

Amund Berg

## Innføring av LEAN i norske sykehus

-En casestudie av LEAN i Ortopedisk poliklinikk Sykehuset Telemark

Juni 2020





# Innføring av LEAN i norske sykehus

-En casestudie av LEAN i Ortopedisk poliklinikk Sykehuset Telemark

**Amund Berg**

Statsvitenskap

Innlevert: Juni 2020

Hovedveileder: Jon Arve Nervik

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



## **Forord**

Denne masteroppgaven er gjennomført som avsluttende oppgave på masterstudiet i Statsvitenskap ved Norges teknisk - naturvitenskaplige universitet (NTNU) med spesialisering i offentlig politikk og administrasjon.

Gjennom ulike fag har jeg bygget opp en interesse for effektivisering og forbedring i offentlig sektor og helsevesenet. Som en konsekvens av dette kom LEAN opp naturlig på grunn av dets utbredelse, og dette temaet har jeg skrevet bacheloroppgave om i en kommune. På grunn av utfordringene med og utbredelsen av LEAN i sykehus, ble det etter hvert et naturlig valg for denne oppgaven.

Jeg vil rette en spesiell takk til informantene fra ortopedisk poliklinikk Sykehuset Telemark som stilte opp for studien, selv om korona-pandemien kom for fullt. Uten dette ville studien vært vanskelig å gjennomføre. Jeg vil også takke min veileder Jon Arve Nervik for nyttige innspill i prosessen.

Takk også til mine medstudenter som har gjort studietiden og dagene på lesesalen innholdsrike og morsomme.

Til slutt vil jeg takke familien som har vært en stor støtte og kommet med oppmuntrende ord, spesielt da jeg endte opp med å fullføre prosjektet hjemme på Toten på grunn av korona-pandemien.

Amund Berg

Toten, 30. Mai 2020

## Sammendrag

Det stilles stadig høyere krav til helsetjenestene som utføres i Norge, både fra politikere, pasienter, pårørende og andre involverte. En stor del av offentlige midler går til helsetjenesten, og helseutgiftene har økt kraftig de siste årene. Samtidig som det stilles krav til å utnytte ressursene best mulig, stilles det også krav om stadig høyere kvalitet på tjenestene. Med lange ventelister og pressede ressurser, er det en stor utfordring. Stadig flere bruker forbedringsprosesser for å bli mer effektive, med best mulig kvalitet. En av disse prosessene som har blitt utbredt i norske sykehus er LEAN. LEAN er både en filosofi og en strategi, for å jobbe med kontinuerlig forbedring og kvalitet for kundene. Det har vært både positive og negative tilbakemeldinger på LEAN sitt inntog i norske sykehus.

Målet med denne studien var å finne ut hva LEAN har ført med seg i en enhet på et sykehus, og å studere ulike ansatte fra ulike yrkesgrupper sine erfaringer med prosessen. Dette for å få et innblikk i hvordan LEAN egner seg på sykehus gjennom ulike perspektiver, og hvordan en slik implementering påvirker praksis. Dette har blitt gjort gjennom en case-studie av ortopedisk poliklinikk på Sykehuset Telemark. De har etter LEAN-prosjektet redusert antall løftebrudd kraftig. Løftebrudd vil si de pasientene som ikke kommer inn til behandling den datoen de er forespeilet.

Metoden som er brukt i studien er semistrukturerte intervjuer av seks ansatte fra ulike yrkesgrupper på poliklinikken, som var en del av prosjektet. Utvalget var egentlig på ni personer, men ble redusert som følge av korona-pandemien. Denne reduksjonen kan ha hatt påvirkning på resultatene som kommer frem i studien.

Funnene i oppgaven viser til nesten kun positive erfaringer fra de ulike ansatte. Det kommer frem at det gjennom god forankring, god ledelse og bruk av verktøy, er skapt en positivitet rundt å jobbe med forbedring, som har gitt konkrete resultater. Informantene mener prosessene egner seg godt for bruk på sykehus. Det trekkes også frem, at det har blitt et bedre samarbeid og en forståelse for hverandre på tvers av yrkesgrupper, noe som er en forbedring for kulturen og arbeidsmiljøet. Reduserte løftebrudd har ført til en forutsigbarhet for pasienter, fordi de kommer inn til rett tid. Dette skaper også en trygghet og forutsigbarhet for ansatte. Det var ingen kritikk av denne måten å jobbe på, og ulike yrkesgrupper var samstemte i sine erfaringer med prosessen og hva den har ført med seg.

