

Rebecca Holth Clasen
Miriam Huse
Siri Hagen Ulltveit-Moe

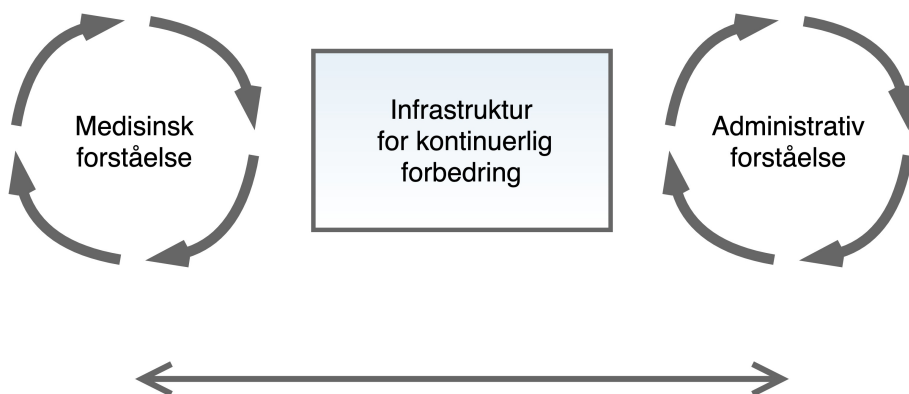
Kontinuerlig forbedring på sykehus

En studie som viser hvordan ulike forståelser skaper utfordringer for forbedringsarbeid

Masteroppgave i Industriell økonomi og teknologiledelse

Veileder: Jonas A. Ingvaldsen

Juni 2020



Rebecca Holth Clasen
Miriam Huse
Siri Hagen Ulltveit-Moe

Kontinuerlig forbedring på sykehus

En studie som viser hvordan ulike forståelser skaper utfordringer for forbedringsarbeid

Masteroppgave i Industriell økonomi og teknologiledelse
Veileder: Jonas A. Ingvaldsen
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for økonomi
Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Denne studien beriker litteraturen om kontinuerlig forbedring på sykehus ved å besvare hva som skal til for at styringsdata skal brukes i forbedringsarbeid på sykehus. Forskningsspørsmålet er besvart ved å gjennomføre en case-studie ved Oslo Universitetssykehus, der det er intervjuet 14 ledere på ulike nivåer i organisasjonen.

Metodikker fra kontinuerlig forbedring, eksempelvis lean, blir aktivt benyttet på sykehus. Faktiske resultater fra forbedringsarbeidet viser seg riktignok ofte å være lavere enn ønsket. Dagens litteratur foreslår forbedringer i prosesser eller bruk av verktøy som løsninger, men det virker som at disse løsningene er for enkle. En stor mangel i litteraturen om kontinuerlig forbedring på sykehus virker å være at interaksjonen mellom mennesker, det mellommenneskelige, i liten grad studeres som årsaker til utfordringene. Ved å bruke teori fra sensemaking som innfallsvinkel, vil denne oppgaven bidra med ny innsikt.

Funnene i oppgaven viser at de to forståelsene som eksisterer på sykehuset, den medisinske og den administrative, selv er med på å bekrefte og forsterke utfordringene som eksisterer i forbedringsarbeidet. Begge forståelser befinner seg i dag i selvbekreftende løkker der de kontinuerlig reproducerer sin egen forståelse og med det aktivt, gjensidig opprettholder sykehusets todeling. Reproduksjonen skjer i interaksjon med sykehusets infrastruktur for kontinuerlig forbedring, ved at forandringer i prosesser, generert styringsdata eller organisatoriske forhold avvises som viktige. Det er denne dynamiske reproduksjonen av forståelsene som gjør bruk av styringsdata i forbedringsarbeid på sykehus utfordrende, og det er forståelsene i seg selv som står i veien for bruken. For at styringsdata skal benyttes er det nødvendig med en endring i forståelsene som gjør at de beveger seg mot hverandre.

Opgaven skiller seg fra eksisterende litteratur ved å vise at det finnes en felles underliggende forklaring på velkjente utfordringer tilknyttet forbedringsarbeid på sykehus. Innsiktene oppgaven tilbyr kan føre til at en dør mellom den administrative og den medisinske forståelsen åpnes.

Abstract

This thesis contributes to the research field of continuous improvement in hospitals, by investigating how administrative data can be adopted in continuous improvement work. The research question is answered by performing a case study at Oslo University Hospital. Our findings are based on interviews of 14 managers at different levels of the organization.

At hospitals, methodologies from the field of continuous improvement like lean are widely made use of. However, actual results from continuous improvement work tend to miss ambitions. Most of the current literature suggests solutions like improving processes or the use of specific tools, but such remedies seem too simplistic. A major gap in the research field is a coverage of interpersonal elements, which is rarely considered as a cause of failed efforts. By incorporating the theoretical perspective of sensemaking this thesis will shed new light on continuous improvement at hospitals.

Our findings indicate that the medical and administrative understandings present at the hospital contribute to the confirmation and reinforcement of challenges in continuous improvement work. At present both understandings reside in self-confirming loops, continuously reproducing their own understanding and from this mutually maintain the separation. This reproduction occurs through interactions with the hospital's infrastructure for continuous improvement in that proposed process changes, generated administrative data, or organizational circumstances are disregarded as un-important. We argue that this dynamic reproduction of understandings is the main cause of the challenges to the use of administrative data in continuous improvement work at hospitals. This means that the differing understandings, per se, are the key impediment for the use of administrative data. Consequently, a change in understandings bringing them closer together is needed for administrative data to be used in continuous improvement work.

This paper differentiates itself from existing literature by showing that the study of interpersonal elements can highlight new and insightful explanations to well known challenges in continuous improvement work at hospitals. The insights delivered may work as an outset for a recognition between the administrative and the medical understandings.

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet som avsluttende del av hovedprofilen “Strategisk endringsledelse” ved Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse (IØT) ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim våren 2020. Oppgaven er en case-studie med formål å besvare hva som skal til for at styringsdata brukes i forbedringsarbeid på sykehus. Oppgaven bygger videre på en prosjektoppgave levert høsten 2019 om ulike forståelser av ledelse på sykehus.

Vi vil gjerne takke vår veileder Jonas A. Ingvaldsen for svært gode innspill og verdifull veiledning gjennom prosessen. I tillegg retter vi en stor takk til vår case-bedrift, Oslo Universitetssykehus, samt spesielt til vår kontaktperson Matthias Baaske og informantene som har deltatt i studien.

Trondheim, 11.06.2020

Innhold

1	Introduksjon	1
2	Kontinuerlig forbedring	3
2.1	Utvikling av kontinuerlig forbedring	3
2.2	Kontinuerlig forbedring på sykehus	4
3	Sensemaking	7
3.1	Weicks syv prinsipper for sensemaking	8
3.2	Den sosiale dimensjonen ved sensemaking	9
3.3	Sensegiving	9
3.4	Signaler i sensemaking	9
3.5	Sensemaking og ledelse	10
4	Ulike forståelser på sykehus	11
4.1	Medisinsk forståelse	11
4.2	Administrativ forståelse	13
5	Metodologi	14
5.1	Forskningsdesign	14
5.2	Casebedrift	15
5.3	Intervjuer	15
5.3.1	Utvelgelse av informanter	15
5.3.2	Utforming av intervjuguide	17
5.3.3	Etiske betraktninger	17
5.3.4	Gjennomføring av intervjuer	18
5.4	Dataanalyse	19
5.4.1	Koding av datamaterialet	19
5.4.2	Datastruktur og modell	19

6 Sykehuskonteksten	22
6.1 Sykehusorganisering i Norge	22
6.2 Oslo Universitetssykehus	23
6.2.1 Kontinuerlig forbedring på OUS	24
6.2.2 Styringsdata på OUS	25
7 Analyse	26
7.1 Medisinsk versus administrativ forståelse	27
7.1.1 Medisinskfaglig dominans	27
7.1.2 Ulike holdninger til styringsdata og forbedringsarbeid	29
7.1.3 Faglig stolthet og selvstendighet	32
7.2 Infrastruktur for kontinuerlig forbedring	35
7.2.1 Generering av styringsdata	35
7.2.2 Prosesser rundt forbedring	37
7.2.3 Organisatoriske forhold	40
7.3 Reproduksjon og endring av forståelser	44
7.3.1 Selvbekreftende løkker	44
7.3.2 Endring i forståelse	47
8 Diskusjon	48
8.1 Generaliserbarhet	48
8.2 Teoretiske implikasjoner og forslag til videre forskning	49
8.3 Praktiske implikasjoner	51
9 Konklusjon	53

Referanser

Tillegg A Intervjuguide

Figurer

5.1	Datastruktur. Oversikt over oppgavens 18 konsepter, 6 tema og 2 aggregerte dimensjoner, samt relasjonen mellom dem.	20
6.1	Organisasjonsstruktur på OUS	23
6.2	Det grønne korset. Eksempel på lean-metodikk som benyttes av samtlige førstelinjeledere på OUS.	24
7.1	Reproduksjon og endring av forståelser.	26
7.2	Medisinskfaglig dominans	27
7.3	Ulike holdninger til styringsdata og forbedringsarbeid	29
7.4	Faglig stolthet og selvstendighet	32
7.5	Generering av styringsdata	35
7.6	Prosesser rundt forbedring	37
7.7	Organisatoriske forhold	40

Tabeller

5.1	Datagrunnlaget - presentert fra øverste ledernivå og nedover, med tilhørende antall informanter innenfor hvert nivå.	16
-----	--	----

1 Introduksjon

Sykehus er en elementær del av den norske velferdsstaten, og følgelig en stor utgiftspost i statsbudsjettet (NOU 1997:7). Et kontinuerlig økonomisk press på å holde kostnader nede i kombinasjon med en økende pasientstrøm skaper utfordringer for sykehusene (Dagens Medisin, 2019). Også i fremtiden vil sykehusene stå overfor utfordringer grunnet en aldrende befolkning, økende behov og strammere budsjetter, som følge av blant annet Avbyråkratisering- og effektiviseringsreformen (Riksrevisjonen, 2017). Regjeringen oppgir at kompetansen i helsetjenesten fremover må planlegges og brukes bedre, og at helsetjenesten må utvikle nye arbeidsformer og innføre nye metoder raskere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Totalt vitner dette om et tydelig behov for å effektivisere og forbedre eksisterende prosesser.

Ved å inkludere styringsdata i sykehusdriften kan både effektiviteten og kvaliteten i pasientbehandlingen bedres (Pavis & Morris, 2015; Teede et al., 2019; Vivento AS & Agenda Kaupang AS, 2015). Med styringsdata menes økonomisk-administrativ data, eksempelvis i form av aktivitetsdata. Ledere på sykehus både ønsker og trenger styringsdata for å ta beslutninger, og det blir ansett som et nyttig hjelpemiddel for å kunne oppnå målene med forbedringsarbeid (Paur, 2020; Welch & Allen, 2006). I kombinasjon med et økt fokus på digitale informasjonssystemer, peker dette på at sykehusene bør behandle styringsdata som en verdifull ressurs (Nadathur, 2010) I tråd med dette lanseres det i 2020 en interaktiv rapport med svært detaljert styringsdata for de norske helseforetakene. Dette er en del av “Styringsdata samhandling” som har til hensikt å innhente og dele styringsdata på tvers av helseforetakene (Akershus universitetssykehus, 2019).

Det fremkommer her at de norske sykehusene er avhengige av å forbedre seg i tiden fremover, og at styringsdata er et verdifullt hjelpemiddel. Likevel resulterer en gjennomgang av helsevesenet i at bruken av styringsdata er mangelfull og at den ikke utnyttet godt nok i det kontinuerlige forbedringsarbeidet (Riksrevisjonen, 2016). Denne oppgaven vil derfor besvare følgende forskningsspørsmål:

Hva skal til for at styringsdata brukes i forbedringsarbeid på sykehus?

Forbedringsarbeid på sykehus finner alltid sted i en eller annen form. For å sette forbedringsarbeidet i system og for få resultatene til å akkumuleres brukes gjerne kontinuerlig forbedring. Metodikker fra litteraturen om kontinuerlig forbedring, eksempelvis

lean, blir derfor aktivt brukt på sykehus (Andersen, Røvik & Ingebrigtsen, 2014; Riksrevisjonen, 2017). Resultatene bak forbedringsinitiativer- og prosjekter iverksatt for å møte sykehusets utfordringer med disse metodene viser seg riktignok ofte å være lavere enn ønsket (Radnor, Holweg & Waring, 2012). Aksepterte årsaker til de mangelfulle resultatene er at det er et for stort fokus på verktøy eller at lean-metodikken ikke er tilstrekkelig tilpasset sykehuskonteksten (Al-Balushi et al., 2014; Bateman, Radnor & Glennon, 2018). Til tross for et myriader av løsninger virker det som at utfordringene vedrørende forbedringsarbeid på sykehus vedvarer (Gutierrez-Gutierrez & Antony, 2020; Radnor et al., 2012). Enkelte forfattere går dermed et steg videre i å finne ut hvorfor forbedringsarbeid på sykehus er utfordrende. Johansen og Gjerberg (2009) trekker eksempelvis frem sykehusenes to grunnleggende forståelser, den medisinske og den administrative, som grobunn for utfordringer. I tråd med dette konkluderer Tucker og Edmondson (2003) med at svaret ligger både mellom mennesker samt i interaksjonen mellom sykehusets organisering og de ansatte. Dette er dog en liten del av litteraturfeltet og funnene er begrensede. Med bakgrunn i at tilgjengelig, verdifull styringsdata ikke brukes i forbedringsarbeid på sykehus (til tross behov for forbedring), kan det tenkes at nettopp ulike forståelser eller interaksjonen mellom sykehus og det mellommenneskelige kan tilby en forklaring.

For å i denne oppgaven kunne adressere interaksjonen mellom sykehusets organisering og det mellommenneskelige trenger vi et presist analyseapparat, og teori om sensemaking har vist seg å være nyttig til akkurat dette (Konlechner, Latzke, Güttel & Höfferer, 2019). Sensemaking søker å forklare hvordan mennesker konstruerer en forståelse av verden rundt seg og hvorfor mennesker reagerer ulikt på de samme hendelsene (Weick, 1995). Ved å bruke sensemaking som innfallsvinkel, kan vi undersøke det mellommenneskelige og finne de underliggende årsakene til hvorfor forbedringsarbeid på sykehus er utfordrende å lykkes med.

For å besvare forskningsspørsmålet og møte de ovennevnte manglene i litteraturen om kontinuerlig forbedring, har det blitt gjennomført en case-studie på Oslo Universitetssykehus (OUS). I dialog med sykehuset ble vi på forhånd kjent med at det foreligger utfordringer på OUS tilknyttet bruken av styringsdata i forbedringsarbeid, som gjør caset egnet for oppgavens problemstilling. Gjennom en grounded theory metodologi utarbeidet av Gioia, Corley og Hamilton (2013), ble det utviklet en datastruktur med hensikt å avdekke fremtredende termer i dette datamaterialet.

I denne oppgaven viser vi, ved å benytte sensemaking, at de to forståelsene som eksisterer på sykehuset selv er med på å opprettholde og forsterke utfordringene som eksisterer i forbedringsarbeidet. Dersom styringsdata skal benyttes i forbedringsarbeid må de to forståelsene nærme seg hverandre. Oppgaven fungerer som en viktig forlengelse av eksisterende litteratur om kontinuerlig forbedring på sykehus og vil kunne trekke fagfeltet i en ny retning.

2 Kontinuerlig forbedring

For å kunne si noe om hva som skal til for at styringsdata brukes i forbedringsarbeid på sykehus, er det nødvendig med en innsikt i hva kontinuerlig forbedring er og hvordan fagfeltet har utviklet seg. Deretter trengs en innsikt i hvordan kontinuerlig forbedring utspiller seg på sykehus.

Etttersom kontinuerlig forbedring er et vidt begrep, er det utledet mange definisjoner av begrepet der ulike aspekter ved konseptet vektlegges. Ljungström og Klefsjö (2002) forklarer kontinuerlig forbedring som en kontinuerlig strøm av inkrementelle og varige endringer, basert på høy grad av involvering av ansatte, for å sikre oppnåelse av bedriftens mål. Selv om ulike definisjoner har enkelte variasjoner, er det de samme hovedprinsippene som trekkes frem. Forbedringen er inkrementell og satt i system, ikke prosjektbasert, men inkorporert som en varig prosess med fokus på å involvere hele organisasjonen.

2.1 Utvikling av kontinuerlig forbedring

Begrepet kontinuerlig forbedring er tett tilknyttet lean og kaizen. Lean som filosofi og metodikk kommer opprinnelig fra den japanske bilproduksjonen på 1940-tallet, viktigst representert ved Toyota Production System som baserte produksjonen på kontinuerlig flyt med lite venting. På 1990-tallet vokste begrepet ut av bilindustrien og spredte seg til andre industrier i store deler av verden (Liker & Morgan, 2006). Womack og Jones (2003) definerer lean som en metode der man kan gjøre mer med mindre; mindre menneskelig innsats, mindre utstyr og mindre plass. De legger til at lean er grunnlagt på konseptet om kontinuerlige og inkrementelle forbedringer av prosesser og produkter, der man søker å eliminere alt overflødig. Målet er å oppnå både bedre kvalitet og høyere effektivitet på samme tid. Boken *“Kaizen: The Key To Japan’s Competitive Success”* av Masaaki Imai kom i 1986 og ordet kaizen brukes av mange som et direkte synonym til kontinuerlig forbedring. Imai tok de samme prinsippene som ligger i lean-filosofien og satt de i en organisatorisk kontekst, der læring og kontinuerlig forbedring er sentrale begreper (Imai, 1986). Kaizen defineres som en filosofi, der man kontinuerlig forbedrer organisatoriske prosesser gjennom små, inkrementelle endringer. Målet er å hjelpe organisasjoner å forbedre seg slik at de kan fortsette å være konkurransedyktige. Dette ved å involvere alle ansatte mot å nå de ønskede forbedringene (Imai, 1986). Teian (1992) presiserer at kaizen er mer enn et sett med verktøy

for forbedring fordi det representerer en tankegang som påvirker alle daglige utfordringer, og at kaizen kan brukes på alle områder i en organisasjon som søker forbedring.

I takt med at lean-filosofien har utviklet seg, har metoden og arbeid med kontinuerlig forbedring spredt seg forbi produksjonsindustrien og inn i blant annet offentlig sektor. Da reformer i store deler av verden har krevd en effektivisering av det offentlige, har ledelsesverktøy som lean forsøkt å være svaret på utfordringene som følger med dette. Ettersom verktøyene er lette å forstå, men ofte vanskelige å implementere, kan det argumenteres for at det bør legges vekt på adaptering fremfor adoptering ved innføring av lean i offentlig sektor. Et for stort fokus på de spesifikke verktøyene kan gå på bekostning av de elementene av lean som faktisk er hensiktsmessige å innføre (Bateman et al., 2018). I litteraturstudiet *“Critical success factors of continuous improvement in the public sector”* av (Fryer, Antony & Douglas, 2007) presiseres det hvilke fordeler offentlige sektor kan oppnå ved å implementere lean. De trekker blant annet frem lave investeringskostnader tilknyttet forbedringsarbeidet, økt forpliktelse blant de ansatte, økt prestasjon og kvalitet, samt reduksjon i kostnader som mulige gevinster. Det presiseres at det kreves en endringsvillig kultur og klart definerte mål for kunne realisere disse gevinstene. Maarse og Janssen (2012) trekker frem at lean i offentlig sektor er utfordrende og at tiltakene ofte mislykkes både fordi man ikke klarer å tilpasse lean-verktøyene til driften og fordi man ikke får med organisasjonen. Dette tyder på at selv om det er ønskelig og mulig å oppnå fordeler med innføring av kontinuerlig forbedring og lean i offentlige virksomheter, er det vanskelig å gjennomføre i praksis.

2.2 Kontinuerlig forbedring på sykehus

Overordnet sett omhandler majoriteten av artiklene i et søk på “kontinuerlig forbedring på sykehus” snevre medisinske applikasjoner og studier. Det vil si at fokuset og målet for den kontinuerlige forbedringen er relatert til medisinen fremfor organisatoriske eller administrative forhold (Andersen et al., 2014). Av litteratur om kontinuerlig forbedring som ikke utelukkende fokuserer på medisinen, og som dermed er mer relevant for denne oppgaven, finner vi at kontinuerlig forbedring brukes til å adressere en rekke sammenfallende utfordringer som dagens sykehus står overfor. Utfordringer som nevnes er eksempelvis et økende antall pasienter, eldrebølge, økte kostnader samt innføring av ny, krevende teknologi (Al-Balushi et al., 2014; Gutierrez-Gutierrez & Antony, 2020; Vaughn et al., 2019).

Kontinuerlig forbedring blir introdusert til sykehus i form av spesifikke verktøy eller prinsipper. Eksempler som kan nevnes er ulike informasjonssystemer og styringsdata, samt modeller, diagrammer og prosesser med hensikt å gi oversikt, standardisere og systematisere forbedringsarbeidet (Folkehelseinstituttet, 2020; Pasientsikkerhetsprogrammet, 2020).

Innføringen av lean i helsesektoren er kanskje det mest kjente eksempelet på nettopp dette (Radnor et al., 2012). Lean kom til helsesektoren som en management-trend tidlig på 2000-tallet og ble innført også her som et tiltak for å heve kvaliteten i sykehusene (Andersen et al., 2014). Nyere litteratur beskriver eksplisitt det store behovet for effektivisering i dagens sykehus samt hvordan bedre bruk av lean på sykehus adresserer dette behovet (Khorasani, Cross & Maghazei, 2020). Til tross for at det blir påpekt at lean i helsesektoren fremdeles er i en tidlig utviklingsfase og at det trengs mer forskning på området (Olsson & Aronsson, 2015), er det i dag utbredt at lean-verktøy er veien å gå for forbedringsarbeid på sykehus.

Utfordringene tilknyttet lean og kontinuerlig forbedring i helsesektoren kan sees ved at resultatene bak forbedringsinitiativer og -prosjekter iverksatt for å møte sykehusets utfordringer svært ofte er lavere enn forventet (Andersen et al., 2014; Radnor et al., 2012). En del litteratur om kontinuerlig forbedring på sykehus adresserer derfor problemstillingen med lave resultater og kommer med forslag til hvordan denne kan imøtekommes. Flere studier tar eksempelvis spesifikt for seg lean på sykehus, og stiller spørsmål ved innføringens suksess. Forfattere peker på at mangelfulle resultater på endringstiltak dreier seg om måten lean har blitt tilpasset til sykehusene (Andersen et al., 2014). Anerkjente og aksepterte forklaringer som trekkes frem er at metoden for ofte er innført på prosjektbasis fremfor på systemnivå, ikke har blitt tilpasset til det enkelte sykehus eller at lean i for stor grad blir ansett som et sett verktøy fremfor et sett av prinsipper (Andersen et al., 2014; Bateman et al., 2018; Gutierrez-Gutierrez & Antony, 2020; Radnor et al., 2012). De fleste løsningene som presenteres er med andre ord av prosessuell eller metodisk art, men ettersom utfordringene vedvarer virker det som at disse løsningene er for enkle.

