

MASTEROPPGAVE

Emne kode: BE311E

Kandidatnr.: Bogi Jonsson

Innovasjon til kvalitets- og sikkerhetsforendring i spesialisthelsetjenesten. Utfordringer og utfall

Dato: 20.06.2018

Totalt antall sider: 35

Abstract

The purpose of this Master thesis is to describe the obstacles that innovation process has in quality and safety development in surgical procedures. Quality and patient security is the basics for all health care. The future challenges are enormous. Information technology and knowledge development gives a lot of opportunities and challenges. We need to develop information database that is quality secured and easily accessible in order to deliver a high quality standardized treatment to our patients and to reduce complications. We need innovation.

I describe the development and challenges of the innovation process, project Alfred, which comprises learning module and operative module, a quality knowledge database for surgeons that is easily accessible and assists the surgeon in his surgical procedures.

In my study the main observations were:

The development of an idea takes time.

You need mental strength and endurance as an innovator and be ambitious to obtain the objectives.

Vision and strategy is needed.

It is important with good presentation of vision and strategy for development of new innovation processes for quality and security for patients.

Coalition group needs to be established.

Coalition group with specialized professional coworkers needs to be established to obtain as much understanding for the project as possible.

Good communication and remove obstacles.

It is important to hold many meetings for coworkers for further development of the project to secure continuity.

Visualize short term results.

The organisation and other authorities that supports the project need to visualize the short term results to secure continuous understanding and support.

Forord

Denne masteroppgave avsluter Master of Business Administration (MBA) studie ved Universitet Nord i Bodø, i samarbeid med Helse Nord RHF. Dette har vært en lærerik prosess med eminente forelesere og inspirerende studiesamlinger.

Jeg vil takke min arbeidsgiver, Universitetssykehuset Nord Norge HF, for at jeg fikk anledning til at delta på studiet og tilrettelagt av arbeidsforhold. Jeg takker mine informanter som tog seg tid til å bli intervjuet. Jeg vil takke mine ortopediske kolleger, overleger, for forståelse for mine studier og mine lis leger for rask hjelp med kort varsel når det trengtes.

Takk professor Inger Johanne Pettersen og Anita Eide for hjelp og spesielt takk til min veileder professor Kari Nyland for at støtte meg underveis.

Til slut ønsker jeg takke min ektefelle Laufey for at støtte meg i studiene og mine barn for rask teknisk hjelp med kort varsel.

20. juni 2018

Bogi Jonsson

Sammendrag

Temaet for denne masteroppgaven er å beskrive de utfordringer innovasjon prosessen har for kvalitets- og sikkerhetsforendring i spesialisthelsetjenesten.

Kvalitet og pasientsikkerhet er grunnleggende for all helsetjeneste. De fremtida utfordringene er enorme. Informasjonsteknologi og kunnskapsutviklingen gir nye muligheter og utfordringer. Hvis vi skal kunne mestre denne utviklingen må vi utvikle database og prosedyrer å målretta behandling til pasientene bedre og reduserer feil og skader i tjenestene. Vi trenger innovasjon.

Her beskriver jeg utvikling og utfordringer av innovasjon prosess, prosjekt Alfred, om læringsmodul og operativ modul, en kvalitetssikret informasjons database til kirurger som skal vare lett tilgjengelig og hjelp ved kirurgiske prosedyrer.

Jeg gjorde følgende hovedfunn.

Ideutviklingen trenger tid.

Innovatør tenger kraft og ambisjoner å nå frem sine mål. Aldri gi opp. Viktig at innovatør får tid fra vanlig klinisk arbeid til ideutvikling.

Visjon og strategi trenges.

Prosjekt må presenteres tydelig til at nå oppmerksomhet bland medarbeider og relateres til kvalitet og sikkerhet, slik at pasienter har nytte av.

Koalisasjonsgruppe må skapes.

Koalisasjonsgruppe med fagfolk må etableres for at få så stor forståelse for prosjektet som mulig. Grupper bilder en kraft som leder utviklingsprosessen videre.

God kommunikasjon og fjerne hindringer.

Det er viktig med regelmessige møter hos fagfolk for videre utvikling av prosjektet og for fortsatt økonomisk støtte.

Synliggjøre kortsiktige resultat.

De som støtter prosjektet må ha syn på kortsiktige resultat slik at prosjektet kan få kontinuerlig økonomisk støtte videre.

Innhold

Abstract.....	i
Forord.....	ii
Sammendrag.....	iii
1 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn.....	5
1.2 Problemstilling, avgrensing og begrepsforklaring.....	7
2 Kort om innovasjonen Alfred.....	9
2.1 Innovasjonsområdet, kvalitet, originalitet og dets potensial.....	10
3. Teori.....	12
3.1 Innledning.....	12
3.2 Innovasjon.....	13
3.3 Innovasjonsformer.....	15
3.4 Endringsprosesser.....	15
3.4.1 Kotters 8 trinn.....	16
4 Metode.....	19
4.1. Kvalitativ metode.....	19
4.2 Vitenskapsteoretisk ståsted.....	19
4.3 Forskningsdesign.....	19
4.4 Valg av informanter.....	20
4.5 Datasamling.....	21
4.6 Validitet og reliabilitet.....	21
4.7 Metodekritikk.....	22
5 Empiri.....	23
5.1 Bakgrunnsinformasjon Alfred.....	23
5.2 Empirisk funn.....	24
5.2.1 Bakgrunn og endringskoalisasjon og visjon.....	24
5.2.2 Informantenes svar.....	25
6 Hovedfunn/analyse.....	29
7 Oppsummering: Hovedfunn og analyse:.....	33
8 Konklusjon.....	35
Litteraturliste.....	37

1 Innledning

«Kvalitet og pasientsikkerhet er grunnleggende for all helsetjeneste. Spesialisthelsetjenesten er kompetansekrevende, utstys- og teknologikrevende, har mange aktører og er ulikt organisert både nasjonalt og internasjonalt. De fremtidige utfordringene er enorme. Vi lever lengre, det blir større behov knyttet til flere eldre, som flere helsetjenester. Den medisinske og teknologiske utviklingen er enorm. Informasjonsteknologi gir nye muligheter og utfordringer. Hvis vi skal mestre denne utviklingen i en tid der ressurser til helsetjeneste ikke kan vokse i samme takt som før, må helsetjenestene endres slik at ressursene rekker lenger, at vi evner å målretta behandling til pasientene bedre, at vi reduserer uønsket variasjon og at vi reduserer feil og skader i tjenestene. Vi trenger innovasjon.» (Statssekretær, HOD)

Sitatet over er hentet fra mitt intervju med statssekretær i HOD, der hun svarer på spørsmål om betydningen av innovasjon i spesialisthelsetjenesten. Innovasjon anses altså som en viktig del av løsningen på en varslet framtidig ressursmangel i helsetjenesten. Innovasjon skal sette oss i stand til å opprettholde og bedre våre tilbud selv om veksten i etterspørsel kommer til å bli større enn veksten i ressurstilgang. Et viktig spørsmål blir dermed hvordan vi best mulig kan legge til rette for innovasjon i spesialisthelsetjenesten. Dette er tema for min oppgave der jeg vil studere en faktisk gjennomført innovasjonsprosess for å samle erfaring om utviklingsprosessen.

1.1 Bakgrunn

Helsetjenesten har store utfordringer i forbindelse med å minimere risikoen for komplikasjoner og samtidig utvikle prosesser for å sikre god kvalitet og sikkerhet. Dette i sin tur løsgjør tid og dermed økonomiske midler til mer effektivt arbeid med pasienter. Det er et stort gap mellom tilgjengelig kunnskap og hvordan kirurgi praktiseres og dertil stor variasjon i behandlingen pasientene mottar (Birkmeyer, 2013). 10-14% av kirurgiske pasienter opplever komplikasjoner ((Urbach and Baxter, 2005), men litteraturen tyder på at det er store mørketall ((De Vries *et al.*, 2008)). Kirurgene har, i motsetning til andre risikoyrker, svært få systemer rundt seg som hindrer feilvurderinger og uønskede hendelser. Mange av de alvorligste hendelsene skjer på operasjonsstuen og dessverre er manglende kompetanse hos kirurgene og dårlig

kommunikasjon vanlige årsaker (Gawande *et al.*, 2003). Mange av de uønskede hendelsene kunne ha vært unngått (Kable, Gibberd and Spigelman, 2002). Kirurgene mangler i dag et godt system eller verktøy for lære av hverandres feil og utfordringer. Utvikling av et slikt verktøy er en form av inkrementell innovasjon. Utdanningen av nye kirurger og videreutdanning av erfarne kirurger i Norge er under stort press pga effektivitetskrav og økte dokumentasjonskrav (Helsedirektorated, 2014) og det etterspørres derfor et bedre verktøy av kirurgene.