## **Abstract**

There is a rising demand for health services carried out in Norway, both from politicians, patients and others involved. A large portion of public funding goes to the health service, and health spending has increased sharply in recent years. While there are requirements to make the most out of these resources, there are also demands for the quality of the services. Often long waiting lists and pressed resources makes this a challenge. More hospitals are using improvement processes to make this as efficient as possible, while still upholding the best possible quality. One widely used process in Norwegian hospitals is LEAN. LEAN is both a philosophy and a strategy to work with continuous improvement and quality for customers. There have been both positive and negative feedback on LEAN's entry into Norwegian hospitals.

The aim of this study is to find out what LEAN has brought to hospitals, and to look at different employees from different occupational groups, and their experiences with the process. This is to gain an insight into how LEAN is suitable in hospitals through different perspectives, and how such implementation affects practice. This has been done through a case study of orthopedic polyclinic at Telemark Hospital. After the LEAN-project, they have greatly reduced the number of patients who are not getting help at the set time.

The method used in the study is semi-structured interviews of six employees from different occupational groups at the outpatient clinic who were part of the project. The sample was originally nine people but was reduced because of the corona pandemic. This reduction may have had an impact on the results emerged from the study.

The results from the paper refer to almost only positive experiences from the various employees. It appears that through good anchoring, good management and the use of tools, a positivity has been created around working with improvement and has given concrete results. The informants state that the processes are well suited for use in hospitals. It is also highlighted that there has been a much better cooperation and an understanding of each other across occupational groups, which is an improvement for the culture and working environment. The reduction of patients not getting services at the right time have created a predictability, both for the patients and the staff. There was no criticism of this way of working, and different occupational groups were consistent in their experiences with the process and what it has brought with it.

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b>	<b>1</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>2</b>
<b>Abstract</b>	<b>3</b>
<b>1.0 Innledning</b>	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn for og formål med oppgaven	7
1.2 Problemstilling	9
1.3 Struktur	9
<b>2.0 Teori og tidligere forskning</b>	<b>10</b>
2.1 LEAN	10
2.1.1 Bakgrunn for LEAN	10
2.1.2 Hva er LEAN?	11
2.1.3 LEAN verktøy	13
2.1.2.1 Verdistrømsanalyse	13
2.1.2.2 A3	14
2.2 Det norske arbeidslivet	16
2.3 LEAN i Sykehus	17
2.4 Profesjoner	20
2.5 Implementering	22
2.6 Kultur	24
2.8 Ledelse og endring i organisasjoner	26
<b>3.0 Metode</b>	<b>29</b>
3.1 Metodiske vurderinger	29
3.2 Utvalget	30
3.3 Semi-strukturerte dybdeintervjuer	31
3.4 Eliteintervjuer	32
3.5 Gjennomføring av intervjuene og telefonintervju	32
3.6 Databehandling	34
3.7 Annen relevant informasjon	35
3.8 Validitet og reliabilitet	35



<b>4.0 LEAN i ortopedisk poliklinikk på Sykehuset Telemark</b>	<b>38</b>
4.1 LEAN i ortopedisk poliklinikk	38
4.2 Arbeidsmetode	40
4.3 Fremtidig situasjon og tiltak	42
<b>5.0 Analyse</b>	<b>44</b>
5.1 Kjennskap til LEAN	44
5.2 Oppstart og behov for endring	44
5.3 Opplæring og implementering	46
5.4 Lederens rolle	47
5.5 Konsulentene	49
5.6 Medvirkning	50
5.7 Tjenesten til pasientene	51
5.8 Tidsbruk	52
5.9 Kultur	54
5.10 Profesjoner	55
5.11 Konsekvenser og bidrag	56
5.12 Eksterne faktorer	58
5.13 Kontinuerlig forbedring i sykehus	59
<b>6.0 Drøfting</b>	<b>61</b>
6.1 LEAN som begrep og prosjekt	61
6.2 Behov for endring	62
6.3 Ledernes rolle i prosjektet	63
6.4 Påvirkning på pasientene	64
6.5 Medvirkning fra de ansatte	65
6.6 Profesjonenes rolle	66
6.7 Kultur for kontinuerlig forbedring	68
6.8 Bidrag	69
<b>7.0 Konklusjon</b>	<b>71</b>
<b>8.0 Oppgavens begrensninger</b>	<b>73</b>
<b>9.0 Tips til videre forskning</b>	<b>73</b>