Andre studier ser derfor eksplisitt på mellommenneskelige relasjoner og forståelser som årsaker til de nevnte utfordringene. En artikkel fra 2017 konkluderer eksempelvis med at de viktigste faktorene for suksess i forbedringsarbeid er lederens rolle som støttespiller og formidler, samt i hvilken grad ansatte opplever endringen som nødvendig eller ønskelig (Stelson, Hille, Eseonu & Doolen, 2017). Tilsvarende undersøker Lam og Robertson (2012) ansattes villighet til å delta i kontinuerlige forbedringsprosjekter på sykehus. Deres resultater viser at den ansattes tidligere erfaringer, samt egne oppfatninger av organisasjonens tilnærming til kontinuerlig forbedring, er blant de viktigste driverne for hvorvidt vedkommende vil være villig til å delta eller ikke. Mo (2006) og Johansen og Gjerberg (2009) adresserer hvordan to ulike forståelser på sykehuset skaper grobunn for splid og utfordringer, spesielt tilknyttet administrativt arbeid. Et myriader av løsninger med ulike innfallsvinkler til tross, utfordringene ser ut til å vedvare. Det kan derfor virke som at utfordringer tilknyttet kontinuerlig forbedringsarbeid på sykehus har årsaker som omhandler mer enn bare hvordan verktøy er implementert eller hvordan mennesker i seg selv er endringsmotvillige.

Allerede i 2003 ble det adressert at årsakene til mangelfulle resultater i forbedringsarbeid på sykehus kan ligge i dynamikken *mellom* organisasjonen og de ansatte. Artikkelen “*Why hospitals don’t learn from failures*” (2003) trekker frem tre sentrale faktorer som svar på artikkelnavnet. Forfatterne adresserer sykehusets normer om å ta personlig ansvar, suboptimal organisering av enheter og lite hensiktsmessig delegering av ansvar på ulike ledernivå. Basert på ovennevnte dominans av lean som metode i kontinuerlig forbedring på sykehus, samt den allmenne aksepten av at årsakene til utfordringer skyldes implementering og feil bruk av verktøyene, kan det riktignok virke som at resultater slik som de fra Tucker og Edmondson (2003) ikke har fått godt nok fotfeste i litteraturen.

En stor mangel i litteraturen om kontinuerlig forbedring på sykehus blir med dette at det mellommenneskelige i interaksjon med sykehusets organisering i liten grad studeres som årsaker til hvorfor forbedringsarbeid med styringsdata er utfordrende. Det virker som at dagens tilnærming til utfordringene er for enkel, og at den allmenne oppfatningen i litteraturen er at løsningen ligger i å eksempelvis adressere verktøy og mennesker - hver for seg.

3 Sensemaking

For å forstå kontinuerlig forbedring på sykehus og adressere manglene litteraturen har, trengs et presist analyseapparat. Teori om sensemaking har vist seg å være nyttig til akkurat dette (Konlechner et al., 2019), og gir oss mulighet til å studere det mellommenneskelige i interaksjon med sykehuset.

Sensemaking er et konsept som forklarer hvordan mennesker forstår verden rundt seg. Det er et vidt begrep, der ulike definisjoner vil anses som dekkende avhengig av bruken av begrepet. Maitlis og Christianson (2014) finner i et litteraturstudium tre faktorer som er gjennomgående for definisjonene av sensemaking. Den første er at det antas å være en dynamisk prosess, der forståelsen din i nåtid er basert på tidligere opplevelser og prosjekteres på fremtidige hendelser. Den andre er at signaler (oversatt fra “cues”) spiller en viktig rolle i sensemakingprosessen. Den siste faktoren er at konseptet innehar en sosial dimensjon, der individet er plassert i en sosiomateriell kontekst. Ettersom sensemaking forklarer hvordan mennesker konstruerer sin egen virkelighet, hvorfor man gjør det som man gjør og hvilke konsekvenser det har, vil teorien hjelpe med å besvare forskningsspørsmålet. Dette fordi de underliggende årsakene som er mangelfullt dekket i litteraturen kan studeres med en ny innfallsvinkel ved å anvende begreper fra sensemaking.

I denne oppgaven er sensemaking plassert i en organisatorisk kontekst og derfor er Weick sine funn fra *Sensemaking in Organizations* (1995) sentralt. Weick (2001) sin definisjon på sensemaking er «Sensemaking involves the ongoing retrospective development of plausible images that rationalize what people are doing» (s. 31). Maitlis og Christianson (2014) argumenterer for at Weick (1995) ga forskningen på feltet et teoretisk rammeverk, som kan brukes til å studere de psykologiske prosessene hos mennesker i en organisasjon.

For å kunne anvende sensemaking-teori som analyseapparat er det nødvendig å gå mer i dybden på enkelte begreper. I tillegg til Weick (1995) sine grunnleggende prinsipper, vil det derfor videre i denne seksjonen presenteres Maitlis og Christianson (2014) sine betraktninger om hva som trigger sensemaking og hvordan mennesker konstruerer intersubjektive oppfattelser.

3.1 Weicks syv prinsipper for sensemaking

Weick (1995) presenterer syv prinsipper for sensemakingprosessen. I utgangspunktet argumenterte Weick (1995) for at alle de syv prinsippene ville være like viktige, men i nyere litteratur argumenteres det for at noen av prinsippene vil være viktigere enn andre avhengig av situasjonen (Weick, Sutcliffe & Obstfeld, 2005). De syv prinsippene forklarer at sensemaking er:

Forankret i identitetskonstruksjon (“Grounded in Identity Construction”): Ens egen oppfattelse av seg selv er avgjørende for å skape mening av det rundt seg. Det legges til grunn at både ens virkelighet og identitet er konstruert gjennom sosiale prosesser, og ikke gjennom en indre prosess alene. Identiteten avgjøres av hvordan vi ser oss selv og hvordan vi blir oppfattet av andre. En viktig presisjon er at mennesker ikke innehar én identitet, men har ulike identiteter i ulike settinger. Dette peker Weick (1995) på at kan være positivt, ettersom det gjør mennesket mer tilpasningsdyktig.

Retrospektivt (“Retrospective”): Det at vi mennesker ikke kan gi mening til en hendelse før den har inntruffet, er avgjørende i sensemaking. Det vil være tidligere opplevelser og erfaringer, samt meningen vi tillegger de og hvor viktige vi anser de til å være, som avgjør hvilken mening vi skaper av de.

Basert på opprettelse av fornuftige omgivelser (“Enactive of Sensible Environments”): Omgivelsene og menneskene som befinner seg i de gitte omgivelsene er ikke frakoblet hverandre eller statiske, men vil gjensidig påvirke hverandre. Weick (1995) trekker frem at man vil “reflektere seg selv i sine omgivelser”. I dette ligger det at man er en del av sin egne omgivelser, og skaper de selv.

Sosialt (“Social”): Våre narrativer er både individuelle og delte, og et produkt som utvikles i samtaler med oss selv og med andre. Den sosiale konteksten er essensiell for at det skal skapes en kollektiv mening til verden rundt oss. En delt oppfattelse er noe av det viktigste som holder mennesker, og organisasjoner, sammen.

Pågående (“Ongoing”): En viktig del av sensemaking er at prosessen er pågående, og ikke har en start eller slutt. Hendelser vil komme i en kontinuerlig strøm, uavhengig av om man ønsker det eller ikke. Dette gjør at vår forståelse er i konstant endring.

Fokusert på og rundt utvalgte signaler (“Focused on and by Extracted Cues”): Mennesker velger ut, og filtrerer, informasjon fra omverdenen for å skape mening av den. Denne utvelgelsen baseres på klassifisering og sammenligning. De signalene som oppleves som relevante aksepteres av individet og bidrar til en utvikling av forståelsen av verden. Noen av signalene ignoreres av individet, fordi de ikke skaper den “rette følelsen” og de passer ikke med den virkelighetsoppfattelsen eller forståelsen personen innehar.

Drevet av sannsynlighet fremfor nøyaktighet (“Driven by Plausibility Rather Than Accuracy”): Det siste prinsippet omhandler at mennesker baserer seg på det som virker troverdig og sannsynlig, ikke det som er nøyaktig eller korrekt. Ettersom det nøyaktige og korrekte ikke er tilgjengelige for mennesker til enhver tid, vil det være det sannsynlige som legges til grunn i utviklingen av forståelsen av verden rundt seg.

3.2 Den sosiale dimensjonen ved sensemaking

Som presentert i Weick (1995) sine syv prinsipper, er den sosiale dimensjonen av sensemaking sentral. Denne, sammen med prinsippet om identitetskonstruksjon, legger opp til at mennesker både individuelt og sosialt konstruerer sin egen virkelighet. Spesielt i organisasjoner er det ofte kollektive prosesser som legges til grunn for å skape mening av situasjoner eller hendelser. Den intersubjektive meningen er en gjensidig prosess, der medlemmene bygger en felles forståelse ved å løse utfordringer i fellesskap (Maitlis & Christianson, 2014). Litteratur viser at når ledere i organisasjoner skal viderefremde ny informasjon i top-down-prosesser er ikke de ansatte passive mottakere, men heller deltakere som er med på å adaptere, endre, motstå eller avslå de foreslåtte meningene (Gioia & Chittipeddi, 1991; Gioia, Thomas, Clark & Chittipeddi, 1994; Pratt, 2000; Sonenshein, 2010).

3.3 Sensegiving

Det har de siste årene vært en stor utvikling av begreper relatert til sensemaking i organisasjoner, og sensegiving har vært et viktig bidrag for å forstå hvordan sensemaking oppnås (Maitlis & Christianson, 2014). Gioia og Chittipeddi (1991) definerer sensegiving som “prosessen der man forsøker å påvirke andres sensemaking og konstruksjon av mening til en foretrukket definisjon av organisatorisk virkelighet” (s. 442). Dette er ofte sett på i lys av hvordan organisatoriske ledere strategisk former sensemakingen til medlemmer av organisasjonen gjennom bruk av symboler og bilder (Gioia & Chittipeddi, 1991; Maitlis & Lawrence, 2007; Rouleau, 2005).

3.4 Signaler i sensemaking

Et annet viktig grunnprinsipp innen sensemaking er at sensemakingen er trigget av signaler. Signaler kan eksempelvis være problemer eller situasjoner der meningen er tvetydig, eller det ikke er mulig å si sikkert hva utfallet vil bli. Dette forstyrrer den eksisterende flyten og gir usikkerhet i hvordan verden nå skal tolkes samt hvordan man skal opptre. Dette vil oppstå når det er avvik mellom forventninger og realitet, og kan omfatte både små og store situasjoner.

Det er dog ikke slik at alle signaler vil trigge sensemaking, da avviket må oppleves som stort nok og viktig nok av individet eller gruppen. Denne opplevelsen er subjektiv og samme hendelse kan trigge sensemaking bare hos enkelte. Viktigheten som oppleves avhenger av sosial eller organisatorisk identitet, og personlige eller strategiske mål (Maitlis & Christianson, 2014).

Weick (1995) forklarer videre at en frame, videre brukt som forståelsesramme, er “hvordan signaler blir lagt merke til og tillagt mening” (s.109). Forståelsesrammene er konstruert i retrospekt, men benyttes for å analysere fremtidens signaler. Det presiseres at det å tolke signaler gjennom en forståelsesramme er det som er interessant, ikke signalet eller rammen i seg selv. Sensemaking begynner dermed med tre grunnleggende elementer; en forståelsesramme, et signal og koblingen mellom de.

3.5 Sensemaking og ledelse

Forskning på sensemaking trekker frem viktigheten av både ledere og andre interessenter i sensemaking-prosessen, og viser til at den relative påvirkningskraften til lederen eller andre grupper avgjør formen sensemakingen tar. Studier viser at mellomledere kan være spesielt viktige i denne prosessen, ettersom de jobber i grensesnittet mellom toppledelsen og resten av arbeidsstaben. Deres rolle vil være å kontinuerlig respondere på en to-sidig etterspørsel av sensegiving og sensemaking (Maitlis & Christianson, 2014). Balogun og Johnson (2004) studerte endringsprosesser der mellomledere var spesielt aktive i sensemakingen. Mye av prosessen foregikk i uformelle rammer gjennom verbal og ikke verbal-oppførsel, og fordi prosessen foregikk utenfor den formelle strukturen var sensemakingen også utenfor toppledelsens kontroll. Dette støttes med funn om at sensemaking i organisasjoner er vanskelig å kontrollere ettersom toppledelsen sjelden organiserer sensemakingen (Maitlis, 2005).

I dette kapitlet har det blitt presentert litteratur om sensemaking i en organisatorisk kontekst. Denne litteraturen kan videre være nyttig for å forstå endringer på sykehus, som eksempelvis sees gjennom studien til Konlechner et al. (2019). Forfatterne beskriver sensemakingprosessen som foregår rundt igangsettingen av et endringsprosjekt på sykehus, og hvordan en ramme av sensegiving og sensemaking kan forklare hvorfor så mange endringsprosjekter feiler.

4 Ulike forståelser på sykehus

På et sykehus eksisterer det i dag to forståelser. En medisinsk og en administrativ. I annen litteratur blir forståelsene også omtalt som institusjonelle logikker, rasjonaler eller identiteter (Bååthe & Norbäck, 2013; Johansen, 2009; Mo, 2006), men de vil i denne oppgaven bli omtalt som forståelser. I lys av teori om sensemaking er de to forståelsene egentlig “forståelsesrammer”, og kan sees på som to ulike måter å gi mening til innkommende signaler. Vi har grunnlag for å tro at det mellommenneskelige som skaper utfordringer for forbedringsarbeid på sykehus bunner ut i den administrative og den medisinske forståelsen.

Disse to forståelsene er svært adskilte og danner ofte grobunn for utfordringer på sykehus (Bååthe & Norbäck, 2013; Johansen & Gjerberg, 2009; Mo, 2006). Det er flere grunner til at forståelsene har vokst frem, men det begrunnes ofte med at sykehus tradisjonelt har vært styrt ut ifra medisinenes interesse og at avdelingene har vært svært selvstendige med et sterkt faglig styre (Dahl & Mo, 2000; Johansen, 2009). Faglig styre, eller ledelse, beskrives av Byrkjeflot i boken *“Fra styring til ledelse”* (1997) som et lederideal hvor lederen skal være den fremste fagpersonen i et kollegium og at fagets ferdigheter burde være tilegnet gjennom formell utdanning eller systematisk praktisk opplæring. Det at sykehus i dag i stor grad er styrt av politiske føringer og krav til effektivisering og innstrammede budsjetter står både i kontrast til, og utfordrer, den faglige ledelsen. Denne utfordringen gjør seg gjeldende i form av at også en administrativ forståelse med en mer profesjonell ledelse har vokst frem på sykehus. På sykehus i dag oppleves situasjonen mellom den medisinske og den administrative forståelsen som fastlåst og utfordringene som oppstår på bakgrunn av dem tilnærmet uløselige (Mathisen, 2020; Myrvang, Ruud & Pedersen, 2020). Disse forståelsene og skillet mellom dem vil videre være sentrale for denne oppgaven.

4.1 Medisinsk forståelse

Den medisinske forståelsen er som nevnt beslektet med en oppfatning om at faglig ledelse er det ønskede idealet på sykehus. Det medisinske faget står sterkt og er i sentrum for alle sykehusets oppgaver.

I tråd med sensemaking, der en forståelse konstrueres i interaksjon med omgivelsene og med andre, beskriver Mo (2006) at det foreligger en tillitskontrakt mellom den medisinske

profesjonen og samfunnet. Profesjonene kan basert på denne tillitskontrakten fatte selvstendige beslutninger i tilknytning til behandlingen av pasienter med utgangspunkt i sin faglige kompetanse og autorisasjon. Dette er et eksempel på hvordan sosiale prosesser og omgivelser har utviklet den medisinske forståelsen til å anse legeyrket som en anerkjent profesjon i det norske samfunn. Eksistensen av en tilnærmet allmenn oppfatning om at de medisinske profesjonene er faglig sterke, gjør at mennesker med en medisinsk forståelse er opptatt av å ikke vise for andre yrkesgrupper at de mangler kunnskap eller innsikt (Bååthe & Norbäck, 2013). Dette kan og sees i artikkelen til Cassam (2017), som finner at overdreven selvsikkerhet er en karakteristikk ved leger og at dette trekket har en “systemisk forklaring”. Dette trekket utspiller seg ved at mennesker som har en medisinsk forståelse gjerne tar svært selvstendige roller på arbeidsplassen uten ønske om involvering fra andre (Mo, 2006).

Fra Legeforeningen (2014) og NOU 1997:2 kommer det frem at den medisinske forståelsen anser det som selvfølgelig at pasienten og medisinfaget alltid skal komme først i samtlige beslutninger på et sykehus. I tråd med dette finner Johansen og Gjerberg (2009) at legeledere prioriterer klinisk arbeid over administrative oppgaver ettersom det er det medisinskfaglige som er det viktigste ved lederjobben. Mo (2006) poengterer at ansatte med en medisinsk forståelse opplever at de er nødt til å gjøre slike prioriteringer for å opprettholde faglig autoritet og respekt blant legekolleget. Hun konkluderer videre med at den medisinskfaglige forståelsen innebærer at det oppfattes som logisk og udiskutabelt (og derfor taust) at det må være en lege som leder avdelingene. Fra dette kan det tenkes at handlinger og prioriteringer gjort av mennesker med medisinsk forståelse er et resultat av et sosialt press fra andre med samme medisinske virkelighetsoppfatning, og om man ikke følger dette er man ikke lenger akseptert og anerkjent som en del av de som arbeider med medisin på sykehuset. Denne observasjonen peker på at den medisinske forståelsen søker en faglig ledelse. Dette er et lederideal der lederen mestrer faget godt, og kunnskapen gjerne er tilegnet gjennom formell utdanning (Byrkjeflot, 1997).

Medisinfaget har naturlig nok en svært sterk og sentral posisjon på et sykehus, og Mo (2006) bruker i sin doktorgrad gjentatte ganger betegnelsen “hegemonisk” om det medisinske fagets posisjon hos ansatte og i organisasjonen. Eksempelvis skriver hun at det er “rimelig å oppfatte den medisinske rasjonalitet som en hegemonisk forståelse av sykehusets faglige virksomhet” (s.33). Kraftuttrykket illustrer hvilken dominerende og nesten herskende posisjon medisinfaget har på sykehuset, og at et argument begrunnet i medisinfaget vil kunne trumfe det meste. Siden en slik oppfatning av det medisinske faget råder på sykehuset, er det naturlig at de med en medisinsk forståelse opplever et “statusskille” mellom de som arbeider med det medisinske faget og de som gjør andre ting.

4.2 Administrativ forståelse

Den administrative forståelsen på sykehus har vokst frem som et resultat av et økende press på budsjetter, fremvekst av reformer og mer statlig styring. Fremveksten av denne forståelsen innebærer at en ny ledelsesmodell, profesjonell ledelse, har blitt introdusert (Grund, 2000; Jorgensen & Berntsen, 2009). Profesjonell ledelse vil si å anse ledelse som en egen profesjon og et eget fag (Byrkjeflot, 1997). En viktig betraktning er at det er gjennom rollen som fagekspert at en leder skaper legitimitet på et sykehus (Breunig, Skjølsvik & Strønen, 2018; Grund, 2006), noe som samsvarer med sykehusets tradisjon med faglig ledelse. Den administrative forståelsen utfordres derfor av at ens posisjon som leder eller i en administrativ stilling ikke automatisk gir legitimitet til å fatte beslutninger (Borum, 2004; Breunig et al., 2018; Mo, 2006).

Ansatte med en administrativ forståelse på sykehus prioriterer arbeidsoppgaver tilknyttet økonomi, ledelse og systemansvar (Johansen & Gjerberg, 2009; Mo, 2006). Denne prioriteringen indikerer en anerkjennelse av at prosesser som ikke utelukkende er medisinske er vel så viktige som medisinen for å oppnå god pasientbehandling på et sykehus. I tråd med dette sier AFF sin lederundersøkelse at leger ikke trenger å bli ledet annerledes enn andre arbeidstakere eller profesjoner (Ronning, 2013). Utsagnet samsvarer med Byrkjeflot (1997) sine beskrivelser av profesjonell ledelse, som sier at ledelse av virksomheter er uavhengig fagene virksomhetene bygger på. En slik frikobling fra det medisinske faget i ledelsen er naturligvis med på å skape et skarpt skille mellom den administrative og den medisinske forståelsen, da vi fra forrige subseksjon vet at den medisinske forståelsen ønsker faglig ledelse.

Vie (2012) skriver i sin artikkel "*Ledelse på norsk*" (2012) om profesjonelle ledere at "jo tettere ledere er på det operative i sin virksomhet, jo større er sannsynligheten for at ledere involveres i dette arbeidet". Dette betyr også at muligheten for å følge det profesjonelle ledelsesidealet øker med avstanden til det operative. På et sykehus vil dette si at sannsynligheten for at profesjonell ledelse finner sted, og dermed også administrativ forståelse, er større høyere opp i hierarkiet der avstanden til førstelinjen er stor. Satt på spissen kan dette tyde på at den administrative forståelsen konstrueres relativt frikoblet fra sykehusets pasienter.

Samtidig vil det være relevant å nyansere bildet av den administrative forståelsen, ettersom norsk ledelse generelt sett ligger i skjæringspunktet mellom faglig og profesjonell ledelse (Vie, 2012). Vie (2012) konkluderer sin artikkel med at vektingen mellom faglig og profesjonell ledelse vil være avhengig av den konteksten den enkelte leder opererer i, og blant annet være påvirket av lederens utdanningsbakgrunn, bransje og hierarkiske plassering. Ettersom sykehuset som kontekst er dominert av den medisinske forståelsen og det medisinske faget, vil det være rimelig å anta at en profesjonell leder på sykehus også vil hensynta det medisinske faget i sin ledelsesutøvelse.

5 Metodologi

I dette kapitlet vil vi forklare hvorfor et kvalitativt forskningsdesign med tilhørende case-studie er egnet for besvare oppgavens problemstilling. Videre vil valg av casebedrift omtales, etterfulgt av en presentasjon av innsamling og behandling av data. Til slutt presenteres oppgavens analysestrategi.

