for at det initieres forskning på bakgrunn av de data som akkumuleres. I tillegg til dette Senteret er det viktig å etablere en samlet infrastruktur for forskning ved sykehuset.

Som generell støttefunksjon er det nødvendig å legge stor vekt på kommunikasjon og åpenhet. Denne åpenheten er viktig innad i sykehuset, men det er like viktig at man utarbeider god kommunikasjon med verden utenfor sykehuset, både til pasienter, andre aktuelle institusjoner og til storsamfunnet.

Regionalt kompetansesenter for helsetjenesteutvikling

Ideelt er det ønskelig at nytten av nye tiltak i helsetjenesten dokumenteres i randomiserte forsøk (engelsk terminologi av effekt: «efficacy»), men medisinsk teknologi blir ofte innført uten at det foreligger god dokumentasjon på nytteverdien av tiltaket, slik effekter av nye medikamenter dokumenteres.

Randomiserte forsøk foregår innenfor en selektert ramme av pasienter, men det er også viktig å finne ut om påviste effekter også gjelder i praksis. Derfor er det vanlig å følge pasientgrupper over tid og sammenlikne effekten av medisinske tiltak mellom ulike grupper (engelsk terminologi: «comparative effectiveness»). Slike studier er observasjonelle (ikke eksperimentelle), noe som medfører metodologiske utfordringer: for eksempel kan man komme til å sammenlikne grupper som er lite sammenliknbare (skjevhet/bias), eller at forhold som bør tas hensyn til i analysene blir oversett (såkalt confounding).

På den annen side er pålitelige analyser av effekt, nytte, bivirkninger/skade (eng: «harm») og kostnader av ny behandling eller av ny medisinsk teknologi helt avgjørende for å fatte riktige beslutninger i helsetjenesten. Og beslutningsgrunnlaget vil svært ofte være studier av bestemte praktiske tiltak («effectiveness»), og ikke effekter målt i randomiserte studier («efficacy»).

Beslutningsgrunnlaget bør så langt som mulig være «evidence» basert, og den nye kunnskapen må vurderes og settes inn i en klinisk sammenheng. Delvis blir slike vurderinger gjort av nasjonale myndigheter (Statens legemiddelverk, HelseDir/Kunnskapssenteret), men mange vurderinger og beslutninger må skje regionalt (RHF-nivå) eller lokalt (HF-nivå). Derfor bør hvert RHF ha et relevant kunnskapsmiljø, et behov som er gitt i oppdragsdokument fra HOD som sier at man på RHF-nivå skal etablere kompetanse for å utføre såkalte «mini HTAer» (HTA: Health Technology Assessment). Fagområdet er omfattende og internasjonalt kalles denne virksomheten «Comparative Effectiveness Research».

For Helse Midt-Norges del vil et senter for helsetjenesteutvikling bidra til en bedre helsetjeneste i Midt-Norge, men senteret kan også bidra til å utvikle nye organisatoriske modeller innenfor helsetjenesten, evaluere modellene, samt å drive grunnleggende helsetjenesteforskning for et bedret helsetilbud for befolkningen.

Infrastruktur for forskning

Forholdene må legges til rette for at planlegging og gjennomføring av kliniske studier (pasientnær klinisk forskning) kan bli en integrert del av klinisk praksis med de kvalitetskravene som i dag stilles for slik forskning.

For å oppnå målene har St. Olavs Hospital etablert en rekke infrastrukturelle tiltak. En infrastruktur bør, i tillegg til å være lett tilgjengelig, ha høyt kompetent vitenskapelig og klinisk personell som skal ha et spesielt fokus på noen utvalgte områder som er særlig viktige for at de foreslåtte forbedringstiltakene kan gjennomføres.

St. Olavs Hospital er tett integrert med Det medisinske fakultet og både infrastruktur for metodekunnskap, kjernefasiliteter og de store forskningsgruppene vil være en del av den samlede infrastruktur for forskning ved universitetssykehuset. I tillegg vil de kompetansesentre og registre som er tillagt St. Olavs Hospital i framtiden bli en viktig kilde til forskningsdata.

St. Olavs Hospital har overtatt ansvaret for Regional forskningsbiobank og har også etablert en Forskningspost for kliniske studier. Videre har St. Olavs Hospital, etter oppdrag fra Helse- og

omsorgsdepartementet ledet arbeidet med etablering av et Nasjonalt nettverk for klinisk forskningsinfrastruktur (NorCRIN). Sekretariatet for NorCRIN er lagt til St. Olavs Hospital. I tillegg er St. Olavs Hospital er nasjonal partner i European Clinical Research Infrastructure Network (ECRIN). NorCRIN har som hovedmål å bygge en nasjonal plattform for å styrke og forenkle samarbeid innen alle kategorier av klinisk forskning i Norge, og med basis i dette delta både i det nordiske nettverket, Nordic Trial Alliance, og ECRIN. Denne enheten vil nå bli etablert som et servicekontor for klinisk forskning (Forskningskontoret) ved St. Olavs Hospital.

Mål

Bygge opp en sammenhengende infrastruktur for pasientnær klinisk forskning på St. Olavs Hospital som skal være kjent og kontinuerlig benyttes til klinisk forskning.

Å utvikle/tilrettelegge for at vi kan gjennomføre både som primæransvarlige (PI) og som medansvarlige for regionale, nasjonale og internasjonale studier, utvikling av ny teknologi, implementering av nye teknologiske metoder osv.

Mål/delmål

- I Beskrivelse og gjennomgang av all forskningsinfrastruktur og forskningsgrupper innen området pasientnær klinisk forskning på St. Olavs Hospital.
- II Utvikle en ramme for forskningsinfrastruktur for pasientnær klinisk forskning på sykehuset samt vurdere hvordan man få til bedre samarbeid på tvers.

Plan - tidsplan

Forskningsavdelingen er etablert fra 1. januar 2014 hvor Forskningspost, Regional forskningsbiobank og Forskningskontoret er organisatorisk plassert. I løpet av 2014 vil man vurdere om også Fremtidens operasjonsrom (FOR) og Medisinsk Simulatorsenter (MISS) bør organiseres i Forskningsavdelingen.