<b>Litteraturliste</b>	<b>74</b>
<hr/>	
<b>Vedlegg</b>	
<hr/>	
Vedlegg 1: Informasjon om deltakelse i forskningsprosjekt	78
Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD	79
Vedlegg 3: Intervjuguide	81
<b>Figurer</b>	
<hr/>	
Figur 1: LEAN-prinsipper	12
Figur 2: Bilde av gråpapirøvelse gjennomført på ortopedisk poliklinikk	14
Figur 3: Eksempler på A3-rapporter på ortopedisk poliklinikk	16
Figur 4: Modell for implementering av politikk	23
Figur 5: Reduksjon i antall løftebrudd	43

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for og formål med oppgaven

Tall fra statistisk sentralbyrå viser at det i 2019 ble brukt omtrent 370 milliarder kroner på helse i Norge. Dette tilsvarer 69.617 kr per innbygger i totale helseutgifter, og er en økning på rett under 100 milliarder de siste sju årene. Dette vil si rett over 10% av Norges brutto nasjonalprodukt, noe som betyr at helseutgifter er en betydelig del av utgiftene vi har i dette landet, og de bare øker fra år til år (SSB, 2020). Sammen med en befolkning som stadig blir eldre og har et større behov for helsehjelp, er vi nødt til å finne måter vi kan bruke ressursene mest mulig effektivt i årene som kommer. Samtidig som at vi skal kunne gi best mulig helsetjenester til hver enkelt innbygger.

De sentrale kravene som stilles til helsevesenet er rettferdighet, effektivitet og kvalitet (Halvorsen, Stjernø & Øverby, 2016). Målet om effektivitet er en utfordring som alle helsetjenester står ovenfor hver dag. Å effektivisere tjenesten på best mulig måte for alle involverte parter er viktig med de utfordringene sykehusene står ovenfor fremover, for å gi gode tjenester til pasientene.

I tillegg til økt ressursbruk, er i stor grad også lange ventelister et problem ved norske sykehus. Dette er et problem som spiller inn i mange deler av prosessene på sykehusene. Det fører også med seg et politisk press på å skulle jobbe mer effektivt, for å få ned ventelistene og det legger et press på ressursene på sykehusene.

Med denne bakgrunn ønsker jeg å skrive om innføringen av LEAN i Norske sykehus, som har som mål å løse noen av disse utfordringene. LEAN stammer fra Toyota Production Systems (TPS), som er Toyota sin interne produksjonsfilosofi. Her går det ut på å minimere sløsing ved å skape så god flyt i arbeidsprosessene som mulig (Modig & Ahlstrøm, 2014). Det er både en filosofi og et sett med verktøy, for å jobbe med kontinuerlig forbedring og effektivisering i organisasjoner. LEAN er et tiltak som kan settes i sammenheng med sykehusreformen som ble innført i 2002. Reformen medførte økt privatisering, og mer fokus på effektivisering og forbedring i norske sykehus.

Etter hvert har LEAN blitt implementert i flere og flere sykehus både internasjonalt og i Norge. Det har blitt stilt mange spørsmål om LEAN, som stammer fra bilproduksjon og privat

sektor, har noe i offentlig sektor og på sykehus å gjøre. Det har vært ulike svar på dette spørsmålet i tidligere studier på temaet (Andersen, Røvik & Ingebrigtsen, 2014).