5.1 Forskningsdesign

Denne oppgaven vil besvare hva som skal til for at styringsdata brukes i forbedringsarbeid på sykehus. Som presentert i de foregående kapitlene foreligger det lite litteratur som studerer mellommenneskelige aspekter i søken på hvorfor kontinuerlig forbedring på sykehus er utfordrende. Dermed var det utfordrende å forutse hvilke funn som ville fremkomme av oppgavens empiriske grunnlag, og et kvalitativt forskningsdesign ble benyttet for å ivareta en åpen og fleksibel inngang til forskningsarbeidet.

For å best mulig kunne svare på forskningsspørsmålet gjennom det kvalitative forskningsdesignet, ble det gjort undersøkelser i form av en case-studie. Dette muliggjør å generere nye, valide resultater som er empirisk gyldige grunnet resultatenes nærhet til empirien (Eisenhardt, 1989). I tillegg muliggjøres det å levere funn som bidrar både som forlengelse av fagfeltet, og i en praktisk sammenheng for OUS. For å kunne besvare hva som skal til for at informantene bruker styringsdata, ble det naturligvis viktig å forstå hva som legges til grunn for at informantene tar de valgene de tar og hvorfor det er slik. En case-studie med grunnlag i et kvalitativt forskningsdesign gir oss muligheten til å undersøke problemstillingen på en dypere måte (Bryman, 2015). I kontrast til objekter som undersøkes i naturvitenskapelige studier (eksempelvis atomer og metaller), kan menneskene som studeres i sosial forskning tillegge mening til omgivelsene. Det kommer dermed til kort å anta at informantene ikke evner å reflektere over den sosiale verden, skriver Bryman (2015). Vi vil derfor følge informantenes utsagn tett, og forsøke å undersøke problemstillingen “gjennom informantens øyne”. Bruk av åpne spørsmål har i stor grad tilrettelagt for nettopp dette.

For å sikre funnernes interne validitet må korrespondansen mellom det empiriske grunnlaget og funnene kontrolleres (Bryman, 2015). I denne oppgaven er det konstruert en datastruktur foreslått av Gioia et al. (2013) for å ivareta dette på best mulig måte. Dette vil utbroderes

i detalj senere i dette kapittelet. Semistrukturerte intervju ble benyttet for innsamling av datamaterialet. Intervju tillater fleksibilitet og mulighet for å undersøke fenomen i dybden (Bryman, 2015) som er ønskelig for å besvare oppgavens forskningsspørsmål. Intervjuene blir ytterligere omtalt senere i dette kapittelet.

5.2 Casebedrift

Denne masteroppgaven er skrevet som en del av et større samarbeid mellom NTNU og OUS. Intensjonen med samarbeidet er å gi innsikt som senere kan føre til forbedringer for sykehuset, åpne for forskning, samt legge til rette for masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger. Som en del av dette samarbeidet ble det våren 2019 utlyst fire stillinger ved OUS for studenter ved industriell økonomi og teknologiledelse. Arbeidets varighet ble satt til seks uker gjennom sommermånedene 2019. Formålet var å gjennomgå sykehusets forbedringsprogram, samt gi studentene innsikt om drift og funksjon på OUS. Etter endt arbeidsforhold ble det opprettet dialog rundt både prosjektoppgave for høsten 2019 og påfølgende masteroppgave for våren 2020.

En av forfatterne bak denne masteroppgaven jobbet i én av disse fire stillingene, og opparbeidet seg dermed god innsikt i OUS sitt arbeid med forbedring. I tillegg ga våre kontaktpersoner på OUS uttrykk for at de har en rekke utfordringer tilknyttet sitt forbedringsarbeid. En av de større utfordringene som ble pekt på var relatert til mangelfull og tidvis lite hensiktsmessig bruk av styringsdata i arbeidet. Som teknologistudenter fattet vi fort interesse for denne innfallsvinkelen til forbedringsarbeidet. I samråd med vår veileder kom vi derfor frem til at kontinuerlig forbedring på sykehus var litteraturen vi ønsket å undersøke, samt ha styringsdata som innfallsvinkel. Det ble dermed naturlig å videreføre samarbeidet med OUS.

5.3 Intervjuer

Som en del av denne oppgaven har det blitt gjennomført 14 semistrukturerte intervjuer med varighet på 45-60 minutter hver. Intervjuene ble gjennomført fysisk på en lokasjon fasilitert av hvert enkelt intervjuobjekt, med unntak av ett som ble gjennomført over telefon. I de følgende subseksjonene vil gjennomføring av intervjuene beskrives ytterligere.

5.3.1 Utvelgelse av informanter

Vi har mottatt veiledning av en ansatt i staben på OUS rundt utvalg av informanter. Vedkommende ga gode råd og anbefalinger for å legge til rette for representative funn, gitt

forskningsspørsmålet for denne oppgaven. Informantene som til sammen utgjør denne oppgavens datamateriale presenteres i tabell 5.1.

Ledernivå: tittel	Antall
N2: Klinikkleder	2
N3: Avdelingsleder	4
N4: Seksjonsleder	6
Leder teknisk støttefunksjon	1
Økonomileder på avdeling	1

Tabell 5.1: Datagrunnlaget - presentert fra øverste ledernivå og nedover, med tilhørende antall informanter innenfor hvert nivå.

Dette utvalget er et passende utvalg for oppgavens problemstilling av flere årsaker. Informantene representerer tre ulike klinikker, tre ledernivå, og tilhører både somatiske og psykiatriske fagfelt. Med grunnlag i at klinikkene på OUS på mange områder driftes ulikt, ønsket vi representanter fra flere klinikker for å sikre at funn ikke er klinikkavhengige. Da bruken av styringsdata varierer på de ulike ledernivåene var det også ønskelig med representanter fra flere nivå. Vi ble i forkant av intervjuene kjent med at bruken av styringsdata innad på seksjonsledernivå varierer i større grad enn på klinikk- og avdelingsnivå. Dette grunnet variasjon av størrelse på seksjon. Det var dermed et ønske om å innhente et større antall informanter på seksjonsnivå, for å ikke gjøre analyse basert på uttalelser som ikke representerer helheten. Informantene vil senere i oppgaven bli referert til med stillingstittel og utdanningsbakgrunn der det er hensiktsmessig. I forkant av intervjuene innhentet vi informasjon om styringsdata på sykehus fra ulike personer for å øke vår innsikt, eksempelvis en leder for analyseavdelingen ved et annet sykehus i Norge. Dette blir ikke inkludert som datamateriale i denne oppgaven, da de ble gjennomført ved uformell samtale. Vi besøkte også OUS før intervjuene for å få innsikt i deres datasystemer som inneholder styringsdata.

Informasjon om vår masteroppgave ble presentert under det månedlige klinikkledermøtet for samtlige klinikkledere ved OUS, hvor klinikkene ble oppfordret til å stille med informanter. I etterkant av dette var vi selv ansvarlige for å kontakte informanter, og henvendte oss til fire klinikker med forespørsel om intervju. Tre klinikker aksepterte, og danner denne oppgavens datagrunnlag. Vår kontaktperson ved OUS uttrykte at denne sammensetningen ville gi et godt grunnlag for vår problemstilling, og utover dette var det ingen særlig grunn for valg av akkurat disse fire klinikkene. All kommunikasjon med informantene har skjedd direkte mellom oss og den aktuelle informanten, også nedover i klinikkene.

Underveis i intervjuene kom vi i kontakt med ytterligere to intervjuobjekter som innehar kompetanse som er relevant for å besvare forskningsspørsmålet. Disse er satt opp nederst i tabell 5.1. Bryman (2015) viser til dette som sampling ved hjelp av snøball-metoden, hvor kontakt med en informant fører til kontakt med en annen. Dette er fordelaktig når utvelgelsen av informanter ikke er åpenbar ved start (Bryman, 2015). Disse ble en del av datamaterialet på lik linje med de andre informantene, og gitt stor verdi samt bredde for funnene.

5.3.2 Utforming av intervjuguide

En felles intervjuguide ble benyttet på samtlige intervjuer, men ble tilpasset det aktuelle intervjuet underveis. Semi-strukturert metode er benyttet for å gi mulighet til å følge interessante uttalelser som fremkommer underveis i intervjuet, samtidig som et helhetlig datagrunnlag sikres. Intervjuguiden er utformet med intensjon om å besvare oppgavens forskningsspørsmål best mulig. Enkelte spørsmål er formulert åpent slik at informantene fikk muligheten til å ta opp momenter som vi på forhånd ikke forutså. Andre spørsmål er formulert noe strammere for å sikre at de ble besvart innenfor samme ramme av samtlige informanter.

Intervjuguiden startes med å presentere forskningsspørsmålet, vår akademiske bakgrunn og overordnet informasjon om oppgaven. Også informasjon om konfidensialitet og anonymitet blir presentert her. Hoveddelen av intervjuguiden fordeler seg videre på tre deler. Disse er generell erfaring med forbedring, bruk av styringsdata og bruk av styringsdata i forbedringsarbeid. Avslutningsvis har intervjuguiden en del med mer generelle spørsmål som har til hensikt å kartlegge sykehuskonteksten, samt å skape et bredere datamateriale. Disse er formulert med åpenhet for innhente informasjon som kan støtte opp under andre funn. Intervjuguiden er vedlagt oppgaven i Vedlegg 1: Intervjuguide.

5.3.3 Etiske betraktninger

Som en del av standard forskningspraksis ble oppgavens problemstilling samt utkast til gjennomføring av intervju sendt inn til Norsk Senter for Forschungsdata (NSD) i forkant av intervjuene. Søknaden om forskning ble godkjent, og intervjuene er gjennomført etter de føringer og standarder som kreves av NSD. Personopplysninger er gjennom arbeidsperioden lagret på ekstern lokasjon, og vil bli slettet etter oppgavens ferdigstilling. Intervjumaterialet vil ikke bli brukt i videre forskning. En samtykkeerklæring med den ovennevnte informasjonen ble presentert for informantene i forkant av intervjuet, og signert av samtlige.

Informantene under hele gjennomføringen hatt muligheten til å trekke hele eller deler av sine intervjuer fra å bli benyttet i oppgaven. Dette ble kommunisert både skriftlig og muntlig. Ved oppgavens innlevering er det ingen informanter som har valgt å trekke seg.

Personopplysninger som navn, kjønn, og hvilken klinikk en informant tilhører nevnes ikke, da dette muliggjør identifisering av informantens identitet og dermed strider mot anonymiseringen vi har lovet bort. Ledernivå og utdanningsbakgrunn blir nevnt der dette er hensiktsmessig. I transkriberings- og analysearbeidet har vi etterstrebet å gjengi informantenes utsagn med riktighet. I de tilfellene der det er utydeligheter i lydopptaket, eller uklarheter i utsagn, har dette blitt utelatt fra datamaterialet. Hensikten er å sikre kvalitet på datamaterialet, samt sørge for at ingen informanter føler seg misforstått.

5.3.4 Gjennomføring av intervjuer

Intervjuene som danner grunnlaget for datamaterialet i denne oppgaven ble gjennomført i tidsperioden 2.-6.mars 2020. De planlagte intervjuene var avtalt med minst én ukes varsel, og informantene var kjent med oppgavens problemstilling i forkant av intervjuet. Informantene foreslo selv både lokasjon og tidspunkt for intervjuet, slik at intervjuet i så liten grad som mulig påvirket deres arbeidshverdag. Tilstede på intervjuet var minst én, i snitt to, av forfatterne av denne oppgaven, og alle intervjuer ble i sin helhet tatt opp på lydopptak.

I etterkant ble intervjuene transkribert basert på disse lydfilene. Det totale intervjumaterialet eksisterer dermed skriftlig, noe Bryman (2015) trekker frem som fordelaktig da dette legger til rette for en grundigere gjennomgang av hva informantene har fortalt, samt enkelhet rundt å undersøke et intervju flere ganger. All transkriberingen er gjennomført av forfatterne av oppgaven, som av Bryman (2015) trekkes frem som hensiktsmessig, fordi det gir grundig innsikt i materialet ved at intervjuet gjennomgås ord for ord. Det ga også mulighet for inkludering av notater om informantenes tonefall knyttet til utsagn underveis i intervjuet.

OUS ble akutt påvirket av covid-19 tidlig i mars 2020. To planlagte intervjuer ble avlyst grunnet at informantene ble satt i karantene og et tredje intervju ble av samme årsak avholdt på telefon. De resterende intervjuene ble gjennomført som planlagt. Bryman (2015) legger frem iterative intervjuer som en fordel, da dette gir mulighet til å videre undersøke hypoteser bygget basert på det innsamlede datamaterialet. Grunnet covid-19 var det riktignok ikke mulig å gjennomføre oppfølgingsintervjuer ved OUS.

Til tross for at det hadde vært ønskelig med mulighet for oppfølgingsintervjuer vurderes det dit at innhentet datamateriale er tilstrekkelig for å kunne besvare denne oppgavens forskningsspørsmål.

5.4 Dataanalyse

For å tilføre denne oppgaven faglig strenghet (oversatt fra “scholarly rigor”) benyttes Gioia-metodologien, som presenteres i *“Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology”* av Gioia et al. (2013).

Gioia-metodologien er anerkjent og hyppig brukt (Battista Dagnino & Cristina Cinici, 2016). Den utspringer fra “grounded theory” (der teori genereres fra data), og metodologien forklarer fra start til slutt hvordan troverdig teori systematisk kan bygges i kvalitativ forskning. Bakgrunnen for metoden er å møte kritikken kvalitativ forskning ofte møter. Dette er at forskningen ofte er subjektiv og mangler overførbarhet (Bryman, 2015). Gioia et al. (2013) foreslår derfor en ny metodologi, som forsterker linken mellom datamateriale og funn slik at forskningen får faglig strenghet. Vi vil i denne oppgavens analyse følge Gioia-metodologien tett, for å tilføre våre funn nettopp dette.

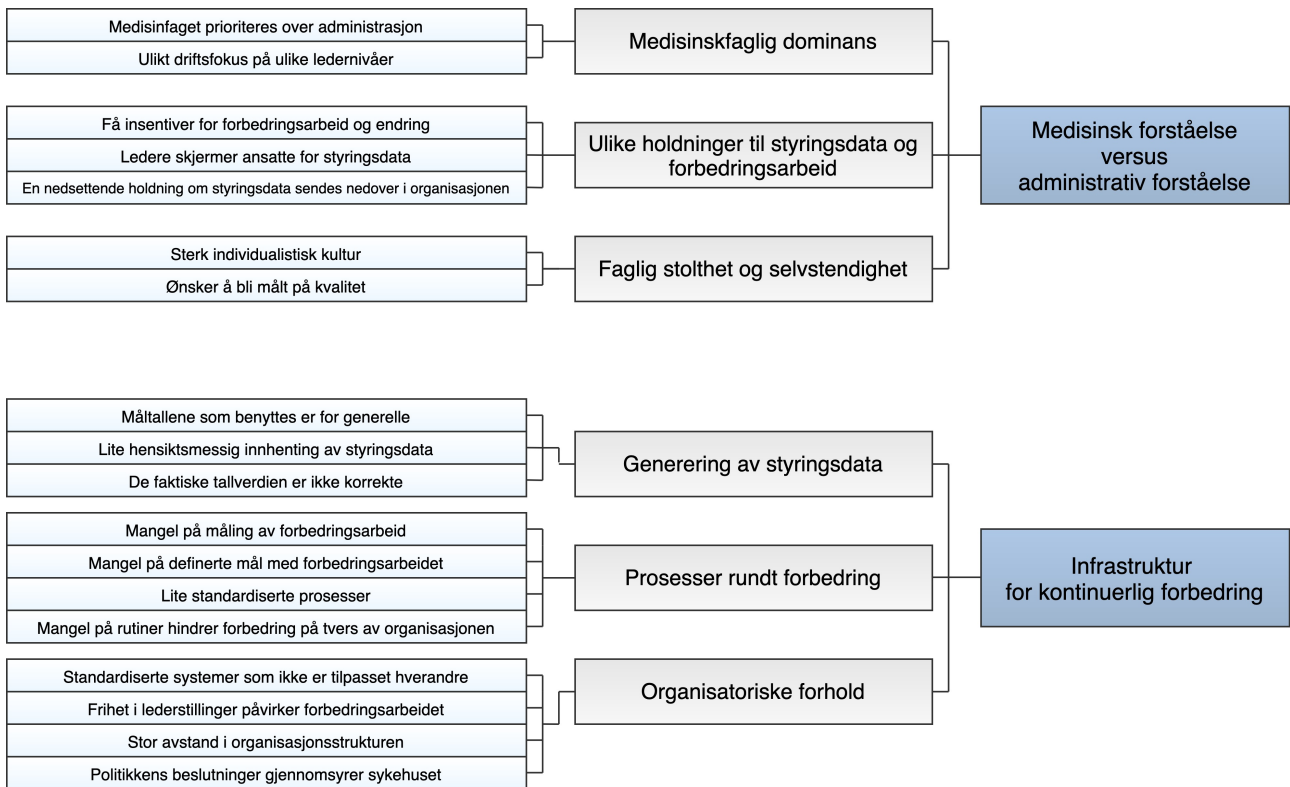
5.4.1 Koding av datamaterialet

Databehandlingen startet med en tekstnær koding av de transkriberte filene. Gioia et al. (2013) kaller dette første steget førsteordens analyse der hensikten er å trekke ut viktige konsepter, gjennom å trofast følge informantene i deres fremstillingen av det som blir sagt. Rammeverket “Continuous improvement infrastructure framework” av Anand et al. (2009) bestående av de tre hovedkategoriene “people”, “purpose” og “process” ble benyttet til denne kodingen. Dette rammeverket ble valgt grunnet sin nærhet til fagfeltet om kontinuerlig forbedring. Kodingsprosessen resulterte i 217 koder underordnet de tre hovedkategoriene og la et detaljert grunnlag for videre analyse.

5.4.2 Datastruktur og modell

Gioia et al. (2013) legger til grunn for sin metode at forfattere er kunnskapsrike agenter (oversatt fra “knowledgeable agents”) som evner å trekke slutninger fra rådata og se sammenhenger mellom kodene. Med utgangspunkt i dette ble derfor 18 konsepter gjennom iterative runder i materialet bestemt, basert på de 217 kodene. I tråd med Gioia-metodologien, er disse formulert i nærhet til informantenes egne ord. Ved å videre identifisere likheter og ulikheter i de 18 konseptene, ble resultatet seks fremtredende temaer. Disse kan alle sies å være en samling av utfordringer tilknyttet bruken av styringsdata i forbedringsarbeid på sykehus. De identifiserte konseptene og temaene presenteres i henholdsvis venstre og midterste kolonne i figur 5.1.

Videre undersøkte vi hva de seks fremtredende temaene pekte på og betød. I følge Gioia et al. (2013) er det i dette steget av metoden at litteraturens mangler og umettede potensial



Figur 5.1: Datastruktur. Oversikt over oppgavens 18 konsepter, 6 tema og 2 aggregerte dimensjoner, samt relasjonen mellom dem.

skal legges til grunn. Basert på flere litteratursøk skilte vi dermed ut de temaene som allerede var godt beskrevet i litteraturen om kontinuerlig forbedring på sykehus. Disse er prosesser rundt forbedring, generering av styringsdata og organisatoriske forhold. De tre resterende temaene medisiskfaglig dominans, ulike holdninger til styringsdata og forbedringsarbeid, samt faglig stolthet og selvstendighet sa alle noe om mellommenneskelige forhold og hvordan intervjuobjektene forholdt seg til både forbedringsarbeidet og hverandre. Disse temane var mangelfullt adressert i litteraturen om kontinuerlig forbedring på sykehus som årsaker til hvorfor forbedringsarbeid med styringsdata var utfordrende.

Neste steg gikk ut på å aggregere temaene til meningsfulle dimensjoner. Etersom litteraturen om kontinuerlig forbedring på sykehus mangelfullt beskrev de mellommenneskelige temaene meldte det seg et behov for et apparat som økte presisjonen i analysen. Da teori om sensemaking har vist seg å være nyttig til akkurat dette (Konlechner et al., 2019) ble sensemaking valgt. Ved bruk av sensemaking fikk vi satt presise begrep på de aggregerte dimensjonene og dynamikken mellom de seks temaene ble klar. Det ble naturlig å dele de seks temaene opp i to kategorier hetende “Medisinsk versus administrativ forståelse” og “Infrastruktur for kontinuerlig forbedring”. De aggregerte dimensjonene er i seg selv dynamiske, da hver av de tre tilhørende temaene vil ha påvirkning på hverandre.

Med “Medisinsk versus administrativ forståelse” menes at de tre tilhørende andreordens temaene bunner ut i, og kan forklares med, en distanse mellom sykehusets to grunnleggende forståelser. Det er dermed interessant å sette dem opp mot hverandre. Ved hjelp av

sensemaking har begrepet forståelse tidligere i oppgaven blitt presist formulert. Med “Infrastruktur for kontinuerlig forbedring” menes det at de tre tilhørende temaene beskriver strukturelle elementer som tilsammen utgjør en slags grunnmur for forbedringsarbeid. Det inkluderer ikke forbedringsarbeidet i seg selv, men de eksterne faktorene som påvirker forbedringsarbeidet. Satt i kontekst med sensemakingteori vil en forandring i infrastrukturen, som skaper et avvik mellom forventning og realitet, kunne generere signaler.

De overnevnte elementene ble deretter satt sammen i en datastruktur med hensikt å både tilby en grafisk representasjon av hvordan vi kom oss fra råmaterialet til temaene, og å vise hvordan relasjonene mellom datastrukturens elementer. Datastrukturen i sin helhet vises i figur 5.1 over.

I følge Gioia et al. (2013) er datastrukturen kun et stillbilde av det dynamiske fenomen som undersøkes. Med dette til grunn, ble fokuset flyttet over på å bygge en dynamisk modell som fanget opp informantenes opplevelser i teoretiske termer. Vi ønsket å forklare hvordan elementene i datastrukturen interagerer med hverandre, og konstruerte med det en modell. Denne vil bli presentert i kapittel 7: “Analyse”. I følge Gioia et al. (2013) har en slik modell til hensikt å skape en filmatisering av stillbildet fra datastrukturen. I følge Gioia et al. (2013) utgjør denne modellen forskningens teori, og modellen blir med det teori om kontinuerlig forbedring på sykehus. Kapittel 7: “Analyse” vil dreie ut om modellens elementer og dynamikken mellom dem i detalj.