I kirurgien har vi mye informasjon som er vanskelig å holde kontroll over på grunn av mengde av informasjon. Kirurgen har en travel dag med krav om god produksjon og drift i en alt krympende økonomi samtidig som det kreves økt kvalitet og sikkerhet for pasienten i den behandlingsprosess pasienten går igjennom i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor ikke underlig at statsråd for HOD legger stor vekt på ny teknologi, innovasjon, for at sikre god kvalitet og sikkerhet i spesialisthelsetjenesten. De som arbeider med pasienter får ofte idéer som kan belyse innovasjon. Utfordringen er i en travel arbeidsdag å utforme innovasjonen, skape støtte og forståelse bland leder og medarbeider og sikre finansstøtte fra administrativ økonomisk ansvarlig ledelse. Den personen som har minst makt har kanskje størst forståelse for praktisk klinisk problem.

De siste 28 år som spesialist i ortopedisk kirurgi så erfarer man „failures og suksess “. Det man husker best er det som ikke har gått bra det vil si komplikasjoner som kan ha varig konsekvens. Man ser samtidig hvordan man kunne hindre komplikasjoner og hvordan man på beste måten kan reparere komplikasjoner. Man erfarer også at komplikasjoner er meget resurskrevende på tid, personell og belaster økonomien meget. Dette område har skapt stort interesse fra min side ettersom jeg ser i hverdagen så har vi muligheter at endre våre operative prosedyrer. Jeg har merket i organisasjonen som helhet stor interesse at å arbeide videre mot sikrere pasientbehandling, dette gjenspeiles hos medarbeider på alle nivåer. Leger har det videste perspektivet og legens ansvar størst av denne anledningen.

Jeg ble fasinert arbeidet til en ung gastrokirurg som begynte å jobbe med dette for ett par år siden. Han har opplevd samme sak som jeg men har lagt stort arbeid på at utvikle et prosjekt som han kaller Alfred som ivaretar faktorer som kan ha effekt på operasjoner. Han valgte brokk

operasjoner ettersom de er vanlige. Resultat er forskjellig alt etter hva pasienten opereres. Alfred er kvalitet- og sikkerhetssystem for kirurgi som deler opp i e-læringsmodul og operativ modul. Innovatøren kom på ideen i samband med når han var på kino med sine barn og de så på filmen Batman der butleren Alfred ordnede alt for Batman før han skulle på oppdrag.

Systemet Alfred vil ha en utdanningsmodul og en operativ modul som vil fungere som et kvalitets og sikkerhetssystem for kirurger. Systemet vil basere seg på flyt-skjemaer, sjekklister, instruksjons-videoer for både standardmomenter og avvikende forløp. Med inspirasjon fra luftfartens lokale sikkerhet sykluser vil systemet også gradvis vokse ved at kirurgenes erfaringer samles og kategoriseres på en måte som gjør dem tilgjengelig for andre kirurger. Systemet vil stimulere til en delingskultur som vil bedre sikkerhetskulturen blant kirurgene. Ved å gjøre flyt-skjemaene tilgjengelig til de andre aktørene i operasjonsteamet vil alle kunne ha en felles forståelse av inngrepene og være forberedt på eventuelle utfordringer underveis. Systemet kan bedre utdanningen, forbedre standardiseringen, bedre kvaliteten og pasientsikkerheten, samt gjøre det enklere for kirurger å lære av hverandres uønskede hendelser. Samarbeidet med Nasjonalt senter for E-helse vil gjøre at systemet kan samle verdifull informasjon som kan forbedre kirurgenes ferdigheter og dermed øke kvaliteten og pasientsikkerheten.

Utviklingen av ideen og prosessen mot implementering har tatt lang tid og har møtt mange hindringer. Jeg vil derfor bruke de erfaringer en har gjort seg innenfor denne innovasjonsprosessen til å kunne belyse hvordan en innovasjonsprosess kan gjennomføres.

1.2 Problemstilling, avgrensing og begrepsforklaring

Basert på bakgrunnsinformasjonen over, har jeg formulert følgende problemstilling for denne masteroppgaven:

Hvordan utvikles en innovasjon, og hvilke utfordringer kan en møte i innovasjonsprosessen?

Jeg vil forsøke å belyse min problemstilling på bakgrunn av en analyse av innovasjonsprosessen knyttet til utvikling og implementering.

Sentrale begreper i problemstillingen er:

Innovasjon

Ordet kommer av det latinske ordet innovare, fornyelse, nyhet, forandring, i regelen til det bedre (Rottem, 1999).

Innovasjonsprosess

Det finnes forskjellige innovasjonsprosesser i entreprenørskap og i denne oppgave snakker vi om entreprenørskap det vi si innovasjonsprosesser i eksisterende foretak og organisasjoner (Hovland 2013).

Endringsprosess

Implementering av innovasjon trenger endringsprosess. I organisasjoner skjer endring som følge av aktørens valg. Denne endring er knyttet til e-læring som leder til endring i atferd etter e-læring (Jakobsen 2016).

Oppgavens struktur bygger på Johns P Kotters 8 trinn.

Oppgavens videre struktur er basert på kort beskrivelse av prosjektet Alfred som vi beskriver nedenfor og hvordan ideutviklingen har kommet fram og hvordan den utvikles i henhold til med innovasjonsprosessen det faglige, tekniske og økonomiske hinder må løses underveis og hvordan prosessen leder til endringsprosess som siden drøftes mot teorier.

2 Kort om innovasjonen Alfred

Kirurgene har, i motsetning til andre risikoyrker, svært få systemer rundt seg som hindrer feilvurderinger og uønskede hendelser. Mange av de alvorligste hendelsene skjer på operasjonsstuen og dessverre er manglende kompetanse hos kirurgene og dårlig kommunikasjon vanlige årsaker. Mange av de uønskede hendelsene kunne ha vært unngått. Kirurgene mangler i dag et godt system for lære av hverandres feil og utfordringer. Utdanningen av nye kirurger og videreutdanning av erfarne kirurger i Norge er under stort press pga effektivitetskrav og økte dokumentasjonskrav og det etterspørres et bedre verktøy av kirurgene.

Innovatøren ved kirurgisk avdeling UNN Harstad holder på at utvikle et nytt IT-basert verktøy for kirurger i samarbeid med Alfred Surgery AS. Systemet vil ha en utdanningsmodul og en operativ modul å fungere som et kvalitets og sikkerhetssystem for kirurger. Systemet baseres på flyt-skjemaer, sjekklister, instruksjons-videoer for både standardmomenter og avvikende forløp. Systemet vil også gradvis vokse ved å kirurgenes erfaringer samles og kategoriseres på en måte som gjør dem tilgjengelig for andre kirurger. Systemet vil stimulere til en delingskultur som vil bedre sikkerhetskulturen blant kirurgene. Ved å gjøre flyt-skjemaene tilgjengelig til de andre aktørene i operasjonsteamet vil alle kunne ha en felles forståelse av inngrepene og være forberedt på eventuelle utfordringer underveis. Systemet vil bedre utdanningen, øke standardiseringen, bedre kvaliteten og pasientsikkerheten, samt gjøre det enklere for kirurger å lære av hverandres uønskede hendelser. Samarbeidet med Nasjonalt senter for E-helse vil gjøre å systemet kan samle verdifull informasjon som kan forbedre kirurgenes ferdigheter og dermed øke kvaliteten og pasientsikkerheten.

Prosjektet bygger en prototype for brokkirurgi for å verifisere at systemet fungerer i kirurgenes travle hverdag og kan levere det kvalitets og sikkerhetssystem kirurgene etterspør. Skulle prosjektet bli vellykket vil andre generell kirurgiske inngrep bygges inn i plattformen.

2.1 Innovasjonsområdet, kvalitet, originalitet og dets potensial

a) Hvordan utføres tjenesten i dag?

Risikovurdering ved kirurgi gjøres av kirurgen(e) ut fra deres individuelle kunnskaper og erfaring. Kirurgens kunnskap er i stor grad avhengig av i faglig oppdatering som ofte blir nedprioritert i en travel klinisk hverdag. Den individuelle oppdateringen skjer i stor grad av artikkelsøk, ulike videoer og denne prosessen er ikke kvalitetssikret. Det er det Ingen løsninger som viser alle fasetter i ett inngrep og derfor er det vanlig at komplikasjonsforekomsten er høy de første 50-100 inngrepene inntil kirurgene har fått mer erfaring.

Det er ingen system som sørger for at kirurgene er kompetente til de inngrep de gjør. Det fylles ut en sjekklister før kirurgi når pasienten meldes til operasjon, men denne omhandler i hovedsak utstyr og risiko i forbindelse med anestesi. WHO's sjekklister brukes i varierende grad før og etter det kirurgiske inngrepet, men opplæringen i bruken av denne er en 5 minutters Youtubevideo. Mange anser den som et nødvendig onde og den brukes ofte ikke slik den burde. Dette gjør at det er liten grad av felles forståelse for inngrepet i operasjonsteamet og det klarlegges ikke hvordan eventuelle komplikasjoner underveis skal håndteres. Komplikasjoner håndteres på ulik måte ut fra hvem som deltar i operasjonsteamet (spesielt kirurgene).