Det som kjennetegner vellykkede LEAN-prosjekter, er ifølge Rolfsen (2014) at prosessene er medarbeiderdrevet, at ledelsen spiller en viktig rolle, og at det skapes en kultur for LEAN i organisasjonen. Jacobsen & Thorsvik (2013) forklarer også at for å lykkes med endringsprosesser slik som LEAN, er det viktig med god forankring på forhånd. De samme punktene blir trukket frem i Andersen, Røvik & Ingebrigtsen (2014) sin studie i forhold til hva som skal til, for å lykkes med LEAN i helsesektoren.

I denne oppgaven ville jeg derfor se på hvordan ulike ansatte i ulike yrkesgrupper har erfart LEAN i bruk på ortopedisk poliklinikk på sykehuset Telemark, en enhet med mye pasientkontakt. Jeg ønsker å se hva dette prosjektet har ført med seg, og hvilke erfaringer ulike ansatte fra ulike yrkesgrupper har med denne prosessen. Dette vil bli gjort ved hjelp av intervjuer med ansatte i ulike funksjoner, og data fra dokumenter og rapporter om prosjektet. Dataene som kommer frem fra de ulike intervjuene, vil også bli satt opp mot den kvantitative informasjonen fra rapportene om prosjektet.

Formålet med oppgaven er å få frem ansatte fra ulike yrkesgrupper sine ulike erfaringer med implementering av LEAN, i en seksjon på sykehus med lange ventelister og mye pasientkontakt. Dette er for å kunne bidra inn i diskusjonene om bruk av LEAN på sykehus. Det er liten tvil om at LEAN har kommet for å bli på sykehus, og dermed vil erfaringer fra ulike yrkesgrupper og profesjoner om et LEAN-prosjekt, være nyttig informasjon å ta med seg til senere prosjekter.

Oppgaven er en casestudie av ortopedisk poliklinikk på sykehuset Telemark. Ortopedisk poliklinikk behandler pasienter med sykdommer og skader i ben, ledd, muskler og sener samt svulster og medfødte deformiteter i muskel/skjelettsystemet. De hadde før implementeringen et stort problem med lange ventelister og mange løftebrudd, noe som går igjen og er blitt sett på som en stor utfordring for sykehus (Sykehuset Telemark, 2020). Seksjonen består av mange ulike yrkesgrupper og profesjoner, og egner seg dermed godt for å besvare problemstillingen. Seksjonen iverksatte sitt LEAN-prosjekt i 2019. Høsten 2019 vant de prisen for årets LEAN-prosjekt som deles ut av LEAN forum Norge (Sykehuset Telemark, 2019).

## **1.2 Problemstilling**

Basert på det som er nevnt i innledningen vil studien ta for seg følgende problemstilling:

*«Hva har implementeringen av LEAN i ortopedisk poliklinikk ført med seg, og hva er ulike ansattes erfaringer med denne prosessen?»*

## **1.3 Struktur**

Oppgaven vil bli delt inn i sju ulike kapitler. I kapittel to vil jeg gå inn på oppgavens teoretiske rammeverk, og tidligere forskning som er relevant. Det tredje kapittelet vil ta for seg det metodiske rundt gjennomføringen av oppgave. Kapittel fire brukes til å legge frem Lean på sykehuset i Telemark, og gjennomføringen av prosjektet på ortopedisk poliklinikk. Kapittel fem brukes til å presentere de funnene som ble gjort i forbindelse med intervjuene. I kapittel seks vil resultatene fra disse intervjuene bli diskutert opp mot teorien. Før det til slutt i kapittel sju kommer en konklusjon, I kapittel åtte presenteres begrensninger ved oppgaven og i kapittel ni fokuserer jeg på muligheter for videre forskning på temaet.

## **2.0 Teori og tidligere forskning**

I denne delen vil jeg danne et teoretisk bakteppe, og se på tidligere forskning som et grunnlag for drøftingen, som skal gjennomføres i oppgaven. Først vil det bli forsøkt å definere LEAN gjennom å se på hvor det stammer fra, hva det innebærer og hvordan dette begrepet og verktøyene har blitt til. Dette vil trekkes inn mot LEAN i den norske konteksten og arbeidsmodellen, før vi ser på hva LEAN i sykehus innebærer, hvilke utfordringer og hva forskningen sier om dette. For å kunne besvare den overordnede problemstillingen på en best mulig måte, vil det trekkes inn teori om profesjoner og bakkebyråkrati samt organisasjonsteori rundt kultur, ledelse og endring i organisasjoner.