6 Sykehuskonteksten

For å bedre forstå hva som på sykehus gjør kontinuerlig forbedring med styringsdata utfordrende, er det nødvendig med en introduksjon til sykehusets kontekst. Sett fra et organisasjonsperspektiv blir sykehus gjerne karakterisert som kunnskapsorganisasjoner. Hovedkjennetegnet ved kunnskapsorganisasjoner er at det er kunnskap og arbeidskraft som er de kritiske suksessfaktorene, og at leveransene skjer gjennom komplekse, gjerne unike tjenester og produkter. Det er kunnskapsarbeidernes unike kompetanse som former bedriften og disse kunnskapsarbeiderne er personer som utfører sitt arbeid med stor grad av selvstendighet (Grund, 2006).

6.1 Sykehusorganisering i Norge

Norske sykehus møtte på 1970-tallet en stadig økende pasientbevegelse, og sykehusene begynte å bli store, komplekse organisasjoner slik at behovet for administrativ kompetanse og sterkere ledelse dukket opp (NOU 1997:2). I tiden etter oppsto utfordringer for alvor ved at teknologier og medisiner ble innført i rekordfart, de politiske kravene økte og de økonomiske kostnadsoverskridelsene ble mange (Johannessen & Olaisen, 2004). En slik utvikling ga grobunn for effektivisering av helsesektoren (Gjerberg & Sørensen, 2006) og helseforetaksreformen som kom i 2002 var et svar på dette. Med denne reformen ble de fylkeskommunale sykehusene omorganisert som helseforetak (HF), og staten overtok eierskapet (Legeforeningen, 2014). Hver av Norges fire regioner har et slikt regionalt helseforetak, som igjen eier en rekke mindre helseforetak i sin region (Regjeringen, 2019). Med statlig eierskap følger også at sykehusene er arenaer for politiske partiprogram og skiftende prioriteringer.

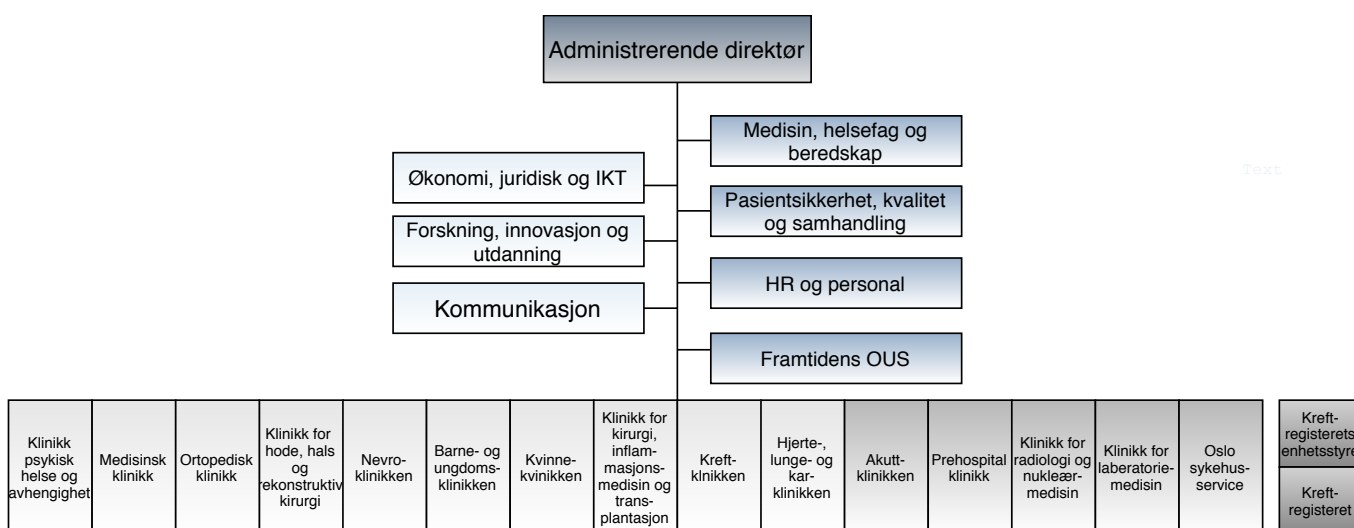
Med hensikt om å sikre befolkningen likeverdig tilgang på helsehjelp av god kvalitet på tvers av foretakene, ble det i 2005 utarbeidet nasjonale kvalitetsindikatorer. Disse omtales ofte som måltall og er målbare variabler som gir informasjon om et område som ikke lett lar seg måle direkte (Helsedirektoratet, 2019). Et eksempel på en slik kvalitetsindikator er epikrisetid, som beskriver tiden fra en pasient skrives ut til epikrisen er sendt. Det foreligger i dag et krav om at 70 prosent av alle epikriser skal være sendt innen én dag etter utskrivning fra sykehus (Helsedirektoratet, 2018). Et annet eksempel er beleggspersent, som forteller hvor stor andel av de tilgjengelige sengene på en lokasjon som på et gitt tidspunkt

er opptatte. Både epikrisetid og beleggspresnt blir hyppig nevnt i denne oppgavens intervjumateriale, og blir brukt til å illustrere en rekke eksempler.

Det lovpålagte ansvaret for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten tilhører Helsedirektoratet. Formålene til kvalitetsindikatorer er å gi sentrale helsemyndigheter et godt grunnlag for prioritering og styring, gi ledere grunnlag til å bruke resultatene til lokal kvalitetsforbedring, gi pasienter og pårørende mulighet til å ta kvalifiserte og informerte valg samt bidra til åpenhet om kvalitet og variasjon i helse- og omsorgstjenesten. Kvalitetsindikatorer er under kontinuerlig fornying, og nye indikatorer blir utviklet på bakgrunn av blant annet politiske reguleringer og forslag fra helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019).

6.2 Oslo Universitetssykehus

Oslo Universitetssykehus (OUS) ble til etter fusjonen av Aker Universitetssykehus, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål Universitetssykehus i 2009. Med et budsjett på 23 milliarder norske kroner og 24 000 ansatte, er dette et av Europas største sykehus. Det fungerer som lokalsykehus for store deler av Oslos befolkning, akuttisykehus for Oslo-området og regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst. I tillegg har sykehuset flere nasjonale oppgaver. Som illustrert i figur 6.1, er OUS organisert i 15 klinikker, med felles medisinske støttefunksjoner samt samlede driftstjenester i Oslo sykehuservice, der hver av de 15 klinikkene har underlagt egne avdelinger, seksjoner og enheter (Oslo universitetssykehus, 2020). For disse er det tilhørende avdelings-, seksjons- og enhetsledere. Senere i oppgaven vil samlebetegnelsen “mellomledelse” benyttes om OUS sine avdelings- og seksjonsledere. Videre vil “førstelinjeledere” og “førstelinjen” refereres til, og med det menes ledelsesnivået og de ansatte som i styringslinjen er siste ledd ut mot pasienten.



Figur 6.1: Organisasjonsstruktur på OUS

6.2.2 Styringsdata på OUS

OUS har svært mange IT-systemer. Kjennskap til disse, samt OUS sin bruk av dem, vil være essensielt for å kunne forstå og analysere bruken av styringsdata. Overordnet er mange av sykehusets systemer både gamle og avdelingsspesifikke, noe som fører til store samhandlingsproblemer (Teknisk Ukeblad, 2019). Av den grunn kan det eksempelvis leses i Teknisk Ukeblad (2019) at OUS bruker 30 årsverk på skanne dokumenter, samt negativt ladede beskrivelser av OUS sine systemer som “Man har tatt et papirbasert system og satt strøm på det”. Av størst relevans for denne oppgaven er sykehusets systemer som benyttes til styring og administrasjon. Disse er hovedsakelig LIS, Achilles og DIPS. LIS står for ledelsens informasjons- og styringssystem og inneholder blant annet kvalitetsindikatorer presentert over samt oversikt over klinikkens, avdelingens og seksjonens økonomi. Achilles er et forbedringssystem der uønskede hendelser rapporteres. Av den grunn blir det også ofte omtalt som et avvikssystem. DIPS er et mer omfattende system som formidler pasientspesifikke oppgaver mellom ansatte, hvorav særlig pasientadministrative oppgaver.

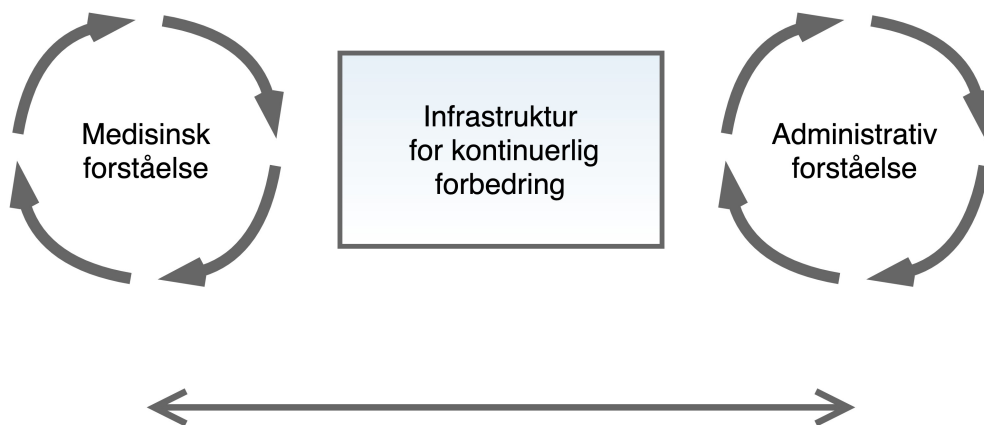
Data fra disse styringssystemene blir i helsesektoren referert til som “styringsdata”. Det mangler en klar definisjon på hva styringsdata er, men Difi (2020) legger frem at styringsdata er grunnlaget for styring og kontroll, og at offentlige virksomheter selv bør eie egen detaljert statistikk. I tråd med det som fremkom i kapittel 1: “Introduksjon”, defineres derfor styringsdata i denne oppgaven som data og informasjon fra styringssystemer slik som LIS, Achilles og DIPS, og som ikke er av ren medisinsk art. Definisjonen vil dermed utelukke informasjon om spesifikke sykdommer, journaler og epikriser, og heller inkludere eksempelvis aktivitetsdata, ventetider og nasjonale kvalitetsindikatorer som epikrisetid og beleggspersent. I intervju materialet som presenteres i neste kapittel vil bruk av slik styringsdata ved flere tilfeller omtales som “administrativt arbeid”.

OUS blir i likhet med de andre norske sykehusene målt på kvalitetsindikatorer satt av Helsedirektoratet. Avdelings- og seksjonsledere på OUS får hver mandag tilsendt en rapport, “mandagsrapporten”, der resultatene fra forrige uke illustreres i et “målkort”. Målkortet viser avdelingens eller seksjonens status og oppnåelse på kvalitetsindikatorer. Mandagsrapportene er relativt like på tvers av klinikker og avdelinger, som vil si at tilnærmet alle måles på de samme indikatorer. Måltallene som står i rapporten er delvis automatisk genererte og delvis avhengig av manuell innføring av ansatte. Med andre ord vil kvaliteten på måltallene til dels være avhengig av at de ansatte kontinuerlig rapporterer korrekt. Videre vil hver enkelt leder selv bestemme hvordan mandagsrapporten blir behandlet samt hvordan informasjonen fra den blir videreformidlet til de ansatte. Dette fordi det ikke foreligger noen sykehusovergripende rutiner rundt oppfølging og kontroll av mandagsrapporten. I tillegg til å få tilsendt rapporten per epost, kan alle ansatte på OUS, uavhengig stillingsnivå, til enhver tid få innsikt i sykehusets styringsdata via det felles intranettet.

7 Analyse

Det vil i dette kapitlet fremlegges en besvarelse på oppgavens forskningsspørsmål, som er forankret i vårt empiriske grunnlag. Vi vil i de to første seksjonene gjennomgå datagrunnlaget i lys av datastrukturens to aggregerte dimensjoner, etterfulgt av en analyse av dynamikken mellom dem. Intervjumaterialet vil gjennomgås i rekkefølgen til datastrukturens andreordens tema, der de førsteordens konseptene kommer i kronologisk rekkefølge innad i hvert tema.

Formålet med kapitlet er å vise at det eksisterer en tydelig link mellom datagrunnlaget og oppgavens resultat. Gjennom datastrukturen som fremkom av Gioia-metodologien og klare eksempler fra intervjumaterialet, vil dette kapitlet ende med å presentere ny teori om kontinuerlig forbedring på sykehus. Modellen i figur 7.1 illustrerer dette bidraget.



Figur 7.1: Reproduksjon og endring av forståelser.

Det er de aggregerte dimensjonene fra datastrukturen som utgjør modellens elementer, og interaksjonen mellom dem blir illustrert i form av piler. Dette er sentralt, da det viser seg at det ikke er forståelsene eller infrastrukturen i seg selv som avgjør bruken av styringsdata i forbedringsarbeid på sykehus, men interaksjonen mellom dem. Forståelsene reproduseres i selvbebreftende løkker, men kan, som illustrert med den horisontale toveispilen, endre seg.

7.1 Medisinsk versus administrativ forståelse

Funnene i denne analysen viser at det i aller høyeste grad eksisterer to forståelser på sykehuset, og er med det i tråd med litteraturen. Denne seksjonen trekker frem de delene av intervjumaterialet som omhandler de to forståelsene, ved å gjennom ulike eksempler vise hvordan dette utspiller seg på OUS. Overordnet kommer dette til syne ved at det eksisterer en medisinskfaglig dominans, ulike holdninger til styringsdata og forbedringsarbeid, samt at de ansatte er selvstendige og svært stolte av sitt fag.

7.1.1 Medisinskfaglig dominans

Fra intervjumaterialet kommer det gjentatte ganger frem at medisinfaget settes over alt annet, og det som ikke direkte ikke kan knyttes til medisinfaget blir av mange nedprioritert. Også et ulikt driftsfokus mellom øvre og nedre ledernivå fremkommer av intervjumaterialet, hvor balansen mellom medisin og administrasjon skaper utfordringer. Til sammen peker dette på at det på OUS eksisterer en medisinskfaglig dominans, som vist i figur 7.3.



Figur 7.2: Medisinskfaglig dominans

Det kommer tydelig frem fra intervjumaterialet at medisinskfaglige arbeidsoppgaver prioriteres over de administrative. På et sykehus skal pasientenes liv og helse alltid prioriteres først, ettersom det er for pasientene sykehuset eksisterer og medisinfaget er grunnsteinen i organisasjonen. En klinikkleder forklarer dette med at stort sett alle ansatte er i den stillingen de er i i dag fordi de vil holde på med pasienter. Spesielt legene ved vedkommendes klinikk gir uttrykk for at det er pasientbehandling de kan best, og det er det de helst vil bruke tiden sin på. Om sine kollegaer sier avdelingslederen at *“De sitter med liv og død mellom hendene og sier klart ifra om at ingen byråkrat kan fortelle dem hva de skal gjøre og ikke”*. Medisinsk personell, spesielt leger, har gjennomgått en lang og omfattende utdanning og flere uttrykker at det er nettopp denne utdanningen de er ansatt på sykehuset for å praktisere. Flere informanter uttrykker at arbeid som ikke direkte er knyttet til det medisinske faget eller pasienten derfor kommer i andre rekke. Denne prioriteringen viser en oppfatning av at administrative oppgaver er mindre viktige i den daglige driften. Oppsummert er disse holdningene naturlige utfall av at mange av informantene har en forståelse som sammenfaller med den medisinske forståelsen definert tidligere i oppgaven.

Ved spørsmål tilknyttet forbedringsarbeid trekker flere informanter frem at lite tid er en viktig årsak til at de ikke benytter seg av styringsdata. De viser til at det er tidkrevende både å lære seg å bruke styringsdata på en tilstrekkelig god måte, samt å iverksette tiltakene som

kan komme ut av arbeidet. Det uttrykkes likevel en viktighet av å bruke tid på å holde seg oppdatert og forbedre seg på eget fagfelt, og det ser dermed ut til å være et skille mellom prioriteringer av forbedringer av medisinsk art og oppgaver som faller utenfor dette. Etersom det er en generell holdning blant intervjuobjektene om at medisinfaget prioriteres, setter man av den tiden og de ressursene som kreves for å oppdatere seg på det medisinske. Dette viser seg med dette at tiden i seg selv egentlig ikke er utfordringen, men at intervjuobjektene ikke anser det som like viktig å drive forbedringsarbeid basert på styringsdata. Både ledere på avdelings- og klinikknivå presiserer klart og tydelig i intervjuene at de deltar i medisinske aktiviteter i tillegg til å fylle sin rolle som leder for avdelingen. En klinikkleder uttaler eksempelvis at vedkommende deler opp stillingen så mye som 40/60 mellom førstelinjearbeid og det som refereres til som “administrasjon”. Flere av disse lederne har flere hundre ansatte under seg og har overordnet ansvar for klinikken eller avdelingen. Det kommer frem at dette blant annet innebærer budsjett- og personalmessig ansvar, HMS, utvikling og tilpassing av tjenester samt faglig ansvar. Det at de da i tillegg engasjerer seg i medisinske aktiviteter utover det som er påkrevd, understreker at deres høyeste prioritet, både for dem selv og for klinikken, er faget. Dette viser hvor sterkt forankret den medisinske forståelsen er hos mange av informantene, samt hvordan sykehuset i stor grad har faglig ledelse.

For mange ledere med legebakgrunn later det til å være viktig å skape dette skillet mellom medisinsk arbeid og det som er tilknyttet administrativt arbeid. Det fremkommer av intervjumaterialet at særlig lege-ledere aktivt nedprioriterer ledelsesoppgaver for å opprettholde sin faglige posisjon. Dette fører naturlig nok til mindre bruk av styringsdata i forbedringsarbeid. Videre virker det som at flere lege-ledere ikke ønsker at det skal finnes en kobling mellom administrative oppgaver og det medisinske faget. Eksempelvis uttaler en avdelingsleder at

“Et kurs i organisasjonslære, forbedringsmetodikk eller ledelse er null verdt med tanke på å kunne revidere eller forbedre prosesser. Det er erfaring og personlig egnethet som gjelder”

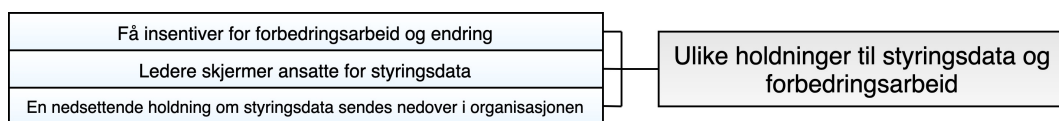
Dette er en ganske bastant påstand, som blir ytterligere forankret i den medisinske forståelsen ved at lederen legger frem at alle ansatte av slike grunner har mulighet for å ta doktorgrad innenfor sitt medisinske fagfelt dersom de ønsker det. Den aktive nedprioriteringen av administrativt arbeid av de med den medisinske forståelsen kan sies å dele sykehusdriften inn i to siloer; den medisinske siloen og den administrative siloen.

Fra informantene kommer det frem at det foreligger ulikt driftsfokus på de ulike ledernivåene på OUS. Driftsfokus benyttes her om hvilke arbeidsoppgaver som prioriteres, og flere trekker frem at forskjeller i disse prioriteringene skaper utfordringer. Det forklares at den øverste ledelsen på OUS er sammensatt av ledere med ledelsesutdanning som har et betydelig fokus på administrasjon og økonomisk resultat, mens de lavere nivåene i betydelig

grad er bemannet av medisinsk personell med tunge spesialiseringer. Informantene på de lavere nivåene deler en klar mening om at medisinen står over “administrasjonen”, og flere henviser til “de på toppen” ved snakk om både politikere og øverste ledelse ved OUS. Pasientbehandling gjøres i direkte kontakt med pasienten og ikke på et kontor, mener en informant med medisinskfaglig bakgrunn. I kontrast til dette nevner en informant at man burde hatt inn litt “friskt blod” i sykehusets lederstillinger, da mye har blitt gjort likt i lang tid og ikke nødvendigvis følger utviklingen i sykehusets drift. Likeså blir det fra en annen informant med ledelsesfaglig bakgrunn stilt spørsmål ved om det må noe så drastisk som et generasjonsskifte til for at det skal være mulig å endre holdningene tilknyttet arbeid utover det medisinske. Vedkommende sier dette i sammenheng med at flertallet av de som er ansatt i lederposisjoner på klinikk- og avdelingsnivå er eldre leger som til en viss grad motsetter seg det resultatsorienterte fokuset ovenfra. Dette viser at til tross for et felles mål om å utøve god pasientbehandling, kommer det frem av intervjumaterialet at det er ulike oppfatninger av hva dette betyr i praksis. Dette peker på et skille mellom toppledelsen og de lavere ledelsesnivåene, og det tydeliggjøres at den medisinske og den administrative forståelsen har ulike prioriteringer.

7.1.2 Ulike holdninger til styringsdata og forbedringsarbeid

Fra intervjumaterialet kommer det frem at de ansattes ulike holdninger til styringsdata og forbedringsarbeid er et sentralt tema. Det oppleves å være få insentiver for å drive med forbedringsarbeid, og flere ledere skjærer sine ansatte for styringsdata. I tillegg kommer det frem at en nedlatende holdning om styringsdata sendes videre fra mellomledere og nedover i organisasjonen. Disse funnene er presentert i figur 7.3.



Figur 7.3: Ulike holdninger til styringsdata og forbedringsarbeid

Informantene opplever at det er få insentiver for å forbedre prosesser som ikke er direkte tilknyttet det medisinske faget. Flere informanter trekker frem at insentivet for å eksempelvis kutte kostnader ikke er til stede, da gevinsten ikke kommer til syne og de ikke har mulighet til å bestemme hvordan de innsparte midlene skal brukes. Pengene går opp i systemet og til andre prosjekter som ikke påvirker de ansatte sin hverdag. Dette gapet mellom innsparingene som gjøres og synligheten av dem gjør at de ansatte ikke ønsker å strekke seg utover det nødvendige for å nå de økonomiske målene. Denne utfordringen kan sees i sammenheng med den generelle holdningen til pengebruk på sykehuset. Selv om det foreligger krav til budsjetter og innsparinger, er det sjelden man ser konsekvenser av et merforbruk utover de gitte rammene. Totalt sett bidrar dette til en holdning om at økonomi ikke prioriteres

når det kommer til forbedring, dersom det ikke er pålagte krav eller føringer fra øvre hold. Videre fortelles det om hvordan målene for forbedringsarbeidet må engasjere de ansatte for at arbeidet skal bli gjennomført. En seksjonsleder sier at det er lettere å engasjere ansatte til forbedringsarbeid dersom de ansatte ser hvordan de påvirkes direkte, eksempelvis arbeid tilknyttet å forbedre turnustider. Det at seksjonslederen har funnet ut dette, gjør at det meste av forbedringsarbeidet som krever involvering av ansatte på vedkommendes seksjon nå må innebære en opplevelse av "personlig gevinst".