Endring av kirurgisk praksis i en avdeling drives av gruppeundervisning (som ikke har dokumentert effekt), individuell oppdatering eller uønskede hendelser. (f.eks. pasientskadeerstatningssaken mot et sykehus i Nord-Norge som gjorde at man måtte gjennomgå teknikken for lukking av bukveggen - den gamle teknikken viste seg å være utdatert for flere år siden. Tross endringen i prosedyren til evidens-basert teknikk er det flere av kirurgene som nekter å forholde seg til denne og det er ingen system som forhindrer dette).

Det er ingen velfungerende system for læring på kryss av kirurgiske avdelinger. F.eks. har i UNN vært tre alvorlige hendelser med trocharer (spisst rør som settes igjennom bukveggen ved kikkhulls-kirurgi) de siste 18 månedene uten at andre kirurger har fått lære hvordan de kan

unngå samme hendelse når de opererer. Dagens avvikssystem for uønskede hendelser ved kirurgi har svært begrenset læringseffekt. Dagens utdanning av kirurger i UNN er lite effektiv, ikke standardisert og heller ikke kvalitetssikret.

b) Hvilken nyhetsgrad har prosjektet?

Etter tre års søk på internett, flere konferanser og utallige samtaler med andre kirurger i inn og utland har innovatør ikke klart å finne ett lignende system på markedet i dag. Verken Helsetilsynet eller Fremtidens operasjonsrom er kjent med andre som forsøker å utvikle noe lignende. Prosjektet har skapt så stort engasjement at det har fått mange anerkjente samarbeidspartnere. Prosjektets innovasjonsgrad gjorde også at det ble presentert for Helseminister Bent Høie i 2015 og prosjektet ble nominert til Nordic Start-up Awards av kunnskapsparken Nord i 2017.

c) Hva belyser og støtter tjenesteinnovasjonen?

Det er svært mange studier som viser stor effekt på av sjekklister på kvalitet og sikkerhet (Gawande, 2003). Etter vår kunnskap har ingen forsøkt å kombinere sjekklister med et utdanningssystem og sikkerhetssystem tidligere. Vi kjenner derfor ingen forskning som vurderer effekten av et system som vi ønsker å utvikle.

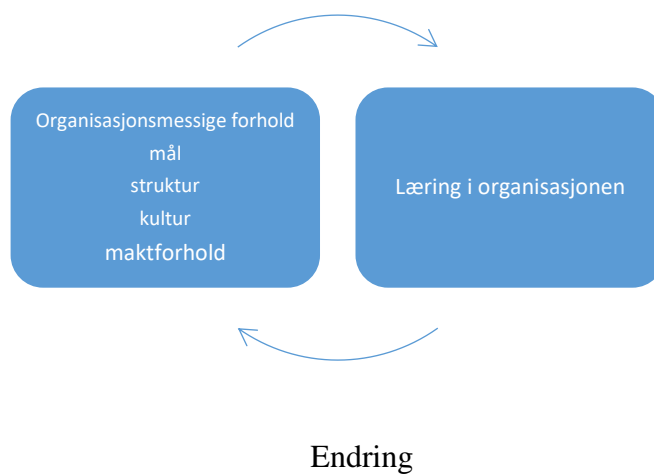
d) Er det behov for den foreslåtte løsningen i helsetjenesten og potensial for regional spredning?

Manglende standardisering, tidkrevende og mangelfull utdanning og høy komplikasjonsfrekvens ved kirurgi er en stor utfordring i kirurgiske avdelinger i hele verden.

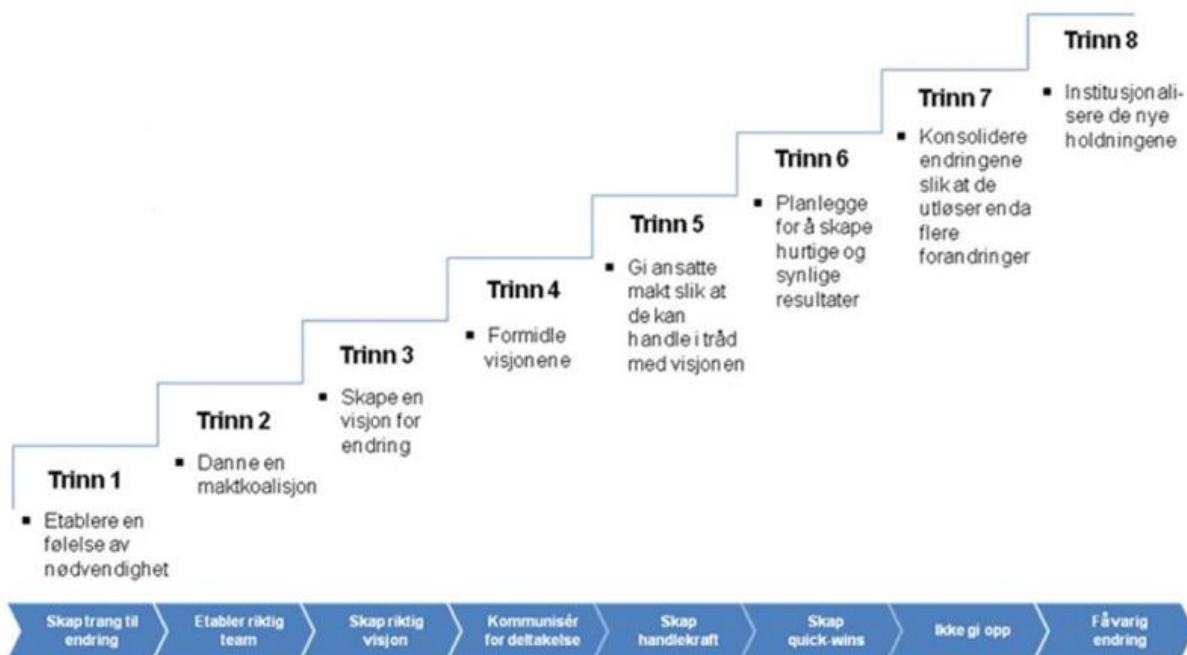
3. Teori

3.1 Innledning

Her velger jeg John P. Kotters trinn i samband med innovasjonsprosessen og den endringsprosess som innovasjonsresultat medfører. Ideutvikling som innovasjon betyr læring leder til endringsprosess som siden påvirker organisasjonsmessige forhold



Figur 3.1 Mellom organisasjonsmessige forhold og læring i organisasjonene belyser relasjon



Figur 3.2. John P. Kotters 8 trinn i forhold til endringsprosessen

Utviklingen av Alfred prosjektet er typ læringsform som påvirker prosedyrer i samband med implementering og skaper endringsprosess i organisasjonen, se figur 3.1 og 3.2.

3.2 Innovasjon

Hva er innovasjon? Begrepet innovasjon har sin opprinnelse i det latinske ordet innovare, som betyr å fornye, og det består av in og novaer, som henspiller på å nyskape og gi en ny gestalt (Hellquist, 1980).

„Innovasjon er nye kombinasjoner av nye eller eksisterende ressurser, teknologier, systemer og kunnskaper, som er satt ut i praksis for å gi økt nytte for noen“ (Sander, 2015).

Innovasjon handler om å identifisere og utnytte muligheter for å skape nye produkter, tjenester eller prosesser (Delbecq, Van de Ven and Gustafson, 1986). Annen forfatter sier at en innovasjon er en ny ide som kombinerer gamle ideer eller systemer for å utfordre det etablerte systemet eller løsningsmetoden.

Schumpeter som regnes som en pioner innenfor innovasjonsfeltet definerte innovasjon og entreprenørskap likt og sa at innovasjon er å skape utvikling i næringslivet gjennom nye kombinasjoner, som kan skje på følgende fem måter:

Introduksjon av et nytt produkt eller ny kvalitet av et produkt

Introduksjon av en ny produksjonsmåte

Gå inn i et nytt marked

Utnytting av en type råvare eller et halvfabrikat

Ny organisering av en næring

Schumpeter videre gir på denne måten en mer konkret definisjon som kan oversettes til:

1. Produksjonsinnovasjon
2. Tjenesteinnovasjon
3. Prosessinnovasjon
4. Markedsinnovasjon
5. Organisatorisk innovasjon (Zahra and Das, 1993).

