

Kristine Pedersen Rystad  
Emil Eyser Grip

## Prosjektleders evne til å lykkes med forbedringsprosjekt i sykehus

Et casestudie av forbedringsprosjekt hos Oslo Universitetssykehus

Masteroppgave i Industriell økonomi og teknologiledelse

Veileder: Marte Daae-Qvale Holmemo

Juni 2020



Kristine Pedersen Rystad  
Emil Eyser Grip

## **Prosjektleders evne til å lykkes med forbedringsprosjekt i sykehus**

Et casestudie av forbedringsprosjekt hos Oslo  
Universitetssykehus

Masteroppgave i Industriell økonomi og teknologiledelse  
Veileder: Marte Daae-Qvale Holmemo  
Juni 2020

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



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden





# Sammendrag

Denne oppgaven forsøker å forstå hva som påvirker prosjektleders evne til å gjennomføre vellykkede forbedringsprosjekter i sykehus. Sykehuset er en kompleks organisasjon hvor det meste av endringsarbeidet skjer i form av prosjekter, og med utfordringer om å få omsatt prosjektene til varige endringer i organisasjonen. Dette kobles til kompetansen prosjektlederen tar med seg inn i prosjektet, samt hvilken formell eller uformell makt prosjektlederen har for å effektivt kunne gjennomføre sitt forbedringsprosjekt.

Dette er blitt analysert gjennom et kvalitativt casestudie med en vertikal analyse av strategi, prosjekt og prosjektleder. Sammen vil dette kunne gi økt innsikt og forståelse til forskningsspørsmålet. Forskningsspørsmålet er forsøkt besvart gjennom analyse av seks forbedringsprosjekt hos Oslo Universitetssykehus HF, hvor datagrunnlaget består av 23 semi-strukturerte intervjuer, støttet av en dokumentanalyse av mandater og rapporter fra forbedringsprosjektene.

Analysen av datamaterialet har vist at ulike fagbakgrunner bringer med seg forskjellige fordeler og ulemper i gjennomføringen av forbedringsprosjekt. Både profesjons- og stillingshierarkiet påvirker prosjektleders evne til å overkomme endringsmotstand, og manglende prosjektkompetanse resulterer i begrenset målstyring og planlegging.

Opgaven kan bidra til økt innsikt i hvilke hindringer ulike prosjektledere møter på i prosjektprosessen i sykehus, og hvilke faktorer som svekker eller styrker disse hindringene. Avslutningsvis presenteres forslag til videre forskning om hvordan ledelsen og prosjektlederen ytterligere kan bidra til vellykkede forbedringsprosjekt i helsesektoren.

# Abstract

This master thesis seeks to understand what influences the project manager's ability to complete successful improvement projects in hospitals. The hospital is a complex organization where most of the change work takes place in the form of improvement projects, and which struggles to translate these projects into lasting changes in the organization. This is linked to the competency the project manager brings into the project, as well as the different types of formal and informal power the project manager possess in order to efficiently be able to carry out the improvement project.

To answer these questions a qualitative case study with a vertical analysis of strategy, project and project manager have been conducted. The vertical analysis has been done to provide greater insight to the context of which the project manager works. The case is Oslo University Hospital, where six different improvement projects have been analysed through 23 semi-structured interviews, backed by a document analysis of the mandates and reports from the improvement projects.

This analysis has shown that different professional backgrounds bring forth different advantages and disadvantages in the execution of improvement projects. It is shown that both the professional and managerial hierarchy influence the project manager's ability to overcome resistance to change, and that the lack of project competency result in a limited planning and goal orientation in the improvement project.

This master thesis contributes to further insight in the challenges the project manager may meet in the project process within the hospital setting and shows which factors that contribute or hinders to overcome these challenges. The thesis further show potential areas for further research on how the management and project leader further can contribute to successful improvement projects in the health sector.

# Forord

Denne oppgaven er skrevet ved Norges teknisk- og naturvitenskapelige universitet (NTNU) våren 2020. Arbeidet er utført som masteroppgave i emnet *TIØ4950 - Strategisk endringsledelse, masteroppgave* ved Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse. Denne oppgaven bygger videre på prosjektoppgaven skrevet i emnet *TIØ4542 - Strategisk endringsledelse, fordypningsprosjekt* høsten 2019.

Oppgaven er skrevet i samarbeid med Oslo universitetssykehus. Vi ønsker å takke Oslo universitetssykehus for et innblikk i deres organisering av forbedringsprosjekt sommeren 2019, samt rette en takk til alle ved OUS som ønsket å stille til intervju. En ekstra takk må også rettes til Matthias Baaske og Astrid Laukeland som har vært våre nærmeste kontaktpersoner ved OUS, som har gitt oss god hjelp og veiledning. Vi ønsker også å takke vår veileder ved NTNU, førsteamanuensis Marte Daae-Qvale Holmemo, for nyttige innspill og konstruktive tilbakemeldinger underveis i prosessen. Tilslutt ønsker vi å takke familie, venner og ikke minst våre respektive kjærester for støtte og hjelp, ikke bare dette siste halvår, men gjennom flere år ved NTNU.

Kristine Pedersen Rystad og Emil Eyser Grip

Trondheim, 28. juni 2020

# Innhold

<b>Sammendrag</b>	<b>i</b>
<b>Abstract</b>	<b>ii</b>
<b>Forord</b>	<b>iii</b>
<b>Figurer</b>	<b>vi</b>
<b>Tabeller</b>	<b>vi</b>
<b>Introduksjon</b>	<b>1</b>
Bakgrunn for oppgaven . . . . .	1
Forskningsspørsmål . . . . .	2
Struktur for oppgaven . . . . .	4
<b>Teori</b>	<b>5</b>
Sykehussektoren og Oslo Universitetssykehus . . . . .	5
Organisasjonsutvikling . . . . .	8
Endringsrespons . . . . .	14
Forbedringsprosjekt . . . . .	16
Makt i organisasjoner . . . . .	29
Kompetanse . . . . .	34
Motivasjon for ledelse . . . . .	37
<b>Metode</b>	<b>39</b>
Forskningsmetode og forskningsdesign . . . . .	39
Metode for innsamling av data . . . . .	40
Metode for analyse av data . . . . .	43
Oppgavens metodiske kvalitet . . . . .	44
Oppgavens troverdighet . . . . .	45
<b>Funn og Analyse</b>	<b>47</b>
Oppsummering av funn . . . . .	47
Oversikt over forbedringsprosjektene . . . . .	48
Prosjektprosessen . . . . .	50

Prosjektledelse . . . . .	64
<b>Diskusjon</b>	<b>73</b>
Prosjektstrategi . . . . .	73
Prosjektprosess . . . . .	74
Prosjektledelse . . . . .	78
Styrker, begrensninger og generalisering . . . . .	80
Praktiske implikasjoner . . . . .	81
<b>Konklusjon</b>	<b>83</b>
Forslag til videre forskning . . . . .	84
<b>Referanser</b>	<b>85</b>
<b>Vedlegg</b>	<b>97</b>
A - Godkjenning NSD . . . . .	98
B - Ledermøte om samarbeid med Oslo Universitetssykehus og NTNU . . . . .	100
C - Samtykkeerklæring . . . . .	102
D - Intervjuguide . . . . .	106

## Figurer

1	Prosjektsuksess (Baccarini 1999, s. 28) . . . . .	20
---	---	----

## Tabeller

1	Oversikt over innsamlet data . . . . .	41
2	Oppsummering av prosjektene, prosjektsuksess, samt leder og støtte sin fagbakgrunn og prosjektkompetanse . . . . .	47

# Introduksjon

## Bakgrunn for oppgaven

Gjennom sommerjobb hos Oslo universitetssykehus (OUS) sommeren 2019 fikk vi et innblikk i den daglige driften av sykehuset og hvordan de gjennomfører og organiserer sitt forbedringsarbeid. I likhet med mange andre store og komplekse organisasjoner skjer endrings- og forbedringsarbeidet til OUS gjennom prosjekter og programmer. Selv om mange av forbedringsprosjektene ble regnet som vellykkede, hevdet ledelsen at det fortsatt var flere prosjekter hvor tiltakene ikke ble omsatt til varige endringer i organisasjonen. Årsaken bak de enkelte forbedringsprosjektenes grad av suksess var uvisst. Vårt fokus på sykehuset under sommerjobben var å se nærmere på organiseringen og gjennomføringen av forbedringsprosjekter, for å prøve og finne ut hva som lå bak de ulike resultatene.

Forbedringsprosjekter gjennomføres gjerne for å redusere kostnader, øke kvalitet, og/eller effektivitet (Creasy 2017). Dette var også tilfellet ved OUS hvor flere av prosjektene ble startet som innsparingsinitiativer for å frigjøre midler til å dekke fremtidige investeringer i blant annet MTU (medisinsk-teknisk utstyr), IKT (informasjonsteknologi) og bygg. I tillegg til at det ble gjennomført andre prosjekter som gikk ut på å bedre pasientsikkerhet eller innføre nye medisinske metoder. Forbedringsprosjektene kommer i tillegg til den daglige driften av sykehuset som i seg selv fyller opp arbeidsdagen. Tid blir da en meget verdifull ressurs, og forbedringsprosjektene blir ofte sett på som ekstraarbeid som tar opp viktig tid fra andre aktiviteter og oppgaver. Erfaringen til flere ansatte ved OUS var at mange prosjekter ikke oppnådde ønskede effekter og resultater, og ble dermed sett på som bortkastet tid. Så der hvor ressurser og tid ikke strekker til, har sykehus vært nødt til å velge mellom et forbedringsprosjekt, hvor fordelene er usikre, eller personell, fasiliteter og utstyr som er nødvendig for å møte den økende etterspørselen, med de begrensede ressurser sykehusene har (Øvretveit 1997; Tucker og Edmondson 2003).

New Public Management (NPM) og økt byråkratisering har gjort ressursstyring mer sentralt i driften av sykehus, og medført at ledere har fått mer formell makt og medisinsk personell har fått strengere rammer og gradvis mindre autonomi (Hunter 1996; Mitchell 1998; Mechanic 1999). Resultatet er en mistanke om at forbedringsprosjekter hovedsakelig blir brukt til å kontrollere leger fremfor å forbedre kvalitet, og at det er ledelsesdrevne

initiativer med mål om å redusere legers selvstendighet (Øvretveit 1997). På OUS ble skepsisen mot prosjektene også forsterket av at klinikkene ofte ble pålagt et krav om å ta et visst antall prosjekter fra det sentrale forbedringsprogrammet, kombinert med erfaringene om at mange prosjekter ikke oppnådde de ønskede effektene. Dette kom frem i samtaletemaene i lunsjpausen, hvor det ble antydnet at hverken legene eller sykepleierne var tilhengere av alle endringene som hadde blitt gjennomført og foreslått på sykehuset den siste tiden.

## Forskningsspørsmål

Gjennom tidligere litteratur, og observasjoner gjort ved OUS er det sett flere faktorer som kan ha innvirkning på gjennomføringen av prosjekter. Tidligere er det forsket mye på hvilke faktorer som bidrar til vellykkede prosjekt, og eksempler på slike suksessfaktorer finnes det mange av (Rockart 1979; Pinto og Slevin 1989; Belassi og Tukel 1996; Fortune og White 2006; Müller og Turner 2007). Forskningen på prosjekt regnes å ha god ytre validitet, men helsesektoren skiller seg ut med sin sammensetning av virksomhet, yrker og spesialiseringer. Sektoren er preget av en tungt utdannet bunnlinje, hvor det medisinske arbeidet utføres med høy grad av autonomi og tilhørende ansvar (Mintzberg 1983; Adler mfl. 2003; Lunenburg 2012). Ressursstyring og økt byråkratisering har likevel fått en større rolle i sykehusene de siste årene, og bevegelser som NPM har tredd frem (Hunter 1996; Mechanic 1999; Diefenbach 2009). Dette har ført til at maktdynamikker mellom yrker og roller i sykehus har vært utsatt for store endringer de siste 40 - 50 årene, hvor leger historisk har rådet over en betydelig makt og autonomi. Legenes høye status og grad av autonomi er foreslått å skyldes den høye kompleksiteten og usikkerheten i det kliniske arbeidet (Ham 1992; Mitchell 1998; Adler mfl. 2003).

Denne endringen i maktfordelingen hos sykehus, og kravene om å senke kostnader og øke effektivitet, har også økt behovet for kompetanse om styring og ledelse. Dette da ledere, eller “managers”, har fått en tydeligere rolle og mer makt i organisasjonen (Hunter 1996; Mitchell 1998; Mechanic 1999). Denne maktendringen har hatt en blandet mottakelse, hvor studier blant annet viser at leger ønsker å bli ledet av leger (Goodall 2011), samt at leger mener at en leder med klinisk erfaring er bedre egnet til å balansere kost og kvalitet hos sykehuset (Hernandez, Aderton og Eidem 2011; Baum og Swig 2017).



Hernandez, Aderton og Eidem (2011) viste at kunnskap om prosjekt blir sett på som de nødvendige grunnleggende verktøyene, mens erfaringen om den organisasjonen man opererer i gir den sosiale og relasjonsmessige tyngden for å møte prosjektets uventede utfordringer. Det eksisterer ikke noe formelt pensum i den medisinske utdanningen som lærer om organisasjons- og atferdsledelse, og leger som går inn i en administrativ rolle gjør dette med lite erfaring eller formell trening (Chaudry mfl. 2008). Hernandez, Aderton og Eidem (2011) viste også at prosjektet trenger en fokusert leder som forstår kompleksiteten av driften til flere områder i klinikken, og at en dyktig prosjektleder vil ha kunnskap, erfaring og et sett med verktøy som kan hjelpe prosjektet til suksess. Flere argumenterer derfor at “rene prosjektledere” bringer med seg verdifull kunnskap, erfaring og verktøy for å sikre suksessfulle prosjekter (Hernandez, Aderton og Eidem 2011; Baum og Swig 2017).

Dette viser et miljø hvor store endringer skjer gjennom forbedringsprosjekt, hvor legerket står sterkt i kjerneorganisasjonen, og hvor administrative yrker har fått en større rolle de siste årene. I sentrum av dette står prosjektlederen, som gjennom sin fagbakgrunn, rolle og evne sees som høyst relevant for hvordan forbedringsprosjektet blir tatt i mot av de forskjellige gruppene på et sykehus, og hvordan dette bidrar til gjennomføring og implementering av forbedringsprosjekt. Forskningsspørsmålet for oppgaven er:

*“Hva påvirker prosjektleders evne til å gjennomføre vellykkede forbedringsprosjekter i sykehus?”*

For å besvare dette spørsmålet vil det bli utført et kvalitativt casestudie av forbedringsprosjekter ved OUS.

## Struktur for oppgaven

Under *Teori* i første del av oppgaven vil leseren få et innblikk i teori og begreper som regnes relevante for forskningsspørsmålet. Dette starter med sykehussektoren, hvor konteksten for endringene introduseres. Videre introduseres organisasjonsutvikling og planlagt endring for å forstå strategien bak forbedringsprosjektene, så hva det er som definerer et vellykket forbedringsprosjekt, etterfulgt av faktorer som kan si noe om prosjektlederens evne til å gjennomføre vellykkede forbedringsprosjekt. Avslutningsvis vil temaene makt og kompetanse introduseres, da disse regnes relevante for å forstå interaksjonen mellom forskjellige yrker og faggrupper. Begrepene og teorien danner grunnlaget for den videre analysen og tolkningen av empirien.

*Metode*kapittelet vil beskrive forskningsprosessen og redegjøre for valg tatt angående tilnærmingen til forskningsspørsmålet. Her belyses forskningsmetode og forskningsdesign, metode for innhenting og analyse av data, samt oppgavens metodiske kvalitet og troverdighet.

I *Funn og analyse* vil datamaterialet og de empiriske funnene analyseres gjennom et rammeverk inspirert av Pettigrew (1987). Hvor man først presenterer prosjektene på et overordnet nivå, før man går videre inn på prosjektprosessen. Avslutningsvis vil det sees nærmere på funn knyttet direkte til prosjektledelse.

Under *Diskusjon* vil sammenhenger mellom de empiriske funnene og deres kvalitet diskuteres. Funnene vil også drøftes opp mot teori rundt forbedringsprosjekt, makt, kompetanse og sykehussektoren, og hvordan dette relaterer seg til forskningsspørsmålet. Avslutningsvis vil det her også gås inn på hvilke implikasjoner dette har for teori og praksis.

Til slutt vil *Konklusjon* oppsummere oppgaven med en konklusjon rundt forskningsspørsmålet og komme med forslag til videre forskning.

# Teori

Tilnærmingen til oppgaven og forskningsspørsmålet er inspirert av artikkelen *Context and Action in the Transformation of the Firm* skrevet av Pettigrew (1987). Her argumenterer Pettigrew for at å forstå en endringsprosess nytter det ikke å se isolert på innholdet i prosessen, man må se endringen i en bredere kontekst. Derfor vil oppgaven først gi en introduksjon til sykehussektoren og Oslo universitetssykehus. Deretter vil organisasjonsutvikling, strategiske endringer og endringsrespons presenteres som bakteppet til forbedringsprosjektene, før man går nærmere inn på organisering og gjennomføring av forbedringsprosjekter. Fra prosjektoppgaven i høst, som denne oppgaven bygger videre på, ble det funnet at temaene *makt*, *kompetanse* og *motivasjon for ledelse* er sentrale for både kjernevirksomheten, men også endringsprosesser på sykehus. Teorikapittelet vil derfor også inkludere disse temaene.

## Sykehussektoren og Oslo Universitetssykehus

For å kunne forstå forbedringsprosjektene og ledelsen av disse forbedringsprosjektene vil den ytre konteksten til OUS gjennomgås her. Dette være seg trender og ideologier som motiverer organiseringen av helsesektoren, samt lokal og nasjonal strategi.

### Sykehuset som organisasjon

Sykehuset som organisasjon kan beskrives som et profesjonelt byråkrati (professional bureaucracy) i følge Mintzberg (1983) sitt rammeverk for organisasjonsstruktur. Et profesjonelt byråkrati kjennetegnes ved at nøkkeloppgavene til organisasjonen utføres av den operative kjernen (Mintzberg 1983; Lunenburg 2012). Den operative kjernen er fagfolk med ferdigheter og kunnskap som organisasjonen avhenger av for å fungere, og de har betydelig kontroll over eget arbeid og administrative beslutninger som påvirker dem (Mintzberg 1983). Organisasjonen er relativt formalisert, men desentralisert for å gi fagfolk autonomi, og den tradisjonelle strukturen i sykehus er preget av lite overordnet koordinering (Adler mfl. 2003; Lunenburg 2012). I et profesjonelt byråkrati vil autoriteten gjerne basere seg på profesjonelle ferdigheter (the power of expertise), i motsetning til andre strukturer hvor autoriteten baserer seg på hierarkiet (the power of office) (Mintzberg 1983). I slike organisasjoner er det også vanlig at ansatte, som utgjør den operative kjernen, identifiserer seg mer med yrket enn med organisasjonen (Lunenburg 2012). Et

profesjonelt byråkrati blir også sett på som en lite fleksibel struktur som er dårlig egnet til å tilpasse seg endringer (Mintzberg 1983). Maktbalansen i helseorganisasjoner har likevel vært utsatt for flere justeringer i løpet av det siste århundret. Hvor makten i og over helseorganisasjonene har skiftet fra eiere, til leger og fagforeninger, til ledere (Scott 2003).

### **Ledelsestrender og utvikling**

Helsesektoren har fra tidlig av forsøkt å effektivisere driften og bedre økonomien (GWU 2020), og i Norge har utgiftene forbundet med helse historisk vært høye sammenlignet med tilsvarende stater. Helseutgiftene har også vært stabilt økende det siste tiåret hvor Norge bruker mer på helse per innbygger enn noe annet EU land. Disse summene gir resultater i andre ende da Norge har den laveste dødsraten fra behandlingsbare årsaker, noe som viser at helsesektoren gir effektive og tidsriktige diagnoser og behandlinger for en rekke livstruende forhold (OECD 2019).

For å få økt styring og kontroll over utgiftene i helsesektoren, tok flere stater i bruk NPM (new public management)-modeller mot slutten av 80-tallet. NPM var resultatet av skifte i økonomiske teorier på 80-tallet. Ideene bak NPM omhandler mål- og resultatstyring i offentlig sektor, med økt konkurranse og økonomistyring. Politikere skal ikke innblande seg i daglig virksomhet, men styringen skal foregå av institusjonen selv. I Norge er samlebegrepet NPM best beskrivende som foretaksorganisering av offentlig virksomhet hvor målstyring, konkurranseutsetting, privatisering, internfakturering og innsatsstyrt finansiering er noen av verktøyene. NPM er et politisk belastet begrep som ofte er blitt knyttet til enkelte elementer som listet, hvor det argumenteres både for og mot hvor godt tiltakene har fungert (Bekkelund 2018; Støre 2019).

Uavhengig av hvordan man stiller seg til den utviklingen som har vært, så er det opplevd en økt byråkratisering, hvor styring av ressurser har blitt mer sentralt i driften (Hunter 1996; Mechanic 1999; Diefenbach 2009). Dette har medført at administrative ledere (managers) har fått mer formell makt, og medisinsk personell har fått strengere rammer og gradvis mindre autonomi (Hunter 1996; Mitchell 1998; Mechanic 1999). Slike endringer har gjerne fått negative reaksjoner og møtt mye motstand fra leger og andre fagfolk, som ser at autonomien og den faglige friheten deres trues (Hunter 1996; Mechanic

1999). Dette har blant annet gitt en mistanke om at noen forbedringsprosjekter blir brukt til å kontrollere leger fremfor å forbedre kvalitet, og at det er ledelsesdrevne initiativer med mål om å redusere legers selvstendighet (Øvretveit 1997).

## **Oslo Universitetssykehus**

Oslo universitetssykehus ble stiftet 1. desember 2008 gjennom fusjonen av tre helseforetak i Oslo; Rikshospitalet HF (grunnlagt 1826), Ullevål universitetssykehus HF (grunnlagt 1887), og Aker universitetssykehus HF (grunnlagt 1895), som alle var tilknyttet Universitetet i Oslo. OUS er landets største sykehus med over 24 000 ansatte og har et budsjett på ca 23 milliarder kroner (Oslo Universitetssykehus 2020).

## **Strategi**

Det er forventet at kostnader knyttet til helse vil øke raskt de neste årene, og at det er et behov for å gjennomføre tiltak for å minimere disse kostandene. Norge har allerede oppnådd betydelig fremgang med å flytte ikke-akutt pleie bort fra sykehus til polikliniske og andre tjenester. Med et økende pleiebehov i en aldrende befolkning vil det å styrke primær- og samfunnstjenester være en av nøkkelutfordringene for å sikre langsiktig bærekraft av helsesektoren (OECD 2019).

*‘Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019’* ble lagt frem som den første helhetlige og konkrete planen for utvikling av spesialisthelsetjenesten siden Sykehusreformen i 2002, og planen fokuserer blant annet på pasientens kvalitet og sikkerhet, samt å fornye, forenkle og forbedre tjenestene. Det presiseres i rapporten at god styring og planlegging er en forutsetning for gode helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

I OUS sin strategiplan *‘Forbedring av driften OUS 2017 - 2020’* ligger planen om et nytt rikshospital til grunn, og målsetningen er å øke sykehusets investeringsevne i MTU, IKT og bygg. Dette for å komme i en betydelig overskuddssituasjon, da en gjennomgang viser et omfattende behov for investeringer på disse områdene i de kommende årene. Formålet med initiativet er å etablere en bedre struktur for oppfølging av sykehusets felles forbedringstiltak, og det skal legges hovedvekt på områder som er generiske eller områder som vurderes å ha stort potensiale, og hvor det kreves sykehusovergripende beslutninger for å få til endringer. I rapporten kommer det frem at det ikke har vært tilstrekkelige

effekter av tidligere tiltak, hvor det trekkes frem utydelige målsetninger og mangelfull oppfølging av effektiviseringstiltakene. Samt at endel områder for potensiell effektivisering ikke er godt nok identifisert, som noe av grunnen til ikke oppnådd effekt (Oslo Universitetssykehus 2016).

Erfaringene gjort fra *‘Forbedring av driften OUS 2017 - 2020’*, og styringen av forbedringsprosjektene, har ført til at OUS skal samle disse forbedringsprosjektene i et overordnet porteføljeprogram, hvor *‘Mandat for Porteføljestyret Forbedring av driften i OUS’* er i utvikling.

## Organisasjonsutvikling

Organisasjonsutvikling (OU) er både et fagfelt som omhandler sosial handling og et område for vitenskapelig undersøkelse, og omfatter et bredt spekter av aktiviteter. Organisasjonsutvikling er i all hovedsak utledet av fem forskjellige grener; Laboratorietrening (Laboratory Training), Deltakerbasert forskning (Action research), Normativ tilnærming (Normative Approaches), Arbeidslivskvalitet (Quality of work life) og Strategisk endring (Strategic change) (Cummings og Worley 2015).

Cummings og Worley (2015) definerer organisasjonsutvikling som:

*“Organisasjonsutvikling er en systemomfattende anvendelse og overføring av atferdsvitenskapelig kunnskap til planlagt utvikling, forbedring og forsterkning av strategier, strukturer og prosesser som fører til organisasjonsendring.”*

- (Cummings og Worley 2015, s. 1) [oversatt fra engelsk]

## Planlagt endring

OU tar for seg planlagte endringer for hele systemet, være seg en organisasjon, avdeling, gruppe, rolle eller jobb. OU tar også for seg anvendelse og overføring av atferdsvitenskap og praksis på et mikronivå, som lederskap, gruppedynamikk og arbeidsdesign, og på et makronivå, som strategi, organisasjonsdesign og kulturendringer (Cummings og Worley 2015).

Lewin (1947) beskriver at endring og stabilitet er relative konsepter. En gruppe er aldri uten endring, men differensierer i mengde og type endring som skjer. Denne hastigheten gruppen beveger seg i kan representeres som et “sosialt felt”. Det betyr at den sosiale utviklingen skjer i, og er et resultat av, sameksisterende sosiale entiteter, som grupper, sub-grupper, medlemmer, hindringer, kommunikasjonskanaler osv. Hva som skjer i et sosialt felt avhenger av fordelingen av krefter gjennom feltet. Ved planlagt endring skal man ikke se endringen som et “mål man vil nå”, men som en overgang “fra nå-situasjonen til den ønskede”. For å påvirke denne overgangen må man se på det totale sosiale feltet av krefter. Man kan forsterke eller svekke krefter for å påvirke retningen gruppen beveger seg i. Desto lengre ut disse kreftene er, desto svakere er den direkte påvirkningen, men kan lede til årsak og effekt, og ikke bare symptomet på påvirkningskraften (Lewin 1947b). Et slikt felt kan være sykehuset som organisasjon, og hva som velges å tildeles av ressurser. Denne tildelingen påvirkes av flere krefter på mange forskjellige nivå, være seg bevilgningen fra statsbudsjettet, hvilket parti som sitter i regjering, fagforeninger, interessegrupper, direktøren på sykehuset med sin stab deres visjoner, klinikkenes ønsker, avdelingens drivkrefter og så videre.

Ved gjennomføring av en endring er det viktig å identifisere nøkkelpersonene som i størst grad kan påvirke den ønskede endringen, og forstå kanalene man ønsker å endre på. I en organisasjon er det et ledelselement som sitter på ressursene og ønskene om den planlagte endringsprosessen, som igjen må bruke sine ansatte og organisasjonen for å få realisert sine ønsker. For å oppnå ønskede endringer er det viktig å forstå kreftene som trekker i de forskjellige organisasjonsenheter og forstå mønstrene til disse, og hva som er hovedvariablene som bestemmer disse kreftene. De eksterne og interne kreftene opprettholder til sammen den tilstanden gruppen befinner seg i, og ved å endre på disse kreftene vil man kunne “dytte” på tilstanden i ønsket retning. Dette beskriver Lewin (1947) som kvasistasjonære krefter (Quasi-Stationary Processes), som analyseres gjennom to ledd; (1) Hvorfor beveger gruppen seg i den hastighet og retning som den gjør? (2) Hva skal til for å endre dette?

Der hvor ledelsen sitter på ressurser og langsiktig mål, sitter nøkkelpersonell i organisasjonen på makt i form av rollen som *portvoktere*. Lewin (1947) beskriver portvokterne som de gjennomførende av ønskene til ledelsen, og da også de som til slutt tar de endelige

avgjørelsene. Lewin (1947) påpeker at gruppen, og ikke individet, er viktigst for en endringsprosess. Gruppeavgjørelser avhenger delvis av hvordan gruppen ser situasjonen, og kan derfor påvirkes ved å endre denne oppfatningen. Gruppeoppfatningen av resultatet av en (sosial) handling er essensiell for å bestemme det neste steget man skal ta videre. Dette må gjøres gjennom klar styring hvor gjennomføringen består av tre faktorer; (1) posisjonen til målet, (2) et sansende organ og (3) et styrende organ. Målet må da være klart og tydelig, veien til målet og de tilgjengelige ressurser må bestemmes og en handlingsstrategi må utvikles. For effektivitet må denne planen være fleksibel, og for hvert delmål brukes det sansende organet for vurdere om effekten er som forventet (på rett kurs mot målet), og det styrende organet til å eventuelt endre opprinnelige plan, eller som et grunnlag for avgjørelser som omhandler neste steg (Lewin 1947b).

Pettigrew (1987) så på hva, hvorfor og hvordan lederintensjoner blir til realisert endring. Tilnærmingen er å konseptualisere store transformasjoner av bedriften ved å se på sammenhengen av innholdet i endringen, konteksten endringen skjer i og prosessen som foregår. Lederskap sees på som en sentral, men som kun en av, ingrediensene i en kompleks analytisk, politisk og kulturell prosess, som utfordrer og endrer kjerneverdier, struktur og strategi til en bedrift eller virksomhet. Konteksten innbefatter endringsbetingelsene, den interne strukturen, kulturen og politiske sammenhengen styringen forekommer i, samt den større ytre sammenhengen hvor bedriften henter mye av legitimiteten til endringen. Pettigrew (1987) foreslår at forskningen må sees med fokus på kontekst og prosess, hvor vertikalt og horisontalt analysenivå og sammenhengene mellom disse over tid belyses. Konteksten omhandler de forhold rundt det som forskes på, og deles inn i indre og ytre. Hvor indre kontekst omhandler miljøet i organisasjonen, som struktur, kultur og politikk. Ytre kontekst omhandler miljøet rundt organisasjonen, som konkurranse, samt sosiale, økonomiske og politiske trender. Med vertikal analyse menes med sammenhengen av høyere og lavere entiteter, som hvordan for eksempel endringer i samfunnet påvirker intern gruppeoppførsel i en bedrift. De horisontale nivåene ser på sammenhengen av historien, nåtid og fremtiden - hva har skjedd tidligere, hva gjør vi nå, og hvor tar dette oss videre?