Intervjumaterialet viser at det eksisterer ulike innstillinger til forbedring og endring generelt. En avdelingsleder uttaler at de ansatte er akkurat like skeptiske til generell endring som resten av befolkningen. De har ikke noe imot å endre seg, men ender ofte opp med å ha det litt vanskeligere i dag, fremfor å satse på en lettere fremtid gjennom å endre seg. Vedkommende opplever at enkelte ansatte er pådrivere og har en svært positiv holdning til endring, mens noen er mer skeptiske. Dog er pådriverne det fortelles om i fåtall. Det fortelles også om inngrodde holdninger blant medisinsk personell. Mange har vært i sin stilling i flere titalls år, og har en innstilling om at de skal fortsette med det de gjør til de går av med pensjon, og dette uten særlig endring. En informant forteller at leger ansatt ved vedkommendes avdeling er svært rigide, og at det er umulig å gjøre endringer uten at det blir bråk.

Etttersom mange opplever at det er få insentiver for å drive med forbedringsarbeid, er man avhengig av lederen eller andre nøkkelpersoner for å gjennomføre forbedringsarbeid. Det fortelles at en leders holdning til endring gjennomsyrrer hele organisasjonen, og at endringsarbeid forutsetter gode kommunikasjonskanaler og interesse på avdelingen. Fra intervjumaterialet kan det også sees en sammenheng mellom hvilken fagbakgrunn den enkelte leder har, og holdningen de har til styringsdata. Eksempelvis fremmer en leder med administrativ bakgrunn at vedkommendes positive holdning til styringsdata fører til økt bruk av styringsdatasystemene DIPS og LIS hos de ansatte. Videre trekkes både den nye administrerende og den nye medisinske direktøren på OUS frem, og en informant uttrykker en positivitet rundt skiftene nettopp fordi disse personene virker mer motiverte for endring enn de som satt i stillingene tidligere.

Fra intervjumaterialet kommer det frem at flere ledere skjærmer sine ansatte for styringsdata, og ser det som en del av sin rolle å begrense krav til de ansatte på lavere nivå. Flere ledere uttrykker at det er deres ansvar som ledere å filtrere informasjonen om måltall og økonomi nedover, slik at ansatte på lavere nivå skal slippe å bli eksponert for et fokus på tall. En leder på avdelingsnivå presiserer at *"jeg prøver å stoppe de aller fleste tall slik at mine kollegaer skal slippe å forholde seg til det"*. Utsagnet begrunnes med at det medisinske faget skal stå i sentrum, og at de ansatte skal kunne få fokusere utelukkende på det. Ledere forteller at de ansatte knytter bekymring til hva de høyere opp i systemene synes om tallene de leverer. Det vises til at mange opplever det som en toppstyrt avgjørelse at det skal drives forbedringsarbeid, og at ledere får tall de skal levere på uten å vite om disse er realistiske. Dette fører til en viss frykt for å bli konfrontert med tall som ikke er gode nok. Flere ledere

ender da med å skjærme de ansatte for deler av måltallene, da de ikke ønsker at de ansatte skal måtte bekymre seg over tall som oppleves som distanserte fra de daglige arbeidsoppgavene. Det kan dog sies at det burde være ledernes eget ansvar å bryte ned disse kvalitetsindikatorerne slik at de støtter opp under behovene som eksisterer på deres klinikk, avdeling eller seksjon. Slik situasjonen er i dag synes det å være lettere å skape en distanse og skjærme seg fra de eksisterende indikatorerne, fremfor å legge ned innsatsen som kreves for å gjøre egne tilpasninger.

En nedlatende holdning om styringsdata og administrative oppgaver sendes nedover i organisasjonen. Flere ledere med medisinskfaglig bakgrunn har en negativ innstilling til styringsdataen og forteller at den informasjonen som er tilgjengelig i dag er svært lite nyttig og brukes minimalt. Ved videreformidling av informasjon tilknyttet styringsdata virker det å være en akseptert norm hos flere av lederne å presisere at styringsdataen ikke er noe som de selv har ønsket seg, men at det kommer fra høyere hold. Dette kan sees som en slags ansvarsfraskrivelse av lederne. En slik holdning bidrar til at eierskapet til styringsdataen og viktigheten av den oppleves som svakere jo lengre ned i organisasjonen man befinner seg. Dette bidrar videre til at mange ansatte på lavere nivå assosierer bruken av styringsdata med noe negativt, og mister motivasjonen til å bruke den. Det at en leder, uansett ledernivå, har slike holdninger og handler på bakgrunn av disse, bidrar til å spre negative holdninger nedover i organisasjonen.

Denne noe negative holdningen til styringsdata underbygges videre av informantenes ordbruk og formuleringer under intervjuene. En avdelingsleder forteller eksempelvis at systemene “spyr ut data” hver uke, og en annen forklarer at tallene fra LIS “bare er noe de er pliktige til å føre, men ikke noe mer enn det”. Vedkommende forteller videre at:

“Jeg kan ikke tenke meg et tall, en rapport eller noen sånne ting som kan hjelpe meg. Jeg synes vi har alt, alt for mye av det allerede. Heldigvis har vi vært flinke i vår klinikk til å skrelle bort veldig, veldig mye av det”

Slike formuleringer viser at de tilegger styringsdataen lite verdi, og gjennom å videreformidle dette til andre ansatte sprer denne holdningen seg. En klinikkleder begrunner den nedlatende holdningen med at det medisinske utdanningsmiljøet setter medisinen over alt annet, og at viktigheten av prosessforbedring og ledelse ikke fremmes på samme måte som det gjøres i andre utdanningsmiljøer. Dette peker tilbake på faktorer som yrkesstolthet og fokus på fag som viser seg å være fremtredende hos medisinskfaglige ansatte. To seksjonsledere støtter opp under dette ved å si at ved deres seksjon så har de fokus på å behandle pasienten, også får “det andre” bare være som det er. “Det andre” viser i denne sammenhengen til organisatoriske endringer som er bestemt på et høyere ledernivå. Generelt synes det å være en holdning om at fokuset på tall er for voldsomt, og en avdelingsleder trekker frem at “fokuset på tellekanter har vært økende i løpet av de siste 30 årene”, noe vedkommende opplever som trist.

7.1.3 Faglig stolthet og selvstendighet

Det fremkommer i stor grad elementer av faglig stolthet og selvstendighet i intervjumaterialet. På OUS eksisterer det som nevnt ulike driftsfokus på ulike ledernivåer. I hver sin ende er det dyktige ansatte med fagkompetanse som gjør de sterke på det de driver med. I tillegg fremtrer en faglig stolthet både hos de som har administrative stillinger, og de som har medisinskfaglige stillinger. Det skapes en distanse mellom dem som kan trekkes til de to forståelsene på sykehuset. Videre i denne subseksjonen vil dette utdypes gjennom å vise til en sterk individualistisk kultur og et ønske om å måles på kvalitet, som illustrert i figur 7.4



Figur 7.4: Faglig stolthet og selvstendighet

Det er identifisert en sterk individualistisk kultur og høy yrkesstolthet blant ansatte på OUS. Dette kommer frem fra intervjumaterialet eksempelvis ved at ansatte ønsker å enten fremme seg selv som en dyktig medisinsk behandler, eller en god leder for de man er leder for. Mest fremtredende er de medisinskfaglige ansatte som sier at de *“står med liv og død mellom hendene hver eneste dag”*, og at deres jobb er å redde liv. Det fremkommer fra flere intervjuer en holdning om at man som lege ikke ønsker å pirke borti andre legers arbeid. Dette både fra informanter som selv er leger og andre informanter som observerer dette ved deres klinikk, avdeling eller seksjon. Eksempelvis forteller en avdelingsleder om at et kunstig lavt antall avvik meldes inn i avvikssystemet, da vedkommende har observert at leger ikke melder avvik på andre leger. Dette fører til feil datagrunnlag. En annen informant med medisinskfaglig bakgrunn uttrykker klart og tydelig i intervjuet at vedkommende ikke ønsker å benytte seg av måltallene som blir tilsendt hver mandag, og av den grunn velger å ikke bruke dem. Denne lederen tar med det saken i egne hender og setter sin egen vurdering over retningslinjene ovenfra. Hos ansatte med ledelsesbakgrunn fremkommer det også et tegn på yrkesstolthet. Spesielt én klinikkleder skiller seg ut ved å si at vedkommende kan drive god ledelse uavhengig av hvilken klinikk som skal ledes.

Jeg kunne ledet på akkurat samme måte i andre klinikker. Når det utlyses andre klinikklederstillinger så får jeg fra ansatte “hører om deg og det du har fått til - kan ikke du begynne hos oss?”. Dere hører jeg er ubeskjeden - hehe. Sånn blir det når jeg har vært her i 100 år.

Klinikklederen innehar omfattende ledelseskompetanse, og sitter med en forståelse av at gode ledelses- og kvalitetsprinsipper kan implementeres overalt. Dette fremmer et syn hvor ledelseskompetanse settes over den medisinskfaglige viktigheten, og står i kontrast til tidligere presenterte argumenter om at medisinen er viktigere enn *“alt det andre”* på sykehuset. God

ledelse må til for å yte god pasientbehandling, mener informanten. Dette synet er i tråd med den administrative forståelsen som presenteres i denne oppgaven, samt begrepet om profesjonell ledelse.

Flere uttaler at de gjør det de mener er best for sin klinikk, avdeling eller seksjon, selv om dette til tider kan gå på bekostning av føringer som er ønsket eller satt fra andre. Dette peker på en selvstendighet hos de ansatte, som i kombinasjon med den sterke tilknytningen ansatte på OUS har til eget fag, fører til en oppblomstring av en individualistisk kultur blant både medisinskfaglige og administrative ansatte på OUS. Fra intervju materialet kommer det frem hvordan denne individualismen hos de med medisinsk forståelse kan gjøre det vanskelig å samarbeide på tvers av avdelinger og klinikker. En informant sier at *“alle på sykehuset tror de er kjempespesielle”* og viser til hvordan mange mener det de driver med er så unikt at de ikke vil ta imot føringer eller sammenligne seg med andre på sykehuset. Ved å ha selvstendige ansatte som innehar stor stolthet tilknyttet det de driver med kan gnisninger oppstå. Funn i denne oppgaven tyder på at nettopp dette er tilfellet og at dette bidrar til å skape et skille mellom de ansattes forståelse.

Det uttrykkes et sterkt ønske fra flere medisinskfaglige informanter om å bli målt på kvalitet. Samtlige intervjuobjekter er enige om at bedre pasientbehandling og kvalitet er målet for alt de gjør, men flere nevner at styringsdataen ikke alltid reflekterer dette. Som eksempel trekkes det frem at tallene de blir målt på ikke evner å fange opp hvilken arbeidsinnsats som er lagt ned eller hvilken pasienttyngde en pasient har. Med pasienttyngde menes det hvor ressurskrevende en pasient er. Per dags dato evner ikke styringsdataen å skille mellom en lite arbeidskrevende dagpasient og en pasient innlagt på respirator. Flere intervjuobjekter uttrykker med dette misnøye over at de ikke blir målt på de rette tingene eller målt på rett måte, og at det de måles på i dag dermed ikke representerer virkeligheten. Videre forteller en informant med medisinskfaglig bakgrunn at vedkommendes avdeling scorer dårlig på måltallet om epikrisetid. Avdelingen scorer 55 prosent, men når dette brytes ned på seksjonsnivå viser deg seg at flesteparten av seksjonene leverer over målet på 70 prosent, mens et mindretall leverer langt under. Gjennomsnittstallet på 55 prosent representerer dermed ikke virkeligheten, mener informanten. Avdelingslederen sier at dersom målingene kunne gitt et direkte svar på hvor god behandling som ble gitt var, så ville motivasjonen for å bruke målinger fra systemene vært mye høyere. Det kan stilles spørsmål ved hvorvidt det er en gyldig argumentasjonsrekke at tallet ikke representerer virkeligheten, når et gjennomsnitt for avdelingen naturlig nok ikke vil vise variasjonen i seksjonene. Med dette kan det sies at enkelte ansatte prinsipielt hever seg over styringsdataen. Dette vitner om en sterk, faglig stolthet.

Ønsket om å bli målt på kvalitet kan bunne ut i et misforhold mellom intensjonen og den faktiske bruken av styringsdataen. Flere informanter uttrykker en skepsis til hvorvidt måltallene det opereres med faktisk fører vei mot målet om bedre pasientbehandling. Et

eksempel på dette er måltallet epikrisetid, som finnes i målkortet for samtlige. Dette måltallet er det ulike meninger om blant intervjuobjektene. Noen uttrykker at epikrisetiden sier noe om effektiviteten på avdelingen, mens andre mener kravet om én dag ikke har rot i virkeligheten og at avdelingen kunstig må omorganisere seg for å klare å møte kravet. En informant nevner at de enkelte ganger har sendt ut en pseudo-epikrise bare for å tilfredsstille kravet, for så å sende den fullstendige epikrisen én uke senere. Her ser vi at kravet tilknyttet indikatoren kan føre til utilsiktet merarbeid og at indikatorens verdi med det ikke gjenspeiler den faktiske driften.

Flertallet av intervjuobjektene opplever at indikatorene de blir målt på først og fremst handler om økonomi, og ikke kvalitet slik navnet skulle tilsi. Det uttrykkes at bunnlinjen tar for mye plass i de overordnede målene og at det er et ensidig økonomifokus på sykehuset. Dette støttes av en informant som sier at det er *“voldsomt fokus på tall ovenifra”* og at *“alle måltall som finnes i LIS i grunn bare handler om økonomi”*. Eksemplene illustrerer en holdning om at styringsdata i stor grad dreier seg om økonomisk oppfølging. Videre uttrykkes det av flere informanter at de opplever mandagsrapporten som en form for overvåkning, og ikke som en støttefunksjon som kan motivere for å drive med forbedringsarbeid eller være et mål på kvalitet. En avdelingsleder setter det på spissen ved å forklare at styringsdataen i seg selv ikke kan brukes til noe, men at det ligger en effekt i at de ansatte tror de blir overvåket. Vedkommende mener også at LIS-rapportene kunne blitt utelatt ett år, og situasjonen ville fortsatt vært den samme så lenge de ansatte tror de blir målt og dermed overvåket. Flere av intervjuobjektene trekker frem at de er bekymret for tilbakemeldingene de får og dermed *“holder seg i skinnenet”*. Det vises med dette at intervjuobjektene opplever at styringsdataen egentlig omhandler økonomi, og ikke er et mål på kvalitet.

Det er forståelig at en ansatt i en kunnskapsbedrift ønsker å bli målt på kvalitet innenfor faget vedkommende er dyktig på. Dog kommer dette til kort når argumentet brukes for å bortforklare tall som beskriver faktiske deler av driften. Oppsummert mener mange av informantene at det ikke er en kobling mellom måltallene som eksisterer i dag og kvaliteten på jobben de gjør. Det eksisterer også uklarheter hos informantene rundt hvordan gode resultater på dagens indikatorer bidrar til bedre pasientbehandling.

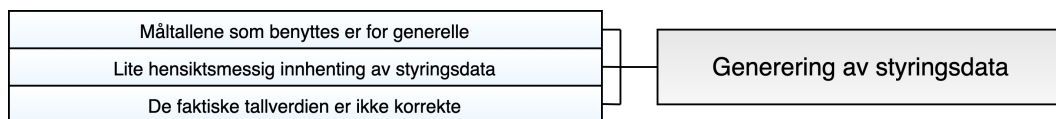
I denne seksjonen, 7.1: “Medisinsk versus administrativ forståelse”, har det gjennom å legge frem funn tilknyttet medisinskfaglig dominans, ulike holdninger til styringsdata og forbedringsarbeid, og faglig stolthet og selvstendighet blitt vist at to adskilte forståelser eksisterer på OUS, i tråd med litteraturen. Sykehuset som kunnskapsorganisasjon preges av dyktige ansatte med faglig tyngde og et indre ønske om å utøve faglig kvalitet. Som vist skaper dette til tider utfordringer da uenigheter oppstår rundt hvordan ting skal gjennomføres i praksis, til tross for at de ansatte er enige om hva det overordnede målet er. Flere funn peker også på at en økt administrativ forståelse kan bidra til en sterkere link mellom bedre pasientbehandling og bruk av styringsdata.

7.2 Infrastruktur for kontinuerlig forbedring

Det ligger en rekke forhold til grunn for kontinuerlig forbedringsarbeid med bruk av styringsdata på sykehus. Dette omhandler eksempelvis datasystemer og måltall, standardiserte prosesser og politiske føringer. I denne analysen brukes en tredeling for å beskrive dette. Store mengder styringsdata kan sees på som et objekt som genereres og transformeres gjennom en rekke prosesser, som igjen er regulert av de organisatoriske forholdene som foreligger på sykehuset. Følgelig vil de neste subseksjonene omhandle generering av styringsdata, prosesser rundt forbedring og organisatoriske forhold, som til sammen danner infrastrukturen for kontinuerlig forbedring på sykehus.

7.2.1 Generering av styringsdata

Mye frustrasjon fikk sitt utløp gjennom intervjuene ved samtale om generering av styringsdata. Det kommer frem fra informantenes ståsted at måltallene som benyttes enten er feil eller for generelle til å generere merverdi, at innhenting av styringsdata er lite hensiktsmessig og at tallverdiene i systemene ikke er korrekte. Disse funnene er presentert i figur 7.5 og vil bli utbrodert i denne subseksjonen.



Figur 7.5: Generering av styringsdata

Informanter fra samtlige ledelsesnivåer trekker frem at måltallene som benyttes er for generelle. Det poengteres eksempelvis at tallene er på et overordnet nivå og dermed ikke gir den støtten de ansatte trenger. Tallene må være på et visst detaljnivå for at de oppfattes som nyttige. Spesielt i større klinikk og avdelinger vil aggregering av styringsdata gi et lite nyansert bilde av situasjonen for førstelinjen. Tallene blir dermed vanskelig å bruke i praksis og det fremkommer av den grunn et ønske om mer detaljert styringsdata tilpasset den enkelte klinikk, avdeling eller seksjon. Totalt sett oppleves styringsdataen som for generell til at den er nyttig å bruke i forbedringsarbeid.

En annen betraktning rundt hvorfor måltallene er for generelle er fordi de gjelder alle på hele OUS uavhengig fagområde. Tallene passer derfor ikke deres fag-spesifikke behov. Gjennomgående i materialet trekkes distinksjonen mellom somatikken og psykiatrien frem som et eksempel på dette. En informant fra psykiatrien forteller at det ikke gir mening at alle skal måles på det samme ettersom driften er så ulik sammenlignet med somatikken, og etterlyser at systemene gir måltall som er tilpasset deres hverdag. Det forklares av en avdelingsleder at det ville vært fordelaktig å sammenligne seg med andre helseforetak med

lignende praksis som de selv, fremfor å bli satt opp mot avdelinger med en helt annen drift – slik de blir i dag.

Informanter trekker frem eksempler på at det til tider forekommer lite hensiktsmessig innhenting av data. Flere intervjuobjekter påpeker at selv om tallverdiene i systemene er korrekte, er de ikke representative for hvordan hverdagen deres er. Et intervjuobjekt trekker frem som eksempel at beleggsprosenten måles på en tid av døgnet da de generelt har færre pasienter, noe som gir et urealistisk lavt tall for hele døgnet. Denne informanten tilhører en avdeling hvor et mål i behandlingen er at pasienter skal tilbringe natten i eget hjem, for så å returnere påfølgende dag. Likevel måles beleggsprosenten klokken 07:00 om morgenen, som gir et urealistisk lavt tall. Informanten legger frem at målingen burde skje senere på dagen når beleggsprosenten er mer representativ. En ansatt ved en teknisk støttefunksjon er riktignok svært klar over at ansatte ved avdelingene er misfornøyde med tidspunktet beleggsprosenten måles, men poengterer at de som står bak systemene ikke er ute etter å *“se hvordan avdelingene faktisk har det”*. Intervjuobjektet ønsker å *“se om avdelingene blir bedre på å sende pasientene hjem”* og uttrykker at om de ansatte tror at tallene skal måle noe annet er det deres “feil”. Det blir tydelig at det råder en slags uenighet om hva den innhentede styringsdataen skal vise og hva den skal benyttes til.

Enkelte tallverdier i datasystemene på OUS er ikke korrekte. En informant forteller at de riktige tingene måles, men at tallverdien ikke stemmer med den faktiske situasjonen. Eksempelvis kan måltallet beleggsprosent vise 45 prosent, men så viser det seg at 57 prosent av sengene på posten er opptatte. Det gir da naturligvis ikke mening å benytte dette tallet for å måle forbedringsarbeid. Videre forteller en avdelingsleder at ting som er tilsynelatende lett å måle ikke alltid er det, eksempelvis overtidsarbeid på operasjoner. Utfordringen ligger i at systemene ikke klarer å fange opp situasjoner der en operasjon er forskjøvet, men selve gjennomføringen skjer på riktig antall estimerte timer. Dette vil gjøre at ansatte må jobbe overtid, men ettersom operasjonen ikke tok lenger tid enn planlagt finnes det ikke noen plass i systemet for å registrere timene og det blir derfor feil i systemene. Avdelingslederen legger til at det ikke er mulig å måle slike komplekse situasjoner. Med hensikt å måle fremgang og å sammenligne forbedringsprosjekter fungerer systemene dermed lite optimalt slik de er i dag.

Fra intervjumaterialet virker det som at mange av lederne ikke stoler på at styringsdataen gir et bedre bilde av virkeligheten enn det de danner gjennom sitt daglige arbeid. Når de ser store svakheter i datagrunnlaget synes flere det virker meningsløst å benytte dette som grunnlag for forbedringsarbeid. En avdelingsleder trekker frem dette som hovedårsaken til at det i forbedringsarbeid ikke blir brukt styringsdata fra LIS, og at styringsdataen hadde blitt brukt i større grad dersom de kunne stolt på at informasjonen viste en korrekt situasjon. Dette poengteres også av en annen avdelingsleder som forteller at det er *“fascinerende at de ikke klarer å rydde opp i systemene slik at tallene er korrekte”*, og fremmer at det er vanskelig å tro på tallene slik de er nå. Som et motsvar til dette forteller en ansatt ved teknisk støttefunksjon

at hvis det oppstår feil i systemene, utbedres disse så fort de meldes inn eller detekteres. At styringsdataen de leverer er så feil at den ikke kan brukes, er noe den ansatte ved den tekniske støttefunksjon ikke kjenner seg igjen i. Hvis det eksisterer feil i systemene så er det inputen fra de ansatte som skurrer, forteller informanten. Vedkommende understreker at det de leverer er korrekt og sier eksempelvis at de *“måler belegg helt nøyaktig hvert 20. minutt”*. Dette står i kontrast til tidligere uttalelser fra informanter om at beleggprosenten ofte ikke stemmer. Det foreligger altså to oppfatninger av den samme styringsdataen, og det blir med dette tydelig at slik tallverdiene presenteres i dag innehar de ansatte ikke samme oppfattelse av dens riktighet.