Det skrives om 4 innovasjonsdimensjoner (Andersen, 2015). Det som er skrevet om den første innovasjonsdimensjonen handler om innovasjon som handler om endring (Osborne, 1998). Den andre innovasjonsdimensjonen beskriver hvor radikal endringen er. Radikal endring i offentlig tjenesteyting er ikke så aktuell dersom det gir uvisshet og risiko som lar seg ikke passe i helsetjenesten det sikkerhet og kvalitet kan ikke eventyrets. Den tredje innovasjonsdimensjonen beskriver hvor unik innovasjonen er. (Osborne, 1998). Den fjerde innovasjonsdimensjonen beskriver om det er forbedring eller forverring. Innovasjon representerer et skift og skiller seg dermed fra ordinær organisasjonsutvikling. Det kan betyde nye måter å tenke eller agere i forhold til ledelse og medarbeider dersom nye rutiner skal implementeres. Reisen der er ikke rettlinjert (Van de Ven, 2008).

3.3 Innovasjonsformer

Når vi snakker om innovasjoner skiller vi vanligvis mellom radikale- og inkrementelle innovasjoner. Hva som er forskjellen mellom disse to innovasjons formene kan forklares slik at radikale innovasjoner er revolusjonerende og inkrementelle innovasjoner er marginale innovasjoner og forbedringer. Inkrementelle innovasjoner er i praksis mer vanlig i offentlig helsesektoren.

Hvorfor er innovasjon viktig?

I den offentlige sektoren må innovasjonsprosessen omfatte absolutt alt. Fra produktutvikling (prosedyrer), effektivisering av rutiner og produksjonsprosesser til tekniske løsninger, kundepleie, service, markedsføring, ledelse, økonomistyring, organisasjonsutvikling.

Organisasjonen er et ”dynamisk organ” som endrer seg stadig raskere i dagens konkurransesamfunn. Hvis ingen forendring vil virksomheten fort stagnere og miste konkurransekraft til de som ser utviklingen og griper sjansen.

En annen stor fordel med innovasjoner er at de kan skape konkurransefortrinn som kan forbedre prosesser. Læringsmodell for kirurgiske inngrep.

3.4 Endringsprosesser

Endringsprosesser er blant det viktigste for kunnskapsorganisasjoner (*Crossan and Guatto, 1996*). Teorier for endringsprosesser er forskjellige men det som man bruker oftest er Kotter (1996) som rammeverk i oppgaven, se figur 3.2. De første trinn han presenterer brukes i henhold til empirien. Kotter teori om endringsprosess passer bra her fordi det handler om endringsprosess.

Alfred prosjektet er en inkrementell prosess dersom prosjektet forbedrer ressurstilgang uten at skape revolusjoner endring. Prosjektet Alfred følger Kotters 8 trinn og dermed muliggjør implementering til praksis

Endringsprosesser kan dels være utfordrende for medarbeider men også organisatorisk og påvirker eksisterende prosedyrer som kanskje ble skrevne topp-down. Når innovasjon kommer fra ansatte nærmest pasienten så blir effekten motsatt bottom-up som kan hindre prosessen av innovasjonen og skape konflikt mot toppledelsen. (Crossan and Guatto, 1996; Surgeon, Burke and Cooper, 2012) . Prosjektet Alfred handler om medarbeider, innovatør som jobber lavt i legehierarkien som kommer med ideen, som faktisk anbefales fra toppen av den organisatoriske hierarkiene og støttes derifra mot topp-down. Således interessant samspill i begge retninger.

3.4.1 Kotters 8 trinn

I sin bok «Leading Change» fra 1996 skrev John Kotter de 8 trinn, se Figur 3.2, som skal gjennomføres hvis man skal nå fram endring i organisasjonen.

Etablere en følelse av krise eller nødvendighet (Trinn 1)

Det er viktig ifølge Kotter at man forstår at i vår kunnskapsorganisasjon der kunnskap stadig endres så må man forstå at den nye kunnskapen er nødvendig for pasientbehandlingen.

Meget viktig at den nye kunnskapen forankres i organisasjonen slik at implementering å bli mulig. Nye vitenskapelige funn må tas i bruk og det krever ofte innovasjon i eksisterende organisasjoner.

Når problemer kommer typ komplikasjoner så skaper det ofte klar forståelse for endring i prosedyrer. Oftest har vi i kunnskapsorganisasjon gjellende prosedyrer som med tiden når kunnskap oppdateres blir då uaktuelle og må erstattes med nye prosedyrer. Her kommer innovatøren inn som behandler og ser nødvendigheten med nye prosedyrer som må jobbes med. Dette anser Kotter (1996) er det viktigste trinn i sin teori og forutsetning for endringsprosessen. Hvis det ikke skapes forståelse av nødvendigheten for den foranliggende endringen, så vil

resten av prosessen bli vanskelig (Kotter, 1996). Innovatøren har her lagt stort arbeid å utvikle sin ide til representativ presentasjon slik at han fanger sine medarbeiders interesse, sjef og andre ledere innom foretaket.

Forme en sterk endringskoalisjon (Trinn 2)

Her er det viktig å skape forståelse blant medarbeider og leder slik at prosessen kan få medhold og gå videre. Dette kan være sentrale personer i organisasjonen som kan støtte og bevare endringsprosessen og presentere endringen som er nødvendig. Her er det viktig med bred koalisjon slik at det inkluderer leder og medarbeider på lavere nivå i hierarken slik at det ikke skapes misforståelse som kan påvirke organisasjonskulturen. Hvis koalisjonsgruppen er sterk og enig og handlingskraftig da får endringsprosessen større troverdighet og har større sjans å gå videre. Her er det viktig med god informasjon som gjør det lettere å gjennomføre endringen.

Skape en visjon og strategi for endring (Trinn 3)

Det er viktig ifølge Kotter at å skape visjon. Hvordan skaper vi en presentasjon om hvordan endringsprosessen vil se ut i fremtiden. Hvis mål og strategi er klar så skaper det forståelse og mindre uro for fremtiden og faktisk kan skape motivasjon til endringsprosessen dersom positiv utvikling for pasienten gir gladere pasienter og bedre. Det blir også bedre oppslutning til prosjektet som er del av endringsprosessen. Medhold fra medarbeider og leder til større legitimitet. Prosessen går igjennom ulike faser der endringsagentene, det vil si de som er i endringskoalisjonsgruppen klarer å skape et opplevd behov for endring og klarer at å håndtere det motstand eller hinder en møter for endring.

Kommunisere visjon og strategi (Trinn 4)

Kommunikasjonen er meget viktig hvis endringen skal kunne ta form i organisasjonen ifølge Kotter. For at få forståelse i organisasjonen så er det viktig at lederen presenterer prosjektet enkelt og tydelig slik at det ikke forkommer misforståelse. Hvis visjonen er vanskelig å forstå da må visjonen brytes ner slik at fleste forstår hva det handler om. Man kan kommunisere via møter og email og sms slik at presentasjonen blir ofte og med forskjellige forklaringer slik at medarbeider forstår bedre hva som er på gang. Kraften av gjentagelsen er stor og hjelper til slik at så mange som mulig husker og forstår. Endringskoalisjonen og leder har stor påvirkning

hvis de går foran og er dette i henhold til Kotters teori „Walk the talk“ (Kotter 1996). Viktigst med møtene er dialog og diskusjon slik at man vedlikeholder interesse.

Bemyndige ansatte til å handle i tråd med visjonen og motvirke hindringer (trinn 5)

Når alle er vel informerte og visjonen er tydelig i organisasjonen så skaper det troverdighet og støtte slik at eksterne agenter utenfor organisasjonen ivaretar visjonen og gir sitt støtte. Dette kan være andre deler av organisasjonen som Helseforetak eller HOD. Viktigst nettopp at de organisasjoner som ligger høyere i hierarken ser effekten av endringsprosessen slik at de hinder som kan komme til eksempel økonomisk hinder kan overvinnnes. Også då skaper det handlekraft slik at visjonen kan og presenteres i andre internasjonale møtene slik at forståelsen for visjonen blir bredere og då fjerner vi de hinder som har størst betydelse for endringsprosessen.

Planlegge og synliggjøre tidlig suksess (Trinn 6) Ikke ta seier på forskudd – fokus på det som gjenstår (Trinn 7). Forankre endringen i organisasjonskulturen (Trinn 8).

4 Metode

4.1. Kvalitativ metode

For at å innhente relevante informasjon fra informanter så krever det intervjumetode.

For at få så klart bilde av endringsprosessen som kreves for innovasjonsprosessen så har jeg valgt å intervju innovatøren, hans avdelingsoverlege i første hånd. Endringsprosessen er vanskelig og viktig for å få informasjon fra toppledelsen i helsevesenet slik at innovasjonsprosessen blir mer åpen og at man forstår bedre de vanskeligheter eller hinder som kan påvirke prosessen. Fikk også elusivt intervju med erfaren kirurg som er hans medarbeider.