### **2.1 LEAN**

#### **2.1.1 Bakgrunn for LEAN**

Det er gjort mange forsøk på å definere LEAN. Jeg velger først å gå inn på det historiske opphavet til begrepet, og se på hvilken utvikling som har ført frem mot de tiltakene som innføres på sykehus i dag.

LEAN stammer fra Toyota Production Systems (TPS), som er Toyota sin interne produksjonsfilosofi. TPS har blitt utviklet i Japan av Toyota selv i nesten ett århundre, og er i dag kjent i hele verden (Johnstad, 2012).

Toyota motor corporation ble grunnlagt av Kiichiro Toyoda i 1937. I årene etter andre verdenskrig var Japan ekstremt fattig. Dette hadde stor innflytelse på selskapets utvikling, og førte til at Toyota måtte utvikle et nytt effektivitetskonsept (Modig og Ahlstrøm, 2014). I denne perioden reiste noen representanter fra Toyota til USA, for å se på hvordan de kunne lykkes bedre med sin produksjon av biler. Her ble de overrasket over hvordan amerikanerne hadde store lagerbeholdninger og produkter som ble feilprodusert. Dette var noe Toyota rett og slett ikke kunne ta seg råd til (Modig og Ahlstrøm, 2014). På grunn av at de ikke hadde råd til å sløse med ressurser eller rette opp feil, så var de avhengig av at det var flyt gjennom hele prosessen, slik at det ikke ble stopp som kostet ressurser i produksjonen. Dermed ble effektivitetskonseptet å fokusere på flyteffektivitet, som handler om å eliminere all lagerbeholdning og bare produsere det kunden trenger. Dette ble gjort gjennom å fokusere på en felles intern forståelse for helheten og sammenhengene i produksjonsprosessen, slik at det kunne gjøres så effektivt som mulig (Modig og Ahlstrøm, 2014).

Etter mange år med utvikling publiserte Taiichi Ohno i 1978 boken med tittelen «*Toyota production system: Beyond large-scale production*». Det var her TPS for fullt ble introdusert for verden gjennom at han aviste stordriftsfordeler og masseproduksjon, og fastholdt at produktivitet ble skapt gjennom flyt. Utrykket «Lean production» (slank produksjon) ble først introdusert i 1988, da John Krafcik skrev artikkelen «*Triumph of the Lean production system*». Denne baserte seg på Ohno sine tanker om å levere flyt og høy produktivitet (Modig og Ahlstrøm, 2014). Utover 80 tallet begynte amerikanske bilprodusenter i stor grad å merke konkurransen som begynte å komme fra Japanske bilprodusenter. Det gjorde at det ble startet forskning på effektivitet og produktivitet på Massachusetts Institute of Technology (MIT). Denne forskningen baserte seg på den Japanske bilindustriens måte å tenke på, og la grunnlaget for boken «*The machine that changed the world*» i 1990 av forfatterne P. Womack, Daniel T. Jones og Daniel Roos (Womack, Jones & Roos, 2007) (Rolfsen, 2014). Det var først i denne boken, at det ble presentert en nøye gjennomgang av hva LEAN produksjon egentlig handlet om. Forfatterne forklarte i boken basert på sine studier, hvordan Toyota klarte å oppnå kvalitet og produktivitet som ingen av konkurrentene var i nærheten av (Modig og Ahlstrøm, 2014).

Womack og Jones har etter dette publisert mange bøker og artikler om temaet, blant annet boken «*LEAN thinking*» fra 1996 som ser på hva en organisasjon skal fokusere på for å være «LEAN». Begge disse bøkene har blitt bestselgere, og de blir sett på som de største bidragene til å spre LEAN begrepet ut i verden. Begrepet har senere blitt tilpasset av mange ulike forfattere og blitt tatt inn i ulike sektorer og bransjer, som eksempelvis sykehus (Modig og Ahlstrøm, 2014).