7.2.2 Prosesser rundt forbedring

Gjennom intervjuene fremkommer en rekke opplysninger om prosessene rundt forbedringsarbeidet som eksisterer på sykehuset i dag. I denne subseksjonen vil vi trekke frem prosessene som er med på å danne en slags ramme rundt forbedringsarbeidet, heller enn forbedringsprosessene i seg selv. Dette med bakgrunn i at datamaterialet peker på at de eksisterende prosessene ikke legger til rette for forbedringsinitiativet i tilstrekkelig grad. De fremtredende poengene som gir dette argumentet hold, legges frem i figur 7.6.



Figur 7.6: Prosesser rundt forbedring

Mangel på måling av forbedringsarbeid er en utfordring som fremkommer av intervjumaterialet. Det er kjent at for å vite om en forbedring har gitt ønsket resultat, må det foreligge en måte å sammenligne situasjonen før og etter forbedringen (Bryman, 2015). Informanter ved OUS svarer ulikt på, og viser usikkerhet rundt, hvordan de måler forbedringene sine. Flere informanter svarer at de har noen tall de blir målt på, men at dette ikke nødvendigvis måler det de prøver å bli bedre på. Tallene er ofte bestemt høyere opp i systemet og er ikke tilpasset de ulike seksjonene og enhetene, mener flere. Flere trekker frem mandagsrapporten som sendes ut til samtlige ledere på OUS. Fra et intervjuobjekt får vi vite at *“administrasjonen”* sin hensikt med denne rapporten er å følge utviklingen til avdelinger og seksjoner. Dog sier informanten at mandagsrapporten er unyttig for dem og at de egentlig sitter igjen med en følelse av å bli overvåket. Dermed gir rapporten trolig liten verdi og kan ikke brukes til å følge opp forbedringsarbeid eller mål.

Videre uttrykker flere informanter at de generelt sett ikke har et bevisst forhold til hvordan de måler forbedringer. Flere ser ikke behovet for systematisk måling og et intervjuobjekt begrunner dette med at *“å forbedre seg litt er bedre enn å ikke forbedre seg i det hele tatt”*.

Uttalelser fra andre informanter støtter oppunder det samme synet ved å si at *“vi reflekterer ikke så mye over at vi forbedrer oss, men det ligger naturlig i systemene”*, eller at *“vi ser situasjonen litt an etter innføringen av en endring, og tar senere en vurdering på hvordan det går”*. Det kan i disse tilfellene stilles spørsmål ved om dette er tilstrekkelig for å slå fast om man faktisk har blitt bedre. Et par informanter kan riktignok vise til tydelige prosesser for måling av forbedringsarbeid samt et bevisst forhold til dette. En klinikkleder deler eksempelvis at alle endringer de gjør har en klar hensikt, og at de *“selvfølgelig måler underveis”*. Dette bekreftes av en annen klinikkleder som forteller at de måler på økonomisk gevinst og pasientvolum, selv om dette er utfordrende. En trend ser dermed ut til å være at forbedringer i større grad måles på høyere ledernivå, og at det uteblir jo lenger ned man kommer. Samlet sett viser dette mangelfulle prosesser for måling av forbedringsarbeid i dagens infrastruktur.

Det trekkes frem av flere ledere på ulike nivå en mangel på klare og definerte mål for forbedringsarbeidet. Generelt sett er det få av intervjuobjektene som kan fortelle om konkrete mål for forbedringsarbeid og en gjennomgående forklaring er at mål blir satt *“kontinuerlig”* eller *“ad hoc”*. En seksjonsleder uttrykker eksempelvis at de egentlig ikke setter mål, men prøver å løse flaskehalsen når de oppstår. Det er også utfordringer tilknyttet å få forbedringsresultatene over i fast drift. Det virker som at det er et for stort fokus på å få gjennomført forbedringen og få skrevet ferdig rapporten som skal vise til hva som har blitt gjort, enn at arbeidet faktisk skal resultere i bedret drift. I tillegg legges det frem at et forbedringsinitiativ ofte blir avløst av et annet og at de ansatte av den grunn ikke får avsluttet på skikkelig vis. Dette peker blant annet på en mangel på god planlegging i forkant av forbedringsarbeidet, derunder defineringen av gode, verdifulle mål for det som skal gjøres.

Av de informantene som nevner at mål med forbedringsarbeidet er satt, sier en avdelingsleder at de har valgt seg ut et måltall fra målkortet som avdelingen skal bli bedre på. En seksjonsleder på denne avdelingen forteller derimot at vedkommende opplever at seksjonene på avdelingen ikke jobber på samme plan og *“noen ganger mot hverandre”*. Dette eksempelet viser at definerte mål på avdelingsnivå ikke nødvendigvis når ut til seksjonene, og at mangel på samstemte mål kan føre til at seksjonene jobber i ulike retninger.

Det uttrykkes av flere at det mangler standardiserte prosesser tilknyttet drift utover det medisinske på OUS. Intervjuobjektene viser til klare standarder rundt medisinske prosesser og det trekkes frem som eksempel at pasienter som har fått hjerteinfarkt hentes i ambulanse og får behandling etter en klokkeklar, standardisert prosess. Det er med bakgrunn i at prosessen er innøvd og lik hver gang, at de kan redde liv. Dette er også å finne igjen hos andre informanter. Når det kommer til standardiserte prosesser rundt administrativt arbeid og derunder forbedringsarbeid, er situasjonen annerledes. Det fremkommer av intervjumaterialet at det i liten grad finnes standardiserte prosesser for forbedring. Mye gjøres ulikt fra klinikk til klinikk og forbedringsarbeid blir ofte sporadisk. Klinikken og

avdelingene på OUS er som nevnt av autonom art og styrer store deler av driften selv. Dette er trolig en av årsakene til at det er færre administrative standarder på tvers. En seksjonsleder nevner at det er fort gjort at det er den som roper høyest om endring som får til noe, og at i en så stor organisasjon som OUS er det vanskelig å ha standardiserte prosesser som passer alle. En klinikkleder forteller riktignok at vedkommende har ukentlige, månedlige og tertiær-oppfølgingsmøter med lederne under seg, i tillegg til driftsoppfølgingsmøter. Disse møtene kan fungere som metoder for forbedring og er til en viss grad standardisert på vedkommendes klinikk. Dog blir totalinntrykket fra intervjuene at det ikke foreligger tilstrekkelig med standardiserte prosesser rundt forbedringsarbeidet.

Fra intervjumaterialet kommer det frem at OUS sin toppledelse flagger lean-verktøy som det grønne korset og tavlemøter, som eksempler på sykehusets standardiserte forbedringsprosesser. Tidligere administrerende direktør ved OUS, Bjørn Erikstein, har eksempelvis uttalt at det grønne korset er med på å skjerpe oppmerksomheten og frembringe en kultur for kvalitet og pasientsikkerhet (Oslo universitetssykehus HF, 2018). En utfordring oppstår likevel ved at de standardiserte metodene ikke benyttes slik de er beskrevet. Informantene omtaler de nevnte forbedringsmetodene på en måte som reduserer verdiskapningen til dem og en seksjonsleder forteller eksempelvis at forbedringsarbeidet blir litt tilfeldig ettersom *“Achilles er avhengig av at ansatte faktisk melder inn avvik”*. Dette er nemlig ikke alltid tilfellet, forteller vedkommende. En annen informant uttrykker frustrasjon ved å si at *“det grønne korset blir aldri helt grønt uansett”* og peker på at det oppleves som demotiverende å jobbe mot noe de ikke kan få til. En seksjonsleder viser til lean og sier at *“dette er bestemt så høyt oppe at det ikke passer her nede”*. Disse eksemplene peker på at tilliten til metodene ikke er tilstede og at den standardiserte forbedringsmetodikken på OUS blir benyttet i mindre grad enn det som er beskrevet i metodenes hensikt. Totalt sett kan det sies at mangelen på gode, standardiserte prosesser kommer til syne ved at relativt enkle prosesser, eksempelvis *“det grønne korset”*, ikke får gjennomslag.

Informantene forteller om mangel på prosesser som muliggjør forbedring på tvers av organisasjonen. Det å samarbeide med andre klinikker, seksjoner og enheter er utfordrende, forteller informanter. Uavhengig av forbedringsarbeid understreker en seksjonsleder at de har store problemer tilknyttet arbeid som brer seg utover deres seksjon. Dette skyldes at det er vanskelig å registrere aktivitet som foregår på tvers, samt at de samme rutinene ikke foreligger for de samarbeidende partene. En årsak til mangelfulle rutiner kan være at klinikker og avdelinger på OUS er av autonom art, og på mange områder opererer selvstendig. Da enkelte forbedringer på sykehuset krever innsats fra flere avdelinger eller enheter, skaper dette utfordringer. Eksempelvis trekkes utsendelse av epikrise for pasienter som har mottatt behandling ved flere avdelinger eller seksjoner frem. En avdeling kan ha sin del av epikrisen klar, men hvis prøveresultater mangler fra andre samarbeidende avdelinger blir ikke epikrisen sendt ut innen fristen. Dette peker på at mangel på rutiner delvis legger en demper for forbedringsarbeid og samarbeid på OUS.

7.2.3 Organisatoriske forhold

Informantene forteller om en jungel av datasystemer som ikke snakker sammen. Dette skaper utfordringer da en endring i et datasystem ikke nødvendigvis overføres til et annet og at det med dette oppstår feil. Videre fremkommer det at ledere i stor grad har frihet til å legge rammer rundt forbedringsarbeidet, som både i positiv og negativ grad påvirker forbedringsarbeidet. Sammen med OUS sitt komplekse styringshierarki, utgjør dette de organisatoriske forholdene som fungerer som en slags strukturelt utgangspunkt i infrastrukturen. Disse presenteres i sin helhet i figur 7.7 og vil bli beskrevet i denne subseksjonen.



Figur 7.7: Organisatoriske forhold

Standardiserte datasystemer som ikke er tilpasset hverandre skaper frustrasjon på OUS. En seksjonsleder presiserer at de opplever at de må tilpasse seg datasystemene fremfor at datasystemene er laget for å være tilpasset dem. Dette eksemplifiseres ved at de må benytte seg av mange systemer som ikke er koblet sammen, samt at det finnes få muligheter for justeringer innad i systemene. Informantene uttrykker at det er forståelig at en kompleks organisasjon som OUS må ha standardiserte systemer, men slik situasjonen er i dag er standardiseringen et hinder for bruk. Det presiseres riktignok fra to informanter at selv ikke et ideelt datasystem ville ført til større utnyttelse av styringsdataen. Dette tyder på at utfordringene tilknyttet bruken av styringsdata ikke bare omhandler systemene.

Flere intervjuobjekter omtaler den ovennevnte utfordringen som at *“datasystemene for styringsdata ikke snakker sammen”*. Med at de ikke snakker sammen menes det at informasjonen som finnes i et system innhentes og endres uavhengig av de andre systemene som skal eller skulle inneholdt den samme styringsdataen. Dette gir grobunn for negative assosiasjoner til styringsdataen og flere uttaler at det totalt sett blir en stor arbeidsbelastning å finne frem i jungelen av systemer. De ansatte opplever å måtte registrere samme informasjon flere ganger og det samme måltallet kan ha ulik verdi i ulike systemer. Det poengteres at dette fører til at styringsdataen oppleves som mindre troverdig.

Samtlige ledere ved OUS har tilgang til alle systemene som innehar styringsdata og det virker som at tilgangen til disse ikke er en barriere for bruk. Det som dog er en utfordring, er identifisering og uthenting av de rette styringsdataene i systemene. Informanter opplyser om hyppige endringer på systemdesignet uten at de får informasjon om dette, noe som fører til at det er vanskelig å navigere og finne verdifull data. Det kommer også frem i intervjuene at mange ansatte ikke har hatt noen formell opplæring i bruk av styringsdata eller systemer.

Dette står i kontrast til uttalelser fra en leder på en teknisk støttefunksjon, som sier at de *“kjører kurs”* i de nye systemene, og at *“folk skal ikke få tilgang til nye systemer før de har vært på kurs”*. Kurstilbudet til tross så virker det som at informantene opplever at mangel på opplæring i systemer er barriere for bruk av styringsdata i forbedringsarbeid.

Informanter forteller om at det er stor frihet i deres lederstillinger. Det foreligger eksempelvis minimalt med informasjon eller føringer i deres stillingsbeskrivelser om at de skal gjennomføre forbedringsarbeid. Det blir da opp til den enkelte leder å vurdere behov og igangsette forbedringer, om ikke til og med å gjennomføre dette selv. Eksempelvis forteller en seksjonsleder at vedkommende er både igangsetter og pådriver for forbedring, i tillegg til å være ansvarlig for at arbeidet kommer i mål. En annen informant forteller at som avdelingsleder innehar man både rollen som planlegger og som *“innpisker”* i forbedringsarbeidet. Det positive med dette er at en klinikk, avdeling eller seksjon vil ha stor fleksibilitet ved ønske om forbedring hvis det er slik at lederen er innstilt på det. På den andre siden finnes det tilfeller i intervjumaterialet som viser det motsatte, nemlig at lederen har et ensidig fokus på pasientbehandling og setter forbedringsarbeid til side. I dette tilfellet vil det være en tydelig fallgrube for at forbedringsarbeidet holdes til det minimale. Flere forteller at det er utfordrende å avklare hvem som formelt sett har ansvar, og det kan derfor sies at denne delen av infrastrukturen er mangelfull med tanke på tilrettelegging av forbedringsarbeid.

En konsekvens av de mangelfulle stillingsbeskrivelsene er at forbedringsarbeid i stor grad avhenger av ildsjeler, mener flere informanter. Med dette menes at en eller flere ansatte tar ansvar og initiativ utover det som er forventet. Fra intervjumaterialet erfares det at ildsjeler på OUS kan være både ledere og øvrige ansatte. Flere ledere kommuniserer at de i de fleste tilfeller lar de ansatte igangsette forbedringsarbeid som ansatte selv foreslår at kan bli gjennomført. Dette er riktignok avhengig av at den ansatte handler som en pådriver for forbedringsarbeidet og at endringen eller forbedringen ligger innenfor mandatet til den aktuelle klinikken, avdelingen eller seksjonen.

At forbedringsarbeidet er så sterkt avhengig av enkeltpersoner gjør også at avdelingene blir sårbare om personene slutter. Et intervjuobjekt forteller at de på vedkommendes avdeling over tid hadde jobbet for å redusere ventetiden for pasienter på venteliste for behandling. En spesifikk ansatt tok stor del i dette og over tid reduserte avdelingen ventetiden fra seks til to måneder. Dette ble opprettholdt frem til vedkommende som var pådriver for denne forbedringen sluttet i sin stilling, og avdelingen erfarte da igjen økende ventetider. Intervjumaterialet viser at ansatte kan engasjere seg og få til store ting, men også velge å ikke ta del i forbedringsarbeid. Mange har svært krevende arbeidshverdager der de er presset på tid og ressurser, og arbeid med forbedring kommer i tillegg til daglige drift. Dermed blir forbedringer som ikke omhandler det medisinske faget ofte nedprioritert – hvis ikke en ildsjel eller en leder tar tak i det. Dette understreker igjen at det eksisterer mangler i støttestrukturen rundt forbedring på OUS, som gjør at det ikke finnes noen garantier for

at forbedringsarbeid blir gjennomført. Det blir også tydelig at de ansatte er viktige brikker i forbedringsarbeidet.

Det er stor avstand i organisasjonsstrukturen på OUS, noe som fremkommer ved at linjen fra administrerende direktør ned til førstelinjen er lang. Samtlige informanter anerkjenner at de er en del av en stor og svært kompleks organisasjon. Her er det særlig hierarkisk avstand som poengteres, spesielt mellom de ulike ledernivåene. En avdelingsleder underbygger dette ved å innrømme at han hverken vet hvordan organisasjonen ser ut eller oppleves for de ansatte på lavere nivå, da hans stilling krever et fokus på hvordan organisasjonen ser ut fra et overordnet, organisatorisk perspektiv. Det er rett og slett for mye å holde oversikt over, forteller avdelingslederen. Videre sier vedkommende at lederne på seksjons- og enhetsnivå er bedre egnet til å avdekke forbedringsbehov fordi de opplever eventuelle utfordringer til daglig gjennom pasientbehandlingen, og avdelingslederen sier seg avhengig av deres innsikt. Avdelingslederen nærmest innrømmer å ikke ha full kontroll nedover i sin styringslinje og er avhengig av de ansattes hjelp for å ta kloke beslutninger. Dette viser hvordan føringer for forbedringsarbeid som kommer ovenfra krever involvering av flere ledernivåer for å forplante seg nedover i organisasjonen, samt at avstanden mellom ledernivåene er utfordrende.

Store avstander i organisasjonen påvirker også hvordan ledere på ulike nivåer opplever å jobbe mot et felles mål. Da informantene under intervjuet ble spurt om hvilke mål de jobbet mot, svarte majoriteten med sin egen formulering at dette er god pasientbehandling. Dette fremstår som et personlig mål for informantene, uavhengig av seksjon, avdeling eller klinikk. Om vi ser i OUS sin utviklingsplan frem mot 2035 finner vi at intervjuobjektens mål er i tråd med OUS sitt overordnet mål. Her står det blant annet at “Oslo universitetssykehus skal drives med sikte på å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det” (Oslo universitetssykehus HF, 2018). Altså, god pasientbehandling. Når det er sagt vil man med trygghet kunne si at “god pasientbehandling” er et minste felles multiplum for de ansatte på et sykehus og at funnet sådan alene ikke er interessant. Det som dog er det, er at en betydelig del av informantene forklarer at de nedprioriterer forbedringsarbeid fordi de ikke har tid og at de heller fokuserer på god pasientbehandling. Dette tyder på det eksisterer en ulike meninger nedover i organisasjonen om hva som skal til for å nå dette målet. Oppsummert kan det sies at det eksisterer en enighet på OUS om at god pasientbehandling er målet, men store avstander i organisasjonen bidrar til et lite koordinert bilde av hva dette betyr i praksis.

Politikkens beslutninger gjennomsyrrer sykehuset. Som nevnt er det en lang linje fra helsedirektoratet ned til behandlingen av hver enkelt pasient og det stilles spørsmål ved hvilken innsikt de “*på toppen*” har. Eksempelvis trekker to informanter igjen frem måltallene. Det gis uttrykk for at det foreligger et problem i at måltallene bestemmes for høyt oppe i hierarkiet uten å vite hva som faktisk foregår på sykehuset. Her blir det gitt referanser både til helseministeren og til OUS-ledelsen, og at for mye kommer ovenfra og

ned. En seksjonsleder uttaler eksempelvis at forbedringsarbeidet på OUS mangler “system” og at måltallene hverken har rot i virkeligheten eller er tilpasset til OUS.

Det uttrykkes også i intervjuene en bekymring for ansvaret mellomlederne sitter med på sykehuset. De har et stort, tildels uskrevet, ansvar for å opprettholde en balanse mellom føringer ovenfra og den medisinske pasientkontakten lenger ned. De politiske føringene stiller strenge krav til OUS på mange områder og flere mellomledere deler i intervjuene at de til tider opplever dette som et press. Naturligvis rundt økonomiske krav, men også rundt måltall som liggedøgn og epikrisetid. Eksempelvis sier et intervjuobjekt at mellomledernivået på mange måter fungerer som et “transportnivå” for måltallene som kommer ovenfra, ettersom tallene egentlig er mest relevant for ledere på lavere nivå på OUS. En mellomleder skal også, på den andre siden, sørge for forsvarlig pasientbehandling av høy kvalitet. Dette innebærer å møte det medisinske personellet sine forventninger, som i stor grad sentrerer seg rundt det medisinske faget. Oppsummert er det tydelig at politikkenes føringer presser en ellers pasientfokusert hverdag - særlig for mellomlederne. Posisjonen de har i organisasjonen gjør at de fungerer som et bindeledd mellom toppledelse og øvrige ansatte. Dette gjør mellomlederne avgjørende for hvordan føringer fra høyere ledernivå forplanter seg nedover.

Det har i denne seksjonen om infrastruktur for kontinuerlig forbedring blitt vist at det foreligger utfordringer tilknyttet generering av styringsdata, prosessene rundt forbedring og de organisatoriske forholdene. Vi vet fra før av at OUS jobber aktivt med kontinuerlig forbedring, men det vises gjennom intervjumaterialet at enkelte av tiltakene (eksempelvis det grønne korset) enten ikke blir brukt eller skaper misnøye blant de ansatte. Dette funnet er samstemt med litteraturens beskrivelse av kontinuerlig forbedring på sykehus.

De tre temaene i infrastrukturen vil påvirke hverandre gjensidig, slik at en endring i ett av dem vil ha ringvirkninger som kan spre seg til de to andre. Eksempelvis vil en endring i en prosess kunne kreve innhenting av ny data. Tilsvarende kan nye metoder for innhenting av styringsdata kreve at OUS reviderer prosessene de har rundt forbedring. Dette dynamiske forholdet, og utfordringene som eksisterer i interaksjonen mellom de tre temaene, er godt dokumentert i litteraturen om kontinuerlig forbedring. Videre er det for utfordringer tilknyttet til denne interne dynamikken at verktøy fra eksempelvis lean ofte presenteres som en løsning. Funnene våre bekrefter at utfordringer innad i infrastrukturen er viktige å adressere, men ikke nok i seg selv.

For å ta analysen et steg videre, samt løfte den over den eksisterende litteraturen, vil den neste seksjonen omhandle *interaksjonen* mellom infrastrukturen for kontinuerlig forbedring og de to forståelsene som eksisterer på sykehuset.

7.3 Reproduksjon og endring av forståelser

Til nå er de to ulike forståelsene og infrastrukturen for kontinuerlig forbedring utbrodert hver for seg. Vi vil nå i detalj trekke dette sammen med hensikt å forklare hvordan de dynamisk interagerer med hverandre, som illustrert i modellen i figur 7.1. Det er nettopp denne interaksjonen som blir avgjørende i besvarelsen av oppgavens forskningsspørsmål, som lyder:

Hva skal til for at styringsdata blir brukt i forbedringsarbeid på sykehus?

Som beskrevet i kapittel 4: “Ulike forståelser på sykehus” kan ens forståelse forklares med og forankres i teori om sensemaking. De følgende subseksjonene bygger dermed på teori om sensemaking, og bruker denne til å forklare *hvordan* de to ulike forståelsene på sykehus interagerer både med hverandre og med infrastrukturen.