Offentlige organisasjoner etterspør innovasjonsatferd bland sine medarbeidere. RHF skaffer økonomiske midler som skal hjelpe til i innovasjonsprosessen. Dersom innovasjonsprosessen er fortsatt i utvikling då var det viktig at få intervju med aktører i de offentlige organisasjoner som kan skaffe slike økonomiske midler. Då har jeg inkludert direktøren for RHF og statssekretær Helse- og omsorgsdepartementet (= HOD) en). I dette samhang gjorde jeg forsøk at å intervju statsråd i HOD men han hade ikke mulighet at delta.

4.2 Vitenskapsteoretisk ståsted

Jeg bruker fenomenologisk forskning der jeg forsøker at få fram subjektive erfaringer og hva bakgrunnen er hos de valgte informanter er. Jeg forsøker at beskrive den virkelighet som informanter opplever (Nyeng,2012). Med hermeneutisk tilnærming så fortolker jeg det som informanten opplever som virkelighet (Nilsen, 2012).

4.3 Forskningsdesign

For at å beskrivelse problemstillingen bedre så brukes det kvalitativ metode med en fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming, som jeg har beskrevet tidligere. På denne måten forsøker jeg at få frem informantens forståelse og erfaring rundt fenomenet jeg ønsker svar på i studien.

Seks informatører ble intervjuet. Informanter blir alle intervjuede personlige på deres kontor eller min. Tre informanter arbeider i andre byer. Den ene reiste jeg til der han arbeider, den andre fikk intervju guide per email. Den tredje ringte jeg til. En erfaren kirurg intervjuede jeg på flyg plan fra Berlin til Oslo. Dette er en av Nord Norges beste gastrokirurger og vanskelig at få tid at holde intervju med han på felles sykkel race tur til Berlin 13/5.

I starten bruke jeg ustrukturert intervju å intervju med innovatøren. Mot den informasjonen jeg fikk då designede jeg intervju guide i henhold til Kotters trinn og inkluderte de trinn som allerede er aktuelle i henhold til hvor langt innovasjonsprosessen har nått.

4.4 Valg av informanter

Det var lett at å velge aktuelle informanter. Innovasjonsprosessen er fortsatt i startfasen og då viktig at inkludere de personer som har vært involvert i startfasen. Det handler om innovatøren som er den viktigste personen men siden de ledende personer i organisasjonen som kan påvirke innovasjonsprosessen og endringsledelse prosessen. Sedan hadde jeg mulighet at å intervju erfaren eldre kirurg.

Informanter

Nr.	Profesjons/org	Stilling status	Tidspunkt	Varighet i min
1	Lege	Innovatør	29/2;3/3:2/4	75+30+20+50
2	Kirurg (erfaren)	Overlege	14/5	45
3	Kirurg	Avd overlege	15/4	30
4	Innovasjon Norge	Senior rådgiver	15/5	45
5	RHF	Direktør	19/4	105

6	HOD	Statssekretær	21/5	email
---	-----	---------------	------	-------

Tabell 4. Tabell over de 6 informanter

4.5 Datasamling

Her bruktes det intervju guide som baserates på Kotters tinn. Hos innovatør og avdelingsoverlege så fikk de ikke intervju spørreskjema på forkant men ble direkte spørret. Det var god og rask respons og ingen vanskelighet med at få svarene. De var vel inne i saken og hadde klare svar på alt som ble spurt. Det ble litt dialog i henhold til de svarene som gjorde svarene mer fokusert og gav bedre bild av det som var spørret om.

4.6 Validitet og reliabilitet

Validitet: Valideten er stor her på grund av min erfaring i evnet og hvordan informanter svarer gir god bild av valideten dersom svar var like og forståelsen like hos informantene (Johannesen, 2011). De informanter som ble spørret hadde alle like erfaringer som styrker validiteten.

Reliabilitet: Dette handler om pålitelighet og nøyaktighet i forhold til valg av informatør, innsamling av data og bearbeiding av data (Johannesen, 2011). Med å starte med ustrukturert intervju då kunne jeg fange så meget informasjon som jeg kunne for at få så god realitet i saken at det semistrukturerte intervjuene baserates dels på denne ustrukturerte intervju, eller pilot intervju som då gav bedre eller mer reliabilitet bild av innovasjonsprosessen. Det som er viktig i denne sammenheng er at direktøren for Helse Nord hadde samme oppfatning selv om han er i grunn medisiner og ikke kirurg.


4.7 Metodekritikk

Jeg er ikke involvert i prosjektet i det hele tatt. Det betyr styrke på undersøkelsen. Jeg setter meg inn i prosessen via pilot intervju som tar bort bias. At jeg kjenner innovatøren kan påvirke resultat men de fakta jeg får ved datainnsamlingen er lik med det jeg får fra andre informanter som gjør at resultatene blir pålitelig og mer troverdig.

5 Empiri

5.1 Bakgrunnsinformasjon Alfred

Helsevesenets største utfordring i spesialisthelsetjenesten er krav på kvalitet og sikkerhet og stram økonomisk ramme i en populasjon som stadig blir eldre og eldre. Dette krever økt besparing. Vi har begrensede muligheter, men innovasjon med å forbedre prosedyrer som prosjektet Alfred kan spare penger med enklere prosedyrer og forbedre kvalitet i spesialisthelsetjenesten, som tidligere er nevnt i oppgaven.

	Tiltak	Outcome	Pris	Status
Trinn 1 2013/ 2015	Bearbeide/teste ut ideen, vurdere behovet. Lage beslutningsstrær.	Diskusjoner, forsøkt sjekklister på poliklinikk og operasjon - gode tilbakemeld. Møte med Helseministeren juni 2015. Møte fagavdelingen Helseidr. 2015 Møte med UNN-direktøren Etablerer-stipend Innovasjon Norge UNN Harstad støtter prosjektet reisekonstanter og arbeidstimer	Egeninnsats	
Trinn 2 2015/ 2016	Forankre ideen i fagmiljøet. Etablerer kontakter blandt verdens ledende brokkirurger. Søknader etter samarbeidspartnere. Navigere i offentlig støtteordninger	Mange kontakter -Anbefalelsesbrev/Ledende brokkirurger (dr. Simons/Rosen/Jacobs)/e-Helse 5% stilling UiT. Søknad med IT-fak. UiT. Avtale om samarbeid med Lufttransport/tilsyn DNV Pre-Inkubator Kunnskapsparken Tilbud om å lede brokk-prosjekt i UNN	Egeninnsats	
Trinn 3 2016	Søknader (Innomed/DNL) Utarbeide kravspesifikasjon/potensielle leverandører	Møter med Kodemaker, Oslo. - Rettigheter? - Kartlegge andre	Egeninnsats	
Trinn 4 2016/ 2017	Søknad til Innomed Søknader Forskningsrådet Datatilsynet - avidentifisering	Midler/tid til testversjon/fundament. Hjelp til søknadsskriving/rapportering. Samarbeid med Kunnskapsparken Nord OFU-avtale UNN/Helse Nord Samarbeidsavtaler Lufttr/DNV/E-Helse	500.000	
Trinn 5 2017	Søknad Innomed Hovedprosjekt OFU-avtale UNN/Helse Nord - Testeversjon v/UNN - Brokkprosjekt	Innovasjon Norge Innspill til videreutvikling av systemet Helse Nord Private investorer	3.300.000 1.000.000 1.500.000	
Trinn 6 2017/ 2018	Utvikle prototype Teste prototype v/NSALK St.Olavs	Innspill til videreutvikling av systemet - Harde data på effekt		
Trinn 7 2018/ 2019	Teste ut planleggingsmodulen og Operasjonsmodulen	Samle data for kvalitetsforbedring Publikasjon av resultat		
Trinn 7	Utvidelse utover Norge(EHS) Alfred-sertifisering			

Tabell 5. Viser tidsaksen i relasjon til hvordan finansielle støtte kom i innovasjonsutviklingen.

Kirurger konfronterer utfordringer som krever oppdatert kunnskap og i tillegg ferdigheter og analysene til at å vurdere komplikasjoner ved kirurgi under operasjon. I kirurgens travle dag så er dette stort problem dersom kunnskapen fornyes hele tiden og samtidig mangler det lett tilgjengelig database som er kvalitetssikret.

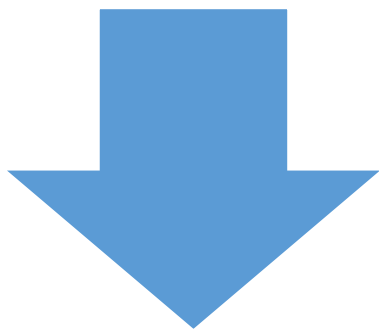
Det er ingen system som sørger for at kirurgene er kompetente til de inngrep de gjør. Det fylles ut en sjekklister for kirurgi når pasienten meldes til operasjon, men denne omhandler i hovedsak utstyr og risiko i forbindelse med anestesi. WHO's sjekklister brukes i varierende grad før og etter det kirurgiske inngrepet, men opplæringen i bruken av denne er en 5 minutters Youtubevideo. Mange anser denne som et nødvendig onde og den brukes ofte ikke slik den burde. Dette gjør at det er liten grad av felles forståelse for inngrepet i operasjonsteamet og det klarlegges ikke hvordan eventuelle komplikasjoner underveis skal håndteres. Komplikasjoner håndteres på ulike måter ut fra hvem som deltar i operasjonsteamet (spesielt kirurgene).