Enhver helhetlig kontekstuell analyse burde inneha følgende egenskaper (Pettigrew 1987): (1) Inneholde klare avgrensede, men teoretisk og empirisk sammenhengende nivåer av analyse. Hvert analysenivå, avhengig av fokusområde, innehar kryssseksjonelle



kategorier. (2) Inneholde en klar hendelse eller prosess som undersøkes. Da en prosessuell analyse av en organisasjon må sees som kontinuerlig, med en fortid, nåtid og fremtid. Teorien må da ta for seg fortiden og fremtiden, og relatere dette til nåtiden. På individnivå vil dette omfatte handlinger som å interagere, handle, reagere, tilpasse osv, mens på systemnivå vil handlinger som å utarbeide, mobilisere, fortsette, endre og oppløse være språket som benyttes. Endringsprosesser kan kun identifiseres og studeres med en strukturell bakgrunn og holdbarhet. (3) Den prosessuelle analysen krever en drivkraft i form av en teori eller teorier for å drive arbeidet. Innen forskning på endringsledelse legges det sterk vekt både på individets kapasitet og ønske om å tilpasse seg sosiale forhold, og maktforhold som spiller inn i utviklingen av prosessen som blir analysert. (4) Viktig for denne tilnærmingen av kontekstanalyse er måten de kontekstuelle variablene i den vertikale analysen henger sammen med prosessene som observeres i den horisontale analysen. Prosesser kan både hemmes av, og forme strukturer, så kontekst og prosess må sees i sammenheng.

## **Strategisk endring**

Strategisk endring er en omstrukturering av en organisasjons virksomhets- eller markedsføringsplan som vanligvis utføres for å oppnå et viktig mål. En strategisk endring kan for eksempel være en endring i et selskaps politikk, strategi, misjon eller organisasjonsstruktur. Strategisk endring er episodisk og planlagt, og behovet for den strategiske endringen trigges ofte av store omveltninger i organisasjonen, teknologiske gjennombrudd eller ekstern påvirkning (Cummings og Worley 2015).

For å kunne navigere seg i jungelen omhandlende strategisk endring, må man forstå organisasjonskonseptene som ligger bak og motiverer endringene. Benders (1999) viste til organisasjonskonsepter som TQM (Total Quality Management) og BPR (Business Process Re-engineering) som hyppig diskuterte på et konseptuelt nivå, men vektlagt lite oppmerksomhet om hvordan disse organisasjonskonseptene blir brukt i organisasjoner. Han argumenterte for at deres tvetydighet og universelle bruk var det som gjorde konseptene populære. Benders (1999) karakteriserer organisasjonskonsepter ved at de gir rom for tolkning, og lover en form for ytelsesforbedring. En form for organisasjonskonsept er ledelsestrender. Ledelsestrender kan sees på som et produkt, og blir formulert og markedsført for å ha en stor appell til kundene (ledere) (Benders 1999). Benders (1999) viste

at en idé kan brukes for å legitimere innføringen av en praksis, selv om den praksisen som innføres ikke har noe med idéen å gjøre.

I dag inneholder strategiske endringsprosesser ofte et element av Kotter og Rathgeber (2006) sin *Our Iceberg Is Melting*, som er en forenklet og illustrert utgave av *Leading Change*, hvor Kotters åtte steg for effektiv endringsledelse ble presentert mer inngående (Kotter 1996). De åtte stegene er (1) skape følelse av hastverk (2) etablere en koalisjon med myndighet til å gjennomføre endringen (3) utvikle en visjon og strategi (4) kommunisere denne visjonen og strategien (5) fjerne hindringene for å nå visjonen (6) synliggjøre kortsiktige positive resultater (7) ikke gi opp, press videre med endringene til visjonen er realitet (8) skape en forankring i organisasjonen om det nye. Disse stegene sies å være en av de mest anerkjente modellene for styring av endringsprosesser, men det er få akademiske studier som omhandler hvordan disse stegene blir brukt i praksis (Pollack og Pollack 2015).

Franken, Edwards og Lambert (2009) har sett på fem grunner som gjør gjennomføringen av en endringsstrategi vanskelig. Hvor den første er det store eksterne presset om å øke bunnlinjen, som gjør at ledere må omdefinere sin strategi stadig oftere. Den andre grunnen omhandler den stadig økende kompleksiteten i organisasjoner, slik at endringstiltakene påvirker mennesker, prosesser, strukturer og verdikjeder utover fokusområdet til endringsprosessen. Det tredje er balansen mellom å kunne gjennomføre komplekse endringsprogram, og samtidig styre hverdagsdriften i organisasjonen. Den fjerde er den lave graden av involvering fra mellomledere fra alle funksjoner på et tidlig stadie av strategiprosessen. Den femte er å klare å sikre de nødvendige ressurser for å gjennomføre strategien, da daglig drift og andre endringsprogram ofte allerede har tatt mesteparten av ressursene i organisasjonen.

For å minimere disse utfordringene har Franken, Edwards og Lambert (2009), gjennom litteraturen om strategigjennomføring fra både akademia og konsulentbransjen, identifisert tre hovedområder i gjennomføringsprosessen: (1) Porteføljestyling av strategiske endringer, som omhandler identifisering og prioritering av et bestemt antall program som vil realisere strategien. (2) Gjennomføring av strategisk endring, hvor man leverer de faktiske fordelene av endringen gjennom å implementere programmene i porteføljen, og

(3) å øke evnen til endring, hvor man forsøker å kontinuerlig forbedre måten man identifiserer og gjennomfører endringsprogram. I den første fasen handler mye om å forstå organisasjonen og organisasjonskulturen, samt å kommunisere viktigheten av at endringen gjennomføres (som Kotter (1)). Det er også viktig å forstå driverene og innholdet i hvert endringsprogram så tidlig som mulig. Disse programmene må strømlinjeformes og filtreres slik at de passer i et overordnet porteføljeprogram for den strategiske endringen. I den andre fasen må man utvikle en detaljert plan og få støtte eller avslag for hvert endringsprogram, slik at visjonen, fordeler, kostnader og prosessen kommer tydelig frem for de involverte. Det er også viktig å etablere hvem det er som har ansvaret for gjennomføring og fremdrift av endringsprogrammet, slik at alle roller og ansvarsområder er tydelig gitt. Hvert endringsprogram må så gjennomføres og fordelene for programmet må realiseres. Dette inkluderer å kontrollere de pågående programmene for konflikter, ressurser og avhengigheter. Den siste fasen er for å gjennomgå, lære og forbedre endringsevnen, noe som sees på som et kontinuerlig arbeid da konteksten for en endringsprosess, også vil utvikle seg over tid.

### **Kontinuerlig forbedring**

Fokuset i denne oppgaven er ikke på kontinuerlig forbedring, men i sykehussektoren er Lean og kontinuerlig forbedring stadige brukte uttrykk (Radnor, Holweg og Warren 2012; Stanton mfl. 2014; Lord 2019), og derfor presenteres disse metodikkene og tankesettene her. For det må skilles mellom episodisk og kontinuerlig endring. Episodisk endring omfatter organisatoriske endringer som er sjeldne, ikke-kontinuerlige og planlagte. Kontinuerlig endring er pågående, utviklende og kumulative (Weick og Quinn 1999; Pettigrew, Woodman og Cameron 2001). Perspektivene for episodisk endring er i et makroperspektiv, hvor endringsmotivasjonen kan sees som global, fjern og eksternt drevet. Kontinuerlig endring er i et mikroperspektiv, hvor endringsmotivasjonen er nær og lokal. Episodisk endring er mer “Lewinsk” i utførelsen, hvor endringsforløpet er lineær, progressivt, resultatorientert og krever en eksternt intervensjon. Kontinuerlig endring er en justering av den retningen man befinner seg i, prosessuell og “evig”, uten et klart resultat man ønsker å oppnå (Weick og Quinn 1999).

Kontinuerlig forbedring omhandler da et pågående arbeid med å forbedre produkter, tjenester og prosesser. Imai (1986) introduserte i sin bok *Kaizen: The Key to Japan's*

*Competitive Success* kontinuerlig forbedring gjennom sin filosofi om at endring til det bedre skjer ved å tillegge seg et tankesett om at forbedring skjer gjennom en type filosofi, og ikke gjennom et spesifikt verktøy. Fokuset ligger i å skape en kultur hvor alle er involvert i en pågående prosess av kreativitet og oppfinnsomhet for å identifisere og løse problemer. En mer iterativ metode er popularisert gjennom Dr. W. Edwards Demings PDCA-sirkler. Hvor den kontinuerlige endringen skjer gjennom en iterasjon av Plan, Do, Check (senere Study), Act - planlegge, gjennomføre, studere, handle - og brukes for å overføre “know-how” til praksis (Dubickis og Gaile-Sarkane 2017).

I sine bøker *The Machine that Changed the World* og *Lean Thinking* har Jim Womack og Dan Jones introdusert en forståelse for Lean til den vestlige verden. Lean, også kalt Toyota-modellen, kan bli sett på som et sett av veiledende prinsipper istedenfor en konkret beskrivelse av “best practices”. Hensikten er å forenkle implementasjon ved å gjøre den mer fleksibel og varig. En av pilarene i Lean er kontinuerlig forbedring, hvor fokuset er å hele tiden minimere ikke-verdiskapende arbeid - kvitte seg med alt som er overflødig. Eksempler på dette er ventetid, dobbeltarbeid og overdreven planlegging (Womack 1990; Womack og Jones 2003). Spear og Bowen (1999) så på hvorfor det var så vanskelig for vestlige fabrikker å inkorporere Toyota-modellen. Da observatører dro for å studere dette, fant de ut at de blandet verktøyene og praksisene med det systemet Toyota hadde laget. Det vellykkede systemet balanserte paradokset mellom rigide og tydelige spesifikasjoner for hvordan en arbeidsoppgave skal utføres, og det å bruke en vitenskapelig tilnærming til å hele tiden se etter bedre måter å gjøre de samme oppgavene på. Lean kan da ikke forstås som et sett med klare regler for hvordan man utfører en arbeidsoppgave, men det å hele tiden finne den mest effektive arbeidsmetoden til en prosess.

## Endringsrespons

Lewin (1947) mente at motstand til endring kommer fra gruppens egne interne krefter. I en gruppe eksisterer det gruppekrefter i form av normer og verdier, som i stor grad definerer væremåte og oppførsel innad i denne gruppen. En gruppe kan være alt fra et team til en organisasjon, en klubb eller et land. De sosiale vanene i gruppen er definert av normene og verdiene til gruppen, og et gruppeindivid vil unngå å bevege seg vekk fra disse vanene i frykt for å bli utstøtt av sin gruppe. Det er derfor lettere å endre en gruppe i sin helhet ved å endre de interne kreftene, enn å forsøke å endre et gruppemedlem indi-

viduelt. Fokuset på endringstiltakene burde da ligge i å endre de sosiale vanene, noe som skjer innad i gruppen, og ikke gjennom å endre utenifra. For å overkomme sosiale vaner sin motstand til endring må man ha en kraft som er stor nok til å bryte disse vanene (Lewin 1947a).

Coch og French (1948) fant at det ikke var ferdighet, men motivasjon som hadde størst innvirkning på endringsviljen, og at god kommunikasjon fra ledelsen samt aktiv inkludering av de ansatte i stor grad kan minimere gruppemotstanden til endringen. Responsen til endring ble konseptualisert av Elizur og Guttman (1976), og ble delt inn i affektiv, instrumentell og kognitiv respons. Affektiv respons omhandler følelsene mot endringen, instrumentell om handlingene som blir tatt mot eller for endringen, og kognitiv om de personlige meningene rundt endringen, samt den opplevde nytten av endringen. Istedenfor å se på kun motstand til endring, har Coetsee (1999) sett på forskjellige grader av motstand; hvor spennet går fra å inneha en aggressiv, aktiv, passiv, likegyldig, støttende, involverende eller en engasjert tilnærming til endringen.

Motstand til endring er i seg selv hverken bra eller dårlig. Motstanden kan være høyst legitim, og den kan ikke være det. Dersom mye motstand oppstår er det uansett alltid et viktig signal til ledelsen om at videre undersøkelse kreves (Lawrence 1969). Vroom (1964) fant at mennesker bevisst velger sine handlinger basert på oppfatninger, holdninger og tro, som en konsekvens av deres ønske om å øke nytte og unngå ubehag for seg selv. Denne forventningsteorien spår at motstand vil oppstå når individet forventer at forholdet mellom endringen i adferd og den resulterte ytelsen er usikker, at sammenhengen mellom ytelsen og resultatet er usikkert, eller at resultatet har negative verdi for den enkelte (Hope og Pate 1988). Lawrence (1969) skriver om viktigheten av et godt forhold mellom forskjellige grupper i en organisasjon, og i sin retrospekt-artikkel (1984) om at gapet som eksisterer mellom visjon og oppfatninger mellom spesialiserte grupper bare øker. Han vektlegger at å bedre relasjonene mellom forskjellige grupper innad i en organisasjon er viktig, spesielt når en gruppe initierer endring på vegne av en annen gruppe. Disse gapene gjør det vanskelig å effektivt kunne kommunisere og løse problemer mellom grupper, og nevnes som en av de største utfordringene i moderne organisasjoner. Lines (2004) fant at et positivt forhold mellom deltakelse og resultatet til implementering av strategisk endring. Studien viste at bred involvering av organisasjonens medlemmer som

er påvirket av endringer er assosiert med en vellykket implementasjon. Hvor det overordnede klimaet som skapes av en autentisk invitasjon til å delta som et fullverdig medlem av endringsprosjektet er en nøkkelfaktor for å koble deltakelse til implementasjonssuksess.

## Forbedringsprosjekt

Et prosjekt kan beskrives som en episodisk og planlagt endring. Munns og Bjeirmi (1996) definerer et prosjekt som *“Et prosjekt kan betraktes som å oppnå et spesifikt mål, som innebærer en serie aktiviteter og oppgaver som bruker ressurser. Det må fullføres innen en angitt spesifisering, med bestemte start- og sluttdatoer”* (Munns og Bjeirmi 1996, s. 81)[oversatt fra engelsk]. Det finnes flere definisjoner på hva et prosjekt er, hvor felles trekkene for prosjekt kan sies å være at det er *unikt, midlertidig og fokusert* (Maylor 2010).

Her defineres et *forbedringsprosjekt* som et prosjekt hvor man ønsker å forbedre kvalitet, tidsbruk og/eller kostnad til en prosess eller produkt i en organisasjon (Øvretveit 1997; Rever 2008; Creasy 2017). I sykehuset kan det skilles mellom medisinske og administrative forbedringsprosjekt, hvor medisinske forbedringer omfatter kjernevirksomheten til sykehuset, og administrative prosjekt tar for seg områder som kostnadsbesparelse og effektivitet i pasientflyt.

## Prosjektmodell

En prosjektmodell definerer faser og beslutningspunkter med tilhørende krav til dokumentasjon for gjennomføring av prosjekter. Prosjektmodellen utgjør et rammeverk basert på beste praksis, og er med og bidrar til at prosjektene blir mer forutsigbare og håndterbare. Selve fasene kan variere, men grovt sett er det tre faser: tidligfase, prosjektgjennomføring og til slutt driftsfasen hvor gevinstene skal realiseres (Andersen, Kvalheim og Volden 2016; Rolstadås 2020). Prosjektmodellen kan også innebære at det stilles mer detaljerte krav om prosjektmetodikk med maler og verktøy, organisering og roller, sertifisering eller andre kompetansekrav til sentrale roller i prosjektet (Müller 2009). Organisasjoner som arbeider mye med prosjekter bør ha en felles prosjektmodell for alle sine prosjekter. Prosjektmodellen bør være skalerbar og fleksibel for å unngå unødige byråkratiske krav og prosesser for små, ukompliserte prosjekter. Mange organisasjoner har gjerne utarbeidet egne prosjektmodeller som ofte er en tilpasning basert på andre anerkjente prosjektmo-

deller (Andersen, Kvalheim og Volden 2016; Rolstadås 2020).

PRINCE2 (PRojects IN Controlled Environments) er en prosjektmodell utviklet av den britiske regjeringen, og er en strukturert metodikk for prosjektgjennomføring. Opprinnelig ble prosjektmetodikken opprettet som en standard for utvikling av informasjonssystemer, men metodikken er generell og i dag benyttes den for flere ulike typer prosjekter (Andersen, Kvalheim og Volden 2016; Rolstadås 2020). *Prosjektveiviseren* er utarbeidet av Digitaliseringsdirektoratet (Difi), og er basert på PRINCE2. Prosjektveiviseren dreier seg primært om overordnet prosjektstyring, uavhengig av hva som skal være de spesifikke leveransene fra prosjektet. Styringsprinsippene og fasestrukturen er allmenngyldige, og kan benyttes i alle typer prosjekter (Andersen, Kvalheim og Volden 2016; Difi 2019). Ved OUS arbeides det nå med å ta i bruk en tilpasset versjon av prosjektveiviseren på forbedringsprosjekter ved sykehuset. Den tilpassede versjonen skal være en noe forenklet versjon av originalen, slik at det ikke skal være så omfattende ved bruk på mindre prosjekter.

### **Prosjektroller og ansvarsområder**

Det kan være mange aktører involvert i et prosjekt, og fullføringen av et prosjekt krever innspill fra blant annet oppdragsgiver, prosjektgruppen og sluttbrukeren. Disse gruppene og personene innehar forskjellige roller og ansvarsområder i prosjektet, og har spesifikke oppgaver som de må oppfylle for å bidra til at prosjektet oppnår ønsket resultat. Prosjektroller og hva som ligger i disse rollene varierer mellom virksomheter, men to helt sentrale roller er prosjekteier og prosjektleder. Enkelt sagt har disse to ansvaret for henholdsvis *prosjektstyring* og *prosjektledelse*. (Munns og Bjeirmi 1996; Andersen, Kvalheim og Volden 2016).

Prosjektstyring omtales som det som må gjøres for å sikre at prosjekter lykkes og når sine mål. Her vil det først og fremst være viktig å sikre at prosjektet er *strategisk vellykket*, dvs. relevant for virksomhetens strategi. Dette inkluderer å sikre at de riktige prosjektene blir valgt, og deretter setter gode rammer for prosjektet. Dette omfatter også å sikre at parten som blir satt ansvarlig for gjennomføring har nødvendig kompetanse, kapasitet og fleksibilitet. Prosjektledelse er det som skjer hos de som er ansvarlige på prosjektnivå for gjennomføringen av prosjektet innenfor de rammene som er bestemt. Dette omfatter blant annet å fullføre prosjektet med god kvalitet på leveransen innenfor tidsrammen og

budsjettet (Andersen, Kvalheim og Volden 2016).

I henhold til Difi sin prosjektveiviser kommer et prosjekt på bestilling fra virksomhetsledelsen, som oppnevner en prosjekteier som er overordnet ansvarlig for at prosjektet når sine mål. Hvor et prosjekt skal forankres, og hvem som skal være prosjekteier, avhenger av prosjektets mål og innhold. Prosjekteieren er typisk den parten som vil motta prosjektet når det er ferdigstilt, f.eks en avdelingsdirektør i avdelingen som har relevant fagansvar, og denne personen vil ha stor interesse for prosjektets suksess (Difi 2019). Prosjekteieren er ansvarlig for prosjektet gjennom tidligfasen og driftsfasen med gevinstrealisering, selv om det i enkelte tilfeller oppnevnes en egen person som gevinstansvarlig. I tillegg er det prosjekteieren som utnevner prosjektleder (Andersen, Kvalheim og Volden 2016; Difi 2019). I sykehus blir ofte sykehuset, klinikken eller avdelingen selv stående som mottaker, og den respektive lederen stående som prosjekteier.

En prosjektleder er personen som har ansvar for å lede og gjennomføre prosjektet, og er ansvarlig for prosjektet i gjennomføringsfasen (Øvretveit 2005; Andersen, Kvalheim og Volden 2016; Difi 2019). Prosjektlederen har myndighet og ansvar til å lede prosjektet og levere prosjektets sluttprodukter innenfor de rammene og begrensningene som er satt av prosjekteier. Det er prosjektlederens ansvar å planlegge, delegere arbeidsoppgaver og overvåke prosjektaktiviteter, i tillegg til å sikre fremdrift og styre alle aspekter av prosjektet. Prosjektlederen skal også motivere alle involverte til å bidra til å oppnå prosjektets mål (Difi 2019).

Det skilles her mellom ledelse (leadership) og styring (management). Dette bygger på Bennis og Nanus (1985) som indikerer at ledelse og styring er begge viktige, men grunnleggende forskjellige. En styrende prosjektleder har fokus på de administrative prosessene i et prosjekt, som rapporter, økonomi, nøkkelindikatorer og er opptatt av møter og tidsfrister, mens en ledende prosjektleder fokuserer på menneskene i prosjektet, engasjement, visjon og verdi prosjektet kan gi (Madsen 2015).



## **Budsjett som styringsverktøy**

Proessen og resultatet av å lage et budsjett er veldig nyttig for å støtte oppunder planleggingen, koordineringen, og kontrolleringen av en aktivitet. Budsjettet er en formalisering av planene som er gitt innenfor en begrenset aktivitetsperiode, og fungerer som en veileder i denne perioden. Budsjettet blir sett på som et referansepunkt for oppnådd effekt, og noe man da kan navigere etter. En evaluering av nå-tilstand opp mot budsjettet bestemmer hvilke tiltak som trengs å gjøres videre for å tilslutt oppnå ønsket tilstand (Hanson 1966).

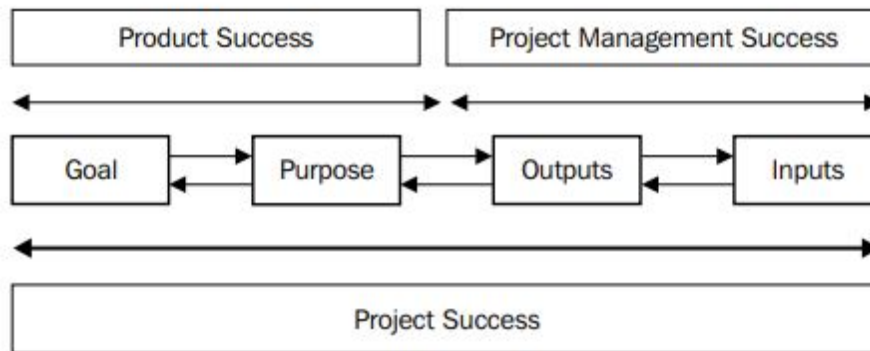
Hanson (1966) viste hvordan budsjettet kan brukes som et kontrollorgan gjennom å se på autoriteten til budsjettet, i hvilken grad ansatte identifiserte seg med budsjettmålene, og i hvilken grad man kan ansvarliggjøre budsjettmålene. Autoriteten som ligger bak et budsjett trekkes frem, da dette vil sikre at de budsjettet blir kommunisert til påtar seg arbeidet med å sikre budsjettmålene. Budsjettet med sine autoritære karakteristikk vil da kunne fungere som en effektiv kontrollmekanisme for å gjennomføre budsjettmålene. Et annet viktig aspekt av kontrollfunksjonen ved et budsjett omhandler i hvilken grad ansatte identifiserte seg med budsjettmålene. En måte å gjøre dette på er å involvere partene i budsjettproessen, og de som har ansvar for ytelsen av kost og inntekt på et område skal være fullt involvert i budsjettplanleggingen på disse punktene. Dette vil gjøre at den enkelte assosierer seg selv mer med budsjettmålene, og har bedre kjennskap til disse. For å sikre budsjettmålene er det også viktig å kunne ansvarliggjøre de som har ansvar for de forskjellige målene, og man må da nødvendigvis også gi de ansvar for at målene blir nådd. Det kan ofte være hensiktsmessig å ha hyppige sammenligninger med budsjett og nå-situasjon, for å kunne justere kursen underveis (Hanson 1966).

Sett i lys av Lewin (1947) kan budsjettet ved å sammenligne med faktiske tall, fungere som et sansende organ som kan fortelle hvordan man ligger an til å nå sitt ønskede mål, og hvor mye ressurser man bruker for å nå det.

## **Prosjektsuksess**

Prosjektsuksess er et sentralt begrep innenfor prosjektledelse og prosjektstyring, uten at det finnes en klar definisjon eller enighet rundt begrepet. På et generelt plan kan man likevel si at prosjekter dannes for å oppnå mål, og suksess måles i forhold til hvor godt

disse målene er oppfylt (Baccarini 1999). Baccarini (1999) foreslo en inndeling hvor prosjektsuksess består av to komponenter; produktsuksess (product success) og prosjektledelsesuksess (project management success). Hvor disse to komponentene henholdsvis består av mål og formål, og input og output i prosjektet (se Figur 1).



Figur 1: Prosjektsuksess (Baccarini 1999, s. 28)

Hvor målet og formålet kan sees på som strategiske mål, mens output og input er operasjonelle mål (Baccarini 1999). Denne inndelingen av prosjektsuksess kan sees i sammenheng med resultatmål og effektmål. *Resultatmål* er målene som skal leveres ved prosjektets slutt, og er gjerne knyttet til kostnad, tid og kvalitet (Finansdepartementet 2010; Rolstadås, Asbjørn 2018), med andre ord prosjektledelsesuksess. *Effektmål* beskriver hvilke virkninger man ønsker at prosjektet skal ha, altså hvilke endringer prosjektet skal medføre for organisasjonen (Finansdepartementet 2010; Rolstadås, Asbjørn 2018), det Baccarini kaller for produktsuksess. De fleste studier bruker egne definisjoner og effektmål for analyse av forbedringsprosjekt, som gjør det vanskelig å direkte sammenligne resultater fra forskjellige studier og kunnskapsdomener (Øvretveit og Gustafson 2002; Ika 2009). Denne oppgaven vil hovedsaklig ta utgangspunkt i Baccarini (1999) sin inndeling av prosjektsuksess og tilhørende definisjoner.

## Prosjektledelsesuksess

Prosjektledelsesuksess omhandler input og output i prosjektet og fokuserer på selve prosjektprosessen. Prosjektets input er ressursene som går inn i prosjektet samt aktivitetene som kreves for å levere resultater. Aktivitetene forklarer hvordan prosjektet skal gjøres og defineres blant annet av arbeidsdelingsstrukturen, ansvarsskjemaet, planen og budsjettet.

Output i prosjektet er de umiddelbare, spesifikke og konkrete resultatene eller leveransene produsert av prosjektaktivitetene, og gjør rede for hva prosjektet vil produsere. Prosjektledelsesuksess vurderer måten prosjektledelsesprosessen ble utført på, og her legges det vekt på hvorvidt krav rundt kostnader, tid og kvalitetsmål oppnås (Baccarini 1999).

Baccarini (1999) deler prosjektledelsesuksess inn i tre komponenter; (1) å møte mål knyttet til tid, kostnad og kvalitet (input og output i prosjektet), (2) kvaliteten av selve prosjektledelseprosessen, og (3) å tilfredsstille prosjektinteressentenes behov der de forholder seg til prosjektledelseprosessen. For punkt 1 kan tidssuksess måles i forhold til å overholde tidsplanen til prosjektet, mens suksess rundt kostnad kan måles i forhold til å overholde budsjettet (Pinto og Slevin 1989; Baccarini 1999). Kostnadsmålet er lettere å sette når prosjektet anskaffes eksternt av den prosjektinitierende organisasjonen fordi kontrakter angir kostnadsmålet. Mens for interne prosjekter er det vanskeligere å definere en objektiv målkostnad, hvor det blant annet er mange kostnader som burde tildeles prosjektet som blir behandlet som generelle administrasjonskostnader (Baccarini 1999). For både tid og kostnad kan grad av suksess måles prosentvis etter hvor mye man var over/under budsjettet/tidsplanen. For kvalitet kan suksess måles med tanke på samsvar med funksjonelle og tekniske spesifikasjoner (Baccarini 1999). Med andre ord; *“prosjektet må produsere det det sa at det skulle produsere”* (Project Management Institute 1996).

Prosjektledelsesuksess bør også omfatte vurdering av hvor effektivt prosjektet har blitt styrt, og kvaliteten på selve prosessen. Kriterier som kostnad, tid og kvalitet er bare kriterier for sluttproduktet; vurdering av effektivitet i prosessen er imidlertid også nødvendig (de Wit 1988). Eksempler på hva som tilfredsstiller en god prosjektledelseprosess (Baccarini 1999, s. 28):

- Å forutse alle prosjektkrav, ha tilstrekkelige ressurser til å imøtekomme prosjektbehov på en god måte, og bruke disse ressursene effektivt for å utføre riktig oppgave til rett tid og på riktig måte (Tuman 1986).
- Håndtere problemene tidlig eller så snart de kommer til syne og holde ledelsen informert (Lientz og Rea 1995).
- Effektiv koordinering og relasjonsmønstre mellom prosjektinteressenter, for eksempel lagånd og deltakende beslutninger (Baker, Murphy og Fischer 1988).

- Minimere omfangsendringer, ingen forstyrrelse i organisasjonens viktigste flyt og ingen forstyrrelse for bedriftskultur (Kerzner 1992).
- Fullstendigheten av avslutningen, fraværet av etterprosjektproblemer, kvaliteten på etterkontrollanalysen, identifisering av tekniske problemer under prosjektet og løsning av dem (Freeman og Beale 1992).

Det kan anses at disse effektivitetsfaktorene faktisk er variabler som bidrar til prosjektledelsesuksess i stedet for mål for selve prosjektledelsesuksessen (Baccarini 1999). Som tidligere nevnt, innebærer suksess for prosjektledelse også å tilfredsstille prosjektinteressentenes behov der de forholder seg til prosjektledelsesprosessen. De viktigste interessentene under prosjektledelsesprosessen er klienten og prosjektgruppen (Munns og Bjeirmi 1996; Baccarini 1999).

## **Produktsuksess**

Produktsuksess omhandler mål og formål i prosjektet, og fokuserer på effekten av prosjektets sluttprodukt (Baccarini 1999). Baccarini (1999) deler produktsuksess, i likhet med prosjektledelsesuksess, inn i tre komponenter; (1) møte prosjekteierens strategiske organisatoriske mål (prosjektmål), (2) tilfredsstille brukernes behov (prosjektformål), og (3) tilfredsstille de øvrige interessentenes behov der de forholder seg til produktet. Den første komponenten av produktsuksess betyr å oppnå prosjektmålet, hvor prosjektmålet er den overordnede strategiske orienteringen som prosjektet vil bidra til og skal være i samsvar med organisasjonens strategiske planer. Det vil si at prosjektet når et endepunkt som støtter bedriftsoppdraget og virksomhetsstrategien. Organisasjoner setter i gang prosjekter for å oppfylle sine strategiske mål som lønnsomhet, markedsandel eller teknologisk utvikling. Prosjektmålet gir dermed begrunnelsen bak prosjektet og beskriver det langsiktige målet.