Denne subseksjonen innledes med en presentasjon av modellens to løkker. De illustrerer at både den administrative og den medisinske forståelsen befinner seg i hver sine selvbekreftende løkker og med det aktivt, gjensidig opprettholder distansen mellom seg. Deretter fremlegges den horisontale toveispilen, som indikerer at forståelsene i interaksjon med sykehusets infrastruktur kan bevege seg både mot hverandre og fra hverandre. Forståelsene vil med dette måtte behandles som dynamiske størrelser og en endring i forståelse i retning mot hverandre vil være det som skal til for at styringsdata vil bli brukt i forbedringsarbeid på sykehus.

7.3.1 Selvbekreftende løkker

Både den medisinske og den administrative forståelsen befinner seg i dag i selvbekreftende løkker der de kontinuerlig reproducerer sin egen forståelse og med det aktivt, gjensidig opprettholder sykehusets todeling. Det er denne reproduksjonen av forståelsene i interaksjon med sykehusets infrastruktur for kontinuerlig forbedring som gjør bruk av styringsdata i forbedringsarbeid utfordrende, og det er i mange tilfeller forståelsen i seg selv som står i veien for bruken.

En avvisning av et signal fra infrastrukturen vil føre til reproduksjon av den eksisterende forståelsen. Denne reproduksjonen av forståelse kan sies å være en selvbekreftende prosess og er forankret i Weick (1995) sitt prinsipp om signaler, der mennesker filtrerer informasjonen fra omverdenen. En reproduksjon av forståelse skjer ved avvisning av et signal - i motsetning til en endring av forståelse, som skjer ved aksept av signaler. Med selvbekreftende menes at forståelsen bekreftes eller forsterkes fremfor å endres, som respons

på et signal. Ettersom begge forståelser befinner seg i hver sine selvbekreftende løkker blir de stående “på stedet hvil”, og opprettholder avstanden mellom seg. Det er dette som gjør at situasjonen for mange oppleves som fastlåst.

Som beskrevet i seksjon 3.4: “Signaler i sensemaking” formes en forståelse gjennom å motstå eller avslå signaler som kommer. Avvisning skjer om personen ikke anser avviket mellom forventninger og realitet som viktig nok eller stort nok. Viktigheten avhenger som tidligere beskrevet av sosial eller organisatorisk identitet, og personlige eller strategiske mål (Maitlis og Christianson, 2014). De sykehusansatte er dermed ikke passive mottakere, men aktive deltakere i sensemakingen. Dette fører til at ansatte avslår avvik som kunne ha trigget endringer. Eksempelvis en tilsiktet hendelse iverksatt av en sensegiver med intensjon om å skape endringer i forståelse. Det vil derfor være disse selvbekreftende løkkene som i dag gjør forbedringsarbeid med styringsdata utfordrende på sykehus.

Fra både seksjon 7.1 “Medisinsk versus administrativ forståelse” og 7.2 “Infrastruktur for kontinuerlig forbedring” fremkommer det klare eksempler som illustrer tilstedeværelsen av de selvbekreftende løkkene. De følgende avsnittene vil trekke frem disse eksemplene både fra den medisinske og fra den administrative forståelsen, samt hvilke konsekvenser løkkene bærer med seg for forbedringsarbeid på sykehuset.

Medisinfagets dominans ble tydelig adressert tidligere i dette kapittelet og i dette avsnittet vil vi se at denne dominansen blant annet fører til at mellomledere får en sentral posisjon i sensemaking på sykehuset. Med bakgrunn i sensemaking vet vi at en grunn til at den medisinske forståelsen er dominerende, er at ansatte som tilhører denne forståelsen aktivt og kontinuerlig distanserer seg fra den administrative. Distanseringen skjer gjennom selvbekreftende løkker og fører til at den medisinske forståelsen blir både forsterket og opprettholdt. Det har blitt beskrevet hvordan mellomledere velger å skjerme sine ansatte for styringsdata og at mellomledelsen fungerer som et slags filtreringsnivå. I lys av seksjon 3.5: “Sensemaking og ledelse” ser vi at mellomlederen med dette opererer som en sensegiver for ansatte på lavere nivå fremfor en fra den administrative forståelsen. Budskapet mellomlederen kommuniserer nedover vil dermed være “rensket” for den administrative forståelsen og ansatte på lavere nivå opplever derfor ingen signaler som kunne ha lagt opp til brudd i deres forståelse. Mellomlederens tosidige funksjon, som sensegiver og sensemaker, fører til at lederen blir en nøkkel til sensemaking i organisasjonen og det utenfor toppledelsens kontroll. Ettersom hierarkiet på sykehuset er høyt og lagene med medisinske mellomledere mange, er det naturlig at det generelt blir større sannsynlighet for at den medisinske forståelsen forblir i den selvbekreftende løkken enn at de beveger seg ut av den. Mellomlederen får med andre ord en svært sentral posisjon i sensemaking på sykehuset. At mellomledere generelt er viktige brikker i forbedringsarbeid i organisasjoner er i tråd med tidligere forskning (Holmemo & Ingvaldsen, 2016), og kan tyde på at mellomlederne vil være nøkkelpersoner i å få til endring på sykehus.

Fra intervjumaterialet kom det videre frem at den medisinske forståelsen opplever styringsdataen som mindre verdifull enn den administrative forståelsen. Denne observasjonen vil med forankring i sensemaking få ytterligere forklaring. Som vi har sett fører det at den medisinske forståelsen anser styringsdataen som lite verdifull til at den brukes lite eller at den brukes på en lite konstruktiv måte. I subseksjon 7.1.3: “Faglig stolthet og selvstendighet” ble det spesifikt trukket frem at ansatte ikke vil vedkjenne seg avdelingens gjennomsnittstall fordi de mener at de selv er bedre og at tallet derfor er “feil”. Denne uttalelsen blir litt tynn sett i lys av at et gjennomsnittstall av natur ikke vil reflektere de beste eller de dårligste seksjonene på avdelingen, men snittet av dem. Eksemplet er beskrivende for hvordan den medisinske forståelsen forholder seg til styringsdata. Det er et større fokus på om tallet er “bra eller dårlig” enn på hva det egentlig skal fortelle eller hva det kan fortelle. Ansatte later til å svært ofte kunne finne en grunn til at styringsdataen er tilnærmet verdiløs å bruke i forbedringsarbeid. Dette kan forankres i Weicks (1995) syvende prinsipp om at sensemaking er drevet av sannsynlighet fremfor nøyaktighet, som impliserer at ansatte hele tiden vil legge til grunn “det sannsynlige og troverdige” for sin forståelse. I dette tilfellet blir gjennomsnittstallet avvist både fordi ansatte ikke stoler på styringsdataen og fordi tallet ikke stemmer overens med hva de anser som riktig eller sannsynlig. Resonnementet bygger opp under påstanden om at den medisinske forståelsen befinner seg i en selvbekreftende løkke. Med andre ord har den medisinske forståelsesrammen en forhåndsinnstilling til hvilken verdi styringsdataen skal ha, og det skal mye til for å endre denne gjennom sensemakingprosesser. Naturligvis vil slike innstillinger til bruk av styringsdata gjøre forbedringsarbeid utfordrende.

Det ble i kapittel 4: “Ulike forståelser på sykehus” påpekt at den administrative forståelsen konstrueres distansert og tidvis relativt frikoblet fra sykehusets førstelinje, og i dette avsnittet vil vi se at avstanden til førstelinjen bidrar til å utvikle en nøytral holdning til den. Vi vet, i lys av sensemaking og i likhet med den medisinske forståelsen, at konstruksjon av den administrative forståelsen egentlig er reproduksjon. At dette skjer adskilt fra sykehusets førstelinje ble bekreftet i intervjumaterialet ved at den administrative forståelsen var mer fremtredende blant de som arbeidet mindre klinisk (ofte høyt opp i hierarkiet), samt i støttefunksjoner som ikke var direkte knyttet til førstelinjen. Denne avstanden er med på å skille forståelsene fra hverandre. I subseksjon 7.1.3: “Faglig stolthet og selvstendighet” ble det eksempelvis poengtert at en klinikkleder påberoper seg å kunne lede alle klinikker uavhengig fagområde. Dette fordi det medisinske fagfeltet ble ansett til å være av mindre viktighet for å kunne utøve god sykehusledelse. En slik frikobling fra det medisinske faget i lederskapet vil være med på å skape et skarpt skille mellom den administrative og den medisinske forståelsen, særlig ettersom vi vet at den medisinske forståelsen ønsker faglig ledelse. Et annet eksempel er lederen i en teknisk støttefunksjon, som ble konfrontert med at mange ansatte misliker tidspunktet beleggsprosenten blir målt på. Som svar på dette uttalte vedkommende at intensjonen er å få målt indikatoren, ikke å “*se hvordan avdelingen faktisk har det*”. I begge disse eksemplene var lederen distansert fra

sykehusets førstelinje og fremsto ganske likegyldig overfor det som foregikk lenger ned i hierarkiet. Ens forståelse konstrueres i en gitt sosial kontekst, og den administrative forståelsen bærer preg av at den ikke blir eksponert, og kanskje heller ikke lar seg eksponere, for førstelinjens daglige utfordringer. Ansatte med denne forståelsen reproducerer dermed sin forståelse på en slik måte at tegn til likegyldighet oppstår. Dette skaper utfordringer for forbedringsarbeid og samarbeid på sykehuset.

Den administrative forståelsen konstruerer i sin løkke en sterk tro på eget fag og opprettholder en tidvis naiv holdning til hvor mye som kan kvantifiseres og løses gjennom fokus på standardiseringer, metoder og styringsdata. Tidligere i analysen kom det eksempelvis frem at en leder i en teknisk støttefunksjonen uttrykker stor tilfredshet rundt sykehusets datasystemer og sier at det sjelden er systemet som *“har gjort noe galt”* om et tall er feil. Med dette siktet vedkommende til at årsaken til problemer ligger hos de ansatte ute i avdelingene og ikke i styringsdataen eller systemene. Måten intervjuobjektet forsvarer systemene på indikerer en sterk tro på eget fag og på seg selv, samt liten vilje til å se den andre siden av saken. Eksempelet illustrerer tydelig den selvbekreftende løkken til den administrative forståelsen og hvordan denne er grunnlag for utfordringer i forbedringsarbeid med styringsdata på sykehuset.

7.3.2 Endring i forståelse

Forståelser er i følge Weick (1995) per definisjon i konstant endring, og en forståelsesendring der den medisinske og den administrative forståelsen nærmer seg hverandre vil være det som må til for at styringsdata skal bli brukt i forbedringsarbeid på sykehus. Muligheten for denne endringen er illustrert med den horisontale toveispilen i figur 7.1: “Reproduksjon og endring av forståelse.

Som presentert i Weicks (1995) femte prinsipp er utviklingen av forståelser pågående og dynamisk, og de konstrueres kontinuerlig. Endring skjer når menneskene aksepterer signaler fra infrastrukturen. Bare på denne måten vil forståelsene komme seg ut av sin selvbekreftende tilstand. Ved å akseptere en eller flere hendelser som avviker fra ens eksisterende forståelse, vil personen åpne opp døren mellom den administrative og den medisinske siloen og til en viss grad godta at forståelsene interagerer. En slik erkjennelse vil være det som skal til for at styringsdata skal bli brukt i forbedringsarbeid på sykehus.

8 Diskusjon

Oppgavens analyse ligger nå til grunn, og dette kapitlet vil følgelig diskutere funnene som fremkom av denne. Først vil generaliserbarheten til funnene drøftes. Deretter presenteres de teoretiske implikasjonene av funnene sammen med forslag til videre forskning. Avslutningsvis diskuteres de praktiske implikasjonene av oppgavens resultater.

8.1 Generaliserbarhet

Oppgavens funn har blitt tilført faglig strenghet gjennom systematisk bruk av Gioia et al. (2013) sin metodologi for kvalitativ forskning. Oppgaven har med andre ord en tydelig link mellom datamateriale og funn.

Oppgavens empiriske grunnlag samsvarer med litteraturen omhandlende sykehusets to forståelser og infrastrukturen for kontinuerlig forbedring. Litteraturen har anerkjent at det eksisterer to forståelser på sykehuset som gir grobunn for utfordringer, og fagfeltet om kontinuerlig forbedring ser at det eksisterer utfordringer tilknyttet infrastrukturen rundt kontinuerlig forbedring på sykehus. Hver for seg er dermed funnene fra vårt datamateriale kjente forhold i litteraturen. Da modellen i figur 7.1 “Reproduksjon og endring i forståelser” beror på disse to funnene, er det grunnlag for å si at tyngden av oppgavens datamateriale er godt forankret i litteraturen og at oppgavens funn dermed er generaliserbare.

Da intervjuobjektene selv valgte å bidra til denne studien kan det tenkes at noen avviste forespørselen om intervjuer basert på manglende interesse for tema, men som nettopp av den grunn hadde vært av stor relevans. Dette kan ha påvirket i hvilken grad utvalget er representativt for OUS og i hvilken grad resultatene beror på et tilstrekkelig nyansert utvalg.

Overordnet trekkes det riktignok en konklusjon dithen at funnene fra oppgaven i stor grad er generaliserbare til sykehus utover OUS, samt utenfor Norge. Ved å ha adressert sykehusets mekanismer på et mer underliggende nivå blir funnene frigjort fra de rammer og forhold som karakteriserer det enkelte sykehus. Det er videre grunnlag for å tro at den medisinske og den administrative forståelsen slik de er presentert i denne oppgaven ikke er unike for Norge. Dette fordi det grunnleggende dilemmaet mellom fokus på medisinfaget versus administrasjon er det som danner grobunn for splid mellom de nevnte forståelsene,

og det er rimelig å anta at disse problemstillingene og dilemmaene eksisterer også utenfor Norge. Av dette resonnementet vil oppgavens funn også være gjeldende for sykehus utenfor Norge.

Det vil videre være interessant å vurdere hvorvidt oppgavens funn vil kunne være gjeldende ut over sykehuskonteksten. Som kunnskapsorganisasjon har sykehuset en rekke felles kjennetegn med andre kunnskapsorganisasjoner. Disse fellesnevnerne gjør at det er rimelig å anta at det eksisterer en lignende todeling mellom et faglig og et administrativt fokus også i andre kunnskapsorganisasjoner. Av den grunn vil likeså utfordringene tilknyttet bruk av styringsdata i forbedringsarbeid i andre kunnskapsorganisasjoner være relativt like som på sykehus, og oppgavens funn vil være gjeldende også for disse.

8.2 Teoretiske implikasjoner og forslag til videre forskning

Denne oppgaven er et originalt bidrag til litteraturen om kontinuerlig forbedring på sykehus ved å vise hvordan det eksisterer en felles underliggende forklaring på velkjente utfordringer tilknyttet forbedringsarbeid på sykehus.

Litteraturen som adresserer utfordringene rundt kontinuerlig forbedring på sykehus er mangelfull. Anerkjente forklaringer fra lean-spesifikk litteratur på hvorfor forbedringsarbeid på sykehus feiler, er at medisinsk personell har et ensidig fokus på verktøy fremfor prinsipper og at metodikken ikke blir godt nok tilpasset sykehuskonteksten. Overordnet sett virker det som at den allmenne oppfatningen i litteraturen er at løsningen på utfordringene ligger i å endre på en eller flere av elementene i infrastrukturen for kontinuerlig forbedring, *eller* elementene underliggende medisinsk versus administrativ forståelse. Eksempelvis forbedre prosesser rundt forbedringsarbeidet, innføre verktøy eller adressere ulike holdninger til forbedringsarbeidet. Til tross for et myriader av slike løsninger med ulike innfallsvinkler virker det riktignok som at utfordringene vedvarer.

Modellen i figur 7.1: “Reproduksjon og endring av forståelser” illustrerer at det må foregå en aksept av signaler for å få til endring, og at det er forståelsen i seg selv som står i veien for bruken av styringsdata i forbedringsarbeid. Denne oppgaven sier dermed ikke at litteraturens nåværende løsninger er gale, men at de er for enkle. Vi finner, ved å legge til teori om sensemaking, at samtlige årsaker bunner ut i to ulike forståelsesrammer. Det som eksempelvis i litteraturen beskrives som mangel på eierskap til verktøyene skyldes egentlig hvordan ulike forståelser påvirker deres innstilling til det foreslåtte arbeidet. De selvbekreftende løkkene forklarer hvorfor en endring innad i infrastrukturen for kontinuerlig forbedring ikke vil ha innvirkning på bruken av styringsdata i forbedringsarbeid dersom endringen ikke også fører til en endring i forståelsene. Grunnen er som nevnt fordi kjernen i problemet ligger i interaksjonen mellom forståelsene og infrastrukturen.

En studie som benytter teori om sensemaking på liknende måte som denne oppgaven er artikkelen til Konlechner et al. (2019). Forfatterne konkluderer med at ens forståelsesramme står i veien for endringer og er roten til mangelfulle resultater i endringsprosjekter på sykehus. Studien adresserer derimot ikke hvordan sykehusets ulike “subkulturer”, eller forståelser, dynamisk påvirker både hverandre og det foreslåtte arbeidet på ulikt vis, slik som denne oppgaven gjør. Forfatterne adresserer heller ikke hvorvidt det vil være mulig å løse den tilsynelatende fastlåste situasjonen. Vi anser dermed denne ene artikkelen som det nærmeste dagens litteratur kommer våre funn, noe som er med på å øke betydningen av denne oppgaven.

Denne oppgaven vil både utfordre og utdype dagens litteratur om kontinuerlig forbedring på sykehus. Funnene utfordrer ved å stille spørsmål ved de aksepterte årsakene til hvorfor forbedringsarbeid på sykehus er utfordrende. Funnene utdyper ved å si at det er reproduksjon eller endring av forståelser i interaksjon med sykehusets infrastruktur for kontinuerlig forbedring, som er avgjørende for bruken av styringsdata i forbedringsarbeid. Oppgaven fungerer dermed som en viktig forlengelse av eksisterende litteratur om kontinuerlig forbedring på sykehus og vil kunne trekke fagfeltet i en ny retning.

De teoretiske implikasjonene utledet ovenfor legger videre grunnlaget for flere interessante veier å gå for videre forskning. De avsluttende avsnittene i denne seksjonen vil derfor omhandle disse.

Antakeligvis vil det mest presserende spørsmålet som ikke ble besvart i analysen være hva som er avgjørende for at et signal skal aksepteres slik at det videre kan gi en endring i forståelse. Et forslag til videre forskning vil derfor være å undersøke hva som er av betydning i denne prosessen, og om det kan trekkes ut fellesnevnerer som kan si noe om hvilke signaler som aksepteres og ikke. Hvilken rolle har eksempelvis sensegiveren i dette? I hvilken grad må hendelsen avvike fra forståelsen og hva skal til for at avviket skal oppleves som “viktig”? Videre er det interessant å undersøke *hvor mye* endring som må til for at styringsdataen skal bli brukt. Hadde man kommet nærmere et svar på disse spørsmålene ville de praktiske implikasjonene vært omfattende.

Avslutnings vil det være spennende å se på hvordan selvbekreftende løkker i kunnskapsbedrifter påvirker andre utfordringer enn de tilknyttet styringsdata i kontinuerlig forbedring. I nyhetsbildet i dag (juni 2020) diskuteres eksempelvis den nye universitets- og høyskoleloven, der det er flertall i Stortinget for at arbeidsrelevans skal legges til grunn for finansiering av studieprogram (Regjeringen, 2020). Denne loven vil kunne tilsvare infrastruktur i denne oppgaven. To ulike forståelser kommer til syne ved at det er to motstridende standpunkter i saken. På den ene siden står politikere og næringslivet som støtter lovendringen. De ønsker at det skal være lønnsomt å øke kapasiteten på studieprogrammer arbeidslivet har behov for slik at fremtidige samfunnsutfordringer kan møtes på best mulig vis. På den andre siden av saken står fagmiljøet som argumenterer for

at universiteter har et samfunnsansvar for å dekke alle de ulike behovene som finnes for kompetanse, og at en slik modell vil ramme samfunnsfaglige og humanistiske utdanninger (Khrono, 2020; Universitetsavisa, 2020). De to sidene av denne saken tilsvarer i stor grad de to forståelsene som denne oppgaven beskriver, og selv om “infrastrukturen” her ikke består av styringsdata, er det god grunn for å tro at prosessene tilknyttet sensemaking vil være de samme.

8.3 Praktiske implikasjoner

Oppgaven tegner opp en løsning der de steile forståelsene må nærme seg hverandre for at styringsdata skal bli brukt i forbedringsarbeid. Det er rimelig å tenke seg at denne endringen av forståelse i praksis vil måtte gå på bekostning av den utpregede faglige stoltheten begge forståelsene innehar. Satt på spissen bør den medisinske forståelsen eksempelvis anerkjenne at styringsdataen kan være et nyttig verktøy og den administrative forståelsen må på sin side svelge at ikke alt kan eller bør måles i tall. Slike endringer vil påvirke forståelsenes adskilte posisjon på sykehuset ved at en dør mellom dem blir åpnet. Som vi har sett er det i dag riktignok dette skillet som legger til rette for at forståelsene på hver sin side kan ha fokus på sitt eget fag. Om de skarpe skillene viskes ut vil muligheten for dette ensidige fokuset kunne svekkes. Det vil derfor være rimelig å stille spørsmål ved hvilke ringvirkninger en slik svekking kan ha. Kanskje er det denne todelingen som gjør at samfunnet opplever sykehuset som en faglig sterk institusjon? Og hva ville skjedd med rekrutteringen av dyktige fagfolk og kvaliteten i helsetjenestene om dominansen av den medisinske forståelsen ble “vannet ut”?

Når dette er sagt kan vi videre oppsummere med at analysen av interaksjonen mellom forståelsene og infrastrukturen gir oss tre innsikter. For det første fastslår vi gjennom oppgaven at om man ønsker å oppnå resultater med bruk av styringsdata i forbedringsarbeid på sykehus må det taes stilling til at:

Det å adressere forståelsene eller infrastrukturen hver for seg er ikke tilstrekkelig.

Denne første innsikten legger til rette for endrede prioriteringer, samt mer nyanserte og målrettede tiltak i organisasjonen. Vi har vist at kjernen i problemet ligger i interaksjonen mellom infrastrukturen og forståelsene, og at eksempelvis en endring innad i infrastrukturen i figur 5.1: “Datastruktur” derfor ikke vil ha innvirkning på bruken av styringsdata i forbedringsarbeid dersom forandringen ikke også fører til en endring i forståelsene.