Alle informanter er leger, uten tvil. En informant statssekretær HOD er tidligere sykepleier, den andre er senior rådgiver i Innovasjon Norge. Innovatøren er den yngste og mest uerfaren informanten. Han ble intervjuet ustrukturert eller med pilot intervju. Siden på basis av den informasjonen gjordes semistrukturert intervju guide som bruktes ved intervju med avdelingsoverlege på mitt kontor og siden reiste jeg til Bodø og fikk intervju med RHF direktør på hans kontor. Deretter sendes per e-mail intervju guide til statssekretær HOD. Jeg hadde forsøkt å få intervju med statsråd HOD men han hadde ikke mulighet å stille opp.

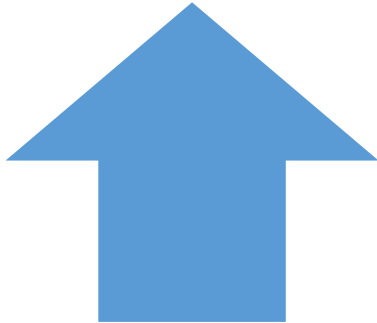
5.2 Empirisk funn

5.2.1 Bakgrunn og endringskoalisasjon og visjon

Innovasjoner driver frem endringer i innhold og organisering av tjenesten. Målet må være at endringene fører oss i en retning av mer brukerorienterte tjenester, bedre kvalitet, pasientsikkerhet og effektivitet. Innovatøren følte at det savnedes trygt kvalitetssikret database og mot bakgrunn av denne og det behovet at uerfarne kirurger trenger lett tilgjengelig informasjonsdatabasestøtte med læringsmodul og operativ modul.



Toppledelse etterlyser innovasjon og tilbyr økonomisk støtte. Topp down.



Ledere og medarbeider har plikt at forbedre prosedyrer og informere mot toppledelsen. Bottom up.

Figur. 5.2 Topp-Down og Bottom-up ledelse.

I sin bok « The Leading Change» da beskriver John Kotter de 8 trinn som en organisasjon bør gjennomføres. Det må skje i rett rekkefølge til at få suksessfull endring. Jakobsen Thorsvik gjorde det mulig at forenkla Kotters 8 trinn til 3 trinn.

Kommunikasjon av visjon, kommunikasjon generelt (Trinn 1-4).

Skape handlekraft, fjerne hindringer og generere kortsiktige gevinster (Trinn 5).

Suksesshistorier og kulturimplementering (Trinn 6-7).

5.2.2 Informantenes svar

Innovatør nr.1

Jeg hadde først intervju med innovatør nr.1. Vi startet med uformelt samtale der jeg forsøkte å sette meg in i hans prosjekt. Deretter lagde jeg fram intervju guide som er relatert til John P. Kotters trinn.

I henhold til Kotters første trinn da så innovatøren behovet for nytenkende i den kirurgiske prosessen som kan påvirke kvalitet og sikkerhet for pasienten uansett hvor kirurgen befinner seg. Med lett tilgjengelig database kunne kirurger lett ekstrahere den informasjonen han trenger. Som Kotter forteller så er dette viktigste trinn for innovasjons- og endringsprosessen.

Det fremkommer når jeg snakker med innovatør at ideen startet i begynnelsen av hans karrier. Han er vel utdannet med doktorgrad som utgangspunkt i tillegg at vare lege men har ikke formell spesialistkompetanse i generell kirurgi. Han opplever i begynnelsen av sine kliniske karrier at han mangler informasjon om kirurgi og mangler kirurgiske ferdigheter. Han er pabba og tog sine barn til kino der han så filmen Batman. Då fikk han ideen om navnet Alfred. Alfred er butler til Batman og organiserer alt for Batman slik at han gjør i stort sett inget uten at Alfred har godkjent.

«Sitat: Butleren Alfred ser over og planerer alt Batman skal gjøre og Alfred gjør de nødvendige tiltak som trenges til at hans prosedyre skal lykkes.»

Dette ledde til prosjektet Alfred der han ønskede at etablere database med kunnskap som kunne benyttes av kirurger. Han valgte brokkoperasjoner i dette sammenheng dersom de er vanlige og stor variasjon på resultat etter hvilke steder de opereres på. Han fikk då ideen om å etablere læringsmodul som kunne kvalitetssikre læring av lis leger som skal bli kirurgspesialister. Det var også interesse for operativ modul slik at kirurgiske ferdigheter kunne kvalitetssikres også. Han gjorde nøyaktig litteratursøk og fan ikke nået skrivet om læringsmodul og operativ modul i samband sikkerhetsprosjekt som Alfred har.

Ideutviklingen har tatt tid og lengre tid en innovatør hadde tenkt seg men han sagde.

Sitat: Aldri gi opp

Enligt Kotters 2. trinn så trenges det koalisasjonsgruppe som støtter prosjekt eller innovasjon slik at det forankres i organisasjonen. Støtte kan vare både faglig og resursmessigt slikt at tid genereres for innovasjonsarbeid. Lokal leder kan skaffe tid ettersom innovasjon kan ikke sikres samtidigt som driftsarbeid utføres.

I samband med nødvendigheten at endre prosesser til bedre kvalitet då trenges det tid som tidiger er nevnt. Her kommer avdelingsoverlegen som hadde stor forståelse for dette prosjekt, Alfred, og det fremkommer i intervjuene og informanter nr 2 mener at prosjektet gir store potensialer til virksomheten. For at innovatøren skulle kunne utvikle sin ide videre då ordnede avdelingsoverlege tid for prosjektet. Innovatøren fikk omtrent 1000 timmer permisjon men han har begrensede muligheter med at finansiere prosjektet dersom budsjett og drift gav ikke mulighet til ekstra utgifter til innovasjon. Han fikk derimot permisjon med lønn slik at

innovatøren kunne utvikle sine idéer videre. Dette visade seg for innovatøren at vare de viktigste punktene for at kunne utvikle sin ide videre.

Med anerkjennelse fra avdelingsoverlegen for hans prosjekt så skapades det forum for innovatøren at å jobbe med ideen sin videre. Dette gav han handelskraft til at å selge sin ide videre og fjernede hindringer i å kommunisere med fagfolk rundt om i verden. Hann startede med at introdusere sin ide på nasjonalmøten, etter hvert så reiste han på internasjonale møtene og presenterende ideen sin og har samlet opp fagfolk nasjonalt og internasjonalt som støtter prosjektet og hjelper til med utformingen av den database som skal brukes. Han har siden hatt oppfølgingsmøtene der han har presentert progress og videre utfordringer. Innovatør stiftede her en handelskraftig gruppe, koalisasjonsgrupp, som består ut av erfarne kirurger og styrende avdelingsoverlege i lag som hjelper til med utviklingen og videre endringer som trenges til at prosjektet kan gjennomføres i lag med Kotters trinn².

Med koalisasjonsgruppen så skapades det en handlekraft til å utforme ideen videre i henhold til Kotters trinn 5. Med troverdige aktører med fagfolk og teknisk personell og anerkjennelse fra finansstøttene organisasjoner så kunne man fjerne hindringer og generere kortsiktige gevinster (Trinn 5 og 6).

Nå når jeg intervjuede avdelingsoverlege i generell kirurgi så fremkom at han var meget positiv til ideen om prosjektet Alfred. Han syntes at her fans det forbedringspotensialer. Brokk kirurgi ble valgt som kirurgisk inngrep i første kant fordi operasjonen er vanlig og man har hatt stort interesse for brokk kirurgi i Harstad. Han erkjente at han ikke hadde finansmidler utover midler til drift men skapade muligheter for innovatøren at utvikle sin ide med permisjon fra jobb. Dette var meget viktig dersom i startfasen fortalte innovatøren at tid var det han trengte og det hadde avdelingsoverlegen meget stort forståelse for.

Prosjektet har hatt sterk forankring i organisasjonen på avdelingsnivå og med god kommunikasjon så er strategien i full prosess dersom internasjonale vel kjente kirurger er med

i utviklingen og jobber for samme mål som innovatøren. Således er koalisasjonsgruppen vel forankret med sterke aktører som i sin tur jobber videre med prosjektet.

Denne utvikling fra idéer til forretning er ikke klar uten allerede har det passert mange år fra den tiden iden kom frem. Største hindret har vart finansielt men med god kommunikasjon har det hindret blitt vit mindre og med økt støtte fra internasjonale fageksperter så har finansstøtte blitt større. Med økt faglig støtte og anerkjennelse fra HOD og innovasjon Norge så har innovatøren større muligheter at implementere sin operative og e-læringsmodul videre men det koster meget penger.