Et program med flere prosjekter kan ha samme prosjektmål (Baccarini 1999). Prosjektdefinisjon og tidlig beslutningstaking er avgjørende for produktsuksess (Munns og Bjeirmi 1996), da produktsuksess måles ut fra kriteriene som ble brukt for å velge prosjekt (Baccarini 1999). Kvaliteten på beslutningsprosessen ved valg av et passende prosjekt er i utgangspunktet kritisk for den endelige oppnåelsen av produktet. Videre må prosjektmålet tydelig formuleres før prosjektstart og prosjektledere må gjøres oppmerksom på

resultatene som forventes fra prosjektene deres (Baccarini 1999).

For å oppnå produktsuksess må også prosjektformålet oppnås (Baccarini 1999). Det vil si at prosjektets produkt må være egnet for bruk, og at produktet eller tjenesten som produseres må tilfredsstille reelle behov i organisasjonen (Project Management Institute 1996; Baccarini 1999). Prosjektformålet beskriver de tiltenkte effektene av prosjektet på kort sikt for brukerne av prosjektet som et resultat av å bruke prosjektets sluttprodukt. Den vellykkede oppnåelsen av prosjektets formål kan måles ut fra hvor godt prosjektets produkt tilfredsstiller brukernes behov. Prosjektformålet og formålet forklarer sammen hvorfor prosjektet blir iverksatt (Baccarini 1999). Davis (1995) anbefaler at et prosjekt bare skal ha et formål, ellers blir innsatsen diffusert og prosjektdesignet svekket (Baccarini 1999). Den siste komponenten av produktsuksess er interessentens tilfredshet. Produktsuksess innebærer å tilfredsstille prosjektinteressentenes behov, og Project Management Institute (1996) og Standardization (ISO) (1997) anbefaler at når man prøver å tilfredsstille de motstridende behovene og forventningene fra interessenter, skal forskjeller løses til fordel for kunden. Kundetilfredshet stiller derfor veldig sterkt, og ansees av flere som det virkelige målet for produktsuksess (Baccarini 1999).

### **Skillet mellom prosjektledelsesuksess og produktsuksess**

Det er viktig å skille på begrepene produktsuksess og prosjektledelsesuksess. Produktsuksess omhandler, som nevnt tidligere, sluttproduktet til prosjektet, mens prosjektledelsesuksess omhandler prosjektprosessen. Dette skillet er viktig da man kan oppnå prosjektledelsesuksess uten produktsuksess, og omvendt (de Wit 1988; Baccarini 1999). Prosjekter kan ha vært utsatt for prosjektledelsesvikt, hvor tidsplan eller budsjett ikke ble overholdt, men fortsatt være en produktsuksess. Som de Wit (1988) sier:

*“Man observerer ofte at en prosjektgruppe får æren for et vellykket prosjekt som den ikke fortjener, og omvendt kan teamet få ufortjent skylda for et mislykket prosjekt. Et prosjekt kan være en suksess til tross for dårlig prosjektledelse, og omvendt. Konklusjonen man kan trekke av ovenstående er at for måling av suksess, bør det skilles mellom suksessen til prosjektet og suksessen til prosjektledelsesaktiviteten. De to er ofte blandet sammen. God prosjektledelse kan bidra til prosjektsuksess, men det er lite sannsynlig at de kan forhindre et mislykket prosjekt.”* - (de Wit 1988, s. 165) [oversatt fra engelsk]

Munns og Bjeirmi (1996) skriver også at vellykkede prosjektledelsesteknikker vil bidra til å oppnå mål i prosjekter, men god prosjektledelse vil likevel ikke kunne stoppe et prosjekt fra å mislykkes. Riktig prosjekt vil lykkes nesten uten vellykket prosjektledelse, men vellykket prosjektledelse kan styrke suksessen. Valg av riktig prosjekt i begynnelsen og screening av potensielt mislykkede prosjekter, vil derfor være viktigere enn prosjektledelse for å sikre total prosjektsuksess (Munns og Bjeirmi 1996). Munns og Bjeirmi (1996) og de Wit (1988) argumenterer for at prosjektledelsesuksess er underordnet (eller en delmengde av) produktsuksess. Her er suksesskriteriene for prosjektgjennomføringen; tid, kostnader og ytelse, underordnet produktets suksessmål.

### **Prosjektroller og suksess**

Den ansvarlige parten for prosjektets mål og formål settes av Baccarini (1999) og Munns og Bjeirmi (1996) til å være virksomhetsledelsen i den prosjektinitierende organisasjonen. Det er deres ansvar å sikre koblingen mellom organisasjonsplaner, målet og formålet med utvalgte prosjekter, i tillegg til de kreative prosessene i å identifisere mulige ideer for et prosjekt. Grunnen til dette er blant annet at organisasjonens strategiske planer, som prosjektmålet bidrar til, er eksterne for prosjektet og anses av prosjektet som “gitt”. Det er også virksomhetsledelsen i den prosjektinitierende organisasjonen som setter prosjektmålet. Denne organisasjonen er hovedinteressenten som er opptatt av suksessen til prosjektet på lang sikt, og kan derfor ikke forvente å gi avkall på ansvaret ved å overføre alle oppgaver til prosjektgruppen (Munns og Bjeirmi 1996; Baccarini 1999). Det er også den prosjektinitierende organisasjonen sitt ansvar å skaffe ressurser til prosjektet. Med mindre organisasjonen er villig til å forplikte selskapets ressurser og gi nødvendig administrativ støtte, kan prosjektstyring være veldig vanskelig (Munns og Bjeirmi 1996).

Prosjektteamets fokus og ansvar er aktivitetene og ressursene som går inn i prosjektet, og prosjektets leveranser. I tillegg bør prosjektgruppen tidlig i prosjektet vurdere hvorvidt koblingen mellom resultatene, formålet og målet i prosjektet er hensiktsmessig. Det er også deres ansvar å være bevisste på prosjektets mål og formål gjennom hele prosjektet. Følgelig må prosjektleder være klar over virksomhetens strategiske planer for å verdsette prosjektets mål og formål. Prosjektteamet er med andre ord ansvarlig for å produsere prosjektleveransen, men som nevnt tidligere er bestemmelsen av prosjektformålet utenfor deres ansvar. Så fra et prosjektledelsesperspektiv er prosjektet slutt når det leveres til

kunden, som er punktet hvor prosjektledelsen slutter (Munns og Bjeirmi 1996; Baccarini 1999). Prosjektgruppen vil også være ansvarlig for planleggingen og kontrollen av ressursene som er tildelt prosjektet av prosjekteier (som ofte representerer virksomheten). Hvis prosjektgruppen ikke klarer å være effektive med ressursbruken, må de forvente å redegjøre for sine handlinger. Det vil være upassende å plassere alt ansvaret for integrering av prosjektet på prosjektgruppen. Siden prosjektgruppens involvering kun dreier seg om en liten delmengde av det totale prosjektet, vil det virke mer logisk å gjøre en person som har et bredere synspunkt ansvarlig for prosjektet, slik som f.eks prosjekteier (Munns og Bjeirmi 1996).

### **Suksess i et tidsperspektiv**

De to komponentene av prosjektsuksess kan også sies å ha ulike tidsperspektiv. Hvor prosjektledelse kan sees mer kortsiktig og fokuserer på levering av prosjektet til bruk. Prosjektledelsesuksess dømmes etter i hvilken grad et prosjekt har oppnådd målene om tid, kost og kvalitet, og er et tiltak som gjøres etter fullføring av prosjektet. Avgjørelse av om et prosjekt har blitt utført på en kvalitetsmessig måte og har lyktes med å imøtekomme behovene til prosjektgruppen skjer gjennom hele prosjektet. I motsetning er prosjektet i seg selv, og produksuksessen, mer langsiktig og fokuserer på hele levetiden til leveransen av prosjektet, og ikke kun utviklingssyklusen. Avgjørelse av om prosjektmålet er oppnådd kan bare gjøres når prosjektets produkt har blitt brukt, og dette kan være mange år etter prosjektets gjennomføring. Derfor har bestemmelse av vellykket oppnåelse av prosjektmålet en tendens til å være av langsiktig karakter, orientert mot forventet total levetid for det ferdige prosjektet. Imidlertid kan vellykket oppnåelse av prosjektformålet vurderes etter kort tid, når prosjektet er levert til kunden og kunden bruker produktet. Kundetilfredshet kan typisk vurderes i løpet av noen uker til noen måneder fra leveringen (Munns og Bjeirmi 1996; Baccarini 1999). Vurderingen av prosjektsuksess, som består av begge de ovennevnte komponentene, vil derfor påvirkes av hvor langt prosjektet har kommet. Dersom prosjektet er fullført, kan tids- og kostnadsmål virke mindre viktig over tid hvis prosjektets resultat oppfyller de strategiske målene for prosjektet. Hvis man undersøker nåværende, pågående prosjekter vil vektlegging av møteplaner og å holde seg innenfor budsjetter utvilsomt spille en større rolle (Baccarini 1999). Baccarini (1999) mener likevel at det er ikke slik at fokus og oppfatning av prosjektsuksess endres med tiden, men at det måles to forskjellige suksesskonsepter - prosjektledelsesuksess under og

på slutten av prosjektet, og produktsuksess under operativ bruk og slutten på prosjektets levetid.

### Suksess for ulike parter

I tillegg til at prosjektsuksess vurderes ulikt basert på tidspunktet det vurderes, vil det også vurderes ulikt ut fra hvem det er som gjør vurderingen. Hvert prosjekt har et bredt spekter av interessenter, som alle vil ha sin egen subjektive oppfatning av prosjektets suksess (Stuckenbruck 1986; Belassi og Tukel 1996; Wideman 1998; Müller og Turner 2007). Baker, Murphy og Fischer (1988) foreslår begrepet “opplevd suksess for et prosjekt”. Dette er blant annet på grunn av at forventningene til prosjektet vil variere mellom ulike grupper som berøres av prosjektet (Baccarini 1999). Følgelig kan et prosjekt være en suksess for en part og en katastrofe for en annen (de Wit 1988). Spørsmålet om et prosjekt var en suksess eller ikke vil derfor i stor grad avhenge av hvem som blitt stilt spørsmålet. Ulike interessenter i prosjektet kan ha veldig forskjellige kriterier for hva som utgjør prosjektsuksess (de Wit 1988). For eksempel vil suksess for brukeren av prosjektet vil være rettet mot langsiktig utnyttelse av prosjektleveransen fremfor prosjektledelsesteknikker (Munns og Bjeirmi 1996).

De ulike partene har dermed ulike kriterier for vurderingen av prosjektets suksess. Hvor *suksesskriterier* blant annet omfatter triaden kvalitet, kostnad og tid, samt realiser-te fordeler gjennom prosjektet og interessentenes tilfredshet underveis og av prosjektre-sultatet (Westerveld 2003; Ika 2009). Utfordringen i å oppnå suksess for alle parter ligger dermed i kompleksiteten av målene og kravene til de mange interessentene for prosjek-tet, ikke minst fordi det ofte vil eksistere konflikterende krav (Maylor 2010). Når det eksisterer mange suksesskriterier, hvorav noen er i konflikt med hverandre, virker det lite sannsynlig at et prosjekt kan være en fullstendig vellykket for alle interessenter i løpet av prosjektets levetid. Derfor har det liten hensikt å referere til et prosjekt som en suksess eller en fiasko uten å si noe om konteksten man snakker ut fra (de Wit 1988).

Selv om man ikke kan snakke objektivt om prosjektsuksess, er det likevel verdifullt å studere gjennomførte prosjekter, ikke så mye for å bestemme i absolutte vendinger om det var en suksess eller fiasko, men for å identifisere hva som gikk riktig og hva som gikk galt og hvorfor, for å så kunne bruke erfaringene i senere prosjekter om nødvendig (de



Wit 1988).

## Suksessfaktorer for forbedringsprosjekter

I tillegg til suksesskriterier, som helt enkelt kan beskrives som en indikator som måles for å avgjøre om et prosjekt er suksessfullt eller ikke (Rolstadås 2018b), er det også verdt å nevne suksessfaktorer i forbedringsprosjekter. Suksessfaktorer brukes ikke for å måle eller avgjøre om et prosjekt er vellykket, men er heller *“forhold som må ligge til rette for at prosjektresultatet skal oppfattes som vellykket”* (Rolstadås 2018a). Med andre ord faktorer som kan hjelpe prosjektet med å lykkes.

Kritiske suksessfaktorer i prosjekter (critical success factors) har blitt forsket mye på siden begrepet ble innført på 60-tallet (Fortune og White 2006). Det er likevel begrenset enighet blant forfattere om hvilke faktorer som påvirker prosjektets suksess, hvor noe av årsaken til dette blant annet er tvetydigheten når det kommer til hva som regnes som prosjektsuksess (Belassi og Tukel 1996; Fortune og White 2006). Selv de tre mest siterte faktorene blir kun sitert sammen i 17% av et utvalg bestående av 63 artikler (Fortune og White 2006). Vanligvis er det en kombinasjon av mange faktorer, i forskjellige stadier av prosjektets livssyklus, som resulterer i prosjektets suksess eller fiasko (Belassi og Tukel 1996; Müller og Turner 2007).

Fortune og White 2006 gikk som nevnt i gjennom 63 publikasjoner, både teoretiske og empiriske studier, som fokuserte på kritiske suksessfaktorer og rangerte disse faktorene basert på hvor ofte de ble listet opp i litteraturen. De 12 hyppigst siterte suksessfaktorene i prosjekter var:

- Støtte fra toppledelsen
- Klare, realistiske mål
- En oppdatert, detaljert plan
- God kommunikasjon og feedback
- Inkludere bruker/kunden i prosessen
- Et dyktig/tilstrekkelig kvalifisert team
- Effektiv endringsledelse
- Kompetent prosjektleder
- Et godt grunnlag for prosjektet/sterkt business case
- Tilstrekkelig tildeling av ressurser
- Godt lederskap
- En realistisk plan

Belassi og Tukel (1996) grupperer kritiske suksessfaktorer inn i fire grupper: faktorer knyttet til prosjektet, faktorer knyttet til prosjektleder, faktorer knyttet til organisasjonen, og faktorer knyttet til det ytre miljøet til organisasjonen. En slik gruppering av faktorer gir fordelen ved at selv om det kan være vanskelig å identifisere suksessfaktorer som er spesifikke for visse industrier eller organisasjoner, kan det være enklere å identifisere om suksessen eller fiaskoen er knyttet til en eller flere av de nevnte gruppene (Belassi og Tukel 1996). Selv ved en slik gruppering er det viktig å påpeke at de ulike gruppene også henger sammen. En faktor i en gruppe kan påvirke faktorer i en annen gruppe og en kombinasjon av flere faktorer fra ulike grupper kan føre til at prosjektet lykkes eller mislykkes (Belassi og Tukel 1996; Fortune og White 2006).

For eksempel anses tilgjengeligheten av ressurser som en nødvendig faktor for vellykket gjennomføring av prosjekter (Fortune og White 2006). Belassi og Tukel (1996) foreslår imidlertid at ressurstilgjengelighet er en systemrespons på organisatoriske, miljømessige og prosjektledelsesrelaterte faktorer som toppledelsesstøtte, prosjektleders forhandlingsevner og den generelle økonomiske situasjonen til organisasjonen. Tilsvarende er prosjektledernes kompetanse en kritisk faktor som påvirker prosjektplanlegging, tidsplanlegging og kommunikasjon. Dermed er effektiv prosjektplanlegging, tidsplanlegging og kommunikasjon egentlig ikke faktorer, men umiddelbare effekter av faktorer relatert til en prosjektleder. For eksempel prosjektlederens lederegenskaper, kompetanse og tekniske bakgrunn. Det er også verdt å nevne at prosjektleders prestasjon i stor grad kan påvirkes av hvor unike oppgavene er. Hvor standardoppgaver gjør det lettere for en prosjektleder å planlegge og overvåke prosjektene sine (Belassi og Tukel 1996).

Det er mange faktorer som er foreslått for vellykket gjennomføring av prosjekter som kan sies å være knyttet til egenskapene til prosjektleder. Blant annet demonstrerte Pinto og Slevin (1989) viktigheten av å velge prosjektledere som har de nødvendige tekniske og administrative ferdighetene for vellykket prosjektgjennomføring. De viste også at prosjektlederens engasjement og kompetanse blir mest kritisk i planleggings- og avslutningsfasen. Belassi og Tukel (1996) presenterer faktorene knyttet til prosjektleder som “evne til å delegere myndighet”, “inngå kompromiss og å koordinere”, samt “prosjektlederens oppfatning av sin rolle og ansvar” og “prosjektlederens kompetanse og forpliktelse”. Müller og Turner (2007) fant at viktige faktorer for vellykkede prosjekter fokuserer på teamets

tilfredshet, og at prosjektet har en prosjektleder som er ansvarlig for en bred prosjektsyklus - ikke bare planlegging, gjennomføring og avslutningen, men fra de tidligste faser av prosjektet og til implementeringen (Müller og Turner 2007).

I tillegg til å se på suksessfaktorer, kan andre forhold innad i organisasjonen påvirke forbedringsarbeid. Reed 1996 skrev om ekspertmakt og organisatorisk kontroll, og belyser konflikter rundt domener som oppstår som følge av den omstridte monopoliseringen av abstrakt kunnskap, og at denne konflikten blir mer tydelig i perioder med radikal endring (Reed 1996). Monopoliseringen av kunnskap mener Reed er en maktstrategi forskjellige yrkesgrupper benytter gjennom å holde på kunnskapen og relaterte ferdigheter som brukes for å utføre et type arbeid. De oppnår dette kravet på kulturell og teknisk autoritet gjennom en kløktig kombinasjon av stram operasjonell kontroll og mer formaliserte yrkesstrukturer og -foreninger (Reed 1996).

## Makt i organisasjoner

Sosiologen William Richard Scott er kjent for sin forskning på forholdet mellom organisasjoner og deres institusjonelle miljøer. Hvor han blant annet beskriver status- og maktsystemer, og hvordan disse fremkommer i organisasjoner.

*“Deltakere i formelle organisasjoner genererer uformelle normer og atferdsmønstre: status- og maktsystemer, kommunikasjonsnettverk, sosiometriske strukturer og arbeidsordninger.”* - (Scott 2003, s. 59)[oversatt fra engelsk]

Makt er et gjentakende tema i litteraturen om organisasjoner og profesjoner (Ritzer 1975; Johnson 1977; Scott 1982; Freidson 1984; Scott 2003). Blant annet beskriver Freidson (1984) den profesjonelle lagdelingen i organisasjoner som innebærer forskjeller i offisiell autoritet og makt, som igjen gir forskjellige perspektiver på den profesjonelle virksomheten. Scott (2003) beskriver hvordan besettelse av stillinger som tillater utøvelse av organisatorisk autoritet kan være grunnlaget for klassestruktur i organisasjonen. Mens Reed (1996) på sin side har utforsket maktstrategier og ekspertise til ulike profesjonsgrupper, og hvordan dette påvirker interaksjonen og maktbalansen mellom dem. Organisasjoner og deres interne enheter henter legitimitet, makt og autoritet fra deres status i det sosiale miljøet. Den sosiale gyldigheten (social validity) til en gitt enhet, en-

ten det er snakk om en profesjonell gruppe eller en avdeling, er i større grad definert av miljøet enn enhetens interne effektivitet (Scott 2003).

## Begrepet makt

Selv om begreper som makt, autoritet, legitimitet og status er hyppig nevnt i organisasjonslitteraturen, eksisterer det fortsatt en del forvirring rundt disse begrepene (Emerson 1962; Scott 2003). En av de enkleste tilnærmingene til begrepet *makt* er beskrevet av Emerson (1962) :

*“Det ser ut til at makten til å kontrollere eller påvirke en person beror i kontroll over de tingene personen verdsetter, som kan strekke seg helt fra oljeressurser til ego-støtte, avhengig av forholdet det gjelder. Kort fortalt befinner makten seg implisitt i den andres avhengighet.”* - (Emerson 1962, s. 32) [Oversatt fra engelsk]

Hvis den ene parts avhengighet av den andre gir grunnlag for den andres makt, må den makten defineres som en potensiell innflytelse. Makten person A har over person B kan derfor sees på som mengden motstand fra B som potensielt kan overvinnes av A (Emerson 1962). Emerson sin definisjon av makt har noen likheter med Max Webers hyppig siterte definisjon av begrepet: *“Makt er sannsynligheten for at en aktør i et sosialt forhold vil være i stand til å utføre sin egen vilje til tross for motstand, uansett hvilket grunnlag denne sannsynligheten hviler på.”* (Uphoff 1989, s. 299)[oversatt fra engelsk]. Selve kjernen i konseptet er i følge Weber evnen til å oppnå egne mål til tross for motstand, uansett om det brukes formelt eller uformelt. Oppsummert kan makt i følge Weber beskrives som sannsynligheten for at noen kan oppnå sine egne mål, i forhold til andres mål, ved bruk av en rekke midler (Uphoff 1989). Det viktigste å ta med seg herfra er at makt en egenskap knyttet til den sosiale relasjonen mellom personer; det er ikke en konstant egenskap ved en person (Emerson 1962).

## Formell og uformell makt

Makt kan også omtales som formell og uformell. Uformell makt kan beskrives som makten ledere og arbeidere har basert på menneskelig kapital: deres personlige egenskaper og ferdigheter, utdanning og erfaring. Denne menneskelige kapitalen vil gi individuelle forskjeller som kan fungere som ressurser som kan brukes for å belønne og straffe andre

(Scott 2003). Formell makt, også kalt organisatorisk makt, er knyttet til stillinger fremfor personer og deres egenskaper. Denne formelle sanksjonsmakten i organisasjoner er knyttet til stillinger, og er tilgjengelig for alle som okkuperer den stillingen. Formell makt vil derfor kunne overføres ved at en ny person tar over en stilling som innehar makt, og kan gi sanksjoner. Denne formaliseringen er med på å fjerne det personlige elementet fra mellommenneskelige kontrollsystemer i organisasjoner. Formalisering fungerer derfor for å legitimere ulikheter i hierarkier (Scott 2003).

### **Autoritet og legitimitet**

Max Weber omtalte autoritet som “en spesiell form for makt”. Den grunnleggende betingelsen for autoritet er en spesiell rolle eller stilling som gjør det mulig for personen i denne rollen eller stillingen å gi ordre på vegne av gruppen, og støtte disse opp med belønninger eller sanksjoner (Uphoff 1989). Scott (2003) beskriver autoritet som både formell og uformell. For eksempel knyttes formell autoritet retten til å utøve kontroll, gitt en spesiell rolle eller stilling (i samsvar med Webers definisjon på autoritet); mens uformell autoritet indikerer at denne retten innhentes av personen i rollen eller stillingen på grunn av hans eller hennes spesielle egenskaper eller mellommenneskelige bånd. Scott (2003) presenterer også begrepet *profesjonell autoritet* som brukes om anerkjente eksperter innenfor et fagfelt.

Legitimitet blir ofte sett i sammenheng med autoritet, hvor legitimitet oppstår når folk aksepterer autoriteten noen utøver (Uphoff 1989). Suchman definerer legitimitet slik: *“Legitimitet er en generalisert oppfatning eller antakelse om at en enhets handlinger er ønskelige, riktige eller passende innenfor et sosialt konstruert system av normer, verdier, tro og definisjoner.”* (Suchman 1995, s. 574) [oversatt fra engelsk].

For å snakke om legitim makt krever dermed at et sett med personer, eller en gruppe, er knyttet sammen av et maktforhold. I tillegg må det eksistere et sett med normer og regler som regulerer fordelingen og utøvelsen av makt og responsen på denne utøvelsen til resten av gruppen (Scott 2003). Fremveksten av legitimitetsnormer og -regler avleder personers oppmerksomhet fra deres personlige preferanser til kravene til systemet og av deres roller i det (Suchman 1995). Kelman og Hamilton beskriver fenomenet slik:

*“personen oppfører seg som om han var i en situasjon uten noen form for*

*valg... når en person blir presentert for et krav i en situasjon som har alle øremerkene til legitimitet, spør han seg ikke vanligvis hva han vil gjøre. Det sentrale spørsmålet han konfronterer er hva han må gjøre eller bør gjøre - hans forpliktelser fremfor hans preferanser.”* - (Kelman og Hamilton 1989, s. 90)  
[oversatt fra engelsk]

På denne måten kan man si at regler og rollekrav erstatter valg og preferanser. Vi konkluderer med at autoritet er legitim makt og at legitim makt er normativt regulert makt (Scott 2003).

## Status

Forutenom autoritet er også status et begrep som ofte dukker opp i sammenheng med makt. Begrepet kan defineres som: *“Status er et individs plassering eller rang i en hierarkisk orden, for eksempel i et makthierarki, et rikdomshierarki eller et prestisjehierarki.”* (Tjora 2019). Status omtales også som *“en relativ sosial eller profesjonell posisjon”* (Lexico 2019). Sosial status blir ofte identifisert som en kilde til makt, hvor ens status er en sum av alle kriteriene man oppfyller som andre ser på som verdig av respekt, eller spesiell behandling (Uphoff 1989). Man kan også snakke om status som noe man har mer eller mindre av, hvor status kan representere tilgangen på abstrakte goder som prestisje, anseelse og respekt (Tjora 2019). Johnson (1977) beskriver at det er en direkte sammenheng mellom lengden på utdanning og status, hvor høyere økonomiske og sosiale belønninger begrunnes av lengden på utdanningen som er nødvendig for å tilegne seg visse ferdigheter.

## Kilder til makt

Scott (2003) skrev om tilnærmingen til makt hvor en person har innflytelse over en annen, og om at denne innflytelsen kan basere seg på flere kilder. En persons makt er basert på alle ressursene - penger, ferdigheter, kunnskap, styrke, sosiale forbindelser - som han eller hun kan bruke for å hjelpe eller hindre en annen i å oppnå ønsket mål (Scott 2003). French og Raven publiserte i 1959 en artikkel hvor de beskrev fem ulike kilder til makt, og denne klassifiseringen er blitt mye brukt i ettertid. Disse er kjent som belønningsmakt (reward power), tvangsmakt (coercive power), stillingsmakt (legitimate/positional power), referentmakt (referent power) og ekspertmakt (expert power) (French og Raven 1959; Hinkin og Schriesheim 1989; Jeanes 2019a).

Kildene til makt som sees på som mest sentrale for sykehus og denne oppgaven er ekspertmakt og stillingsmakt på bakgrunn av kjennetegnene ved et profesjonelt byråkrati (Mintzberg 1983). Ekspertmakt regnes for å stå sentralt i sykehussektoren hvor det er en blanding av ulike yrker, hvor flere av yrkesgruppene er høyt utdannet og med spesialisert kompetanse. Stillingsmakt tas med da sykehus gjerne er store, byråkratiske organisasjoner med flere ledernivåer. Ekspertmakt er makten noen har grunnet deres kunnskap eller ekspertise, og klassifiseres som uformell makt (Scott 2003). En betingelse for denne makten er at ekspertisen anvendes hensiktsmessig i rett situasjon, og at den er anerkjent og respektert av andre. Personer som ikke innehar den aktuelle ekspertisen vil da ofte henvende seg til eksperten for deres mening og se på dem som ledere i spesifikke situasjoner. I enkelte situasjoner vil også eksperten kunne være den eneste personen som kan løse et problem basert på deres kunnskap og evne til å tolke informasjon (Jeanes 2019b). Den spesialiserte kunnskapen og ferdighetene som eksperten har spiller ofte en sentral rolle i å danne beslutningsgrunnlag og utfallene som kommer fra dem. I moderne samfunn i dag er ekspertise en av hovedområdene hvor man kjemper om kontroll av organisasjonen og ledelse av arbeidet (Reed 1996). Stillingsmakt viser derimot til makten en person har grunnet posisjonen sin i organisasjonshierarkiet, og klassifiseres som formell makt (Scott 2003). Stillingsmakt gir tilgang til ressurser og evnen til å påvirke andre ansatte ved å tilby belønninger eller utøve tvang ved å fjerne fordeler eller true med straff (Jeanes 2019c), og kan linkes til Scott (2003) sin definisjon på formell autoritet.

## **Makt i prosjekt**

I en prosjektgruppe er det vanligvis en prosjektleder som har ansvaret for planlegging og koordinering av arbeidet til gruppen så lenge den er operativ. Avdelingsleder, eller ledere fra andre nivåer i linjen basert på hvor prosjektet kommer fra, delegerer autoritet og myndighet til prosjektlederen til å opptre på deres vegne under prosjektet (Scott 2003). Maktgrunnlaget til den enkelte prosjektleder avhenger av statusen til det aktuelle prosjektet og prosjektlederens omdømme og påvirkningsevner. Det avhenger også av støtten fra prosjekteieren og hans/hennes evne til å fremheve og støtte prosjektet i innflytelsesrike kretser der det er nødvendig. Det er viktig at prosjektlederen forstår maktmiljøet i organisasjonen, og vet når man skal bygge og inngå allianser, eller bevege seg rundt hindringer ved å appellere til en høyere autoritet (Lovell 1993).

Liu og Fang (2006) har forsket på makten knyttet til prosjektleder og denne delegasjonsprosessen hvor makt blir delegert til prosjektleder. Prosjektlederen, som den formelle lederen av teamet, vil få formell makt (stillingsmakt) knyttet til sin rolle i prosjektet. Stillingsmakten bestemmes av organisasjonstrukturen og hvordan dette utøves i form av delegasjon. Delegasjonsprosessen innebærer å gi prosjektlederen myndighet til å gjøre bestemmelser innenfor et område og et tilhørende ansvar. Dersom beslutningsprosesser delegeres, inkluderer dette også stillingsmakt. I motsetning til om man kun delegerer myndighet til å følge virksomhetens rutiner, hvor det ikke vil medfølge noen stillingsmakt til rollen (Liu og Fang 2006).

Prosjektmedlemmene på sin side vil ofte sitte med en sterk kilde til ekspertmakt, grunnet sine kunnskaper og ferdigheter som er viktige for gjennomføringen av prosjektet. Ettersom det ofte finnes et gap mellom makten delegert til prosjektlederen gjennom stillingen, og makten som kreves for å få jobben gjort, må prosjektleder kanskje benytte andre midler for å dekke dette gapet. Det er urealistisk å forvente at prosjektledere har ekspertise på alle områder som trengs i gjennomføringen av et prosjekt, og avviket mellom prosjektlederens og teammedlemmenes faglige kompetanse vil påvirke hvordan prosjektlederen forholder seg til resten av teamet (Liu og Fang 2006).