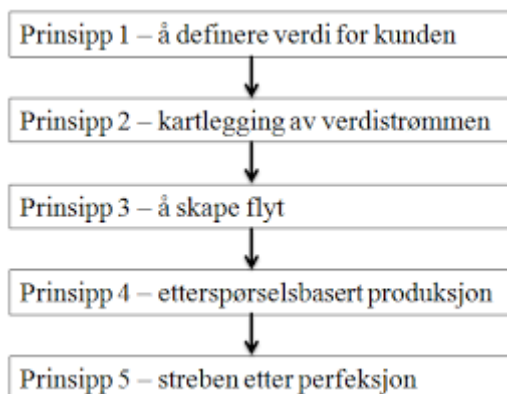
### **2.1.2 Hva er LEAN?**

LEAN begrepet har gjennom tiden fått mange ulike definisjoner, noe som har vært med på å forvirre rundt hva LEAN egentlig er. For å prøve å gi en forklaring, kan definisjonen av LEAN deles inn i tre abstraksjonsnivåer. Det øverste er mest generelt, mens det laveste er mer spesifikt. Det som definerer det øverste abstraksjonsnivået er å se på LEAN som en filosofi, kultur og et sett med verdier. Det midterste nivået ser på det som en forbedringsstrategi. Mens på det laveste abstraksjonsnivået, blir det sett på som en metode og et sett med verktøy (Modig & Ahlstrøm, 2014). For å kunne få et bilde av hva LEAN er, så handler det om

helheten av disse abstraksjonsnivåene og definisjonene, og at LEAN ikke handler om en av nivåene, men alle sammen, og at hovedfokuset i alle nivåene er kontinuerlig forbedring.

I følge Bahita og Drew (2007) forklarer de at organisasjonen hele tiden skal jobbe med kontinuerlig forbedring av prosesser. Dette òg for å gi et best mulig produkt til kunden, så effektivt som mulig. Her forklarer Modig og Åhlstrøm (2014), at mange setter bare i gang med de ulike verktøyene, uten å egentlig forstå essensen av hele LEAN tankegangen og hvilke spørsmål som ligger bak de ulike verktøyene. LEAN handler om å skille mellom det man ser på som verdiskapende arbeid og sløsing. Det kan forklares gjennom formelen nåværende kapasitet= arbeid + sløsing. Arbeid er summen av verdiskapende arbeid, og arbeid som ikke skaper verdi, men som må utføres. Sløsing skal elimineres, og eksempler på dette er venting, lagerhold, og uutnyttet kreativitet (LEAN forum Norge, 2020).

I følge Womack og Jones (1996) som nevnt tidligere, at står for mye av opprinnelsen av LEAN, kan LEAN overordnet forklares gjennom fem prinsipper for kontinuerlig forbedring:



*Figur 1 LEAN-prinsipper (Womack & Jones 1996)*

Den klassiske måten å tenke effektivitet på er ressurseffektivitet. Dette handler om å utnytte ressursene man har på en best mulig måte. Her handler det om alle ressursene en organisasjon må ta i bruk, for å levere et produkt eller en tjeneste. Det handler om å bryte opp en prosess til flere deler og være mest mulig effektiv i hver prosess. Det konkrete målet er hvor mye en ressurs brukes over en gitt tidsperiode (Modig & Ahlstrøm, 2014).

Den andre måten å tenke effektivitet på er flyteffektivitet. Flyteffektivitet fokuserer på enheten som blir bearbeidet gjennom organisasjonen. Her er det fokus på enheten som



eksempelvis er pasienten på sykehuset. At det skal være mest mulig flyt for enheten, fra det avdekkes et behov til det behovet er tilfredsstilt. Altså at alle delene i organisasjonen må samarbeide for å skape mest mulig flyt for enheten gjennom prosessen. Det er dette LEAN har som mål å bidra med inn i en organisasjon. I helsevesenet og på sykehus vil det å ha fokus på flyteffektivitet være å kutte ned på ikke-verdiskapende aktiviteter. På sykehus vil dette eksempelvis si å få ned ventetiden en pasient har (Modig & Ahlstrøm, 2014). Det forklares at LEAN som strategi i driften av en organisasjon skal prioritere flyteffektivitet. Dette trekkes opp mot et høyt abstraksjonsnivå, hvor LEAN kan passe godt inn i mange ulike organisasjoner og bransjer. Driftsstrategien skal prioritere flyteffektivitet over ressurseffektivitet, men målet er at gjennom å kunne redusere det man kaller for sløsing, vil man kunne oppnå ressurseffektivitet også. Dette blir sett på som den perfekte tilstanden (Modig & Ahlstrøm, 2014).