For det andre er det gjort to essensielle observasjoner, som leder opp til den andre innsikten. På den ene siden blir det tydelig at de ansatte på sykehuset er svært klar over at de tilhører en gitt forståelse, samt at det eksisterer to av dem på sykehuset slik som beskrevet i denne oppgaven. På den andre siden har de ansatte riktignok ikke et bevisst forhold til hva deres forståelse har å si for utfordringene de selv opplever i forbedringsarbeid

med styringsdata. Med dette menes at konsekvensene av avvisningene de gjør i sensemaking-prosessen, reproduksjonen av forståelsen, kan oppsummeres i følgende setning:

De ansattes aktive reproduksjon av forståelser i interaksjon med infrastrukturen for kontinuerlig forbedring er årsaken til hvorfor forbedringsarbeid på sykehus er utfordrende.

En erkjennelse av dette vil kunne ha store praktiske innvirkninger på bruken av styringsdata i forbedringsarbeid på sykehus. Som nevnt i forrige kapittel vil eksempelvis sykehusets mellomledere kunne ha en sentral posisjon i en slik bevisstgjøringsprosess. Nettopp fordi de opererer i balansen mellom sensemaking og sensegiving, og er avgjørende brikker å få med om bevisstgjøringen skal kunne finne sted på et sykehus. Med dette menes i praksis at mellomledernivået enten vil fungere som en barriere eller døråpner for videre erkjennelse. Dette er en verdifull innsikt.

For det tredje bryter funnene med en oppfatning om at utfordringene adressert er uløselige og situasjonen fastlåst. Den tredje og siste innsikten er derfor at:

Det vil være mulig å bryte ut av de selvbekreftende løkkene og å oppnå synergier på tvers av forståelsene.

Dette fordi forståelsene er dynamiske størrelser og med det kontinuerlig konstrueres. Hvis signaler aksepteres fremfor å avvises kan forståelse bryte ut av de selvbekreftende løkkene som de i dag befinner seg i. En slik endring vil kunne gjøre at man åpner opp døren mellom den administrative og den medisinske siloen, og at de involverte til en viss grad godtar at forståelsene interagerer. Det er denne endringen som vil være avgjørende for bruken av styringsdata i forbedringsarbeid.

Disse tre innsiktene bygger på teori om sensemaking og legger opp til at man på sykehus må være bevisste spillere i sensegiving og bli kjent med mekanismene som legger opp til sensemaking for å få til endring. Om disse innsiktene forplanter seg på sykehuset, vil det være helt revolusjonerende.

9 Konklusjon

I oppgaven er følgende forskningsspørsmål besvart:

Hva skal til for at styringsdata brukes i forbedringsarbeid på sykehus?

Det konkluderes med at utfordringene tilknyttet bruken av styringsdata i forbedringsarbeid på sykehus ligger i interaksjonen mellom infrastrukturen for kontinuerlig forbedring og sykehusets to distanserte forståelser. Det er i mange tilfeller den medisinske og den administrative forståelsen i seg selv som står i veien for bruken. Dette fordi begge forståelsene befinner seg i selvbekreftende løkker der de reproducerer sin egen forståelse og gjensidig opprettholder sykehusets todeling. Denne dynamiske reproduksjonen skjer når endringer i infrastrukturen avvises. For at styringsdata skal benyttes i forbedringsarbeid på sykehus må forandringer i infrastrukturen aksepteres, slik at forståelsene endrer seg og beveger seg mot hverandre. Forandringer i infrastrukturen vil derfor ikke ha betydning dersom forandringen ikke også fører til en endring i forståelsene.

Opgaven tar en original tilnærming til velkjente problemer, og vil bidra på fagfeltet om kontinuerlig forbedring på sykehus ved å forklare de underliggende årsakene til hvorfor forbedringsarbeid på sykehus ikke lykkes. Ved å se på utfordringene i lys av sensemaking-teori tilbyr oppgaven innsikter som kan dra fagfeltet i en ny retning. Store praktiske implikasjoner vil og kunne følge dersom disse innsiktene forplanter seg på sykehus.

Referanser

- Akershus universitetssykehus. (2019). *Styringsdata samhandling*. Hentet fra <https://www.ahus.no/fag-og-forskning/samhandling/styringsdata-samhandling#rapporter>
- Al-Balushi, S., Sohal, A.S., Singh, P.J., Hajri, A.A., Farsi, Y.M. & Abri, R.A. (2014). *Readiness factors for lean implementation in healthcare settings - a literature review* (vol. 28) (nr. 2). Emerald Group Publishing Ltd. doi: 10.1108/JHOM-04-2013-0083
- Andersen, H., Røvik, K.A. & Ingebrigtsen, T. (2014, 1). Lean thinking in hospitals: Is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. *BMJ Open*, 4(1), e003873. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003873
- Bååthe, F. & Norbäck, L.E. (2013). Engaging physicians in organisational improvement work. *Journal of Health Organization and Management*;, 27(4). doi: 10.1108/JHOM-02-2012-0043
- Balogun, J. & Johnson, G. (2004). Organizational restructuring and middle manager sensemaking. *Academy of Management Journal*, 47(4), 523–549. doi: 10.2307/20159600
- Bateman, N., Radnor, Z. & Glennon, R. (2018, 1). *Editorial: The landscape of Lean across public services* (vol. 38) (nr. 1). Routledge. doi: 10.1080/09540962.2018.1389482
- Battista Dagnino, G. & Cristina Cinici, M. (2016). *Research methods for Strategic Management*. New York: Routledge.
- Borum, F. (2004). *Sygehusledelse under forandring. Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Breunig, K.J., Skjølsvik, T. & Strønen, F. (2018). Hvordan ledes fageksperter? *Magma*(2), 44–53. Hentet fra <https://www.magma.no/hvordan-ledes-fageksperter>
- Bryman, A. (2015). *Social Research Methods* (Fifth utg.).
- Byrkjeflot, H. (1997). *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Cassam, Q. (2017). Diagnostic error, overconfidence and self-knowledge. *Palgrave Communications*, 3. Hentet fra www.palgrave-journals.com/palcomms doi: 10.1057/palcomms.2017.25
- Dagens Medisin. (2019). *Her er helsetallene i budsjettet*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/10/07/her-er-helsetallene-i-budsjettet/>
- Dahl, T. & Mo, T. (2000). *Gårdagens fagforståelser - dagens problem? - Profesjoner, fag og ledelse i sykehus*. Trondheim: SINTEF Teknologiledelse.
- Eisenhardt, K.M. (1989, 10). Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, 14(4), 532. doi: 10.2307/258557
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Forbedringsarbeid i helsetjenesten*. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/>
- Fryer, K.J., Antony, J. & Douglas, A. (2007). Critical success factors of continuous improvement in the public sector: A literature review and some key findings. *TQM Magazine*, 19(5), 497–517. doi: 10.1108/09544780710817900
- Gioia, D.A. & Chittipeddi, K. (1991). Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. *Strategic Management Journal*, 12(6), 433–448. doi: 10.1002/

smj.4250120604

- Gioia, D.A., Corley, K.G. & Hamilton, A.L. (2013, 1). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31. doi: 10.1177/1094428112452151
- Gioia, D.A., Thomas, J.B., Clark, S.M. & Chittipeddi, K. (1994, 8). Symbolism and Strategic Change in Academia: The Dynamics of Sensemaking and Influence. *Organization Science*, 5(3), 363–383. doi: 10.1287/orsc.5.3.363
- Gjerberg, E. & Sørensen, B.A. (2006). Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2006/04/aktuelt/enhetlig-ledelse-fortsatt-en-varm-potet>
- Grund, J. (2000). Sykehus - hvordan bør de styres? *Magma*(5).
- Grund, J. (2006). Kunnskapsorganisasjoner - hva er ledelses- og styringsutfordringene? *Magma*(2). Hentet fra <https://www.magma.no/kunnskapsorganisasjoner-hva-er-ledelses-og-styringsutfordringene>
- Gutierrez-Gutierrez, L. & Antony, J. (2020, 1). *Continuous improvement initiatives for dynamic capabilities development: A systematic literature review* (vol. 11) (nr. 1). Emerald Group Publishing Ltd. doi: 10.1108/IJLSS-07-2018-0071
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Ny nasjonal helse- og sykehusplan: Slik skal vi møte utfordringene i helsetjenesten*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/slik-skal-vi-mote-utfordringene-i-helsetjenesten/id2679002>
- Helsedirektoratet. (2018). *Sykehusopphold - epikrisetid*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/sykehusopphold/utsendelse-av-epikrise-i-somatisk-helsetjeneste>
- Helsedirektoratet. (2019). *Om kvalitet og kvalitetsindikatorer*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>
- Holmemo, M.D. & Ingvaldsen, J.A. (2016, 11). Bypassing the dinosaurs? – How middle managers become the missing link in lean implementation. *Total Quality Management and Business Excellence*, 27(11-12), 1332–1345. doi: 10.1080/14783363.2015.1075876
- Imai, M. (1986). *Kaizen: The Key to Japan's Competitive Success*. New York: McGraw Hill.
- Johannessen, J. & Olaisen, J. (2004). *Strategisk Helseledelse*. Otta: Universitetsforlaget.
- Johansen, M.S. (2009). *Mellom profesjon og reform - Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen* (Akademisk avhandling, Handelshøyskolen BI). Hentet fra www.bi.no
- Johansen, M.S. & Gjerberg, E. (2009). Unitary management, multiple practices? *Journal of Health, Organisation and Management*, 23(4), 396–410. doi: 10.1108/14777260910979290
- Jorgensen, M. & Berntsen, A.G. (2009). *Ledelse i sykehus - en studie av utviklingen fra fagledelse til profesjonell ledelse* (Upublisert akademisk avhandling). Universitetet i Oslo.
- Khorasani, S.T., Cross, J. & Maghazei, O. (2020, 1). *Lean supply chain management in healthcare: a systematic review and meta-study* (vol. 11) (nr. 1). Emerald Group Publishing Ltd. doi: 10.1108/IJLSS-07-2018-0069
- Khrono. (2020). *Uvanlig allianse krever nytt finansieringssystem*. Hentet fra <https://khrono.no/uvanlig-allianse-krever-nytt-finansieringssystem/490349>
- Konlechner, S., Latzke, M., Güttel, W.H. & Höfferer, E. (2019, 4). Prospective sensemaking, frames and planned change interventions: A comparison of change trajectories in two hospital units. *Human Relations*, 72(4), 706–732. doi: 10.1177/0018726718773157
- Lam, M. & Robertson, D. (2012, 1). Organizational Culture, Tenure, and Willingness to Participate in Continuous Improvement Projects in Healthcare. *Quality Management*

- Journal*, 19(3), 7–15. doi: 10.1080/10686967.2012.11918070
- Legeforeningen. (2014). *Sykehus for fremtiden - Innspill til nasjonal sykehusplan* (Teknisk rapport).
- Liker, J.K. & Morgan, J.M. (2006). *The toyota way in services: The case of lean product development* (vol. 20) (nr. 2). Academy of Management. doi: 10.5465/AMP.2006.20591002
- Ljungström, M. & Klefsjö, B. (2002). Implementation obstacles for a workdevelopment-oriented TQM strategy. *Total Quality Management.*, 13, 621–634. doi: 10.1080/0954412022000002036
- Maarse, N. & Janssen, M. (2012). The need to adjust lean to the public sector. I *Lecture notes in computer science (including subseries lecture notes in artificial intelligence and lecture notes in bioinformatics)* (vol. 7443 LNCS, s. 54–65). Springer, Berlin, Heidelberg. doi: 10.1007/978-3-642-33489-4{_}5
- Maitlis, S. (2005). The social processes of organizational sensemaking. *Academy of Management Journal*, 48(1), 21–49. doi: 10.5465/AMJ.2005.15993111
- Maitlis, S. & Christianson, M. (2014). *Sensemaking in Organizations: Taking Stock and Moving Forward* (vol. 8) (nr. 1). Routledge. doi: 10.1080/19416520.2014.873177
- Maitlis, S. & Lawrence, T.B. (2007, 2). Triggers and enablers of sensegiving in organizations. *Academy of Management Journal*, 50(1), 57–84. doi: 10.5465/AMJ.2007.24160971
- Mathisen, G. (2020). *Styringskrasj på sykehusene*. Hentet fra <https://forskning.no/helsetjenester-ledelse-og-organisasjon/styringskrasj-pa-sykehusene/520618>
- Mo, T.O. (2006). Ledelse til begjær eller besvær – om reformer, fag og ledelse i sykehus. 280.
- Myrvang, M., Ruud, H. & Pedersen, K. (2020). *Er pasienten glemt? - Omstillinger og nedlegging av senger på Lillehammer sykehus*. Hentet fra <https://www.gd.no/debatter-pasienten-glemt-omstillinger-og-nedlegging-av-senger-pa-lillehammer-sykehus/o/5-18-1064266>
- Nadathur, S.G. (2010). Maximising the value of hospital administrative datasets. *Australian Health Review.*, 34(2), 216–23.
- Nordstrand, B.E. & Engen, J. (2020). *Styringsinformasjon-hvordan få mest mulig ut av de digitale verktøyene?* (Teknisk rapport). Difi. Hentet fra https://www.difi.no/sites/difino/files/3.2.4_bestillingslosninger_styring_0.8_jostein_birgit.pdf
- NOU 1997:2. (1997). *Pasienten først! — Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/>
- NOU 1997:7. (1997). *Piller, prioritering og politikk— Hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn?* Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-7/id140767/?ch=5>
- Olsson, O. & Aronsson, H. (2015, 3). Managing a variable acute patient flow - Categorising the strategies. *Supply Chain Management*, 20(2), 113–127. doi: 10.1108/SCM-06-2014-0203
- Oslo universitetssykehus. (2016a). *Kontinuerlig forbedring og lean*. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/kontinuerlig-forbedring-og-lean>
- Oslo universitetssykehus. (2016b). *OUS nettverk for kontinuerlig forbedring*. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/ous-nettverk-for-kontinuerlig-forbedring>
- Oslo universitetssykehus. (2020). *Om oss*. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss>

- Oslo universitetssykehus HF. (2018). *I dag, i morgen og i framtiden - Utviklingsplan 2035* (Teknisk rapport).
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2020). *For deg som skal i gang med et forbedringsarbeid*. Hentet fra <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/forbedringskunnskap/forbedringsarbeid/for-deg-som-skal-i-gang-med-et-forbedringsarbeid>
- Paur, M. (2020). *Having Data at Hand Helps Hospital Improve Decision making and Outcomes* / McKesson. Hentet fra <https://www.mckesson.com/Blog/Having-Data-at-Hand-Helps-Hospital-Improve-Decision-making-and-Outcomes/>
- Pavis, S. & Morris, A.D. (2015, 9). *Unleashing the power of administrative health data: The Scottish model* (vol. 25) (nr. 4). Sax Institute. doi: 10.17061/phrp2541541
- Pratt, M.G. (2000, 9). The Good, the Bad, and the Ambivalent: Managing Identification among Amway Distributors. *Administrative Science Quarterly*, 45(3), 456. Hentet fra <https://www.jstor.org/stable/2667106?origin=crossref> doi: 10.2307/2667106
- Radnor, Z.J., Holweg, M. & Waring, J. (2012, 2). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social Science and Medicine*, 74(3), 364–371. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.011
- Regjeringen. (2019). *Oversikt over landets helseforetak*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/oversikt-over-landets-helseforetak/id485362/>
- Regjeringen. (2020). *Om arbeidsrelevansmeldingen*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/om-arbeidsrelevansmeldingen/id2638895/>
- Riksrevisjonen. (2016). *Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser* (Teknisk rapport). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Riksrevisjonen. (2017). *Undersøkelse av effektivitet i sykehus*. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2017-2018/undersokelse-av-effektivitet-i-sykehus/>
- Ronning, R. (2013). *Livet som leder. Lederundersøkelsen 3.0*. (W. Brichs-Haukedal & L. Glasø, red.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rouleau, L. (2005, 11). *Micro-practices of strategic sensemaking and sensegiving: How middle managers interpret and sell change every day* (vol. 42) (nr. 7). doi: 10.1111/j.1467-6486.2005.00549.x
- Sonenshein, S. (2010, 6). We're changing-or are we? Untangling the role of progressive, regressive, and stability narratives during strategic change implementation. *Academy of Management Journal*, 53(3), 477–512. doi: 10.5465/amj.2010.51467638
- Stelson, P., Hille, J., Eseonu, C. & Doolen, T. (2017). What drives continuous improvement project success in healthcare? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(1), 43–57. doi: 10.1108/IJHCQA-03-2016-0035
- Teede, H.J., Johnson, A., Buttery, J., Jones, C.A., Boyle, D.I., Jennings, G.L. & Shaw, T. (2019, 12). Australian Health Research Alliance: national priorities in data-driven health care improvement. *Medical Journal of Australia*, 211(11), 494. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/mja2.50409> doi: 10.5694/mja2.50409
- Teian, K. (1992). *Guiding Continuous Improvement Through Employee Suggestions*. Portland: Productivity Press.
- Teknisk Ukeblad. (2019, 2). Leger og sykepleiere bruker mange datasystemer. Likevel drukner helsevesenet i papir.
- Tucker, A.L. & Edmondson, A.C. (2003). Why Hospitals Don't Learn from Failures: Organizational and Psychological Dynamics that Inhibit System Change. *California Management Review*, 45(2). doi: 10.2307/41166165
- Universitetsavisa. (2020). *Universitetene er ikke et middel for politikere*. Hentet fra <https://www.universitetsavisa.no/ytring/2020/06/02/Universitetene-er>

-ikke-et-middel-for-politikere-21965741.ece

- Vaughn, V.M., Saint, S., Krein, S.L., Forman, J.H., Meddings, J., Ameling, J., ... Chopra, V. (2019, 1). *Characteristics of healthcare organisations struggling to improve quality: Results from a systematic review of qualitative studies* (vol. 28) (nr. 1). BMJ Publishing Group. doi: 10.1136/bmjqs-2017-007573
- Vie, O.E. (2012). Ledelse på norsk. *Magma*(4), 60–67. Hentet fra <https://www.magma.no/ledelse-pa-norsk>
- Vivento AS & Agenda Kaupang AS. (2015). *Kartlegging og vurdering av stordata i offentlig sektor* (Teknisk rapport).
- Weick, K.E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Weick, K.E. (2001). *Making sense of the organization*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Weick, K.E., Sutcliffe, K.M. & Obstfeld, D. (2005, 7). Organizing and the process of sensemaking. *Organization Science*, 16(4), 409–421. doi: 10.1287/orsc.1050.0133
- Welch, S.J. & Allen, T.L. (2006, 4). Data-driven quality improvement in the Emergency Department at a level one trauma and tertiary care hospital. *Journal of Emergency Medicine*, 30(3), 269–276. doi: 10.1016/j.jemermed.2005.07.007
- Womack, J.P. & Jones, D.T. (2003). *Lean Thinking*. New York: Free Press.

A Intervjuguide

Formaliteter

- Velkommen til intervju. Takk for at du har tatt deg tid.
- Presentasjon av oss. Kort om bakteppet for oppgaven.
- Forklare at intervjuet er en del av masteroppgave på NTNU, kun oss og vår veileder som vil kunne lese gjennom.
 - Etter intervjuet slettes alt materialet.
 - Alle intervjuobjekter vil bli anonymisert.
 - Dersom du i ettertid ønsker å trekke deg er det i orden. Da må du ta kontakt med en av oss.
 - Spørre om lov til å ta opp intervjuet på lyd.

1 Introduksjon

1. Hva er din nåværende rolle her på klinikken/avdeling/seksjon? (dine ansvarsområder)

2 Intro til forbedringsarbeid på klinikk/avdeling/seksjon

2. Hvordan arbeider din klinikk/avdeling/seksjon med å bli bedre i hverdagen?
- Hvordan avdekkes et behov for forbedring/hvordan “startes” forbedringsarbeid? (Hva er årsakene?)
 - Hva er motivasjonen bak? (Annet enn det nevnt over)
 - Reguleringer/regler/føringer?
 - Har dere noen mål?
 - Er arbeidet kontinuerlig eller prosjektbasert?
3. Kan du gi et eksempel på et forbedringsarbeid som har gått bra? Har du noen tanker om hvorfor det gikk bra?
- Kan du gi et eksempel på et forbedringsarbeid som ikke har gått så bra? Har du noen tanker om hvorfor det ble sånn?
4. Generelt i forbedringsarbeid - har dere mulighet til å måle hvorvidt dere vil bli bedre?

3 Data og verdi i dataen

Informere om at intervjuet videre nå vil omhandle bla bruk av styringsdata. Avklare hva vi mener med styringsdata. Eksempelvis fra LIS. Kjenner intervjuobjektet til dette?

Måltall slik som:

- Operasjonsstrykninger
 - Utsendelsestid for epikriser
 - Liggedøgn
5. Hvordan bruker du LIS eller Achilles? Eventuelt andre lignende datasystemer med styringsdata?
- Og dine ansatte?
 - Hvorfor bruker du/dere?
 - Når bruker?

Hvis intervjuobjektet ikke allerede har pratet om forbedringsarbeid, forklare at vi er interessert i hvordan styringsdata kan brukes til å bli bedre.

6. Har du noen tanker om det?
7. Hvilken verdi opplever du at ligger i styringsdataen dere har tilgjengelig?
 - Tror du at styringsdataen kan brukes til mer enn det dere bruker den til i dag?
8. Tror du at dine ansatte ser noen verdi i denne dataen?
 - Hvis nei - er det noen annen data som kunne vært verdifull for forbedringsarbeid i din klinikk/avdeling/seksjon?
 - Hvis nei - Hvem tror du den kan være verdifull for?
9. Synes du at denne dataen gjenspeiler virkeligheten på din klinikk/avdeling/seksjon?
 - Og hvorfor?

4 Roller, initiativ

10. Når det foregår forbedringsarbeid (med bruk av data) - hvilken rolle har du i dette?
 - Hvilken rolle har dine ansatte?
 - Hva med (ansatte som ikke nevnes)?
 - Hvem tar initiativ til å iverksette forbedringer/forbedringsarbeid?
 - Utover dette, hvilke forventninger har du til dine ansatte vedrørende forbedringsarbeid?
11. Hvis du eller noen av dine ansatte avdekker et problem eller forbedringspotensiale, hva skjer da?
 - Hvordan følges dette forbedringsarbeidet opp slik at det gir verdi for dere?

5 Generelt mot slutten (hvis tid)

12. Hvordan opplever du at dine ansatte reagerer på endring?
 - Ikke store (Ullevål-nedleggelse), men mindre endringer
13. Vet du om andre klinikker/avdelinger/seksjoner jobber med å bli bedre på samme måte som dere, eller på en annen måte?
 - Hvorfor eksisterer eventuelle forskjeller?

6 Avslutning

14. Helt til sist - er det noe vi ikke har pratet om i dag?

Takke for intervjuet, og vise til samtykkeerklæring med vår info.