I tillegg til makt knyttet til definerte roller i prosjekter og arbeidsprosesser, vil bruk av makt også utøves av andre som påvirkes av endringen. Pettigrew (1987) skrev i sin artikkel om bruk av makt til to ulike formål i endringsprosesser: makt brukt for å beseire konkurranse i en endringsprosess og makt brukt for å forhindre konkurranse i en endringsprosess. Denne makten kan uttrykkes gjennom taktisk bruk av åpenbare maktkilder som stilling, belønning, sanksjoner, eller ekspertise (Pettigrew 1987). Hvor ekspertise er ferdigheter og kunnskaper som skiller eksperter fra andre på det området vedkommenede er ekspert (Smeby 2020).

## Kompetanse

Kompetanse er et individs evne til å utføre en oppgave på riktig måte. Kompetansebegrepet er omfattende, og har vært definert på mange forskjellige måter. Kompetanse kan være uformell, formell, individuell og kollektiv, og inkluderer en persons kunnskap, ferdig-



heter, holdninger og hvordan disse brukes i samspill (Regjeringen 2018). Den mest siterte definisjonen på kunnskap (Bolisani og Bratianu 2018) er blitt formulert av Davenport og Prusak (1998) [Oversatt fra engelsk] som:

*“Kunnskap er en flytende blanding av erfaring, verdier, kontekstuell informasjon og ekspertinnsikt som gir et rammeverk for å evaluere og innlemme nye erfaringer og informasjon. Kunnskap oppstår og brukes i sinnet. I organisasjoner blir det ikke bare innebygd i dokumenter eller arkiv, men også i organisatoriske rutiner, prosesser, praksis og normer.”*

Bolisani og Bratianu (2018) viser til tre typer kunnskap; erfaringskunnskap, ferdigheter og hevdet kunnskap (knowledge claims). Erfaringskunnskap er den man opparbeider gjennom direkte kontakt med miljøet gjennom sansene, for så å bli prosessert i hjernen. Ferdigheter omfatter kunnskap om hvordan man gjør noe. Det baserer seg på erfaringskunnskap, men er strukturert og utførende, sånn som å f.eks svømme eller sykle. Hevdet kunnskap er hva vi vet, eller hva vi tror vi vet. Vi vet ikke hvor mye vi vet, siden kunnskap både kan være eksplisitt og implisitt, som betyr at kunnskapen kan eksistere ubevisst eller som intuisjon (Bolisani og Bratianu 2018). Implisitt læring refererer til prosessen av å lære uten at det var intensjonen, og uten å enkelt kunne formidle hva som er blitt lært (Patterson mfl. 2010) Implisitt kunnskap gjenkjennes ved at den ikke er direkte overførbar til andre, at den kun kan opparbeides gjennom personlig erfaring innenfor den riktige konteksten, og at kunnskapen er personlig og kontekstuell slik at den ikke lar seg lagre fysisk (Lam 2000).

## **Prosjektkompetanse**

Kompetanse om ledelse, styring og prosjektgjennomføring er viktig i forbedringsprosjekter for å holde stø kurs med fokus på kostnader, tid og kvalitet (Adler mfl. 2003; Ika 2009; Rosacker, Zuckweiler og Buelow 2010; Baum og Swig 2017). Kouzes og Posner (1995) mener lederskap baserer seg på relasjoner, og å hjelpe mennesker (eller organisasjoner) og bevege seg i riktig retning. Til forskjell for styring som fokuserer på å opprettholde orden, planlegge, organisere, koordinere ressurser, og å følge regler og detaljer.

I dag leveres kompetanse om prosjekt og prosjektgjennomføring av både utdanningsinstitusjoner og næringsliv, og det å titulere seg som prosjektleder eller prosjektmedar-

beider innehar ingen formelle kompetansekrav eller sertifiseringer. Det finnes allikevel interesseorganisasjoner som Project Management Institute Norway, Norsk Forening for Prosjektledelse (NPF) samt at flere fagforeninger som NITO og TEKNA holder prosjektlederkurs for sine medlemmer. Det eksisterer også en rekke forskjellige sertifiseringer for prosjektlederutdannelse, som PRINCE2, IPMA, SCRUM Master og lignende.

## **Medisinsk kompetanse**

Segen's Medical Dictionary (2011) definerer medisinsk kompetanse som informasjonsmateriale om sykdomer, mekanismer og patogenese, terapier og interaksjoner samt tolkning av laboratorietester. Som stort sett er anvendelig for beslutninger om pasienter og offentlig helsepolitikk, i motsetning til pasient-spesifikke data. Medisinsk kunnskap skal, hvor mulig, være basert på entydige bevis fra kliniske eller epidemiologiske studier, bruk av gyldige og sikre metoder.

Medisinsk kompetanse er strengt regulert, og titler som lege og sykepleier er beskyttet under *Lov om helsepersonell*. Det er helsedirektoratet som har ansvar for autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning for å kunne bruke de beskyttede titlene, og da også utøve medisinfaget (Helsepersonelloven 1999). Dette ansvaret ble i henhold til bestemmelsene i helsepersonelloven gitt til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) etablert i 2001. SAK har som ansvar å gjennomføre lisens og autorisasjon av helsepersonell, og har også myndighet til trekke tilbake lisens eller godkjenning (Helsedirektoratet 2013).

## **Kunnskap i organisasjonen**

Schindler og Eppler (2003) så at kunnskap og erfaring fra prosjekter ofte ikke blir integrert inn i kunnskapen til organisasjonen, og trakk frem at ved å ta vare på erfaringer fra prosjekter vil organisasjonen kunne sammenligne prosjektene mer systematisk og dokumentere de mest effektive problemløsningsmekanismene. Gode rutiner for å dokumentere uhell, feil eller potensielle fallgruver vil også kunne redusere projektrisikoen for senere forbedringsprosjekt. Dette er for å unngå at disse erfaringene går tapt når personene i prosjektet går tilbake til sin linjeorganisasjon.

I sykehus er også kunnskap en kilde til legitimitet. Johnson (1977) fant at profesjonell autoritet stammer fra profesjonell kompetanse, og Spehar, Frich og Kjekshus (2015) viste at leger bruker sitt kliniske arbeid for å få legitimitet og respekt fra sine medisinske kolleger. I sykehus gir da medisinske kunnskap legitimitet som Nembhard, Labao og Savage (2015) viste at leger bruker for bygge oppunder et inntrykk av at deres stemme er validert eller autorisert. Leger har da vist seg å introdusere seg ved å beskrive sin medisinske bakgrunn og erfaring for å rettferdiggjøre og legitimere sin kompetanse (Waring og Bishop 2010).

## Motivasjon for ledelse

Chan og Drasgow (2001) utledet et teoretisk rammeverk for forstå forholdet mellom individuelle forskjeller og forskjellige lederstiler i lys av motivasjonen til den utøvende lederen. Deres rammeverk, *motivation to lead (MTL)*, ser på de forskjellige entiteter som kan brukes til å måle en persons motivasjon til å skaffe seg en lederposisjon, hvor modellen ser på spesifikke personlighetstrekk og verdier, samt tidligere ledererfaring. Dette deler de så inn i tre typer ledelsesmotivasjoner; affektiv-identitet, ikke-kalkulerende og sosial-normativ. Disse baseres på personlighetstrekk, verdier og personlig grad av individualistisk eller kollektivistisk fokus. Affektiv-identitets motivasjon for ledelse kan grovt beskrives som gruppen som ser seg selv som ledere. Dette er individer som liker å lede, og er individer som kan gjenkjennes som utadvente og engasjert i lederrollen. Ikke-kalkulerende motivasjon for ledelse har en tendens til å verdsette harmoni og er konfliktsky i deres relasjon til andre. Sosial-normativ er motivert av en følelse av plikt og ansvar, aksepterer sosiale hierarki og har ofte mer ledelseserfaring og er trygg på sine lederevner.

Verdier er definert av Schwartz (1994) som begreper eller overbevisninger som vedrører ønskelige slutttilstander eller atferd. De overgår spesifikke situasjoner og veileder valg, eller evaluering, av atferd og hendelser, og er av varierende viktighet. Schwartz (1994) viste at det samlede innholdet i verdier kan reduseres til to dimensjoner, skillet mellom individualisme og kollektivism. Der hvor individuelle forskjeller i personlighetstrekk generelt antas å ha et biologisk element, er verdier i større grad sett som en påvirkning fra ens sosiokulturelle miljø. Det ligger også en antagelse om at personlighetstrekkene og verdiene, sammen med tidligere erfaring, gir en følelse av mestring som også påvirker MTL (Chan og Drasgow 2001). Funnene til Chan og Drasgow (2001) viser at MTL

ikke kun er gitt av stabile trekk som personlighet, men at MTL også er dynamisk og kan endres gjennom læring og erfaring.

# Metode

Denne oppgaven undersøker hva som påvirker prosjektleders evne til å gjennomføre vellykkede forbedringsprosjekter i sykehus. Hvor oppgaven blant annet går inn på overordnet strategi til forbedringsprosjekter, prosjektprosessen og prosjektledelse i sykehus.

## Forskningsmetode og forskningsdesign

For å besvare problemstillingen er det valgt å se på forbedringsprosjekt hos OUS som case, hvor innsamlingen av empiri er gjennom kvalitativ metode. Hos OUS er det gjennomgått seks forbedringsprosjekter for å finne svar på forskningsspørsmålet.

### Kvalitativ metode

Et kvalitativt studie er gjerne fortolkende med fokus på informantenes opplevelse og meningsdanning, og hvilke konsekvenser dette medfører. Der hvor kvantitativ forskning legger vekt på oversikt og forklaring, vil kvalitativ forskning fremheve innsikt og forståelse. I kvalitativ forskning vil man også ha en form for nærhet til forskningsobjektene, med en åpen interaksjon mellom forsker og informant. I tillegg til en induktiv (eksplorerende og empiridrevet) framgangsmåte heller enn en deduktiv (teori- og hypotesedrevet) (Bryman 2016; Tjora 2017). Kvalitativ forskning er i følge Tjora (2017) preget av en betydelig følsomhet overfor konteksten den gjennomføres i. Hvor *“Et feltarbeid i et sykehus vil kunne kreve at man er oppmerksom på praksiser og situasjoner som er spesifikke for sykehuset som organisasjon”* (Tjora 2017, s. 15). Det er derfor ønskelig med datainnsamling tidlig i prosjektet for å ha muligheten til å justere bruk av teori og perspektiver til det som fremstår som interessant i analysen (Tjora 2017). Det er viktig å ta med seg at kvalitativ forskning er subjektiv og at forskerens forståelse, som er formet av blant annet personlig bakgrunn og erfaringer, vil kunne påvirke hvordan forskningen formes vedrørende tema, metode, valg av teori og analyse (Bryman 2016; Tjora 2017).

Kvalitativ data, gjennom sitt fokus på personers “opplevde opplevelser” er godt egnet for å avdekke meningene som tillegges hendelser, prosesser og strukturer i deres liv (Miles og Huberman 1994). Miles og Huberman (1994) trekker også frem styrkene ved kvalitativ data, blant annet fokuset på naturlig fremtredende hverdagshendelser, som kan gi en godt grep over hvordan “det virkelige liv” er, samt evnen til å avdekke kompleksitet gjennom

sitt helhetlige og omfattende datagrunnlag.

## **Casestudie**

Det er i oppgaven valgt casestudie som forskningsdesign (Bryman 2016). Et casestudie fokuserer på å forstå dynamikkene tilstede i en enkel setting, og kan inneholde et enkelt case med flere nivåer av analyse (Eisenhardt 1989). Et casestudie omfatter da en detaljert og gjennomgående analyse av et case, og omhandler kompleksiteten og særegenhetene ved caset som analyseres. Den vanligste bruken av et “case” assosieres ofte med studiet av en lokasjon, være seg et samfunn eller en organisasjon, men kan også omhandle analyse av personer, grupper, avgjørelser, policyer og andre systemer (Bryman 2016). Denne oppgaven ser på OUS og deres forbedringsprosjekter som et enkelt case, og er et beskrivende studie hvor det forsøkes å beskrive en intervensjon eller fenomen i den virkelige sammenhengen som det skjedde i (Baxter og Jack 2008). Forskningsspørsmålet egner seg som et *representativt* eller *typisk case* som beskrevet i Bryman (2016), hvor caset blir valgt for det er av slik art at det kan eksemplifisere et større område hvor caset er medlem, og som da kan si noe om nøkkelprosesser i innenfor dette området. Hvor OUS her blir sett på som et representativt case for sykehus.

En av styrkene til case studier er ifølge (Eisenhardt 1989) muligheten for å bygge teori ved å overlappe dataanalyse med datainnsamling, samt å se mønster som overlapper i flere lignende hendelser. Dette gir for eksempel muligheten til å videre grave innen fremtredende tematikker underveis i innsamlingsprosessen. I denne oppgaven er det analysert flere prosjekter, og prosjektmandatene ble gitt i forkant av intervjuene. Dette har gitt mulighet for å finne overlappende mønster i caset ved å se på flere forbedringsprosjekter hos OUS.

## **Metode for innsamling av data**

I oppgaven ble det brukt både intervjuer og dokumenter for analyse av data.

### **Tilgang til data**

Utvalget som skulle undersøkes i forbindelse med forskningsspørsmålet ble målrettet utvalgt i to steg. Hvilke forbedringsprosjekter ved OUS som skulle analyseres ble valgt først.

Her ble det lagt vekt på at forbedringsprosjektene skulle være representative for OUS, og det ble valgt ut prosjekter fra en sykehusovergripende prosjektportefølje. I tillegg til at ble det valgt ut et par prosjekter som var mer lokale (på avdelings- og seksjonsnivå). Det var også ønskelig at prosjektlederne skulle komme fra ulike fagbakgrunner og stillinger. Dette er det Bryman (2016) kaller for *typisk prøvetaking* (typical case sampling), hvor man velger ut et område basert på at det eksemplifiserer det som er av interesse. I praksis ble dette gjort gjennom en forespørsel til OUS med kriteriene vedlagt, hvor det ble gjort tilgjengelig flere forbedringsprosjekt som så ble utvalgt på bakgrunn av hvilke intervjuobjekt som kunne stille. Basert på forskningsspørsmålet var det her naturlig å intervju prosjektlederne i de respektive prosjektene. I tillegg var det ønskelig å intervju personer som hadde jobbet tett på prosjektlederen for å få flere perspektiver. Bryman (2016) kaller dette for *stratifisert målrettet prøvetaking* (stratified purposive sampling), hvor man vanligvis velger ut typiske tilfeller eller enkeltpersoner i undergrupper av interesse (Bryman 2016).

Tabell 1: Oversikt over innsamlet data

Prosjekt	Informant	Dokument
Prosjekt 1	Prosjektleder	Prosjektmandat Sluttrapport
Prosjekt 2	Prosjektstøtte	Prosjektmandat Sluttrapport
Prosjekt 3	Prosjektstøtte	Prosjektmandat Retningslinje/sluttrapport
Prosjekt 4	Prosjektleder Prosjektstøtte	Rapport for fase 1
Prosjekt 5 - Pakkeforløp	Prosjektleder	Ledermøtesak
Prosjekt 6 - Nettverk for kont. forbedring	Prosjektdeltaker Prosjektdeltaker	Oppsummeringsskriv

Denne oppgaven analyserte da datamateriale og intervjuer som vist i tabell 1, samt støttet seg til intervjuene som ble gjort tilgjengelig fra en annen mastergruppe. Datamaterialet i tabell 1 var samlet spesifikt for dette forskningsspørsmålet med utvalgte prosjekter. Her er det også lagt inn skille mellom hvilke prosjekter som er den del av *Forbedring av*

*driften* og de prosjektene som var mer ‘lokale’. I tillegg ble andre dokumenter hentet inn i ettertid for å supplere med mer informasjon. Dette var blant annet mandatet for forbedringsprogrammet *Forbedring av driften* og en ppt som omhandlet pågående oppstart av porteføljestyling ved OUS. Offentlige dokumenter som ligger på OUS sin nettside har også blitt brukt for å supplere med informasjonen vi har fått, eksempelvis strategidokumenter.

Av praktiske hensyn ble noen intervjuer gjort med personer som hadde vært prosjektstøtte for prosjektleder eller fungert som en assisterende prosjektleder. Dette var i de tilfeller hvor det av forskjellige årsaker ikke var mulig å intervju prosjektets prosjektleder direkte. Det ble likevel antatt at disse personene hadde god innsikt i rollen til prosjektleder, samt prosjektgjennomføringen og prosjektstyringen. Dette støttes også av noen funn, hvor disse personene ofte ble sett på om fungerende prosjektleder og at prosjektlederen på papiret var mer symbolsk.

## Intervju

Intervjuprosessen skjedde i to runder, et for-intervju med nøkkelpersonell hos OUS, etterfulgt av åtte intervjuer som var spisset inn mot forskningsspørsmålet og de forbedringsprosjektene som ble analysert. For-intervjuet ble avholdt for å diskutere relevansen av forskningsspørsmålet, samt diskutere funn fra prosjektoppgaven og hvorvidt disse funnene også var relevante for OUS. Dette ble tatt med videre inn i utviklingen av intervjuguidene for de påfølgende intervjuene som ble avholdt noen uker senere.

I de påfølgende intervjuene ble det valgt semi-strukturert intervjumetodikk (Bryman 2016). Dette for sikre at vi kom innom det vi anså som viktige områder for forskningsspørsmålet, og samtidig gi rom og mulighet for intervjuobjektet til å fritt gi sine egne refleksjoner, synspunkt og tanker, samt å holde en fleksibilitet etter hva intervjuobjektet svarte. Det ble avholdt åtte intervjuer i forbindelse med forskningsspørsmålet for denne oppgaven. Syv av intervjuene ble avholdt ansikt-til-ansikt, mens et intervju ble avholdt over telefon. I tillegg ble det gitt tilgang til 15 intervjuer som ble avholdt og transkribert av en annen mastergruppe. Denne mastergruppen hadde også et samarbeid med OUS, men hadde et annet forskningsspørsmål. Det ble likevel vurdert at disse intervjuene kunne bidra til bedre innsikt i bedriften og gi mer kontekst, slik at det ble til sammen analysert 23 intervjuer. Intervjuene varte i 30 til 60 minutter, og ble transkribert med



et lavt detaljnivå (intelligent verbatim metode). Til sammen utgjorde det transkriberte datamaterialet ca 230 sider. I tillegg til intervju ble prosjektmandater og sluttrapporter for de utvalgte forbedringsprosjektene samlet inn for analyse.

Intervjuguiden ble laget og justert underveis i prosessen, slik at den ble best mulig spisset inn mot forskningsspørsmålet og intervjuobjektet. Dette ble gjort slik at intervjuguiden passet intervjuobjektet som presisert av Bryman (2016). Alle intervjuene ble tatt opp ved hjelp av lydopptaker, som senere ble brukt til transkribering av intervjuene.

Forskningsprosjektet er innmeldt og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Data-tjeneste (NSD) (vedlegg A), samt skrevet i samarbeid med Oslo Universitetssykehus (vedlegg B). Datainnsamlingen ble gjennomført etter samtykke av hver enkelt informant, hvor det både skriftlig og muntlig ble presisert at de har kunnet trekke seg fra prosjektet, og hvordan dette skal gjennomføres.

## Dokumenter

Dokumentene som ble gjort tilgjengelige for analyse var prosjektrapporter og -mandater fra de respektive forbedringsprosjektene, som vist i tabell 1. Dokumentene ble brukt i utviklingen av intervjuguidene inn mot det enkelte prosjekt, og som tilleggsdata ved analyse av forbedringsprosjektene. Dette ga mulighet for *triangulering* av dataene ved å ha flere datakilder å støtte seg på, noe som resulterer i større tillit til funnene (Bryman 2016).

## Metode for analyse av data

For analysen av datamaterialet, ble det brukt en stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) som beskrevet i Tjora (2017). Ved bruk av SDI vil man bruke såkalt åpen koding på datamaterialet, hvor man holder fast ved en ren induktiv strategi og holder seg til kun ett nivå av koder. Etter intervjuene var transkribert ble det gjennomført empirinær koding ved bruk av analyseverktøyet *NVivo* som første steg i analysearbeidet. Ved empirinær koding ligger kodene tett opp mot empirien, hvor kodene er generert induktivt med utgangspunkt i analysedata. Kodene skal gjerne ivareta de helt spesifikke i datamaterialet, hvor man gjerne kan bruke ord eller fraser som stikker seg ut slik at man legger kodene

tett på deltakerutsagn fra intervjuene. Dette kan generere et stort antall koder, siden kodene stammer fra empiri og ikke teori. En slik induktiv empirinær koding er med på å redusere påvirkningen forskeren har på analysen grunnet ulike forventninger og teorier i forkant av analysearbeidet (Tjora 2017). Kodingen av intervjuene samt prosjektdokumentene resulterte i totalt 363 koder.

Etter all empirien var gjennomgått og gjort om til empirinære koder, ble kodene gruppert etter tema. Kodegrupperingen ble i likhet med kodingen også gjort induktivt, og koder som hadde en tematisk sammenheng ble samlet i grupper. Det ble totalt dannet 25 kodegrupper, eksempelvis *prosjektutfordringer*, *prosjektgjennomføring* og *prosjektimplementering*. Disse kodegruppene dannet utgangspunktet for det videre arbeidet med analysen (Tjora 2017). For videre sortering og analyse ble det i *NVivo* produsert matriser (*Framework Matrices*) for å få oversikt over datamaterialet. Matrisene ble satt opp med rader sortert på personer intervjuet, og kolonnene med aktuelle kodegrupper. For analyse av prosjektrapporter og prosjektmandater ble matrisene sortert slik at radene representerte hvert prosjekt, og kolonnene på kodegruppe. Dette oppsettet ga oversikt over hva som gikk igjen i de ulike prosjektene, samt hva som var ulikt. Noe som resulterte i et godt sammenligningsgrunnlag mellom de forskjellige prosjektene, samt eksempelvis prosjektleder og prosjektstøtte i analysen.

Funnene ble så skrevet ut sortert etter de tematiske kodene, hvor det i først ble lagt vekt på funn som var gjentakende over flere kilder, så analysert de eventuelle ulikhetene som kom frem. Strukturen i analysen bygger på en vertikal gjennomgang av funnene, fra de overordnede strategier, erfaringene gjort i forbedringsprosjektet, til hvordan prosjektledelsen fungerte.

## Oppgavens metodiske kvalitet

Hvilke forbedringsprosjekter og intervjuobjekt som dannet grunnlaget for oppgaven ble valgt på for-intervjuet sammen med nøkkelpersonene hos OUS. Fra disse prosjektene ble potensielle intervjukandidater spurt om å delta, og prosjektene hvor det lyktes å finne deltagere ble tatt med videre. Det var også et par prosjekter hvor vi fikk tilgang til prosjektrapportene, men ingen intervjukandidater kunne eller ønsket å stille. Forbedringsprosjekt er da til dels valgt på bakgrunn av bekvemmelighet, og casene er dermed ikke

nødvendigvis optimale for størst mulig generaliserbarhet (Tjora 2017).

Oppgaven har ikke fått intervjuet prosjektmottakere eller prosjekteiere. Dette skyldtes hovedsakelig at disse personene hadde fått nye roller i organisasjonen eller hadde byttet jobb, slik at de ikke hadde mulighet til å stille til intervju. Disse perspektivene hadde vært ønskelig for å få en bredere vurdering på forskningsspørsmålet, spesielt da oppfattelsen av et prosjekts suksess kan variere etter hvem det er som vurderer det.

Koronavirus (covid-19) gjorde datainnsamlingen vanskeligere enn planlagt. Den 12. mars 2020 ble det gitt generell karantene i Norge, og mulighet for fysisk møte ble tatt bort. Vi fikk holdt 7 intervjuer hos OUS før regjeringen innførte restriksjoner, og et allerede planlagt intervju ble holdt over telefon i ettertid. Vi fikk dermed holdt intervjuene som var planlagt før koronakrisen slo til, og sammen med veileder ble det bestemt at det ville være vanskelig å få til flere intervjuer slik som situasjonen hadde utviklet seg. Intervju over telefon eller internett var fortsatt mulig, men OUS gikk også inn i en travel periode. Vi var flere grupper som hadde masteravtale med OUS, og på bakgrunnen av situasjonen ble datene til de ulike gruppene delt for best mulig datagrunnlag, selv om dataene var hentet inn med ulike problemstillinger i bakhodet. I praksis ga dette oss en begrensning i antall intervjuer utført, og utfordringer gjennom å ikke kunne møtes fysisk for samarbeid og arbeid slik at vår arbeidsrutine ble endret.

## **Oppgavens troverdighet**

### **Validitet**

Den interne validiteten tar for seg om det er sammenheng mellom observasjon og de teoretiske ideene som utvikles fra disse observasjonene. Den eksterne validiteten viser til hvilken grad disse funnene kan generaliseres over flere sosiale settinger (Bryman 2016).

For å forsøke å sikre validiteten bygger oppgaven i stor grad på tidligere forskning på forbedringsprosjekt, prosjektledelse, lege som ledere og maktdynamikk i sykehus. Disse studiene er i all hovedsak internasjonale, og ble gjennomgått som litteraturstudie i prosjektoppgaven som ble skrevet høsten 2019. Funnene blir presentert slik at det kommer tydelig frem hva det er som har god støtte i tidligere forskning, og hva som er funn som

er mer isolert fra denne oppgaven. Den interne validiteten støtter seg da på data fra flere kilder på samme tematikk, samt tidligere forskning på tilsvarende områder.

## **Reliabilitet**

I følge Bryman (2016) kan reliabilitet i kvalitativ forskning deles inn i ekstern og intern. Ekstern reliabilitet tar for seg i hvilken grad studiet kan repliseres. Dette er vanskelig å møte i kvalitativ forskning, da man ikke kan 'fryse' en sosial setting eller de omstendighetene studiet foregår i (Bryman 2016). Denne oppgaven sin repliserbarhet ansees som moderat. Dette skyldes at forbedringsprosjektene og intervjuobjektene er anonyme, og således i seg selv vil være vanskelige å replisere. Allikevel vil de samme type studier kunne gjennomføres på sykehusovergripende forbedringsprosjekt hos OUS, og vil på så måte kunne etterprøves til en viss nøyaktighet.

Intern reliabilitet omhandler når det er mer enn en observatør, at forskningsteamet er enige om de funn som er gjort (Bryman 2016). Dette studiet har vært utført av to personer, hvor det kun er ett intervju som bare ble gjennomført av en av oss. Intervjuene og dataene har blitt kodet parallelt i flere tilfeller, hvor tolkningen har vært overlappende. Det har også vært gjentatte samtaler om funnene, og hva disse betyr. Det har gjennom denne prosessen vært stor enighet om funnene som er gjort.

Tjora (2017) har argumentert at det innen reliabilitet er viktig å være bevisst sin egen forutinntatthet. Innen kvalitativ forskning er man inneforstått med at fullstendig nøytralitet ikke kan eksistere. Det viktigste er ikke da å forsøke å ha helt blanke ark inn i forskerrollen, men å anerkjenne den forutinntatthet man har, og å justere sin forståelse underveis (Tjora 2017). Det er ikke mulig å skrive en oppgave om en statlig institusjon som alle i samfunnet har et forhold til og formening om uten å på forhånd ha antagelser om denne institusjonen. Helsesektoren er også en meget stor arbeidsplass, og gjennom familie, venner og bekjente blir man møtte med meninger og tanker som omfatter dette forskningsspørsmålet. OUS er også ofte omtalt i nasjonale medier, og forbedringsprosjekter blir også omtalt her.

## Funn og Analyse

Gjennom datainnsamlingen er det forsøkt å finne svar på hvordan prosjektleder kan lykkes med forbedringsprosjekter i sykehus ved hjelp av å se på seks ulike forbedringsprosjekter ved OUS. Disse prosjektene har forskjellige opphav, hvor fire av forbedringsprosjektene er et resultat av *Forbedring av driften OUS 2017 - 2020*, et frittstående prosjekt, samt et forbedringsprosjekt som går under *Nettverk for kontinuerlig forbedring*. Empirien og funnene fra intervju og dokumenter vil presenteres og tolkes her, før implikasjonene av funnene diskuteres videre i *Diskusjonskapittelet*.

## Oppsummering av funn

Tabell 2: Oppsummering av prosjektene, prosjektsuksess, samt leder og støtte sin fagbakgrunn og prosjektkompetanse

Prosjekt	-ledelsesuksess	Produktsuksess	Prosjektleder	Prosjektstøtte
P1	God Pågår fortsatt	Allerede sett positive effekter	Klinikkleder (lege) Mindre erfaring m. prosjekt	Ja, ble brukt Ukjent fagbakgrunn og erfaring
P2	Middels Forbedringspotensial ifm. tid og oppfølging	Uklar måloppnåelse	Klinikkleder (lege) Tidligere erfaring m. prosjekt	IKT God erfaring m. prosjekt
P3	God Leverte rapport iht tidsplan	Uklar måloppnåelse	Klinikkleder (lege) Noe erfaring m. prosjekt	Sykepleier m. lederutdanning Liten erfaring m. prosjekt
P4	God Pågår fortsatt	Ikke implementert	Overlege Mindre erfaring m. prosjekt	Sykepleier m. master i ledelse God erfaring m. prosjekt
P5	God Utfordringer ifm impl.	God Målte forbedringer	Naturvitenskaplig utd. God erfaring m. prosjekt	Ingen
P6	God Trekker frem mye læring	God Implementert og målt flere tiltak	Naturvitenskaplig utd. God erfaring m. prosjekt	Naturvitenskaplig utd. God erfaring m. prosjekt

Oppsummeringen av prosjektlede- og produktsuksessen, samt prosjektleder og prosjektstøtte sin fagbakgrunn og prosjekterfaring er vist i tabell 2. Prosjektledelsesuksessen regnes som god dersom de involverte partene opplevde denne prosessen som god. Det betyr ikke at det var uten prosjektmotstand, utfordringer underveis eller at alt gikk etter planen. Det er da lagt vekt på hvordan prosjektet klarte å jobbe rundt eventuelle utfordringer, og hvordan dette er opplevd i retrospekt. Produktsuksessen regnes som god om

tiltak fra forbedringsprosjektet er implementert i linjen, og positive resultater er oppnådd. I flere prosjekter kan det ikke vises til produktsuksess, da prosjektet ikke er ferdigstilt, effekter aldri har blitt målt eller at det kan vises til faktisk implementasjon av prosjektresultatene.