6 Hovedfunn/analyse

Ideutviklingen er viktigst ifølge Kotters. Man har ideer som er viktig og nødvendig at å bruke til at forbedre prosedyrer innom organisasjonsmiljøene. Han opplevde at det var behov for opplæringsmodul og operativ modul for kirurger. Kirurger har gått på Youtube og Google uten at informasjonen derifra har vært kvalitetssikret. Innovatør så at det trengtes enkelt, brukervennlig database der kirurger kan få en god kvalitetssikret opplæring som sikrer utdanningen på kirurger som er av høy kvalitet. Kirurger trenger også et system av informasjon hvis de skal gjøre et kvalitetsarbeid og hvordan man reagerer hvis man får komplikasjoner under operasjon. Utvikling innom medisin og kirurgi er snabb og ofte vanskelig for kirurger å oppdatere seg.

Presentasjonen her har vart viktig. Innovatør er ekspert i at presentere med dynamiske PowerPoint lik presentasjoner med innkopling av videoklipp. På denne måten har han fanget avdelingsoverlegens oppmerksomhet som generøst har gitt innovatør mulighet at utvikle sin idé. Avdelingsoverlegen har reagert effektivt og snabb for innovatøren og gitt han tid med permisjon til at videreutvikle ideen sin og ryddet bort tidsmessig og delvis økonomisk hinder for at utvikle ideen.

Medarbeider, erfaren kirurg, informant nr.2 så direkte potensialer med dette prosjekt som sikker utdanningsmodell for blivende kirurger, men at datasystemet må være enkelt og kvalitetssikret og framførallt lett tilgjengelig og brukervennlig. Meget viktig for unge kirurger men også viktig for eldre kirurger som kan få støtte for sin erfaring ved kirurgiske komplikasjoner. Meget viktig med at systemet, Alfred, er enkelt, lett tilgjengelig og brukervennlig men samtidig kvalitetssikret. Informant nr.5 hadde ikke hørt om prosjektet før en jeg sendte inn beskrivelse av prosjektet som innovatøren selv hadde skrevet. Han ble straks imponert og erkjente at RHF har gitt for litt penger til innovasjon og ønsker at å legge mer penger nå til innovasjon i linje med HOD ønskemål. Informant nr.5 syns det er RHF hovedoppgave at finansiere prosjekt likt det informant nr. 1 har. Informant nr. 5 opplever også innovasjon spesielt viktig for kirurgi dersom innovasjon har vært mindre i kirurgi en i medisin og at der finns det store muligheter med forbedringsarbeid til innovasjon som forbedrer prosedyrer og forenkler og effektiviserer

og kvalitets sikrer bedre behandlingsresultat. Han sier at god kvalitet medfører mindre kostnader ettersom komplikasjoner blir færre. I dette sammen hang nevner RHF direktør at kostnader hos USA for mal praksis er om 15% av alle utgifter til helsevesenet. Det vil si hvis vi lykkes med bedre kvalitet så blir kostnader billiger i spesialisthelsetjenesten som er den dyreste formen av helsetjeneste. Informant nr. 5 fra Innovasjon Norge, ser dette som en god ide fordi den ser ut at kunne påvirke sikkerhet og kvalitet for pasienter med vel kvalitetssikret datasystem med kunnskap som kan brukes dels som opplæringsmodul og då sikre utdanning på unge kirurger og gi kirurgen støtte hvis han får komplikasjoner under sin operasjon. Hun syns at prosjektet har klar visjon og sterk koalisasjonsgrupp med sterke aktører både fagpersonell nasjonalt og internasjonelt og forknipet med teknisk personell som trenges for at gjøre systemet lett tilgjengelig og enkelt for kirurgen at bruke og gir bærekraft og lønnsomhet dersom kvaliteten øker.

Helse- og omsorgsdepartementet står ovenfor krevende utfordringer de neste tiårene, med økte behov og forventninger, høyere krav til innhold og kvalitet og knapphet på helse- og omsorgspersonell. Statssekretær har sagt at regjeringen har åtte prosjekter (Helseomsorg21). Kortversjon er slik. Konkurranseskraft – Forenkling – Kompetanse – Trygghet – Samferdssatsing - Løft i eldreomsorgen - Sterkere sikkerhetsnett - Styrkt lokalt demokrati.

Informant nr.6 vil mene at innovasjon er samnevner i alle disse prosjekter i Helseomsorg21. Innovasjon står på den helse- og omsorgspolitiske dagsordningen innom spesialhelsetjenesten. For at få ressursene til at strekke lenger må vi være smartere med å bruke felles ressurser effektivt. Innovasjon kan her øke kompetanse, effektivitet via endrede prosedyrer, ny teknologi kan hjelpe til samt ny organisering. Vi må være klar over at kunnskapsorganisasjon er en organisasjon som bygger på fagfolk, folk med lang utdanning og de som jobber i klinikken har ofte beste muligheten med innovasjon.

Då er det viktig at kommunikasjonen er til stede både bottom up og topp down. Ju lengre avstand mellom ledelse og arbeider jo vanskeligere blir det at kommunisere og få forståelse for forendring. Helhet og samordning er viktig på tvers slik at alle gjør samme sak. Kontrollfunksjonen må være til stede og kontinuerlig rapportering.

Innovasjoner driver frem endringer i organisering av tjenester. Alfred prosjektet er mer behovsdrivet innovasjon. Behovet for sikrere informasjons flødde der vi trenger et godt, kvalitetssikret system som er lett tilgjengelig for bruker i våres fall kirurger kan bruke snabb

og enkelt til at øke sikkerheten for pasienten. Man kan si at prosjektet Alfred faller under det femårige nasjonale pasient-sikkerhetsprogrammene «I trygge hender» i helse- og omsorgstjenesten.

Redusere pasientskader

Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet

Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Innovasjon er en spesiell typ av læring, der kunnskap anvendes for å introdusere nået nytt i en organisasjon. (Jakobsen/Torsvik). I senere tid har innovasjon vært svært viktigere og det har blitt viktigst at tenke nytt i en verd som stadig endrer seg. Like viktig er at se hvilke konsekvenser det har. I henhold til Joseph Schumpeter (Mark & Olsen 1976) definisjon så er innovasjon som vi snakker om her inkrementell dvs man bruker endringer i eksisterende organisasjon til at endre prosedyrer som kan forenkle arbeide og samtidig løsgjøre krefter til at å gjøre nået annet.

Prosjektet Alfred startet 2013 og har vart på gang i 5 år. På denne tid har man fått startfinans, samlet ekspertise i fagmiljøene og engasjert teknisk personell i datateknikk som arbeider med prosjektmoduler som siden skal videre utvikles til praktisk implementering for fagpersonell, kirurger, som står for den definitive behandlingen.

Det har vært lett at å skape forståelse for prosjektet. HOD har skrevet om viktigheten med innovasjon i spesialisthelsetjenesten dersom den kan utvikle prosedyrer som kan påvirke kvaliteten slik at komplikasjoner blir færre. Med færre komplikasjoner da forbedres kvaliteten. Med bedre kvalitet da frigjør man tid til annen virksomhet eller skaper mulighet til mer effektivitet dersom tid spares. Samtidig som komplikasjoner blir færre så blir kostnaden ved operasjoner mindre. Sikkerheten i samband med behandlingen blir også større.

Ved utvikling av læringsmodul så trenger assisterende leger ikke reise like meget for sin utdanning som før dersom kunnskapen blir lett tilgjengelig og kvalitetssikret og da får vi bedre kirurger som får bedre utfall av sin behandling.. I våres fall som ofte i offentlig sektor så er dette bruk av tilgjengelig kunnskap som er organisert og gjøres lett tilgjengelig og implementert

for praktisk bruk. Med datorisert teknologi blir kunnskapen lettere tilgjengelig for bruker, kirurger.

7 Oppsummering: Hovedfunn og analyse:

Innovasjonsutvikling er en kompleks prosess som forutsetter at visse faktorer er tilstede

Jeg deler dette i ett par hovedfunn.

I Ideutviklingen

Den trenger tid. Ideutvikling er en lang prosess, tidskrevende og resurskrevende. Som ung og uerfaren kirurg med store ambisjoner og kraft til at nå frem sitt mål så hjelper det i begynnelsen i at få grov idestruktur. Innovatøren trengte siden tid for at utvikle sine ideer. Han gjorde god presentasjon og møtte rask forståelse fra sine medarbeidere og avdelingsoverlege som gav han tid for at utvikle sine ideer. HF og IN fikk godt innsyn i prosjektet slikt at de kunne bygge sitt beslutning at finansiere prosjektet.