Forbedringsprosjektene under *Forbedring av driften* har alle hatt en prosjektleder med medisinsk kompetanse. Fra prosjektet under *Nettverk for kontinuerlig forbedring* har ingen av intervjuobjektene legeutdanning, men har innehatt en naturvitenskapelig utdanning. I det siste prosjektet hadde prosjektleder en naturvitenskapelig utdanning, samt tidligere erfaring fra privat næringsliv. I andrehåndsintervjuene er det intervjuet flere med en lederposisjon på forskjellige nivåer hos OUS, men som da ikke faller inn under noen av forbedringsprosjektene analysert. Disse intervjuene er brukt som sammenligningsgrunnlag til intervjuene utført for denne oppgaven. Utdanningsbakgrunnen til andrehåndsintervjuobjektene var i all hovedsak medisinsk, med både leger og sykepleiere, men også noen med administrativ og økonomisk bakgrunn.

## Oversikt over forbedringsprosjektene

Prosjektene i forbedringsprogrammet *Forbedring av driften OUS 2017 - 2020*, heretter kalt *Forbedring av driften*, har alle den felles målsetningen om “Å øke sykehusets investeringsevne i MTU, IKT og bygg”. For styringen av disse forbedringsprosjektene er det satt ned en styringsgruppe. Denne gruppen består blant annet av flere linjeledere fra både avdeling og klinikk, og noen personer fra administrasjonen, i tillegg til at tillitsvalgte og verneombud er representert. Produktivitetsforbedrende tiltak identifiseres av økonomistaben og prioriteres av styringsgruppen med støtte av økonomistab. Styringsgruppen vedtar igangsettelse av forbedringsprosjektene og er underlagt administrerende direktør og ledergruppen på OUS. Det er også styringsgruppen som lager anbefalinger som behandles i ledermøtet hvor prosjektbeslutningene blir tatt. Forbedringsprosjektene rapporterer jevnlig til økonomistab, som videre gir en samlet statusoppdatering til styringsgruppen. Enkelte av prosjektene fremlegger også status i ledermøtet ved behov.

Selv om prosjektbeslutningene blir tatt i ledermøtet er det styringsgruppen som kommer med overordnede føringer til prosjektet, og foretar oppfølging av fremgangen i prosjektene gjennom rådgiving og vedtak av korrektive tiltak ved behov. På alle områdene

som behandles skal det settes en økonomisk målsetning og arbeidet skal ikke avsluttes før det er dokumentert i hvilken grad målsetningen ble nådd eller ikke. Ved ferdigstilling av prosjektet leveres en prosjektleveranse, gjerne i form av en sluttrapport, som inkluderer en vurdering av implementering av tiltak og en plan for gevinstrealisering.

Videre beslutter styringsgruppen prosjektleder og ressursbehovet til prosjektet i hvert enkelt tilfelle. For prosjektene i *Forbedring av driften* må prosjektleder og prosjektmedarbeiderne som skal inkluderes i prosjektarbeidet ha autoritet, motivasjon og gjennomføringsevne. Det er også viktig at linjeorganisasjonen er tilstrekkelig inkludert i prosjektene, derfor vil det ofte være aktuelt å rekruttere nivå 2 og 3 ledere, henholdsvis klinikk- og avdelingsledere, til å være prosjektleder. Hvor motivasjon og vilje til å oppnå økonomiske resultater blir nevnt som avgjørende for suksessfull gjennomføring av prosjektene.

Prosjektene i *Forbedring av driften*, er organisert med en prosjektgruppe som består av en prosjekteier, samt klinikk og avdelingsledere fra berørte enheter hvor én av disse gjerne er prosjektleder. Prosjektgruppen styrer de forskjellige arbeidsgruppene innad i prosjektet, hvor arbeidsgruppene ser på for eksempel avdelingsnære avgjørelser eller en problemstilling knyttet til det overordnede prosjektet. Prosjekteieren er ofte en klinikkleder i den klinikken forbedringsprosjektene har størst påvirkning, og prosjektlederen ofte en fagekspert på området. I disse prosjektene har prosjektlederene ofte hatt en direkte støtte i form av en “administrativ nestleder” som har fungert som prosjektstøtte for prosjektlederen.

For prosjektene i *Forbedring av driften* er det gjort noen felles vurderinger om hva som kan påvirke prosjektgjennomføringen til disse prosjektene i forkant av oppstart. Hvor det i mandatet til forbedringsprogrammet er listet opp flere suksessfaktorer som burde være på plass for at prosjektene skal lykkes:

- Prosjektene må skje i samarbeid og via en åpen dialog med de ansatte og deres tillitsvalgte.
- Prosjektene må godkjennes og legitimeres gjennom et prosjektmandat.
- Prosjektene må prioriteres og følges opp gjennom regelmessige statusmøter med styringsgruppen og sykehusets ledergruppe.

- Det må settes tydelige SMARTe målsetninger (spesifikt, målbart, akseptert, realistisk og tidfestet) og innføres en effektiv implementering og oppfølging.
- Det må velges kompetente prosjektledere og avsettes tilstrekkelige personellressurser.
- Linjen må ha et lokalt eierskap og en egen interesse av at prosjektene blir vellykkede.
- Prosjektene må ha nok tid til gjennomføring, men bør ha en moderat/streng tidsbegrenset varighet for å opprettholde effektivitet og hindre utvanning av målsetningene.
- Det må etableres en god internkommunikasjonsstrategi for å informere de ansatte.

*Nettverk for kontinuerlig forbedring* er organisert som et kompetansenettverk til støtte for klinikkene. Nettverket har en rådgivende funksjon ovenfor ledelsen og administrerende direktør, hvor *Stab pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling* legger den strategiske føringen for nettverket. Hensikten med nettverket er å bygge praktisk forbedringskunnskap i klinikkene, og foregår på så måte som et overordnet organ som klinikkene selv melder inn ønskede endrings- og forbedringsprosjekter til. Nettverket består av personell som frivillig har blitt med som representant fra egen klinikk, hvor det totalt er med to representanter fra hver klinikk i tillegg til seks representanter fra Direktørens stab. Deltagerene i nettverket har et varierende erfaringsnivå med forbedringsprosjekt og metodikk fra tidligere. Alle medlemmene er derimot involvert i kontinuerlig forbedringsarbeid og har gjennomført sykehusets 2-dagers grunnkurs i kontinuerlig forbedring og lean. I nettverket er det et stort fokus på lean metodikk og verktøy, og hvert prosjekt har også fokus på å bygge kompetanse og erfaring hos sine prosjektmedlemmer, slik at de selv kan lede fremtidige forbedringsprosjekt og tiltak i egen avdeling senere.

## Prosjektprosessen

Prosjektprosessene i de forskjellige prosjektene som er belyst har ikke vært organisert etter en felles mal, som f.eks *Prosjektveiviseren* til Difi, men har i stedet vært organisert etter mer eller mindre klare projektrammer. Noen prosjekter har brukt en forenklet prosjektveiviser, mens andre har brukt metoder hentet fra tidligere prosjekterfaring. Felles for alle prosjektene er at de startet med et prosjektmandat, mens prosessen underveis har vært styrt ulikt av hver enkelt prosjektleder og prosjektstøtte.



## Prosjektstyring og -gjennomføring

Intervjuobjektene har forskjellige erfaringer rundt selve organiseringen og styringen av de ulike prosjektene. De med positive erfaringer kommenterer god organisering og styring av prosjektet med klare oppgaver og en strukturert tilnærming. Mens i andre prosjekter nevnes det at man ikke hadde så god kontroll som man hadde ønsket, og at det var vanskelig å holde fremdriften i prosjektet. Felles for prosjektene var at de fikk utdelt et prosjektmandat med hensikten og målene til forbedringsprosjektet. Målene kunne spenne veldig bredt og ha et for stort omfang. Dette førte til at prosjektgruppene måtte snevre inn mandatet etterhvert, for å gjøre prosjektarbeidet mer oversiktlig og overkommelig. Basert på de ulike prosjektmandatene og sluttrapportene, virker det som de ulike prosjektene har greid å snevre seg inn i varierende grad. For eksempel hadde et prosjekt kommet frem til og vurdert totalt 28 ulike tiltak. Dette var et prosjekt som slet med å holde tidsplanen, og prosjektstøtten erkjente i ettertid at det hadde vært behov for strammere styring av arbeidsgruppene i prosjektet. En prosjektleder fra et annet prosjekt hadde gjort seg den erfaringen at prosjektet ble lettere å styre etterhvert som man snevret det mer inn.

“Men det har noe med at ethvert prosjekt, hvertfall de jeg har kjennskap til, starter veldig bredt, og etterhvert begynner å snevre seg inn til det man skal og det man har som mål. Og desto snevrere det blir, desto lettere blir det og skulle få prosessen til å gå fint fremover.” - Prosjektleder

Prosjektgruppens evne til å gjennomføre prosjektet varierer også. Det kom frem fra intervjuene at det var særlig vanskelig dersom det var flere klinikker og avdelinger involvert, hvor det da ville kreve mye koordinering mellom disse. Her ble det vist til at det i enkelte tilfeller var lettere å få gjennomslag i avdelingene dersom klinikken var aktivt involvert i prosessen, og prosjektet var godt forankret hos klinikkledelsen. Dette ble begrunnet med at det ofte var lettere dersom ting ble bestemt “ovenfra og ned”. Noe som kan tyde på at stillingsmakt er viktig for å få gjennomslag i beslutninger. Et eksempel på dette var at den ene prosjektlederen fant det vanskelig å skulle gå inn og lede en gruppe uten en formell lederstilling i den aktuelle avdelingen. Dette kan tolkes som at prosjektlederen ikke hadde en stilling som ga nok autoritet til å gå inn og gjennomføre endringer i avdelingen det gjaldt. Vanligvis får prosjektleder delegert en form for autoritet av linjeledere/prosjekteier til å gjennomføre endringer (Scott 2003). Her ser det likevel ut til at det ikke ble delegert noen form for stillingsmakt eller formell autoritet, da det ser

ut som det kun ble delegert myndighet til å følge virksomhetens rutiner og ikke delegert beslutningsprosesser (Liu og Fang 2006).

Hvor tett prosjektleder og prosjektstøtte styrer resten av prosjektgruppen var også tilsynelatende ulik, blant annet på hvor mye oppfølging det var underveis i prosjektet. For eksempel i et prosjektet anerkjente de i ettertid at de burde ha vært tettere på arbeidsgruppene for delprosjektene, blant annet fordi fremdriften stagnerte midtveis i prosjektperioden. En faktor som muligens spiller inn her er den høye arbeidsmengden til ansatte på sykehuset, hvor primæroppgaver som pasientbehandling alltid vil ha presedens. De fleste som jobbet med prosjekt hadde ikke fristilt tid for å jobbe med prosjektet, og prosjektarbeidet kom da i tillegg til andre arbeidsoppgaver. Det var da lett at prosjektarbeid ble nedprioritert til fordel for annet arbeid, når styringen var av prosjektet ikke var så tett som den kanskje burde. Et prosjekt trenger en fokusert leder som greier å holde stø kurs i prosjektet med fokus på kost, tid, omfang og kvalitet, og kan koordinere prosjektoppgavene på en god måte (Hernandez, Aderton og Eidem 2011; Baum og Swig 2017). Her ser det likevel ut til at i de fleste tilfeller vil hovedfokuset til prosjektleder være på andre forpliktelser fremfor å fokusere på prosjektet.

Behovet for mer fokusert prosjektledelse kom også frem ved at i det ene prosjektet hadde enkelte arbeidsgrupper jobbet med andre ting enn det som opprinnelig var tiltenkt i prosjektet. Hvor blant annet den ene arbeidsgruppen jobbet med mål for prosjektet, når de egentlig skulle ha jobbet med tiltak. Det eksisterte en del uklarheter om hva man egentlig hadde jobbet med, og forvirring rundt prosjektbegreper som mål og tiltak. Dette kobles til andre kommentarer fra intervjuene, hvor det kommer frem at mange av de som er med på prosjektene, ikke har så mye erfaring med prosjektarbeid. Prosjektarbeid og prosjektmåten å organisere arbeidet på blir omtalt som veldig annerledes enn hvordan de jobber til vanlig. Her var nok prosjektgruppen “Et dyktig og kvalifisert team” som beskrevet av Fortune og White (2006) med tanke på kunnskap om kjernevirksomheten og dens arbeidsprosesser, men manglet inngående erfaringskunnskap om prosjektarbeid. Dette kombinert med for lite oppfølging og struktur på prosjektet førte dermed til en del forvirring og stagnert fremdrift.

Et eksempel på å tilpasse seg en prosjekt-arbeidshverdag var i et annet prosjekt, som

hadde fokusert på å være tett på sine interesser og følge opp underveis. Her ble det fremhevet at siden de involverte hadde lite erfaring med å jobbe med prosjekt, kunne man ikke bare gi beskjed om å “levere dette”. Det måtte gjerne forklares mer inngående hva som forventes, i tillegg til å sjekke status og følge fremgangen jevnlig. Selv om oppfølgingen ble beskrevet som tett i dette prosjektet, ble det også erkjent at selv i dette prosjektet kunne det vært nyttig med hyppigere oppfølging enn hva som ble gjort.

## Prosjektmetodikk og dokumentasjon

Prosjektmetodikk og -modeller har blitt brukt i varierende grad i de ulike prosjektene, uavhengig av om prosjektene var sykehusovergripende eller mindre, mer lokale prosjekter. Prosjektet som hørte til *Nettverk for kontinuerlig forbedring* brukte flere ulike ‘lean-verktøy’. Eksempler på dette var blant annet brunpapirøvelser, pick chart, A3, rotårsaksanalyser og verdistrømkartlegging. Her er det viktig å påpeke at det virker som at lean på sykehuset blir sett på som øvelser og verktøy som kan brukes som en del av prosjektgjennomføringen, og ikke som en overordnet tilnærming til hvordan forbedringsarbeid utføres. Hvor lean opprinnelig baserer seg på små, inkrementelle forbedringer som skjer kontinuerlig (Weick og Quinn 1999; Waring og Bishop 2010). Likevel ser det ut som at *Nettverk for kontinuerlig forbedring*, også kalt ‘*Lean-nettverket*’, gjennomfører prosjekter.

Forutenom at enkelte mindre prosjekter brukte komponenter fra lean, eksisterer det ingen felles prosjektstyringsmodell for sykehuset per dags dato, heller ikke innad i forbedringsprogrammet *Forbedring av driften*. Her ser det ut til at tilnærmingen til prosjektet avhenger av hvilke metoder prosjektstøtte eller prosjektleder kan og har erfaring med fra tidligere. Hvor den ene prosjektlederen nevnte at man gjerne blander ulike metoder man har erfaring med.

“De jobber jo metodisk litt på ulike måter, og det er helt greit, også har vi selvfølgelig lean-nettverket, og forbedringsnettverk osv. Men jeg blander jo mye og tar ut gode ting fra alle kanter, og bruker det i min styring og i mitt lederskap.” - Prosjektleder

Et par prosjekter gjorde et forsøk på å ta i bruk *Prosjektveiviseren* til Difi, men modellen ble sett på som veldig omfattende. Det ble blant annet trukket frem at det var for mye

dokumentering, og at lista burde legges lavere i forhold til krav om planlegging og dokumentasjon. Likevel kommenterte en prosjektstøtte som var med i et prosjekt hvor denne prosjektmodellen ble brukt, at prosjektmodellen bidro mer til styringen av prosjektet enn det prosjektlederen gjorde. Modellen sørget for at det blant annet ble gjennomført både interessent- og risikoanalyse, i tillegg til at den ga visse føringer og rammer som gjorde prosjektet mer forutsigbart.

I det samme prosjektet ble det også ytret et ønske om å ta i bruk lean-metodikk, da det var spesifisert i prosjektmandatet at det kunne være gunstig for prosjektgjennomføringen. Årsaken til at det likevel ikke ble brukt er nevnt å være manglende kunnskap hos prosjektleder og prosjektstøtte. Her ble det kommentert at det første steget er nok å erkjenne at det finnes verktøy som kan hjelpe, og at det eksisterer kompetanse på sykehuset som med fordel kan brukes mer aktivt for bistand i prosjekter.

“Det er masse folk på sykehuset som kan og er gode på prosess. Som gladelig stiller opp hvis vi spør, men det er litt med det å erkjenne at man har noe å lære, tenker jeg da.” - Prosjektstøtte

I litteraturen er det nevnt at en dyktig prosjektleder vil inneha kunnskap, erfaring og et sett med verktøy som hjelper prosjektet til suksess (Hernandez, Aderton og Eidem 2011). Der der likevel ut til at det er manglende kunnskap og erfaring rundt prosjektmetodikk, og at de hjelpemidlene som er tilgjengelig ikke blir benyttet. Ved manglende prosjekterfaring blir behovet ekstra stort for å ha en felles prosjektmodell eller -veiviser som legger klare føringer som man kan støtte seg på. En felles prosjektmal/veiviser for prosjektlederne til å jobbe ut i fra, kan da spare prosjektet for mye unødvendig merarbeid, og i større grad sikre prosjektleveransen (Baker, Murphy og Fischer 1988; Fortune og White 2006; Baum og Swig 2017).

I de større forbedringsprosjektene var det hovedsaklig prosjektstøtten som utarbeidet alt av prosjektdokumentasjon. Innholdet i sluttrapportene til prosjektene varierte veldig i innhold, form og detaljnivå, og dokumentering virker å være et litt omstridt tema blant intervjuobjektene. Enkelte prosjekter hadde levert en fullstendig rapport, med plan for implementering av tiltak og videre arbeid, mens andre leverte overordnede retningslinjer istedenfor en rapport. Noen av intervjuobjektene uttrykte et ønske om bedre dokumen-

tasjon, med spesielt fokus på erfaringer om hvorfor noen tiltak vil fungere, eventuelt ikke fungere, og dermed ha muligheten til å bruke dokumentasjonen som en retningslinje ved senere arbeid. Dette for å ikke måtte gjøre seg de samme vurderingene og erfaringene rundt ulike tiltak i fremtiden. På den andre siden påpekte enkelte at dokumentasjonsarbeidet var for omfattende, og er noe som tar for mye av arbeidstiden. Det vil derfor være ønskelig å finne en “gylden middelvei”, hvor man finner en balanse mellom god nok dokumentasjon, som samtidig ikke er for omfattende og tidkrevende. Her vil nok en felles prosjektmodell med maler for nødvendig prosjektdokumentasjon være til hjelp, ved å gi klare retningslinjer for hva som skal dokumenteres (Müller 2009; Andersen, Kvalheim og Volden 2016; Rolstadås 2020). Dette var erfaringen til det ene prosjektet som tok i bruk Difis prosjektveiviser, hvor modellen bidro med en klar struktur og maler for hva som burde gjøres i prosjektet, selv om at dokumenteringen ble oppfattet som omfattende.

### **Prosjektledelsesuksess - input og output**

For forbedringsprosjektene som ble undersøkt var fremdriftsplanen/tidsplanen basert på oppsatte møter og tidspunkt for statusrapportering til styringsgruppe eller ledermøte. Fra gjennomgangen av de tilgjengelige projektrapportene, samt uttalelser fra intervju, ser det ut til at tidsplanen i de fleste prosjektene ble overholdt. Hvor det i sluttrapportene er oppgitt en sluttdato som var i tråd med planlagt sluttdato i prosjektmandatet. Det er likevel noen kommentarer fra intervjuer som tilsier at det å holde tidsplanen gjennom prosjektet har vært utfordrende, og i et par prosjekter ble det bedt om mer tid. Fra noen av intervjuene kom det frem at forutenom statusoppdateringene til styringsgruppen, var ikke tidsrommet mellom hver statusoppdatering strukturert eller planlagt etter prosjektkravene, men mer “ad hoc”- basert og løst styrt. Dette førte til at de fikk veldig dårlig tid på slutten av prosjektet. Denne erfaringen viser at det ikke nødvendigvis var for lite tid som var problemet, men dårlig strukturering og planlegging av tid.

Et tydelig mønster er at prosjektaktivitetene alltid kom i tillegg til andre oppgaver prosjektdeltakerne hadde, og at det var en utfordring å finne tid i en ellers hektisk hverdag. I flere tilfeller betydde dette at den eneste tiden som var dedikert til prosjektet var tiden som gikk til prosjektmøtene.

“Nei, det er jo bare sånn som må gå - de hos meg og mine ansatte måtte jo

på en måte gjøre det i tillegg til sine oppgaver, ja, så vi satt ikke av noe tid annet enn til møter egentlig.” - Prosjektdeltaker

Det var dermed ingen ledig tid til å jobbe med oppgaver knyttet til prosjektet utenom disse oppsatte møtene. Dette kom også frem i sluttrapporten til et prosjekt hvor det ble identifisert ulike risikoområder og hvordan disse hadde påvirket prosjektmålene. Her er det blant annet nevnt at manglende muligheter til å sette av tid til prosjektaktiviteter har delvis ført til forsinkelser i fremdrift og produksjon av leveranser i henhold til plan. Blant annet fordi det har vært vanskelig for ressurser som allerede arbeider 100 % i driften å omprioritere sin tid til deltakelse i prosjektarbeid.

Mye koordinering og kommunikasjon mellom forskjellige avdelinger og grupper i prosjektet bidro til at det var vanskelig å holde tidsplanen. Dette kunne føre til forsinkelser grunnet mye “byråkrati”.

“Så ting tar tid for det har vært veldig mange seksjoner involvert, og avdelinger, så det er ikke så lett alltid å få ting gjort i en fei.” - Prosjektdeltaker

For de fleste analyserte forbedringsprosjektene er det ikke tildelt noen ekstra, eller dedikerte, økonomiske ressurser. Det er ikke beskrevet kostnads- eller ressursrammer i prosjektmandatene, og under økonomi kun skrevet at det skal brukes interne ressurser. I intervjuene kom det frem at disse interne ressursene gjerne er i form av tiden til de ansatte, og at dette er nok det eneste man kan forvente.

“Det er egne ressurser da, og kun egne ressurser. Det er jo..., det kommer jo ikke noe penger til dette, det vil det aldri komme.” - Prosjektstøtte

Dette tolkes som at det er avdelingen(e) hvor prosjektmedlemmene jobber, som står for lønnskostnadene når de ansatte også jobber med prosjekt. Prosjektarbeidet ble da også tenkt utført i den normerte arbeidstiden, og ingen ressurser ble gitt for å dekke opp for den tapte tiden som ble avsett til forbedringsprosjektet. Det kom frem at noen møter ble avholdt i forlengelse av arbeidstiden, men hvem som fikk denne ekstra kostnaden er usikkert. Det ble gitt eksempler på at noen store sykehusovergripende prosjekt hadde prosjektdeltakere som var frikjøpt fra sine andre arbeidsoppgaver, og da hadde all sin tid dedikert inn mot prosjektet. I disse tilfellene vil også den avdelingen den ansatte jobber

i til vanlig kunne få frigjort ressurser til å ta igjen den tapte arbeidskapasiteten.

Så selv om prosjektene kun bruker interne ressurser, brukes det tid og arbeidskapasitet som ikke føres som kostnader for prosjektet. Dette kan knyttes til hva Baccarini (1999) skrev om prosjektsuksess og interne prosjekter; Det er vanskeligere å definere en objektiv målkostnad hvor det er mange kostnader som burde tildeles prosjektet, men som blir behandlet som generelle administrasjonskostnader. Dette ble også ytret som en bekymring under et av intervjuene, at selv om prosjektene på papiret ikke hadde noen “ekstra” kostnad, tok prosjektene opp mye tid. Dersom denne tiden hadde blitt brukt til noe annet kunne det ført til økt produksjon eller reduserte kostnader andre steder. Når eventuelle effekter fra prosjektene ikke er synlige, kan tiden brukt på prosjektet blir sett på som bortkastet, og prosjektarbeid blir sett på som lite motiverende.

Siden prosjektene ikke har operert med noen økonomiske ressurser, har det heller ikke blitt laget et budsjett. Det ser likevel ut til at prosjektene med fordel kunne ha brukt budsjettering med tid som valuta i prosjektgjennomføringen. Ved å lage et budsjett vil man formalisere planene, og budsjettet kan fungere som en veileder for prosjektperioden hvor budsjettet blir sett på som et referansepunkt man kan navigere etter (Hanson 1966). Her ville det kunne være nyttig for prosjektene å bli oppmerksomme på hvor mye tid som gikk til prosjektarbeid, for å blant annet se hvor effektivt de jobbet og eventuelt hvor mye tid som ble tatt fra andre aktiviteter.

Forutenom økonomiske ressurser til frikjøp av tid, har det også vært uttrykt av intervjuobjektene at det i flere tilfeller hadde vært nyttig med andre ressurser. Dette har blant annet vært nevnt til å være ressurser i form av folk med en spesifikk oppgave eller kompetanse. For eksempel så man i et prosjekt at en enhet hadde prestert veldig dårlig over lang tid. Her ble det satt inn ekstra ressurser til teamet som jobbet med denne problemstillingen, og man så stor nytte av å ha denne ekstra ressursen i form av kunnskap og oppfølging. Det har også i intervju blitt nevnt at det er ønskelig med ekstra ressurser som kan jobbe med datainnhenting og analyse for å bruke denne informasjonen som input til prosjektet, i tillegg til å hente inn måledata som kan brukes til “benchmarking” for å måle resultater i ettertid.

I prosjektene underordnet *Forbedring av driften* var leveransene i prosjektet en sluttrapport med anbefalinger om ulike tiltak som kunne innføres i linjeorganisasjonen. Siden det ikke ble gjort noen vurderinger på det økonomiske potensialet til de ulike tiltakene, er det vanskelig å vurdere om prosjektene “produserte det de skulle produsere” som var en sluttrapport med en rekke tiltak med hensikt om økonomiske innsparinger eller økt aktivitet innenfor eksisterende ressursrammer. Det varierte også hvorvidt sluttrapportene hadde en implementeringsplan, og om det var fastsatt personer som var ansvarlige for oppfølging når prosjektgjennomføringen var over. Selv om dette var en del av prosjektoppdraget for prosjektene i *Forbedring av driften*.

I enkelte av intervjuene ble det derimot lagt vekt på at “sluttrapporten ble levert i tide”, når det ble stilt spørsmål angående suksessen og resultatene av prosjektet. Dette kan tyde på at prosjektsuksess og gode resultater ble koblet til å gjennomføre prosjektet innen fristen, fremfor å fokusere på om denne sluttrapporten inneholdte det den skulle. Istedenfor for å ha et fokus på de presenterte tiltakene og hvilke eventuelle effekter de anbefalte tiltakene kunne forventes å ha. Blant annet var det et prosjekt som ikke leverte en sluttrapport som avtalt, men som fant det mer hensiktsmessig å lage en “retningslinje” for tiltakene. Her var det spesifisert i mandatet at prosjektene skulle levere anbefalte tiltak, som var vurdert til å ha et godt økonomisk potensiale, med en implementerings- og gevinstrealiseringsplan. Men her var det store variasjoner både på form og innhold i disse rapportene, hvor enkelte ikke kan sies å ha levert det de skulle og fokuset var på “gode tiltak”.

Fra teorien har vi at prosjektledelsesuksess også omfatter hvor effektivt prosjektet har blitt styrt, og kvaliteten på selve prosessen (Baccarini 1999). Her har det kommet frem at styringen av prosjektet har vært veldig ulik. Det er varierende hvorvidt prosjektlederen har greid å snevre inn prosjektet til noe håndterbart, hvordan kommunikasjonen i prosjektene har fungert, om prosjektet har brukt en form for metodikk eller styringsmodell, eller om prosjektleder har klart å holde prosjektet på rett spor gjennom hele prosessen. Overordnet kan man si at det er mye som kunne ha vært gjort bedre, da flere av prosjektene har vært omtalt som litt “ad hoc”-styrt. De prosjektene som tilsynelatende har fungert veldig bra, fokuserte alle på hvor viktig god kommunikasjon og tett oppfølging hadde vært gjennom hele prosjektløpet. Selv om dette i flere tilfeller førte til at det ble



brukt mer tid, ble totalen sett på som positiv. Kommunikasjonen i prosjektet dannet også gode kommunikasjonlinjer på tvers av avdelinger og seksjoner som kunne brukes i etterkant av prosjektet.

For å oppsummere prosjektledelsesuksessen i henhold til Baccarini (1999) så holdt de fleste prosjektene seg innen for tidsfrist og budsjett. Det er likevel begrenset planlegging og kontroll på hvor mye ressurser som går inn i prosjektene, spesielt med tanke på prosjektdeltakernes tid. Hvor aktivitetene som krevdes for å levere resultater kunne ha blitt strukturert bedre med fremdriftsplaner og budsjett. Kvaliteten på leveransene er likevel noe usikker da det i flere tilfeller ikke er lagt frem fullstendige sluttrapporter med nødvendig innhold, og i flere tilfeller kunne prosjektprosessen ha dratt nytte av mer effektiv styring.

## **Implementering av tiltak**

Ved prosjektets slutt, når sluttrapporten fra prosjektet er levert, skal tiltakene implementeres i linjeorganisasjonen. I noen av prosjektene er enkelte tiltak startet opp i ulike avdelinger/seksjoner i løpet av prosjektperioden, enten som pilotprosjekter eller som en del av prosjektleveransen. Dette varierer likevel mellom prosjektene, og overlevering av prosjektet til linjen er da også ulik. Det er usikkert hvordan overleveringen av prosjektet skjer, og hvordan prosjektleveransene kommuniseres til de som overtar ansvaret. Felles for prosjektene er gjerne at de resulterer i anbefalte tiltak og retningslinjer som har potensiale til å oppnå en økonomisk gevinst dersom de blir implementert i klinikkene/avdelingene/seksjonene.

For de fleste prosjektene overføres ansvaret til linjeledere etter at sluttrapport med tiltak er levert. Det er vanskelig å vurdere i hvilken grad tiltakene til de ulike prosjektene har blitt innført i linjeorganisasjonen. Ofte er det klinikkleder som eier alle identifiserte tiltak fra prosjektet, mens avdelingsledere kan være ansvarlig for utføringen av tiltakene. Prosjektgruppen er ikke lenger involvert i prosjektet, og har lite med implementeringen av de anbefalte tiltakene å gjøre. Noe som også er vanlig da ansvaret som regel overføres tilbake til prosjekteier i driftsfasen (Andersen, Kvalheim og Volden 2016; Difi 2019). Det antas likevel at prosjektlederen er delvis ansvarlig for implementeringen av tiltakene, da implementeringsplan og plan for gevinstrealisering var en del av prosjektleveransen. Det

er likevel kun i ét prosjekt hvor det kommer det frem i rapporten at utførende ansvarlig vil få tilbud om prosjektstøtte til implementering av tiltakene. Et resultat av manglende implementeringsplan, sammenstilt med manglende kommunikasjon, førte til at prosjektstøtten i det ene prosjektet erkjente at hun/han hadde snakket med noen i en avdeling hvor tiltakene var ment å bli tatt i bruk, hvor man aldri hadde hørt om disse tiltakene og retningslinjene. Tiltakene med retningslinjer for bruk lå tilgjengelig på intranettet, men ingen hadde fått ansvaret for implementering og oppfølging.

En av utfordringene ved implementering av tiltak er at ansvaret for ofte gis til linjeledere for å sikre forankring av prosjektet. Linjeledere uttrykker likevel at det er mye å forholde seg til, og at arbeidsmengden blir for stor.

“Også synes jeg at det er mye forbedringsarbeid som kommer ovenifra og ned. [...] Det blir ganske mange bekymringer for arbeidsmengde som seksjonsledere og enhetslederne sitter med. Enormt mye å forholde seg til. Noen må bremse litt.” - Klinikkleder

Det er også vanskelig å få samlet legene til møter som omhandler forbedringsarbeid, både i forbindelse med gjennomføring og implementasjon. Årsaken til dette nevnes å være knapphet med tid, hvor legene heller vil jobbe med forskning og faglig fordypning.

“Men det er vanskelig, det er knapphet på ressurser. Alle synes de løper, alle synes de har lite tid til forskning, lite tid til å fordype seg osv. Så det er en kamp hele tiden. Nå snakker jeg om legen, sykepleierne opplever akkurat det samme med at de ikke strekker til.” - Avdelingsleder

I en tidspresst hverdag, hvor kjernevirksomheten ikke lar seg nedprioritere, vil derfor implementering av forbedringsprosjekt ofte havne bak i prioriteringsrekka. En annen viktig kilde til konflikt er når en pasientgruppe må settes opp mot en annen. Det er vanskelig å argumentere for at en gruppe sin pasientbehandling prioriteres opp mot en annen gruppe sin pasientbehandling. De respektive lederene er også dyktige i sitt arbeid, og utfører sitt ansvar i å fremme sin pasientgruppes interesser godt. Dette fører til kompliserte konflikter som ikke enkelt lar seg løse, og hvor det kreves meget god system- og sykehusforståelse for å kunne ta “de riktige” valgene. Av intervjuene kommer det frem at det kreves en større evne til å sette sykehus fremfor egen avdeling desto høyere opp i systemet

man jobber, og at kompetanse om sykehuset i sin helhet blir sett på som viktig å inneha. Det kommer også frem at profesjonshierarkiet spiller inn her, hvor det ikke lar seg gjøre å tvinge endringer ned på legene. I disse tilfellene vises det ofte en aktiv motstand mot endringene som forsøkes gjennomført. Et tiltak som er prøvd ut for å minimere denne motstanden har vært å sikre at prosjektet er godt forankret i linjeorganisasjonen fra oppstart.

Disse utfordringene fører samlet til at implementering av tiltak gjerne tar lenger tid enn planlagt. Eksempelvis erfarte en av prosjektlederne, som hadde jobbet i privat sektor tidligere, at ting gjerne tok mye lengre tid enn hva som var planlagt. Hvor en fem-ukers fase med testing, endte opp med å dra seg ut i fem måneder. Noe som kan knyttes til at sykehuset ofte blir omtalt som en “treg” organisasjon som er dårlig egnet til å tilpasse seg endringer (Mintzberg 1983). Så selv der forbedringene overføres til linjen tar det lengre tid enn ønsket, og hvorvidt de har operert med det Fortune og White (2006) kaller en “realistisk plan” for implementeringen er usikkert.

### **Produktsuksess - mål og formål**

Noen forbedringsprosjekter har mål som kan kvantifiseres gjennom innrapporterte data. Kvantitative mål for produktsuksessen til forbedringsprosjektene kommer blant annet etterskuddsvis fra norsk pasientregister, samt gjennom interne rapporteringskanaler. Disse dataene brukes for å se om målene til forbedringsprosjektet blir nådd, og kan også si noe om hvor f.eks en flaskehals i et behandlingsløp oppstår. Kvantitative mål trekkes frem for å kunne innsnevre utfordringsområder.

Prosjektene fra forbedringsprogrammet *Forbedring av driften* har alle det felles overordnede målet om å bidra til å øke sykehusets investeringsevne i MTU (medisinsk-teknisk utstyr), IKT (informasjons- og kommunikasjonsteknologi) og bygg. De enkelte prosjektene skal levere anbefalinger og tiltak som vil gi en direkte økonomisk forbedring/innsparing til driften. Til tross for at prosjektene i dette forbedringsprogrammet er startet med et mål om å bedre OUS sin økonomiske situasjon, er det generelt lite i prosjektrapportene som referer til økonomi og innsparelser som følge av prosjektene.

Dette ser ut til å være i strid med enkelte av utvelgelseskriteriene fra mandatet til forbedringsprogrammet for hvilke prosjekt som skal inkluderes. Hvor to av kriteriene er

henholdsvis “2. Tiltaket bør vurderes til å ha et godt økonomisk potensiale” og “3. Det bør ha vært gjort vurderinger rundt tiltaket i forkant”. Fra rapportene ser det ut som at økonomisk gevinst ikke blir målt, slik at man ikke vet om prosjektene har bidratt til noen form for økonomisk innsparing. Ofte blir det bare gjort subjektive vurderinger for hva tiltakene kan bidra med i forhold til kvaliteten på pasientbehandling. Det er ikke gjort noen vurderinger på hvilket økonomisk potensiale prosjektene har før prosjektet blir igangsatt, og det blir ikke målt økonomiske effekter i etterkant. Så selv om at tiltakene fra prosjektene muligens medfører reduserte kostnader eller økte inntekter, blir det tilsynelatende ikke spesifisert.

Det er derfor vanskelig å vurdere om prosjektene har oppnådd prosjektmålet, da det ikke er målt noen effekter av prosjektene. Det samme kan sies om prosjektformålene, hvor de ulike prosjektenes formål gjerne går ut på å øke aktiviteten på sykehuset, uten å bruke mer ressurser enn tidligere. Eksempler på dette er “Hensikten med prosjektet er å øke antallet operasjoner med gitt ressursinnsats / kapasitet” og “Hensikten med prosjektet er å øke antall \*\*\*\* konsultasjoner med dagens ressurser”. I projektrapportene ser det ikke ut til at det er gjort målinger på dette verken i forkant av prosjektet, eller etter, så det er usikkert om prosjektene har tilfredsstilt prosjektformålene ved å øke aktiviteten med gitte ressurser. Det er mulig det finnes tall på dette, men det fremkommer ikke i projektrapportene.

Intervjuene sier mye av det samme som projektrapportene; at det ikke har vært noe særlig fokus på måling av gevinster og gevinstrealisering i de fleste prosjektene. En av årsakene bak dette var blant annet at det å måle gevinster av et prosjekt er tidkrevende, og har ikke blitt særlig prioritert i forbindelse med prosjekter.

“Nei man har ikke målt, men man kunne målt. Det er noen ting man kunne målt, mens andre... For akkurat det der er jo veldig tidkrevende å måle, så det blir rett og slett ikke brukt tid på det da “å telle” og sette opp skjemaer. Man ber dem om å gjøre vurderinger da, men ikke regne på sann.” - Prosjektstøtte

Felles for flere av prosjektene er at det tilsynelatende blir gjort noen subjektive vurderinger om prosjektene har oppnådd forbedringer, og hvor det blir gjennomført målinger er det ikke nødvendigvis fokus på et spesifikt, fastsatt mål med et “tall” man skal nå. Her

er det heller fokus på om man ser endringer og små forbedringer. Prosjektene har ofte hatt gode effekter, men hvorvidt effektene var gode *nok*, er ikke et tema.

“Ja altså vi hadde ganske gode resultater på en del ting. Vi hadde jo ikke satt noe mål, med at så og så mange prosent - vi hadde ikke sånne mål, men vi så jo at mye endret seg.” - Prosjektdeltager

De to andre prosjektene som har blitt undersøkt, som ikke inngår i *Forbedring av driften*, har et litt annet utgangspunkt. Det ene prosjektet hører ikke under et forbedringsprogram av noe slag, og har stått selvstendig. Det overordnede målet til dette prosjektet gikk ut på å utarbeide forbedringstiltak som bidro til en målbar og varig forbedring, slik at området i fokus kunne få måloppnåelse i tråd med nasjonale normer og krav. Dette var spesifikke og målbare krav som for eksempel hvor mange pasienter som skal behandles i løpet en gitt tidsperiode. Prosjektets formål gikk ut på å gi relevante linjeledere og andre involverte opplæring i bruk av pakkeforløpsrapporter og få god forståelse av hvordan tallene kan brukes i forbedringsarbeid og bedret pasientflyt i pakkeforløpene. Fra intervjuet med prosjektlederen i prosjektet og temaet prosjektsuksess, nevnte prosjektlederen hvilke konkrete effekter prosjektet hadde hatt, og at de nådde målene de hadde satt seg.

“Veldig bra at du spør. Vi fikk februar-tallene nå etterskuddsvis, og det er tidenes beste måned, det er morsomt. Da er det nesten samtlige forløp over 70 %, til og med de har vi slitt mye med tidligere, de er også på 70 og over, så det er bra. Nå får vi se hvordan det går med mars, med korona, tror det blir en mulig påvirkning.” - Prosjektleder

Det andre prosjektet tilhører *Nettverk for kontinuerlig forbedring*, for dette prosjektet har vi ikke mottatt prosjektmandat eller sluttrapport, men en oppsummering av hva som er gjort i de ulike prosjektfasene. I dette prosjektet ser det ut til at prosjektets mål/formål var å forbedre flyten i avdelingen. Fra intervjuene kom det likevel frem at det regnes som et vellykket prosjekt som fikk gode tilbakemeldinger, og har medført flere nye oppdrag for nettverket.

“Det fikk veldig mye positiv omtale på intranettsiden til OUS, så etter det så fikk vi mange bestillinger faktisk. Så det var faktisk et prosjekt som ble lagt merke til.” - Prosjektdeltager

Intervjuobjekter som omtalte egne prosjekter som vellykket, fokuserte mye på viktigheten av god kommunikasjon. Det ene prosjektet hadde en egen kommunikasjonrådgiver som delte “de gode historiene”, i tillegg til at de var mye ute i klinikkene og snakket med fagfolk. En ordentlig interessentanalyse og kommunikasjonsplan ble også nevnt som veldig nyttig og bra, men det ble nevnt at dette ikke blir særlig mye brukt på sykehuset.

## **Prosjektledelse**

Gjennom intervjuene vises det en forskjell i det man kan anse som “tradisjonelle” prosjektledelsesoppgaver, hvor oppgaver består av styringselementer som planlegging, rapportering og koordinering, og hvordan prosjektledelse ofte gjennomføres hos OUS. Legene har ofte liten kunnskap om styring og metodikk, og bruker istedenfor tiden sin til å fatte beslutninger og koordinere prosjektet på et overordnet nivå. Styringen av prosjektene gjøres da ofte av prosjektstøtten.

### **Lege som prosjektleder**

Leger som leder trekker frem fordelene av å kjenne OUS og å ha inngående kunnskap i det verdiskapene arbeidet som leveres der de leder. De vet hvem som skal gjøre hva og hvordan dette arbeidet gjennomføres. Videre nevnes det flere ganger at legebakgrunnen gir deg en viss “standing” i systemet, noe som kan tolkes i retning at man møter mindre motstand og skepsis enn man ellers ville gjort; man blir i større grad hørt. Dette kan sees i lys av Johnson (1977), hvor det beskrives en direkte sammenheng mellom utdanning og status. Legeledere trekker også informasjon og kunnskap om daglige arbeidet som viktig for å kunne bearbeide den informasjonen man får i de henvendelser som kommer fra de operative enhetene.

Legene som har en prosjektlederposisjon trekker frem forskjellige motivasjoner for å bekle stillingen når de snakker om egen drivkraft og glede i arbeidet. Et er det mellommenneskelige aspektet, hvor det å få hverdagen til å fungere i egen klinikk, avdeling eller seksjon, samt trivsel og tilfredshet hos de ansatte står høyt. Et annet aspekt av den mellommenneskelige motivasjonen ligger i pasientsikkerhet, hvor tillit fra pasienter og deres opplevelse av å være på OUS trekkes frem. Spesielt pasientsikkerhet og kvalitet er viktige elementer når det gjennomføres et forbedringsprosjekt, som motiverer til å ha en sterk

vilje og tro til å gjennomføre forbedringsprosjektet. Det andre går på å klare å løse et komplekst problem. Det er flere forbedringsprosjekter som har pågått over lang tid da kompleksiteten som er underliggende problemet kan sies å være meget høy. I disse prosjektene vises det stor motivasjonen for å klare å gjennomføre. Det er også stor motivasjon i å få fullført prosjekter som har tatt mye tid, da alt arbeidet sees på som bortkastet om prosjektet ikke kommer helt i mål. Det kommer også frem at noen ikke ønsker å lede, men har tatt på seg rollen da de ser det som hensiktsmessig for organisasjonen, og at det er yttret ønske om at de skal lede fra andre overordnede. Disse individene jobber ofte som vanlig med sitt medisinfaglige arbeid samtidig som de innehar prosjektlederrollen. Dette kan sees i lys av Chan og Drasgow (2001) sosial-normativ ledelsesmotivasjon, hvor ledelse i større grad sees som en plikt og et ansvar.

Det er også gitt eksempler på meget dyktige leger som har fått en lederposisjon, men som ikke har behersket denne stillingen. Det er trukket frem at disse legene har hatt en meget høy anseelse innen sitt fagfelt, og blitt regnet som “stjerner” av kolleger og elever ved OUS, men som da har falt gjennom som ledere. Overgangen fra å kun drive fag til å drive ledelse er da trukket frem som svært demotiverende og krevende. Dette har ved eksempel blitt løst ved , sammen med den gjeldende lege, enighet om å gå over til kun fag, og latt klinikken/avdelingen/enheten blitt tatt over av andre.

### **Prosjektleder og prosjektstøtte**

Det kommer frem av intervjuene og rapportene at det var stort fokus på at prosjektene måtte ha forankring i organisasjonen, og for å sikre denne forankringen var det ofte en lege som ble satt til å være prosjektleder. I de tilfellene hvor en lege var prosjektleder, hadde de en form for “prosjektstøtte” som fungerte som en assisterende prosjektleder, som hadde ansvar for prosjektdokumentasjon og prosjektstyring. Her var det gjerne prosjektstøtten som satt med prosjektkompetansen, mens prosjektleder bidro mer med medisinsk ekspertise på fagområdet til prosjektet i tillegg til å fungere som et “bindeledd” til linjeorganisasjonen.

I spesielt et prosjekt kom det tydelig frem et gjensidig positivt samarbeid mellom prosjektleder og prosjektstøtte, hvor prosjektlederen flere ganger presiserte viktigheten av prosjektstøtten inn i forbedringsprosjektet. Prosjektstøtten hadde bidratt med admi-

nistrativ prosjektstyring og oppfølging av prosjektet, dokumentasjon og rapportskriving underveis, samt inngående kunnskap om et av konfliktområdene prosjektet berørte. Prosjektstøtten trakk frem at prosjektlederen kjente fagmiljøet godt, og hadde gode relasjoner med miljøene prosjektet berørte og kjente godt til de potensielle konfliktene som kunne oppstå. I intervjuene kommer det også frem at prosjektlederen ofte ikke var “hands on” i administreringen av prosjektet, men mer en sparringspartner i prosjektspørsmålene opp mot de andre som jobbet i prosjektet. Sett i lys av Bennis og Nanus (1985) blir legene sett som en leder, og prosjektstøtten som en styrer.

“Det er nok, jeg tror nok at veldig mange leger som ikke har jobbet med prosjekt trenger en form for støtte ved sin side om du skal jobbe med prosjekt. Fordi at de ikke kan prosjekt. Og det er jo ikke så rart, hvis du ikke på en måte har ledet eller vært en del av et prosjekt tidligere.” - Prosjektstøtte

Denne type samarbeid mellom prosjektleder og prosjektstøtte kom også frem i flere av de andre prosjektene, hvor lederen og støtten besitter ulike kvalifikasjoner og må jobbe sammen for å få gjennomført prosjektet på en god måte. Prosjektlederen mangler ofte en inngående prosjektkompetanse, og prosjektstøtten mangler “standingen” i systemet. Prosjektstøtten har også blitt beskrevet som kritisk i flere sammenhenger, blant annet for fremdriften og styringen av prosjektet.

“Jeg har fått det formelle ansvaret som prosjektleder, og \*\* har vært prosjektstøtte. \*\* har vært en fantastisk tilføring i den forstand at h\*n har hatt veldig god kontroll på ting, har hatt endel erfaring i forhold til prosesser, er veldig ryddig og ordnet.” - Prosjektleder

En prosjektleder beskrev at før prosjektet fikk prosjektstøtten var styringen “ad-hoc”, hvor prosjektet hadde lett for å stoppe opp og at man hele tiden måtte “pushe på” for å få progresjon. Prosjektstøtten hadde her en viktig rolle med å legge en plan for prosjektet videre, og støttens erfaring når det kom til møter, rapporter, gjennomføringer og strategier var uvurderlig for prosjektet. Prosjektstøtten har også blitt beskrevet som personen som “har kontroll på ting” i flere av prosjektene. En av grunnene til dette kan være at prosjektlederen i flere tilfeller har hatt en stilling som krever mye på flere steder, hvor man gjerne jobber som linjeleder og har mye ansvar på andre områder i tillegg til prosjektene man er med i. Prosjektstøtten har derfor kunnet bidra inn mot den daglige



fremgangen i de ulike prosjektene, som å ta seg av viktige praktikaliteter, som å svare på e-post, planlegge videre progresjon og sørge for at aktørene drar i samme retning og har det samme målet og den samme tidsplanen.

En prosjektstøtte ble bedt om å reflektere rundt hvorfor det er så mange leger som blir satt til å være ledere. Prosjektstøtten trekker frem at det finnes veldig mange gode ledere med legebakgrunn, og viktigheten av at det i det faglige er en lege som leder, men at det ikke nødvendigvis trenger å være slik inn i forbedringsprosjektene.

“Men det er jo slik at verken sykepleierutdanningen eller legeutdanningen gjør at du blir en god leder.” - Prosjektstøtte

Mangelen på både ledelses- og prosjektkompetanse trekkes frem som utfordringer, og som igjen gir viktigheten av samarbeidet og støtten en prosjektstøtterolle innehar.

Av de vi intervjuet som fungerte som prosjektstøtte, var det flere som hadde poenggivende utdanning innen ledelse og styring. Dette var ofte sykepleiere som i tillegg har tatt en masterutdanning innen administrative og økonomiske fag, eller personer med en ren administrasjon eller økonomiutdanning. Disse kunne da bidra godt inn i prosjektet med både utdanning og tidligere erfaring innen prosjektledelse og prosjektverktøy og metodikk.

## **Kompetanse om prosjektledelse**

Suksessfaktorene nevnt i *Forbedring av driften* trekker frem å “velge kompetent prosjektleder” som viktig for å lykkes. Det spesifiseres likevel ikke hva som legges i kompetent, eller på hvilket område prosjektlederen trenger å ha kompetanse.

I prosjektene under *Forbedring av driften* er det som nevnt ingen med direkte prosjektkompetanse av de prosjektledere vi har intervjuet, men de fleste innehar en medisinsk utdanning. I de andre prosjektene har kompetansen om prosjektledelse vært ansett som god. Av de legeledere vi har intervjuet var det heller ingen som hadde tatt poenggivende studier i ledelsesfag, men som trakk frem tidligere erfaringer, og da hadde arbeidet seg oppover i OUS-hierarkiet. De viste heller ikke noe behov eller ønske om å ta lederutdanning, og det ble fremhevet at ledelse kan læres på mange arenaer. Det ble vist en holdning

om at ledelse i seg selv ikke trenger dedikert tid til å lære, men heller kan læres gjennom sitt daglige virke, både i og utenfor arbeidsplassen.

“Jeg har jo selvfølgelig vært fotballtrener når barna mine var små. Det er jo mange måter å lære ledelse på. Erfaring, grupper, dynamikk.” - Klinikleder

Flere klinikkledere, når de prater om utviklingen av lederskap i egen klinikk, trekker frem viktigheten av kompetanse innenfor lederskap. Ledernærvær, tilgjengelighet, samt mer styring nedover i avdelingene trekkes frem som viktige drivkrefter. Det oppleves et stort fokus og ønske om å sende sine ansatte på forskjellige lederprogram for å ruste de til en jobb som overordnet leder i fremtiden. For de som blir ønsket om å ta en slik lederutdanning trekkes det frem at det i all hovedsak handlet om et ønske fra egen leder, og ikke nødvendigvis noe man selv ønsker. Internt hos OUS, gjennom f.eks *Læringsportalen* til OUS, kan også den enkelte ansatt få kurs og kompetanse i blant annet administrative og ledelsesrettede områder.

Sykehuset er også en organisasjon hvor prosjekter ikke inngår som en naturlig del av kjernevirksomheten. Man drifter et sykehus, og utfører et kontinuerlig arbeid av pasientbehandling. Et prosjekt, i sin natur, er en motsetning av dette. Et prosjekt kan være å finne en helt ny måte å drive en operasjonsstue på, en prosess er da å bruke denne nye måten i daglig drift. Det å lede dag-til-dag drift, og å lede et prosjekt, kan da argumenteres for å ha forskjellig kompetansebehov, og at selv om man har ledet i sykehuslinjen vil dette i seg selv ikke gi kompetansen til å lede et prosjekt.

Mye av den kompetansen prosjektlederen har om prosjekt og prosjektstyring ligger da i erfaringen den enkelte har fått fra å være med i tilsvarende prosjekter tidligere, enten som leder i et mindre prosjekt eller som støttefunksjon i et prosjekt, samt den erfaringen som blir overført fra andre i organisasjonen. Prosjektstøttefunksjonen er vist å være viktig her. Av lagret informasjon trekkes det frem at det i mange prosjekt eksisterer veldig mye informasjon i form av utredninger og beskrivelser, men at informasjonsmengden er så stor og nytten i denne informasjonen så spredt at de i praksis ikke blir brukt. Revisjoner og revisjonsarbeid blir gjennomført hvor prosjektprosess og målbare indikatorer (som for eksempel ventetid) blir gjennomgått og fulgt opp for å kunne lære og forbedre.

For prosjektene under *Forbedring av driften* er det begrenset systematikk i erfaringsoverføringen. I all hovedsak ligger informasjon og erfaringer i dokumentasjon og rapporter fra tidligere faser i prosjektet, eller fra tilsvarende prosjekter som er gjennomført tidligere. Disse er ofte omfattende, og gevinsten ved å se igjennom disse for å lære av erfaringene sees som liten. Det er gitt eksempler på direkte erfaring mellom ny og gammel prosjektleder i et prosjekt, men denne erfaringsoverføringen skjedde i prosjektovertagelsen, og videre oppfølging ble ikke gjort. Dette betyr ikke at erfaringsoverføring ikke har vært til stede, bare at det ikke er gjort synlig noen systematiske tiltak for å sikre overføring av informasjon og tiltak fra prosjekt til prosjekt, men at dette har vært av mer personlig og individuell karakter.

For prosjektene i *Nettverk for kontinuerlig forbedring* er mye av hensikten å overføre kompetanse på individnivå. Dette kommer også tydelig frem av de vi har intervjuet, som særlig har trukket frem den gode læringsviljen og kunnskapen i prosjektet de har deltatt i. Prosjektene i nettverket har ofte også hatt med flere prosjektdeltagere enn det som har vært nødvendig, for å kunne gi erfaring og kunnskap som kan tas med videre inn til sin egen arbeidsplass. Nettverket har også en egen intranettside hvor alt som produseres av nettverkets medlemmer ligger tilgjengelig, så om for eksempel et prosjektmedlem i senere tid husker en metodikk de brukte i et tidligere prosjekt, som de mener fungerte bra, kan de gå inn og finne øvelsen og gjennomføringen der. Nettverket evaluerer også prosjektene sine i stor grad, og disse evalueringen ligger også tilgjengelige for alle på intranettet.

## **Prosjektleders makt**

En prosjektleder trakk frem at det var ønskelig å løse utfordringer på lavest mulig nivå, men at han gjerne valgte å bruke hierarkiet der han så det som nødvendig. Noe som kan tyde på at denne prosjektlederen forsto maktmiljøet i organisasjonen, og visste når man burde ta i bruk hjelp fra andre med høyere autoritet for å overkomme hindringer (Lovell 1993). Her kan det påpekes at sistnevnte var en overlege, uten en formell lederstilling, men som var godt respektert blant medarbeidere og ledere. I mandatet til *Forbedring av driften* ble det nevnt at prosjektleder og -medarbeidere i prosjektet må ha autoritet og gjennomføringsevne.

Flere uttalelser fra intervjuer antyder at en stilling som prosjektleder ikke medbringer

noen form for formell makt, eller autoritet i seg selv. Prosjektlederen har ingen direkte økonomiske virkemidler til disposisjon, og kan heller ikke overstyre andre beslutninger som omfatter sin prosjektgruppe, som for eksempel å kreve en annen lege ut av sitt medisinske arbeid for å jobbe med prosjektet. Det er heller autoriteten prosjektlederen har basert på fagbakgrunn og stilling i linjen som virker å en påvirkning i disse tilfellene. Dette er også blant kriteriene for utvelgelse av prosjektleder. I mandatet for forbedringsprogrammet *Forbedring av driften* er det nevnt at det er ønskelig at prosjektleder er linjeleder på nivå 2 eller 3, som kan tyde på at dette er noe ledelsen i OUS er klar over, og er kjent med fra tidligere erfaringer. Dette viser til at det er uklart hvilken myndighet og autoritet man her har som prosjektleder for et forbedringsprosjekt, men og at den formelle makten til prosjektleder i de forbedringsprosjektene vi har sett på, kan omtales å være lav.

## **Endringsrespons**

Gjennom intervjuene vises det til flere kilder til prosjektmotstand, som overordnet er utfordrende for gjennomføring og implementasjon av forbedringsprosjekter. En av kildene til aktiv endringsrespons er knyttet til faggrupper og fagfelt hvor interessene blir stående mot hverandre i forbedringsprosjektet. Hvert fag jobber for optimal behandling for sin pasientgruppe, og står sterkt i eget fag for å løse pasientgruppen sine utfordringer. Motstanden kommer når to pasientgrupper veies opp mot hverandre, i for eksempel areal som skal brukes på sykehuset, hvilken klinikk det er som har ansvar for forskjellige pasientgrupper, eller at man generelt føler seg og sitt fagfelt som truet. Når det kommer styring utenfra møter man motstand i form av at “vi kan dette best”. Det er lav tillit til at “folk som sitter andre steder” bestemmer hva man selv skal bruke tiden på. Denne motstanden er også synlig i en “hørt det før”-motstand. Her møter tiltak som skal implementeres mye motstand, da tiltaket blir sammenlignet med andre tilsvarende forbedringsprosjekt på andre sykehus. Tiltakene man da sammenligner med, har vist seg mindre vellykket og man ser ingen grunn til at det skal lykkes i egen avdeling. I sistnevnte tilfelle har det vist seg verdifullt å ha personer med god kompetanse på det tiltaket man kan gjennomføre, som effektivt klarer å adressere eventuelle spørsmål.

Det interne hierarkiet i sykehuset kan også være en utfordring når man skal implementere endringer. Dette hierarkiet eksemplifiseres gjennom alder, profesjon og erfaring, hvor motstanden vises gjennom en passiv endringsrespons ved å ikke delta på fora som

ikke ansees som interessante, det å raskt avfeie synspunkt og meninger til noen som ikke har samme “standing” i systemet, eller en “du vet hvordan det er her. sånn gjør vi det her og sånn fortsetter vi med” når nye forslag dukker opp.

Leger trekkes frem som gruppen med mest makt og innflytelse i organisasjonen, og er da også en gruppe som kan stå for sterk motstand. Det er ofte leger som sitter på fullmakten, og da også legen som bestemmer. Utfordringer som har blitt spesielt belyst er det å få leger til å prioritere forbedringsarbeid og å møte opp på fastsatte møter. Legene har også egne fora det diskuteres i, hvor morgenmøtet trekkes frem som en av disse. Dette er fora hvor det er vanskelig for andre å slippe til, og hvor forbedringsarbeid nødvendigvis ikke blir diskutert. Ledere har også trukket frem at leger kan være vanskelig å kommunisere med. Legene kan da sees som de “vanskeligste” portvokterene i organisasjonen.

Forbedringsprosjektets kompleksitet trekkes også frem som en stor kilde til motstand, hvor overnevnte eksempler i et stort prosjekt blir satt sammen, da prosjektet trekker over flere klinikker, områder og areal. Dette gjør at navigeringen mellom konfliktene og det å skille de kan være vanskelig, som igjen gjør at det å minimere motstanden blir krevende.

For å minimere mye av motstanden gjøres det flere aktive tiltak. Som nevnt er det i de fleste forbedringsprosjekt satt inn en lege som prosjektleder, og at dette er gjort for å sikre forankring i organisasjonen. Hvorfor en lege sikrer bedre forankring av prosjektet, virker fra intervjuene tilsynelatende å være at ved å bruke en fagekspert har både prosjektlederen og prosjektet mer legitimitet. I disse prosjektene er det også gitt tydelig støtte i form av prosjektstøttefunksjonen, være seg et individ eller nettverk. Denne støtten har kunnet ta hånd om mye av de daglige kildene til frustrasjon og motgang, som igjen kan ha hindret konfliktområdene fra å vokse. Annet som har blitt nevnt som tiltak er effektiv og god kommunikasjon til de påvirkede enhetene, med fokus på dialog. I et prosjekt var det brukt en egen kommunikasjonsperson inn som fortalte de “gode historiene”, som ble gitt inntrykk av at hadde en god effekt på hvordan prosjektet ble mottatt i organisasjonen. Et annet eksempel kom fra et stort forbedringsprosjekt, hvor forbedringsprosjektet møtte mye motstand gjennom “jungeltelegrafene” fra tilsvarende prosjekt gjennomført ved andre sykehus i Norden. Prosjektlederen hadde stor kunnskap om området, og også kjennskap til hvorfor de samme tiltakene hadde vært mindre vellykkede andre steder. Her er pro-

sjektlederen allerede et høyt ansett medlem av gruppen, og regnes da som en av “sine egne”. På denne måten klarte prosjektlederen å adressere motstanden på en direkte og effektiv måte, samtidig som gruppen lyttet til det prosjektlederen sa.

## Diskusjon

Gjennom studien er det sett på hvordan prosjektleder kan lykkes med forbedringsprosjekter i sykehus. For å besvare dette spørsmålet er det blitt undersøkt flere nivåer som påvirker gjennomføringen av forbedringsprosjekt ved OUS, og hva disse nivåene tilfører eller hindrer for vellykket prosjektgjennomføring og -implementasjon for prosjektlederen.