II Skape visjon og strategi

Prosjektet Alfred gir muligheter at ha kunnskap lett tilgjengelig og på brukervennlig måte mulig at implementere i utdanning og hjelpe kirurger i sin virksomhet når de opererer og trenger ny kunnskap underveis. Hvis kirurgen får komplikasjoner hvordan de skal best kunne håndteres. Medarbeiderne avdelingsoverlege og erfaren kirurg betraktet prosjektet som viktig dersom det fører kunnskap lettere til kirurgen. HF og IN så at dette kunne øke kvalitet og sikkerhet for kirurger og pasienter og sikre god utdanning til kirurger.

Statssekretær forteller at innovasjon er meget viktig innom helse- og omsorg. I tider der befolkningen blir eldre og behovet for helsetjeneste blir større så er viktigheten stor for innovasjon for effektivisering, kvalitet og sikkerhet og begrense kostnadene innom spesialisthelsetjenesten.

III Skape endringskoaliasjons gruppe

Innovatøren presenterer sin ide til sine nærmeste kolleger og avdelingsleder og da bygges det opp direkte en sterk faggruppe med kirurger som hjelper til med råd og forslag. Det fremkommer meget stort interesse for prosjektet og det hjelper kirurgen i sin travle vardag at

oppnå sine mål. Når IN så den sterke koalisasjonsgrupp bestående av fagfolk og teknisk personell då gav det prosjektet legitimitet å understøtte økonomist.

IV Kommunikasjon og fjerne hindringer.

God presentasjon gav innovatør direkte støtte fra sine medarbeidere. Aktører som er ansvarlig for fag og teknikk og finans opplevde at de forstod prosjektet fra med aktiv kommunikasjon fra innovatøren og gav innovasjonen mulighet at utvikles videre. Innovatøren lagde stor vekt på presentasjonen og aktører som fagfolk og personell i toppledelsestilling fikk god ide om hva prosjektet handlede om slik at de kunne fatta beslutning for at støtte. Statssekretær syns at innovasjonsprosessene skal finansieres av RHF og ikke HOD.

V. Synliggjøre kortsiktige resultater

Det viser seg at være viktig at innovatøren har god presentasjonsevne. Utviklingsfasen er fortsatt under prosess og pågående kommunikasjon med fagaktører og teknisk personell er viktig og fremgang for de som støtter finansielt, slik at progress syns og gode resultat informeres. Bruker, medarbeider legger stor vekt på at systemet er brukervennlig og enkelt og de er overbevist om at dette system kan ikke bare brukes nasjonalt uten også internasjonalt

8 Konklusjon

Innovasjon har stor betydelse for helsepolitikk der krav for forbedring, effektivitet og kvalitet blir alt viktige og finansmidler er begrensede.

Utfordringene kan arbeides lettere med hvis man følger Kotters 8 trinns teori. Vi ser hvor viktig det er med at visualisere behov, presentere visjon og skape koalisasjonsgruppe i prosessen og synliggjøre resultat som gir forståelse og støtte i toppledelsen slik at hinder fjernes og støtte skapes for videre implementasjon.

Innovasjonsprosesser trenger tid og finansstøtte slikt at prosessen kan utvikles med samling av faglig data og teknisk utvikling. Den tekniske utviklingen er størst i dette sammenheng. De hinder som innovasjonsprosessen møtte var først og fremst finansiell men med større forståelse og endring i helsemyndighetens retningslinjer har det skapets forum for økt innovasjonsstøtte spesielt fra RHF men som før fra Innovasjon Norge. Innovatøren står framme for mange utfordringer og i intervjuene med innovatøren er det tå saker som står tydelige.

1. Dette tar tid.
2. Man skal aldri gi opp.

Her har innovatør i begynnelsen med moderne teknikk utført god presentasjon. Innovatøren har vekt oppmerksomheten hos sine medarbeidere og sine ledere slikt at han har fått permisjon for mulighet at utvikla sin ide. Ideen har siden med hjelp av stor interesse for brokkoperasjoner og interesse for kirurgi og kvalitet og sikkerhet så har han fått anerkjennelse fra fagfolk i nøkkelposisjoner i fagorganisasjoner fra hele verden. Med god presentasjon har han skapet forståelse i kunnskapsorganisasjonen for at endring er nødvendig.

Innovatøren har siden etablert maktkoalisasjon og bygget opp nettverk med fagpersoner innom kirurgi og innom brokk operasjoner som skal vare ledende i behandling av brokk operasjoner. Han gjør ideen handterlig og enkel gjennom at velge brokkoperasjoner dersom de operasjonene er vanlige og på den måten kan prosjektet få større spredning. Når han har etablert og sikret sitt nettverk då har han sikret kunnskapen i fagmiljøene. Han har vart i kontakt med nasjonale og internasjonale fagpersoner som er ton givende i faget. Kirurger trenger godt «backup system» som er lettigjengelig og kvalitetssikret slik at det kan implementeres effektivt på en travel

arbeidsdag. Med oppbygning av god kommunikasjon som han har gjort nasjonalt og internasjonalt og spredt ut sin visjon og strategi så har prosjektet utviklet videre.

Prosjektutvikling og vedlikehold av prosjekt som denne trenger meget penger og han er snart i stand med at å implementere prosjektet Alfred. Då kan kortsiktige resultater presenteres og skape rammebetingelser og tilrettelegning i organisasjonen.

Vi ser, vi som jobber tett til pasienten og følger de rutiner som finns at prosesser kan gjøres bedre. Kunnskap og erfaringer viser at vi kan effektivisere mer og då med vel utarbeidede protokoller sikre kvalitet og effektivitet og då også gjøre jobben lettere for medarbeiderne. På den måten kan vi betjene våre befolkninger bedre. Hvis vi kan minimere unødig helsehjelp og forhindre komplikasjoner så får vi god kvalitet og billigere behandlingsalternativer for våre pasienter.

Litteraturliste

Andersen, O. J. (2015) *Innovasjoner i offentlig tjenesteyting*. Bergen.

Borins, S. (2002) 'Leadership and innovation in the public sector', *Leadership & Organization Development Journal*, 23(8), pp. 467–476.

Byrkmeyer et.al. (2013) Understanding of regional variation in the use of surgery. *The Lancet*, 382, pp 1121-1129.

Croritoru, A. (2012). Schumpeter , J . A . , 1934 (2008), The Theory of Economic Development: An Inquiry into Profits , Capital , Credit , Interest and the ... *Journal of Comparative Research in Anthropology and Sociology*, 3(2), 137–148.

Crossan, M. and Guatto, T. (1996) 'Organizational learning research profile', *Journal of Organizational Change Management*, 9(1), pp. 107–112.

Delbecq, A. L., Van de Ven, A. H. and Gustafson, D. H. (1986) Group Techniques for Program Planning: a guide to nominal group and Delphi processes.

De Vries, E. N. *et al.* (2008) 'The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review', *Quality and Safety in Health Care*, 17(3), pp. 216–223.

Gawande, A. A. *et al.* (2003) 'Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals', *Surgery*, 133(6), pp. 614–621.

Helsedirektoratet (2014) 'Fremtidens legespesialister. En gjennomgått av legers

spesialitetsstruktur og innhold’.

Hovland, N.P (2013) *Entreprenørskap og innovasjonsledelse*, pp29.

Jacobsen, D. . and Thorsvik, J. (2013) ‘Kommunikation i organisationer’, in *Hvordan organisationer fungerer*, pp. 248–272.

John P. Kotter;DS Cohen (2014) *Change Leadership: The Kotter Collection*. Boston Massachusetts.

Morris, M. H. and Kuratko, D. F. (2002) ‘Corporate Entrepreneurship.’, *Strategic Management Journal*.

Osborne, S. P. (1998) *Naming the Beasts: Defining and Classifying Service Innovations in Social Policy*. Human Relations.

Rainey, H. G. (1983) ‘Public Agencies and Private Firms’, *Administration & Society*, 15(2), pp. 207–242.

Rogers, E. M. (1995) *Diffusion of innovations*, Macmillian Publishing Co.

Sander, K. (2015) *Innovasjon og produktutvikling*.

Spurgeon, P., Burke, R. J. and Cooper eds, C. L. (2012) *The Innovation Imperative in Health*

SSB (2009) Statistisk Sentralbyrå: *Befolkningsframskrivninger*. Nasjonale og regionale tall, 2002-2050.

Sundbo J., Fuglesang L. (2002). *Innovationas strategic reflexivity* Routledge.

Urbach, D. R. and Baxter, N. N. (2005) 'Reducing variation in surgical care', *BMJ (Clinical research ed.)*, 330(7505), pp. 1401–1402.

Van de Ven, A. (2008) *The innovation Journey*. Oxford: Oxford University Press.

Zahra, S. and Das, S. (1993) 'Innovation strategy and financial performance in manufacturing companies: An empirical study.

.

Øystein, R (1999) Store Norske Leksikon.