## Prosjektstrategi

For å lykkes med forbedringsprosjekter argumenterer Franken, Edwards og Lambert (2009) for en streng seleksjon av hvilke prosjekter som blir iverksatt og at disse sorteres i tydelige overordnede porteføljer. Disse porteføljene kan da ha tett oppfølging av endringsbehovet, og hvordan organisasjonen vil kunne reagere på de foreslåtte endringene. Dette kan gjøres som foreslått av Lewin (1947), hvor man forsøker å forstå kreftene i organisasjonen og hva som bestemmer disse kreftene. Overordnet kommunikasjon av forbedringsprosjektet til organisasjonen vil også være porteføljens ansvar. Porteføljen vil kunne delegere ansvaret for gjennomføring og implementasjon av forbedringsprosjektet, og omfanget av dette. Cooke-Davies (2002) viser at dette vil gi prosjektlederen best mulige forutsetninger når de påbegynner et forbedringsprosjekt.

De samlede forbedringsprosjektene under *Forbedring av driften* hadde felles visjon, mål og mandat. Av strategidokumentene kommer det frem klare mål om hva hensikten med prosjektene skal være, hvordan de skal gjennomføres, og hva som burde være på plass for at disse forbedringsprosjektene skal lykkes. Disse forbedringsprosjektene hadde en overordnet styringsgruppe for forbedringsprogrammet, men ble ikke styrt likt på prosjektnivå.

Det er påbegynt et mandat om å samle prosjekter under en porteføljestyring, hvor tilhørende forbedringsprosjekt samles under en felles paraply. Hensikten vil være å *“definere, balansere og styre virksomhetens samlede prosjektportefølje på en slik måte at virksomhetens ressurser utnyttes best mulig”*. Behovet for dette kommer frem av funnene, hvor prosjektene ikke er samstemte eller overlappende i verken arbeid, metodikk eller styring. Dette støttes av Pickens og Solak (2005) som viste at mange prosjekt i helsesektoren ikke lykkes på grunn av fravær av, eller ikke-tilstrekkelig, porteføljestyring.

## Prosjektprosess

Funnene indikerer at prosjektgjennomføringen i prosjektene praktiseres veldig ulikt mellom prosjektlederne, og at prosjektsuksess hovedsaklig defineres gjennom subjektive meninger da det ikke gjennomføres målinger av prosjekteffekter.

### Målstyring og planlegging

Fra mandatet til forbedringsprogrammet *Forbedring av driften* var det listet opp klare suksessfaktorer for hva som var viktig gjennom prosjektprosessen for at disse prosjektene skulle lykkes. Det var blant annet nevnt at “*Det må settes tydelige SMARTe (spesifikt, målbart, akseptert, realistisk og tidfestet) målsetninger og innføres en effektiv implementering og oppfølging*”. Hvor verdien av klare, realistiske mål også presiseres i teorien som viktig for prosjektsuksess (Munns og Bjeirmi 1996; Clarke 1999; Schindler og Eppler 2003; Fortune og White 2006). Dette ser likevel ut til å være noe flere prosjektledere strever med, da fokuset på mål og måloppnåelse inn mot, og i, prosjektene har vist seg å være varierende. Konkrete mål blir gitt, men måles ofte verken i forkant eller i etterkant av prosjektet, som gjør at tydelige resultater ofte uteblir. Grunnen til dette kan være at dersom du ikke har et forhold til hva et “SMART” mål er, vil det være vanskelig å bruke det i praksis. Dette kan være et resultat av begrenset prosjekterfaring og -kunnskap, som medfører at man ikke har fått opparbeidet seg ferdigheter innen prosjektarbeid (Bolisani og Bratianu 2018). Ved å ha en klar definisjon på prosjektmålet som hele prosjektteamet er enige om, vil prosjektet i større grad bli mål- og resultatorientert, fremfor fokusert på møter og prosjektaktiviteter i prosjektet. Resultatet er at fremdriften til prosjektet kan overvåkes effektivt, og til syvende og sist vil suksessen bli målt lettere fordi målene er tydelig angitt i begynnelsen av prosjektet (Clarke 1999).

I tillegg til et klart og tydelig mål fremhever litteraturen viktigheten av å ha en oppdatert/detaljert/realistisk plan (Belassi og Tukel 1996; Clarke 1999; Fortune og White 2006). Her virker det som at de fleste prosjektene hadde et forbedringspotensiale, da fremdriftsplanene ikke var særlig detaljerte og kun besto av datoer for statusrapporter og ferdigstilling. Resultatet ble at tiden mellom hvert statusmøte ble brukt dårlig og konkrete arbeidsoppgaver mellom møtene falt fra. Dette har også støtte i litteraturen hvor man så at prosjektgrupper i sykehus hadde en tendens til å møtes uten å nødvendigvis produsere



resultater (Øvretveit 1997). Forbedringsprosjektene under *Forbedring av driften* hadde identifisert dette på forhånd, men det ser likevel ut til at det i flere av prosjektene ikke hjalp med et stramt tidskjema for å opprettholde effektivitet og sikre et tydelig mål. Det vises også til et behov for mer planlegging og en mer detaljert plan for å bedre disponere tiden mellom statusoppdateringene.

### **Prosjektmetodikk og erfaringsoverføring**

Det er vist at det til tider var vanskelig å snevre inn og konkretisere prosjektet, og dermed gjøre prosjektet mer håndterbart. Dette kan tyde på at enkelte av prosjektene led av “mission creep”, hvor omfanget ikke var godt nok definert fra starten og enkelte av prosjektene ikke greide holde seg innenfor de tiltenkte prosjektgrensene. Dette kan medføre at prosjektmålene blir uklare og folk kan begynne å miste fokuset på hva det er de prøver å oppnå (Clarke 1999). Dette kan sees i sammenheng med den begrensede bruken av prosjektmodeller og andre hjelpemidler for å strukturere prosessen. Prosjektene har ikke jobbet etter en felles mal eller metode for hva som skal inngå i prosjektgjennomføringen. Dette har også ført til ulike tilnærminger til forbedringsprosjektene, selv i prosjektene underlagt felles forbedringsprogram. Clarke (1999) argumenterer for at standardisering ved bruk av en felles prosjektmodell kan forbedre kommunikasjonen, og sikre at alle snakker det samme “prosjektspråket”. En slik standardisering minimerer også ikke-verdiskapende tid og innsatsen som kreves, ved å for eksempel ha felles ressurser, dokumentasjon og opplæring (Clarke 1999). Joslin og Müller (2015) fant, ved å se på hvordan valg av prosjektstyringsmetodikk gir prosjektsuksess, at prosjektmetoder som anses som omfattende nok til å kunne styre prosjektet førte til høyere nivåer av prosjektsuksess. Prosjektmetodikken må da også kontinuerlig utvikle seg ved å tilpasse seg det organisatoriske miljøet, slik at metodikken fortsatt kan bidra til prosjektsuksessen. Et par mindre prosjekter har likevel tatt i bruk komponenter av lean i prosjektene, noe som ser ut til å ha hjulpet med å strukturere prosjektprosessen. At helsesektoren gjerne adapterer lean mer lokalt og bruker deler av lean som “verktøykasse”, også gjerne i forbindelse med små prosjekter, er vist av tidligere forskning (Waring og Bishop 2010; Radnor, Holweg og Warren 2012).

På de store sykehusovergripende forbedringsprosjektene er det heller ikke vist til noen systematisering av erfaringsoverføring, og hvert enkelt prosjekt kan sies å jobbe isolert fra de andre. Carthey (2006) viste at manglende felles prosjektmetodikk i Australske

sykehus ga ukonsist datagrunnlag for læring av prosjektene. Dette ser ut til å være et vanlig problem, og Schindler og Eppler (2003) viste gjennom sin forskning at kunnskap og erfaringer fra ulike prosjekter ikke blir systematisk integrert inn i den organisatoriske kunnskapsbasen, og at det er et stort avvik mellom behovet for prosjektdebriefing og den faktiske bruken av dette. En del av problemet er at erfaringer fra prosjektet ofte ikke er en del av prosjektdokumentasjonen, og når prosjektdeltakerne går videre til nye prosjekter eller tilbake til sin stilling i linjeorganisasjonen, tar de med seg erfaringene fra prosjektet (Schindler og Eppler 2003). Begrenset erfaringsoverføring vil derfor føre til mindre prosjektkompetanse blant ansatte, og fremtidige prosjekter vil ikke kunne ta i bruk nyttige lærdommer fra tidligere prosjekter. Fra et langsiktig perspektiv gjør systematisk prosjektlæring virksomheten i stand til å utvikle god prosjektkompetanse i organisasjonen (Schindler og Eppler 2003).

## **Implementering av tiltak**

Når forbedringstiltakene skal implementeres i linjen ved prosjektperiodens slutt, har en implementeringsplan med delegert ansvar, eller mangelen på det, vist seg å være viktig for om prosjektet faktisk blir tatt i bruk i de aktuelle avdelingene. Fokuset ser ut til å ha vært på forankring hos linjeledelsen, men at det har vært manglende kommunikasjon ut mot/og inkludering av avdelingene som skal motta forbedringsprosjektene.

Det var i flere tilfeller ikke laget en implementeringsplan med ansvarsfordeling, og det er heller ikke tydelig hvem som har ansvaret for oppfølgingen til flere av prosjektene. Noe Franken, Edwards og Lambert (2009) omtaler som viktig for gjennomføringen av endringsprosesser. Realisering av eventuelle gevinster fra prosjektet faller dermed litt bort, og det var lite kontinuitet i overgangen fra gjennomføring til implementering. Det er for eksempel sett tilfeller hvor mottaker av et forbedringsprosjekt ikke var klar over prosjektets eksistens, eller at de skulle ta det i bruk. God kommunikasjon og tilbakemelding, samt det å inkludere sluttbrukerne i prosessen nevnes også som faktorer som er viktige for prosjektsuksess i litteraturen (Clarke 1999; Fortune og White 2006). Kommunikasjon er viktig da endringsprosesser er forstyrrende, vanskelige og ukomfortable for ansatte. Følgelig må folk være involvert i endringene og være klar over hva som skjer i prosjektet, for å kunne lettere akseptere endringene og ta dem i bruk (Clarke 1999). Hvor mangelen på dette kan være noe av årsaken til manglende effekter ved forbedringsarbeid hos OUS.

Tid, eller mangelen på det, ser også ut til å være en faktor som hindrer effektiv implementering. Linjeledere forteller om mange forbedringsprosjekter og et stort tidspress i hverdagen. Dette opplever flere organisasjoner, hvor mange pågående prosjekter samtidig fører til overbelastning av prosjekter (project overload syndrome, beskrevet av Clarke (1999)). Dette kan føre til ressurskonflikter og forsinkelser i gjennomføringen av prosjektet, hvor løsningen i andre organisasjoner har vært å redusere antall endringsprosjekter som blir utført samtidig (Clarke 1999).

## Prosjektsuksess

Når det kommer til prosjektenes suksess er det vanskelig å vurdere om prosjektene har oppnådd det de skulle, blant annet på grunn av uspesifiserte mål og mangel på måling av gevinster. Dette kommer tydeligst frem i *Forbedring av driften*-prosjektene, som har et økonomisk overordnet mål som ikke er kvantifisert for de enkelte prosjektene. Siden det i liten grad hadde blitt målt direkte effekter i flesteparten av forbedringsprosjektene, har det Baker, Murphy og Fischer (1988) kaller “opplevd prosjektsuksess” fått en stor rolle i defineringen om hvordan prosjektene gikk. Hovedfokuset virker å være på prosjektets omtale og om prosjektet er fullført innen gitt tidsfrist i vurderingen om prosjektet var vellykket. Fra Baccarini (1999) sin inndeling av prosjektsuksess ser det derfor ut til at *tid* er komponenten fra prosjektledelsesuksess og *kundetilfredshet* er komponenten fra produktsuksess som oppleves som viktigst blant prosjektdeltakerne.

For å i bedre grad lykkes med prosjektene, og få en mer objektiv måling på dette, vil det som nevnt tidligere kreves spesifiserte mål hvor det måles effekter i ettertid. Dette er spesielt viktig da produktsuksess er det Baccarini (1999) nevner som den viktigste delen av prosjektsuksess, hvor prosjektets mål og formål støtter virksomhetens strategiske mål. Dette er nok også det virksomhetsledelsen er mest opptatt av, siden prosjektmålet ofte er begrunnelsen til hvorfor prosjektet er startet opp (Baccarini 1999). Måling av gevinster er også viktig siden prosjektene har brukt ressurser i form av arbeidskraft som kunne ha blitt brukt til andre formål. Disse “skjulte” kostnadene burde trekkes frem i et budsjett og gjøres synlige på papiret. Da arbeidstiden som blir brukt på prosjektet uansett synlig for de ansatte som bruker av sin tid på dette, tid som også trengs andre steder. Gevinstene virker derimot å være mindre synlige, hvor det er ikke blir målt direkte effekter av de

foreslåtte tiltakene. For å motvirke negative effekter av lite synlige prosjektresultater er det viktig med kommunikasjon for å forbedre synligheten av de faktiske fordelene. Dette kan gjøres ved å publisere deler av organisasjonen der prosjektledelsen har vært vellykket, se på årsakene bak suksessene deres eller ved å oversette fordelene til tiltak som alle i organisasjonen kan forstå (Clarke 1999).

## **Prosjektledelse**

Prosjektlederen i forbedringsprosjektene analysert kan deles inn i to hovedgrupper, de som er utdannet lege, og de som har en form for utdanning innen ledelse. Det er vist at utdanningsbakgrunnen til prosjektlederen ikke automatisk setter et likhetstegn til vellykket prosjektgjennomføring, men at hvordan prosjektlederen klarer å navigere seg rundt et bredt samspill av faktorer vil ha betydning for graden av prosjektsuksess.

### **Legen i prosjektlederrollen**

I forbedringsprosjektene analysert har flertallet av prosjektlederene hatt medisinskfaglig utdanning, og innen forskningen argumenteres det for at det helst burde være leger som bekler disse stillingene, da det ønskes prosjektledere med høy troverdighet og kunnskap i og om helsesektoren, ved prosjekter i sykehus (Day 2007; Lee 2010; Spehar, Frich og Kjekshus 2015; Limb 2016; Perry, Mobley og Brubaker 2017; Rotenstein, Sadun og Jena 2018). Legene som også fungerer som prosjektledere, gjør dette på siden av sitt medisinske arbeid. Det argumenteres å legge til rette for dette, slik at leger, istedenfor å se seg selv å bytte rolle fra lege til leder, skal kunne se overgangen som en utvidelse av sin profesjon (Penlington og Holmstrom 2013). Der hvor prosjektlederene med legebakgrunn har vist seg svakest, er innen kompetanse og erfaring i styring av forbedringsprosjekt.

### **Behovet for prosjektkompetanse**

Graden av prosjektlederkompetanse er varierende hos prosjektlederene ved OUS. Prosjektledere med legebakgrunn viser en liten grad av prosjektkompetanse, og fra litteraturen argumenteres det for at leger burde inneha og opparbeide seg mer formell kompetanse innenfor ledelse og styring (Lee 2010; Perry, Mobley og Brubaker 2017; Rotenstein, Sadun og Jena 2018). Pinto og Slevin (1987) argumenterer for at prosjektlederen må inneha de administrative ferdighetene for en vellykket gjennomføring, men vi ser at der hvor legene

har manglet prosjektkompetansen, har en prosjektstøttefunksjon bidratt inn for å tette dette hullet. Dette har vist seg fruktbart, da prosjektstøtten med sine tidligere erfaringer og kunnskap har klart å få ‘ad-hoc’-styrte forbedringsprosjekt til å få en tydelig plan, tettere oppfølging og en bedre driv i prosjektprosessen.

### **Fravær av makt hos prosjektleder**

Det er ikke funnet at prosjektlederen i lys av sin stilling innehar noen former for formell makt eller autoritet. Den autoriteten prosjektleder har kommer fra tidligere arbeid, spesielt gjennom en stilling som linjeleder, og en medisinfaglig tyngde. Det vises også til at legene som leder har en “standing” i systemet, og at denne “standingen” er viktig for å bli hørt og ha gjennomføringsevne. Denne statusen vil være en kilde til makt i organisasjonen, som igjen er viktig for gjennomføringen av forbedringsprosjektet - å oppnå mål til tross for motstand. Denne makten kan omtales som uformell, da makten følger yrket og statusen innad i yrket, og ikke stillingen som prosjektleder. Litteraturen om sykehus poengterer at det eksisterer et profesjonelt hierarki innenfor fagfeltet i medisin, og forskjellen i status til de som innehar stillinger på ulike nivåer i hierarkiet er velkjent også for helsepersonell (Nembhard og Edmondson 2006).

### **Minimere endringsmotstanden**

Forbedringsprosjektene analysert favner over store områder, både fysisk og organisasjonelt. Pasientgrupper veies opp mot hverandre, dynamikker endres og hierarkier utfordres. Motstanden vises gjennom kompliserte interessekonflikter og motvillighet til deltagelse. Fra de innsamlede dataene ser man at det ofte er spesielt vanskelig å få legene til å involvere seg og bruke sin tid på endringsprosjekter. Tidligere forskning har vist til at deltakelse er viktig for å sikre vellykket implementasjon av strategiske endringer (Lines 2004). Disse legene er da nøkkelpersonell som sitter på i makt i form av rollen som *portvoktere* som beskrevet av Lewin (1947) . Dette er i samsvar med tidligere forskning, hvor ansattes, og spesielt legenes, involvering i endringsinitiativer omtales som essensiell for at endringsinitiativer i sykehus skal lykkes, men at dette er vanskelig å gjennomføre (Øvretveit 1997; Øvretveit 2005; Boak mfl. 2015; Nembhard, Labao og Savage 2015; Greenhalgh mfl. 2017). Mulige årsaker til det er vanskelig å involvere og engasjere legene, kan være spenningene mellom legenes faglige verdier og krav fra ledelsen til forbedret effektivitet, kostnadskontroll og ressursallokering (Hallier og Forbes 2005). Forskning på organisasjoner viser til

at ansatte kan blokkere eller bremse endringer gjennom sine stillinger og uformelle roller i organisasjonen (Reed 1996; Øvretveit 2005; Hallier og Forbes 2005). Dette kan dermed gjøre det vanskelig å gjennomføre endringer som kommer fra ledelsen, dersom legene er uenig i innholdet eller av andre grunner ikke vil vie sin tid til forbedringsprosjektet.

Det er da spesielt i å hindre motstand til endring at en leder på høyt nivå, en overlege med stor respekt i organisasjonen, eller en ingeniør med stor kunnskap om prosjektområdet, er mest effektiv som prosjektleder. En prosjektleder med medisinsk bakgrunn blir i større grad hørt, og møter mindre motstand i en endringsprosess. Dette tillegges statusen, men også en dyptgående forståelse for organisasjonens virke, og kjennskap til menneskene og avdelingene der endringsprosjektet påvirker. De sykehusovergripende forbedringsprosjektene påvirker mange avdelinger, lokasjoner og mennesker, og det er naturlig at dette også vil bringe med seg flere grader av endringsrespons. Det vises til flere tiltak for å minske motstanden til endring. Det ene er erfaringen med god kommunikasjon, både ved inkludering av interessenter, men også gjennom bruk av egen kommunikasjonsperson. Et annet er å sikre forbedringsprosjektet ovenfra-og-ned, ved at ledelsen tydelig støtter oppunder prosjektformålet. God styring av prosjektene har også vist seg verdifullt for å ta for seg flere typer motstand.

## **Styrker, begrensninger og generalisering**

Eisenhardt (1989) sier at det er to viktige spørsmål som må stilles for å bestemme slutten på et casestudie: når skal man slutte å tillegge mer empiri til caset, og når er iterasjonene mellom teori og data er ferdig. Ideelt skal man slutte å finne mer empiri til caset når man oppnår en teoretisk metning (når den inkrementelle læringen er liten fordi fenomenet er observert fra før). Det samme gjelder for iterasjonene mellom teori og data, når den inkrementelle forbedringen til teorien er minimal.

I denne oppgaven var det ønskelig med både flere sykehusovergripende forbedringsprosjekt, og intervjuere flere personer i hvert enkelt forbedringsprosjekt. Dette gjelder spesielt å snakke med flere prosjektledere direkte, samt intervjuere prosjekteiere og mottakere av prosjektleveransene for flere perspektiver og dypere innsikt. Likevel ser vi på de funnene vi har gjort som troverdige. Der hvor vi intervjuet flere personer som hadde jobbet på samme prosjekt, var informasjonen gitt av intervjuobjektene i stor grad overlappende.

Svarene fra den ene informanten stemte godt overens med svarene fra den andre. Videre var det også på tvers av forbedringsprosjektene gjort erfaringer som stemte med hverandre, hvor det ikke var noen prosjekter som hadde tydelige særheter som skilte de fra de andre. Flere utsagn om styring og ledelse i sykehus ble også underbygd av de 15 intervjuene vi fikk tilgang til, samt at tilgang til prosjektmandater og rapporter konkretiserte hva som faktisk ble målt og gjennomført i prosjektet. Det erkjennes likevel at ønsket grad av teoretisk metning ikke ble nådd, og at det hadde vært ønskelig med en intervjurunde til, men som dessverre ikke ble mulig grunnet Covid-19.

Fra tidligere forskning er det derimot mye å hente innen styring, ledelse og prosjektarbeid i sykehus. Gjennom litteraturstudiet i prosjektoppgaven ble det lagt et godt teoretisk grunnlag som ble bygget videre på for masteroppgaven. Store deler av funnene gjort i denne oppgaven, samsvarer også med denne tidligere forskningen, hvor funnene her i stor grad støtter oppunder disse.

På hvorvidt funnene i denne oppgaven er generaliserbare og kan antas å gjelde for sykehus generelt, vil Oslo Universitetssykehus skille seg fra andre sykehus ved å være det største sykehuset i Europa med over 24 tusen ansatte. Dette kan ha implikasjoner for hvordan forbedringsprosjekt gjennomføres, og hva som kreves for å gjennomføre disse på en god måte. Dette kan også ha implikasjoner på hvordan man best kan organisere disse forbedringsprosjektene, da man kan argumentere at for eksempel stordriftsfordeler kan bidra eller hemme visse måter å organisere på. Dette er også en av svakhetene ved et casestudie, hvor funnene i flere tilfeller kan være spesifikke for caset (Eisenhardt 1989). Uavhengig av størrelse på sykehuset kan man argumentere for at sykehusovergripende forbedringsprosjekt vil møte på mye av de samme utfordringene med stor kompleksitet, interessekonflikter og makt dynamikker som er presentert i denne oppgaven. Det kan da argumenteres at mye av de samme utfordringene også vil være gjeldende hos andre sykehus, hvor flere av funnene i denne oppgaven er støttet av tidligere funn fra sykehus i Europa.

## **Praktiske implikasjoner**

Funnene i denne oppgaven kan bidra til utvidet forståelse for hvordan OUS kan tilrettelegge for prosjektleders evne, og da å gjennomføre, vellykkede forbedringsprosjekt. Det er

gjennom oppgaven vist at lege-prosjektledere ofte ikke innehar prosjektkompetansen som trengs for styringen av et prosjekt. Dette gjør prosjektgjennomføringen utfordrende og leger er i større grad avhengig av hjelpemidler i sin prosjektstyring. Lege-prosjektlederen innehar likevel ofte den legitimiteten i organisasjonen som trengs for å overkomme eventuell motstand forbedringsprosjektet møter i prosjektgjennomføringen. For prosjektlederen som har utdanning og erfaringer relevant for prosjektarbeid, bærer prosjektgjennomføringen og -styringen preg av mer effektiv koordinering og styring, med et klart fokus på prosjektmålet. Her manglet derimot legitimiteten til å overkomme endringsmotstand i enkelte tilfeller.

I de tilfellene hvor en lege har vært prosjektleder, har det vist seg positivt å også ta inn en prosjektstøtte som besitter god prosjektforståelse og -kunnskap. Dette for å sikre at dag-til-dag drift og moment i prosjektet opprettholdes, at de riktige tingene blir gjort til rett tid, samt å sikre helhetlig kontroll i forbedringsprosjektet. En slik løsning forutsetter godt samarbeid og koordinering mellom prosjektleder og prosjektstøtte for å fungere optimalt.

Flere av prosjektene har vært lite mål- og resultatorienterte, og en mer aktiv målstyring i prosjektene samt fokus på gevinstrealisering vil i større grad kunne sikre effektiv styring i prosjektene. Det er også observert et behov for klarere retningslinjer og rammer i prosjektene, hvor en felles prosjektmodell kunne ha tilført dette. Det er også vist at det eksisterer et potensial i å opparbeide og ivareta prosjekt- og prosjektlederkunnskap. Både blant lege-prosjektlederne og blant resten av prosjektdeltakerne. Overføringen av prosjektresultatene til linjeorganisasjonen har sviktet i enkelte tilfeller, som skyldes at ingen er satt som ansvarlige for oppfølging, kombinert med at tiltakene ikke er godt nok kommunisert ut til avdelingene.



# Konklusjon

Denne oppgaven har ønsket å se nærmere på forskningsspørsmålet:

*“Hva påvirker prosjektleders evne til å gjennomføre vellykkede forbedringsprosjekter i sykehus?”*

Gjennom et kvalitativt casestudie hos Oslo Universitetssykehus har forbedringsprosjekter blitt analysert gjennom intervjuer og dokumentanalyse. Her har funn blitt diskutert og drøftet opp mot eksisterende teori om endring, prosjekt og ledelse. Studiet har tilnærmet forskningsspørsmålet gjennom en vertikal analyse, hvor strategi, prosjekt og ledernivå er tatt med for å kunne gi en god innsikt og kontekstuell forståelse. Det er sett på fagbakgrunn og rolle til prosjektlederen da dette er grunnlaget for prosjektlederens makt og kompetanse, som igjen kan hemme eller fremme gjennomføringen og implementering av forbedringsprosjekt i helsesektoren.

Det er gjennom oppgaven vist at prosjektleders evne til å gjennomføre et vellykket forbedringsprosjekt påvirkes av vedkommendes kunnskap og erfaring knyttet til prosjektarbeid. Prosjektleder vil også kunne møte økt motstand i organisasjonen om rollen og bakgrunnen ikke er medisinsk. En prosjektleder med legebakgrunn vil gjennom sin legitimitet kunne minske denne endringsmotstanden, og er prosjektlederen linjeleder vil organisasjonshierarkiet også bidra positivt til gjennomføringsevnen. Dette da linjeledere vil ha autoriteten og makten nødvendig for effektiv gjennomføring. Der hvor prosjektledere mangler prosjektkompetanse, vil en prosjektstøtte effektivt kunne bistå med dette.

Det kommer frem at prosjektlederene har gitt liten oppmerksomhet til implementering og gevinstrealisering av forbedringsprosjekt, hvor fokuset i all hovedsak har vært på å levere en sluttrapport. Dette tillegges manglede erfaring og kunnskap om gevinstrealisering hos prosjektledere med lav prosjektkunnskap og -erfaring, hvor det har manglet en tett oppfølging av forbedringstiltak og en manglende kommunikasjon ut mot avdelingene.

## Forslag til videre forskning

Selv om det er gjort mye tidligere forskning innen ledelse i helsesektoren, er det flere tema i oppgaven som kan egne seg for videre forskning. Aktuelle studier som kunne ha bidratt med økt innsikt på området er:

- Et komparativt studie med mer direkte sammenligning på prosjektsuksess mellom prosjekter som ledes av leger og rene prosjektledere.
- Utføre tilsvarende studie på andre sykehus i Norge for økt breddeforståelse i hvordan forskjellige organisasjoner utfører samme type arbeid.
- Longitudinelt studie som følger prosjektledere med ulik bakgrunn gjennom et prosjekt, for å få en dypere innsikt i prosjektprosessen, og hvordan prosjektlederen fungerer gjennom prosjektet.
- Komparativt studie på forskjellige prosjektmetodikker, og hvordan disse fungerer i sykehus.
- Prosjektmodeller i helsesektoren, hvilke steg og tiltak er nødvendig for god gjennomføring av forbedringsprosjekt i helsesektoren.
- Hvordan elementer fra markedsføring kan bidra til effektiv kommunikasjon og samstemthet i store klinikkovergripende forbedringsprosjekt hos OUS.

## Referanser

- Adler, Paul S. mfl.: *Performance Improvement Capability: Keys to Accelerating Performance Improvement in Hospitals*. I: *California Management Review* 42.2 (2003).
- Andersen, Bjørn, Eirik Vårdal Kvalheim og Gro Holst Volden: *Prosjektmodeller og prosjekteierstyring i statlige virksomheter - Concept-rapport nr. 50*. [https://www.ntnu.no/documents/1261860271/1262010703/Prosjektmodeller+og+prosjekteierstyring+i+statlige+virksomheter\\_Concept\\_rapport\\_nr\\_50\\_WEB.pdf/bef277f8-8ac0-4cca-a0b5-4748657cb2ae?version=1.0](https://www.ntnu.no/documents/1261860271/1262010703/Prosjektmodeller+og+prosjekteierstyring+i+statlige+virksomheter_Concept_rapport_nr_50_WEB.pdf/bef277f8-8ac0-4cca-a0b5-4748657cb2ae?version=1.0). [Hentet 21. juni 2020]. 2016.
- Baccarini, David: *The Logical Framework Method for Defining Project Success*. I: *Project Management Journal* 30 (4 1999).
- Baker, B.N., D.C. Murphy og D. Fischer: *Factors affecting project success*. Project management handbook. Van Nostrand Reinhold, 1988.
- Baum, Neil og Benjamin Swig: *Project Management for Healthcare Practices: Costs and Timing*. I: *The Journal of Medical Practice Management* 32 (4 2017).
- Baxter, Pamela og Susan Jack: *Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers*. I: *The Qualitative Report* 13 (4 2008).
- Bekkelund, Anne Siri Koksrud: *Et forsvar for New Public Management*. [https://www.idunn.no/stat/2018/02/et\\_forsvar\\_for\\_new\\_public\\_management](https://www.idunn.no/stat/2018/02/et_forsvar_for_new_public_management). [Hentet 20. april 2020]. 2018.
- Belassi, Walid og Oya Icemeli Tukul: *A new framework for determining critical success/-failure factors in projects*. I: *International Journal of Project Management* 14 (3 1996).
- Benders, Jos: *Tricks and trucks: a case study of organization concepts at work*. I: *The International Journal of Human Resource Management* 10 (4 1999).
- Bennis, WG og B. Nanus: *Leaders: The Strategies of Taking Charge*. I: *Harper & Row* (1985).
- Boak, George mfl.: *Distributed leadership, team working and service improvement in healthcare*. I: *Leadership in health services*. 28 (4 2015).

- Bolisani, E. og C. Bratianu: *The Elusive Definition of Knowledge*. I: Cham: Springer International Publishing. (2018).
- Bryman, Alan: *Social Research Methods*. 5. utg. Oxford University Press, 2016. ISBN: 9780199689453.
- Carthey, Jane: *Post Occupancy Evaluation: Development of a Standardised Methodology for Australian Health Projects*. I: *International Journal of Construction Management* 6 (1 2006).
- Chan, Kim Yin og Fritz Drasgow: *Toward a Theory of Individual Differences and Leadership*. I: *Journal of Applied Psychology* (2001).
- Chaudry, Joseph mfl.: *Physician Leadership: The Competencies of Change*. I: *Journal of Surgical Education* 65 (3 2008).
- Clarke, Amanda: *A practical use of key success factors to improve the effectiveness of project management*. I: *International Journal of Project Management* 17 (3 1999).
- Coch, Lester og John R. P. French: *Overcoming resistance to change*. I: *Hum Relat* 1 (4 1948).
- Coetsee, Leon: *From resistance to commitment*. I: *Public Administration Quarterly* 23 (2 1999).
- Cooke-Davies, Terry: *The “real” success factors on projects*. I: *International Journal of Project Management* 20 (3 2002).
- Creasy, Todd: *SUBJECT TO REVIEW: Factors that lead to success or failure in health-care projects*. I: *Quality Progress* 50 (2017).
- Cummings, Thomas G. og Christopher G. Worley: *Organization Development & Change*. 10. utg. Cengage Learning, 2015. ISBN: 978-1-133-19045-5.
- Davenport, T.H. og L. Prusak: *Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know*. I: Harvard Business School Press, Boston (1998).
- Davis, K.H.: *Logical framework analysis: A methodology to turn vision into reality*. I: AIPM National Conference, Adelaide T-D-393–397 (1995).

Day, Michael: *The rise of the doctor-manager*. I: *The business management journal* 335 (2007).

de Wit, Anton: *Measurement of Project Success*. I: *Project Management Journal* 6 (3 1988).

Diefenbach, Thomas: *NEW PUBLIC MANAGEMENT IN PUBLIC SECTOR ORGANIZATIONS: THE DARK SIDES OF MANAGERIALISTIC 'ENLIGHTENMENT'*. I: *Public Administration* 87 (4 2009).

Difi: *Prosjektveiviseren: roller*. <https://www.prosjektveiviseren.no/roller/>. [Besøkt 11. Desember 2019]. 2019.

Dubickis, Mikus og Elīna Gaile-Sarkane: *Transfer of know-how based on learning outcomes for development of open innovation*. I: *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity* 3 (1 2017).

Eisenhardt, Kathleen M.: *Building Theories from Case Study Research*. I: *Academy of Management Review* 14 (4 1989).

Elizur, Dov og Louis Guttman: *The Structure of Attitudes toward Work and Technological Change within an Organization*. I: *Sage Publications* 21 (4 1976).

Emerson, Richard M.: *Power-Dependence Relations*. I: *American Sociological Review* 27 (1 1962).

Finansdepartementet: *Målstruktur og målformulering*. <https://www.ntnu.no/documents/1261860271/1263838555/Veiledere%20nr%2010%20M%C3%A5lstruktur%20og%20m%C3%A5loppn%C3%A5else.pdf>. [Besøkt 11. Desember 2019]. 2010.

Fortune, Joyce og Diana White: *Framing of project critical success factors by a systems model*. I: *International Journal of Project Management* 24 (2006).

Franken, Arnoud, Chris Edwards og Rob Lambert: *Executing Strategic Change: Understanding the Critical Management Elements that Lead to Success*. I: *California Management Review* 51 (3 2009).

Freeman, M. og P. Beale: *Measuring project success*. I: *Project Management Journal* 23 (1 1992).

Freidson, Eliot: *THE CHANGING NATURE OF PROFESSIONAL CONTROL*. I: *Annual Review of Sociology* 10 (1984).

French, John R. P. og Bertram Raven: *The Bases of Social Power*. I: *Studies in social power* D. Cartwright (Ed.) (1959).

Goodall, Amanda H.: *Physician-Leaders and Hospital Performance: Is There an Association?* I: *IZA DP* 5830 (2011).

Greenhalgh, Trisha mfl.: *Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies*. I: *Journal of Medical Internet Research* 19 (11 2017).

GWU, The George Washington University: *The History of Hospital Administration*. <https://healthcaremba.gwu.edu/blog/the-history-of-hospital-administration/>. [Hentet 19. april 2020]. 2020.

Hallier, Jerry og Tom Forbes: *The role of social identity in doctors' experiences of clinical managing*. I: *Emerald Group Publishing Limited* 27 (1 2005).

Ham, Christopher: *Health Policy in Britain: The Politics and Organisation of the National Health Service*. 3. utg. Palgrave Macmillan, 1992. ISBN: 0333494962.

Hanson, Ernest I.: *The Budgetary Control Function*. I: *The Accounting Review* 41.2 (1966).

Helse- og omsorgsdepartementet: *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. I: *Meld. St. 11* (2015).

Helsedirektoratet: *Nasjonale mål og prioriterte områder 2013*. I: (2013).

Helsepersonelloven: *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>. [Hentet 20. april 2020]. 1999.

Hernandez, James S., John Aderton og Lance Eidem: *The Role of Project Managers Who Assist Physician Leaders at Mayo Clinic*. I: *Physician Executive* 37 (4 2011).

Hinkin, Timothy R. og Chester A. Schriesheim: *Development and Application of New Scales to Measure the French and Raven (1959) Bases of Social Power*. I: *Journal of Applied Psychology* 74 (4 1989).

- Hope, J.W. og L.E. Pate: *A cognitive expectancy analysis of compliance decisions*. I: *Human Relations* 41 (1988).
- Hunter, David J.: *The Changing Roles of Health Care Personnel in Health and Health Care Management*. I: *Social Science & Medicine* 43 (5 1996).
- Ika, Lavagnon A.: *Project Success as a Topic in Project Management Journal*. I: *Project Management Journal* 40 (4 2009).
- Imai, Masaaki: *Kaizen (Ky'zen), the key to Japan's competitive success*. 1. utg. McGraw-Hill Education, 1986. ISBN: 007554332X.
- Jeanes, Emma: *A Dictionary of Organizational Behaviour: Bases of Power*. <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780191843273.001.0001/acref-9780191843273-e-17?rskey=TYg0T0&result=2>. [Besøkt 7. November 2019]. 2019.
- *A Dictionary of Organizational Behaviour: Expert Power*. <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780191843273.001.0001/acref-9780191843273-e-96>. [Besøkt 7. November 2019]. 2019.
- *A Dictionary of Organizational Behaviour: Positional Power*. <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780191843273.001.0001/acref-9780191843273-e-222?rskey=TYg0T0&result=1>. [Besøkt 7. November 2019]. 2019.
- Johnson, Terence J.: *Professions and Power*. 1. utg. The Macmillan Press Ltd, 1977. ISBN: 0333134303.
- Joslin, Robert og Ralf Müller: *Relationships between a project management methodology and project success in different project governance contexts*. I: *International Journal of Project Management* 33 (6 2015).
- Kelman, H. C. og V. L. Hamilton: *Crimes of obedience: Toward a social psychology of authority and responsibility*. I: *CT: Yale University Press* New Haven (1989).
- Kerzner, H.: *Project management: A systems approach to planning, scheduling and controlling*. 4. utg. Van Nostrand Reinhold, 1992. ISBN: 0442012543.
- Kotter, John: *Leading Change*. 1. utg. Harvard Business School Press, 1996. ISBN: 0-87584-747-1.

Kotter, John og Holger Rathgeber: *Our Iceberg Is Melting*. 1. utg. Macmillan, 2006. ISBN: 978-0-230-01420-6.

Kouzes, JM og BZ Posner: *The Leadership Challenge. How to Keep Getting Extraordinary Things Done in Organizations*. I: *Jossey-Bass* (1995).

Lam, Alice: *Tacit Knowledge, Organizational Learning and Societal Institutions: An Integrated Framework*. I: *Organization Studies Sage Social Science Collections* 21 (3 2000).

Lawrence, Paul R.: *How to Deal With Resistance to Change*. I: *Harvard Business Review* (1969).

Lee, Thomas H.: *Turning Doctors into Leaders*. I: *HBR* (2010).

Lewin, Kurt: *Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality in Social Science; Social Equilibria and Social Change*. I: *Human Relations* 1.1 (1947).

— *Frontiers in Group Dynamics: II. Channels of Group Life; Social Planning and Action Research*. I: *Human Relations* 1 (1947).

Lexico: *Definition of status in English*. <https://www.lexico.com/en/definition/status>. [Besøkt 7. November 2019]. 2019.

Lientz, B.P. og K.P. Rea: *Project management for the 21st century*. I: *San Diego: Academic Press*. (1995).

Limb, Matthew: *Doctors must see themselves as managers as well as leaders*. I: *BMJ* (2016).

Lines, Rune: *Influence of participation in strategic change: resistance, organizational commitment and change goal achievement*. I: *Journal of Change Management* 4 (3 2004).

Liu, Anita M. M. og Zhaoyang Fang: *A power-based leadership approach to project management*. I: *Construction Management and Economics* 24 (2006).

Lord, Magnus: *Befria sjukvården: Konsten att lösa sjukvårdens egentliga problem*. 1. utg. Handley Page Publishing, 2019. ISBN: 9789163993046.

Lovell, R. J.: *Power and the Project Manager*. I: *International Journal of Project Management* 2 (2 1993).



- Lunenburg, Fred C.: *Organizational Structure: Mintzberg's Framework*. I: *Journal of Scholarly Academic Intellectual Diversity* 14.1 (2012).
- Madsen, Susanne: *The Power of Project Leadership : 7 Keys to Help You Transform from Project Manager to Project Leader*. Kogan Page Ltd, 2015. ISBN: 0-7494-7235-9.
- Maylor, Harvey: *Project Management*. 4. utg. Pearson Education Limited, 2010. ISBN: 978-0-273-70432-4.
- Mechanic, David: *A Balanced Framework for Change*. I: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 24 (5 1999).
- Miles, Matthew B. og A. Michael Huberman: *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. 2. utg. SAGE Publications, 1994.
- Mintzberg, Henry: *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Prentice Hall International, 1983. ISBN: 0138541914.
- Mitchell, Damien: *Power, professions and evidence-based guidelines: lessons from an organizational case study*. I: *Journal of Nursing Management* 6 (1998).
- Munns, A. K. og B. F. Bjeirmi: *The role of project management in achieving project success*. I: *International Journal of Project Management* 14 (2 1996).
- Müller, R.: *Project Governance, Fundamentals of project management*. Gower Publishing, 2009.
- Müller, Ralf og Rodney Turner: *The Influence of Project Managers on Project Success Criteria and Project Success by Type of Project*. I: *European Management Journal* 25 (2007).
- Nembhard, Ingrid M. og Amy C. Edmondson: *Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams*. I: *Journal of Organizational Behaviour*. 27 (2006).
- Nembhard, Ingrid M., Israel Labao og Shantal Savage: *Breaking the silence: Determinants of voice for quality improvement in hospitals*. I: *Health Care Management Review* 40 (3 2015).

OECD, European Observatory on Health Systems and Policies: *Norway: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. I: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies (2019).

Oslo Universitetssykehus: *Mandat for forbedring av driften i OUS HF 2017-2020*. I: *OUS Strategi* (2016).

— Om oss. <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss>. [Hentet 06. juni 2020]. 2020.

Patterson, Robert Earl mfl.: *Implicit Learning, Tacit Knowledge, Expertise Development, and Naturalistic Decision Making*. I: *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making* 4 (4 2010).

Penlington, Clare og Kristi Holmstrom: *Practitioner leadership: a missing link in leadership theory*. I: *International Journal of Leadership in Public Services* 9 (1/2 2013).

Perry, Jennifer, Foster Mobley og Matt Brubaker: *Most Doctors Have Little or No Management Training, and That's a Problem*. I: *Harvard Business Review*. (2017).

Pettigrew, Andrew M.: *CONTEXT AND ACTION IN THE TRANSFORMATION OF THE FIRM*. I: *Journal of Management Studies* 24 (6 1987).

Pettigrew, Andrew M, Richard W Woodman og Kim S Cameron: *Studying organizational change and development: Challenges for future research*. I: *Academy of Management Journal* 44 (4 2001).

Pickens, S og J. Solak: *Successful healthcare programs and projects: organization portfolio management essentials*. I: *Journal of Healthcare Information Management* 19 (1 2005).

Pinto, Jeffrey K. og Dennis P. Slevin: *Critical factors in successful project implementation*. I: *IEEE Transactions on Engineering Management* 34 (1 1987).

— *Critical success factors in R&D projects*. I: *Research Technology Management* 32 (1 1989).

Pollack, Julien og Rachel Pollack: *Using Kotter's Eight Stage Process to Manage an Organisational Change Program: Presentation and Practice*. I: *Systemic Practice and Action Research* 28 (2015).

- Project Management Institute: *A Guide to the Project Management Body of Knowledge*. 3. utg. Project Management Institute, 1996. ISBN: 1880410125.
- Radnor, Zoe J., Matthias Holweg og Justin Warren: *Lean in healthcare: The unfilled promise?* I: *Social Science & Medicine* 24 (2012).
- Reed, Michael I.: *Expert Power and Control in Late Modernity; An Empirical Review and Theroetical Synthesis*. I: *Organization Studies* 17 (4 1996).
- Regjeringen: *Fremtidige kompetansebehov I— Kunnskapsgrunnlaget*. <https://www.regjeringen.no/no/no/dokumenter/nou-2018-2/id2588070/sec3>. [Hentet 05. juni 2020]. 2018.
- Rever, Harry: *Five key elements to process improvement project success*. I: *Project Management Institute* Paper presented at PMI® Global Congress 2008 (2008).
- Ritzer, George: *Professionalization, Bureaucratization and Rationalization: The Views of Max Weber*. I: *Social Forces* 53 (4 1975).
- Rockart, John F.: *Chief executives define their own data needs*. I: *Harvard Business Review* (1979).
- Rolstadås, Asbjørn: *Prosjektgjennomføringsmodell*. <https://snl.no/prosjektgjennomf\T1\oringsmodell>. [Hentet 24. april 2020]. 2020.
- Rolstadås, Asbjørn: *suksessfaktor - prosjektledelse*. [https://snl.no/suksessfaktor\\_-\\_prosjektledelse](https://snl.no/suksessfaktor_-_prosjektledelse). [Besøkt 13. Desember 2019]. 2018.
- *suksesskriterium*. <https://snl.no/suksesskriterium>. [Besøkt 13. Desember 2019]. 2018.
- Rolstadås, Asbjørn: *mål - prosjektledelse*. [https://snl.no/m%C3%A5l\\_-\\_prosjektledelse](https://snl.no/m%C3%A5l_-_prosjektledelse). [Besøkt 11. Desember 2019]. 2018.
- Rosacker, Kirsten M., Kathryn M. Zuckweiler og Janet R. Buelow: *An Empirical Evaluation of Hospital Project Implementation Success*. I: *Academy of Health Care Management Journal* 6 (1 2010).
- Rotenstein, Lisa S., MD Raffaella Sadun og Anupam B. Jena: *Why Doctors Need Leadership Training*. I: *HBR* (2018).

- Schindler, Martin og Martin J. Eppler: *Harvesting project knowledge: a review of project learning methods and success factors*. I: *International Journal of Project Management* 21 (2003).
- Schwartz, Shalom H.: *Beyond Individualism-Collectivism: New Cultural Dimensions of Values*. I: *Sage* (1994).
- *Universals in the content and structure of values: Theory and empirical tests in 20 countries*. I: *Academic Press* (1994).
- Scott, W. Richard: *Organizations - Rational, Natural and Open Systems*. 5. utg. Prentice Hall, 2003. ISBN: 013016559.
- Scott, W.R: *Managing Professional Work: Three Models of Control for Health Organizations*. I: *Health Services Research* 17 (3 1982).
- Segen's Medical Dictionary: *clinical knowledge*. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/clinical+knowledge>. [Besøkt 28. Oktober 2019]. 2011.
- Smeby, Jens-Christian: *Ekspertise*. <https://snl.no/ekspertise>. [Hentet 22. juni 2020]. 2020.
- Spear, Steven og H. Kent Bowen: *Decoding the DNA of the Toyota Production System*. I: *Harvard Business Review* (1999). URL: <https://hbr.org/1999/09/decoding-the-dna-of-the-toyota-production-system>.
- Spehar, I., J.C. Frich og L.E Kjekshus: *Professional identity and role transitions in clinical managers*. I: *Journal of health organisation and management* 29 (3 2015).
- Standardization (ISO), Internal Organisation for: *ISO 10006: Quality management—Guidelines to quality in project management*. I: *Geneva: ISO* (1997).
- Stanton, Pauline mfl.: *Implementing lean management/Six Sigma in hospitals: beyond empowerment or work intensification?* I: *The International Journal of Human Resource Management* 25.21 (2014).
- Stuckenbruck, L.: *Who determines project success?* I: *PMI Annual Seminar & Symposium, Montreal* (1986).

Støre, Jonas Gahr: *New Public Management må ut*. <https://www.dagsavisen.no/debatt/kommentar/new-public-management-ma-ut-1.1624088>. [Hentet 20. april 2020]. 2019.

Suchman, Mark C.: *Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches*. I: *The Academy of Management Review* 20 (3 1995).

Tjora, Aksel: *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utg. Gyldendal Norsk Forlag AS, 2017. ISBN: 978-82-05-50096-9.

— *Status*. <https://snl.no/status>. [Hentet 22. juni 2020]. 2019.

Tucker, A. L. og A. C Edmondson: *Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change*. I: *California Management Review* 45 (2003).

Tuman, J.: *Success modeling: A technique for building a winning project team*. I: *PMI Annual Seminar & Symposium, Montreal* (1986).

Uphoff, Norman: *Distinguishing Power, Authority & Legitimacy: Taking Max Weber at his Word by Using Resources-Exchange Analysis*. I: *Polity* 22 (2 1989).

Vroom, V.H.: *Work and Motivation*. I: *Wiley* (1964).

Waring, Justin J. og Simon Bishop: *Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance*. I: *Social Science & Medicine* 71 (2010).

Weick, Karl E og Robert E Quinn: *Organizational change and development*. I: *Annual Review of Psychology* 50 (1999).

Westerveld, E.: *The Project Excellence Model: linking success criteria and critical success factors*. I: *International Journal of Project Management* 21 (2003).

Wideman, R.M.: *How to motivate stakeholders to work together*. In D.I. Cleland (Ed.), *Field guide to project management*. Van Nostrand Reinhold, 1998.

Womack, James P.: *The Machine That Changed the World*. 1. utg. Scribner, 1990. ISBN: 9780892563500.

Womack, James P. og Daniel T. Jones: *Lean Thinking*. 1. utg. Simon Schuster, 2003. ISBN: 9780892563500.

Øvretveit, John: *A comparison of hospital quality programmes: lessons for other services*. I: *International Journal of Service Industry Management* 8 (1997).

— *Leading Improvement*. I: *Journal of Health Organization and Management*. 19 (6 2005).

Øvretveit, John og David H Gustafson: *Evaluation of quality improvement programs*. I: *Quality and Safety in Health Care* 11 (2002).

## Vedlegg

# A - Godkjenning NSD

19.6.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Forbedringsprosjekt hos OUS

### Referansenummer

641335

### Registrert

04.02.2020 av Emil Eyser Grip - emileg@stud.ntnu.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU / Fakultet for økonomi (ØK) / Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marte Daae-Qvale Holmemo, marte.holmemo@ntnu.no, tlf: 95839179

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Emil Eyser Grip, emileg@stud.ntnu.no, tlf: 97186355

### Prosjektperiode

06.01.2020 - 10.06.2020

### Status

07.02.2020 - Vurdert

### Vurdering (1)

---

#### 07.02.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 07.02.2020 med vedlegg. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)



Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 10.06.2020.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast

## B - Ledermøte om samarbeid med Oslo Universitetssykehus og NTNU

# Oslo universitetssykehus HF

### Ledermøte

Dato møte:	11.2.2020
Ansvarlig:	Hilde Myhren
Saksbehandler:	Matthias Baaske (MHB)
Saksnr. i Public 360:	Xxx
Vedlegg:	Beskrivelser av og tilnærming til masteroppgavene NTNU 2020 (3 vedlegg)

---

#### SAK XXX/2020 – VIDEREFØRING AV SAMARBEID MED NTNU

##### Forslag til vedtak:

1. Sykehusets ledergruppe tar temaer for studentenes masteroppgaver fra NTNU til orientering og legger til rette for tilgang til nødvendige ressurser og data

##### Fremlegging av sak:

Det vises til inngått samarbeidet med NTNU og engasjement av fire INDØK studenter sommer 2019. Funn fra studentenes arbeid i forbindelse med sykehusets forbedringsprogram «Forbedring av drift» ble tatt til etterretning og har blant annet bidratt til å etablere porteføljestyling på Oslo universitetssykehus.

Studentene har høsten 2019 skrevet sine prosjektoppgaver og de skal som en del av vårt samarbeid med NTNU skrive sine masteroppgaver om deler av og sammen med Oslo universitetssykehus.

Det er sju INDØK studenter som ønsker å skrive sine masteroppgaver sammen med Oslo universitetssykehus og de valgte følgende temaer/områder for oppgaven:

1. Undersøke sammenhengen mellom resultat på forbedringsprosjekt, prosjektleder og prosjektopprinnelsen?
2. Hvordan ledere på nivå 2, 3 og 4 bruker, ikke bruker eller selektivt bruker datasystemer og teknologi i forbedringsarbeid
3. Bruken av prestasjonsmålingssystemer i sykehus med formål om å forbedre prestasjon

For ytterligere informasjon om studentenes temaer og tilnærming ser vedlagte beskrivelser.

Alle temaer vurderes til å være relevante for Oslo universitetssykehus og det resultatene vil kunne anvendes i videre utviklingen av foretaket.

**Vedlegg til sak XXX/2020 – Videreføring av samarbeid med NTNU****1. Beskrivelse av masteroppgaven «Undersøke sammenhengen mellom resultat på forbedringsprosjekt, prosjektleder og prosjektopprinnelsen?»**

Masteroppgave SEL, indøk NTNU Trondheim. Forbedringsprosjekt hos OUS.

Studenter: Emil Eyser Grip og Kristine Rystad

Veileder: Marte Daae-Qvale Holmemo

Forskningsspørsmål prosjektoppgave:

*“Hvordan påvirker prosjektleders fagbakgrunn gjennomføringen av forbedringsprosjekt i sykehus?”*

Hovedtema for masteroppgave:

Undersøke sammenhengen mellom resultat på forbedringsprosjekt, prosjektleder og prosjektopprinnelsen.

Vi ønsker å finne ut:

1. Hvorvidt et forbedringsprosjektet var vellykket eller ikke (ønsker å se på flere forbedringsprosjekt).
2. Hva var prosjektopprinnelsen, og hva var fagbakgrunnen til prosjektlederen i det enkelte prosjektet?
3. Hvordan henger punkt 1. og 2. sammen? Etter å ha sammenlignet flere forbedringsprosjekt, ser vi en sammenheng?

Forskningsdesign:

Komparativt studie av forbedringsprosjekter ved OUS. Kvalitativ metode med semi-strukturerte intervjuer og dokumentanalyse.

Praktisk:

- Ønsker tilgang på prosjektdokumentasjon, prosjektplaner/rapporter etc.
- Ønske om å komme ned til Oslo for å avholde intervjuer i uke 10 (helst ikke senere enn dette for å sikre nok tid til koding og analyse av intervjuer).
- Ønsker et innledende dybdeintervju med en sentral prosjekteier (program/porteføljeleder) om «gode» og «mislykkede» prosjekter og prosjektleders rolle, samt hvordan prosjektledere rekrutteres/velges ut
- Ønsker å intervju 12-14 personer. De fleste har jobbet som prosjektleder i et forbedringsprosjekt, resterende er prosjekteiere eller mottakere av forbedringsprosjektet. (Semi-strukturerte intervjuer på ca 30-45 min).

## C - Samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

### ***”Forbedringsprosjekt hos OUS”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *se på prosjektmandat, prosjektleder og prosjekresultat hos OUS*. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

## Formål

Formålet for prosjektet er å se på sammenhengen mellom prosjektopprinnelsen, prosjektleder og resultatet på forbedringsprosjekter ved OUS.

Vi ønsker å se nærmere på følgende tema:

1. Hvorvidt et forbedringsprosjektet var vellykket eller ikke (ønsker å se på flere forbedringsprosjekt).
2. Hva var prosjektopprinnelsen, og hva var fagbakgrunnen og ledernivå til prosjektlederen i det enkelte prosjektet?
3. Hvordan henger punkt 1. og 2. sammen? Etter å ha sammenlignet flere forbedringsprosjekt, ser vi en sammenheng?

Prosjektet gjennomføres i forbindelse med masteroppgave innen strategisk endringsledelse ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

*Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse ved Fakultetet for økonomi, NTNU Trondheim er ansvarlig for prosjektet. Prosjektet er i samarbeid med Direktørens stab / medisin, helsefag og beredskap hos Oslo Universitetssykehus.*

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

*Du er med i dette prosjektet fordi du har fått forespørsel fra din leder, eller meldt deg frivillig til å delta.*

# Hva innebærer det for deg å delta?

*Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du stiller deg tilgjengelig til et intervju. Intervjuet vil ta ca 45 minutter og blir gjennomført hos OUS. Intervjuet vil bli tatt opp elektronisk. Intervjuet vil ta for seg din erfaring, utdanning og prosjektlederkunnskap, samt dine erfaringer med forbedringsprosjekt hos OUS.*

*Det kan være at prosjektdokumentasjon for ditt prosjekt blir gjennomgått. Hensikten med dokumentgjennomgangen er å se på overordnede rutiner hos OUS for gjennomføring og innføring av forbedringsprosjekt.*

## Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ved å sende en epost til [egrip@stud.ntnu.no](mailto:egrip@stud.ntnu.no), [kristpry@stud.ntnu.no](mailto:kristpry@stud.ntnu.no) eller veileder [marte.holmemo@ntnu.no](mailto:marte.holmemo@ntnu.no) kan du enkelt trekke deg.

Det vil ikke informeres til OUS om du i ettertid velger å trekke deg fra prosjektet.

## Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Tilgangen til dine opplysninger vil kun veileder og studentgruppen for dette prosjektet inneha.*
- *For å sikre dine personopplysninger vil din identitet anonymiseres ved kode i transkriberingene. Videre er det ingen interesse i prosjektet å kunne gå tilbake til enkeltpersoner eller å kunne identifisere enkelte forbedringsprosjekt hos OUS, eller delta i disse.*

## Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 10.06.2020. Opptaket av intervju vil slettes så raskt transkriberingen er gjennomført. Alle transkriberinger slettes ved prosjektets slutt.

## Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse, Fakultet for økonomi, NTNU Trondheim* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse, Fakultet for økonomi, NTNU Trondheim v. Førsteamanuensis Marte Daae-Qvale Holmemo* ([marte.holmemo@ntnu.no](mailto:marte.holmemo@ntnu.no)).
- Studenter: Emil Eyser Grip ([egrip@stud.ntnu.no](mailto:egrip@stud.ntnu.no)) og Kristine Pedersen Rystad ([kristpry@stud.ntnu.no](mailto:kristpry@stud.ntnu.no))
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

### **Med vennlig hilsen**

Prosjektansvarlig

*Marte Daae-Qvale Holmemo*

Studenter

*Emil Eyser Grip*

*Kristine Pedersen Rystad*

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Forbedringsprosjekt hos OUS*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

☐ å delta i *intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 10.06.2020

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## D - Intervjuguide

### Intervjuguide prosjektleder, OUS

**Tid:** max 45 min.

**Overordnet, hva ønsker vi å få ut av intervjuet:** Fagbagrunn og erfaring fra tidligere prosjekter. Hvordan opplever prosjektleder at dette spiller inn på rollen som prosjektleder og hvordan prosjektet blir mottatt. Prosjektstyring gjennom prosjektgjennomføringen og det endelige "resultatet" til prosjektet.

#### Steg 1: Ramme:

##### Informasjon:

- Kort om oss
- Tema for oppgaven
- Intervjuet blir brukt til:
  - Masteroppgave SEL indøk NTNU Trondheim
  - Info om lagring av informasjon, anonymitet og opptak av intervjuet.
  - Samtykkeerklæring

#### Steg 2: Innledende spørsmål:

- Om intervjuobjektet
  - Kan du fortelle litt om deg selv og din rolle?
    - Hvilken stilling har du? (Ledernivå)
    - Hvilke stillinger har du hatt?
    - Hvilken fagbakgrunn har du?
    - Hvor lenge har du jobbet i helsesektoren?
  - Hvordan vil du beskrive din egen lederkompetanse?
    - Hvor mye ledererfaring har du?
    - Hvor mye formell ledelsesutdanning har du? (kurs og annet)

#### Steg 3: Fokus:

- **Prosjektleder**
  - Kan du fortelle om kompetansen din innen prosjektledelse?
    - Kurs og utdanning
  - Hvilken tidligere erfaring har du?
    - Fra prosjektledelse
    - Fra OUS / Sykehussektoren
    - Klinikkvis? Sykehusovergripende? Innenfor hvilke områder?
    - Fra tilgang til tidligere prosjekterfaring
  - Hvordan og hvorfor ble du tildelt rollen som prosjektleder?
- **Prosjektet**
  - Hvor kommer prosjektinitiativet fra? (for små prosjekter)
  - Hva er formålet med prosjektet? (Spesielt for de små prosjektene)
- **Prosjektgjennomføring og målstyring**
  - Hvordan utøver du prosjektlederrollen? / Hvordan arbeider du som prosjektleder?



- Hvordan opplever du arbeidet som prosjektleder?
- Hvordan styres prosjektene?
- Hvordan er det å gå gjennomslag for valg i prosjektet?
  - Sett mot linjeledelse
- Gjøres det andre oppgaver i tillegg til å være prosjektleder?
  - Er det i så fall en bestemt prosentdeling av arbeidstid?
- Hva defineres som et vellykket prosjekt?
  - Hvorfor tror du prosjektet ble vellykket? Evt ikke?
- Hvordan beholdes lærdommen i et prosjekt?
- Hvordan læres det av tidligere prosjekt?
- **Prosjektimplementasjon (For små prosjekter / i klinikk/avd.)**
  - Hvilke prosjekter møter motstand?
  - Hvilke prosjekter 'går av seg selv'?
  - Hvordan defineres en vellykket implementering?
  - Hvilke erfaringer gjøres om implementasjon?
- **Prosjektstøtte:**
  -

#### **Steg 4: Avslutning**

- Annen relevant informasjon
- Spørsmål
- Takke for tiden