### **2.1.3 LEAN verktøy**

LEAN på et lavt abstraksjonsnivå er også en rekke verktøy for å gjennomføre forbedringsprosesser. Her vil jeg presentere de verktøyene som er relevant for arbeidet i ortopedisk poliklinikk.

#### **2.1.3.1 Verdistrømsanalyse**

Verdistrømsanalysen blir ofte referert til som «gråpapirøvelse», fordi det ofte gjennomføres ved å henge et stort grått papir på veggen. Ifølge Bicheno og Holzweg (2009) er verdistrømsanalysen med å fremme et ønske om en fremtidig ønsket tilstand. Det gir et godt bilde av de mulighetene som ligger for forbedring i det store bildet. Det er en kartlegging av hvor man står på nåværende tidspunkt, for så å se på hvor man ønsker å komme. I denne prosessen kommer det frem hva som kan forbedres i en prosess og det analyseres hvor innsatsen bør legges ned for å effektivisere prosessen. Womack, Jones & Roos (2007) forklarer at ved å gjennomføre en verdistrømsanalyse, utfordrer man alle de små tingene i en prosess, og ser hvor man kan forbedre. For så å utfordre alle disse små tingene på om de er nødvendige for å skape verdi, eller om det er mulig å effektivisere. Verdistrømsanalyse er et meta verktøy, fordi det viser hvor det kan være problemer, slik at det kan tas i bruk andre verktøy for å løse disse (Bicheno og Holzweg, 2009). Når man gjennomfører en

verdistrømsanalyse er det også med på å skape et bilde på at det trengs en endring. Ved å legge fokus på de konkrete prosessene som kan effektiviseres, er det med på å skape et ønske om forbedring og endring i organisasjonen. Det skapes en diskusjon, og en plan for hvordan endringene skal gjennomføres på en best mulig måte. På denne måten skapes det et slags eierskap blant alle til endringsprosessen, og alle ønsker at det skal gjennomføres på en best mulig måte (Bicheno og Holweg, 2009).



*Figur 2: Bilde av gråpapirøvelse gjennomført på ortopedisk poliklinikk (Sykehuset Telemark, 2020)*

### 2.1.3.2 A3

Verktøyet A3 er et LEAN-verktøy det har blitt veldig populært å bruke de seneste årene. Dette er et verktøy som legger vekt på å løse problemer, og å systematisere prosessen på et A3 ark (Bicheno & Holweg, 2009). Prosessen i verktøyet går ut på at man skal identifisere punkter hvor det er et forbedringspotensial, for så å følge noen trinn helt til prosessen er gjennomført og standardisert (Rolfesen, 2014). Her er det fokus på læringsprosessen og det å bruke tverrfaglige team, som gjennom analyse og refleksjoner skal skape et så godt bilde på utfordringen som mulig.

De ulike trinnene i en A3 prosess er standardiserte, men innholdet er helt opp til hvilke utfordringer som ligger i hver enkelt case. Her er de ulike trinnene i en A3 prosess.

**Problem:** Først skal det brukes en setning på å definere hva som faktisk er problemet.

**Bakgrunn:** Hvordan ble dette til et problem? Dette blir ofte sett på som nøkkelen for å løse problemet, ved å sette det i kontekst med resten av prosessen. Dette skal også holdes kort.

**Dagens situasjon:** Dette kan illustreres på forskjellige måter, enten ved bruk av tall, tegninger eller tabeller. Det er viktig å gjøre dette så visuelt som mulig for å kunne beskrive hva som skal forbedres.

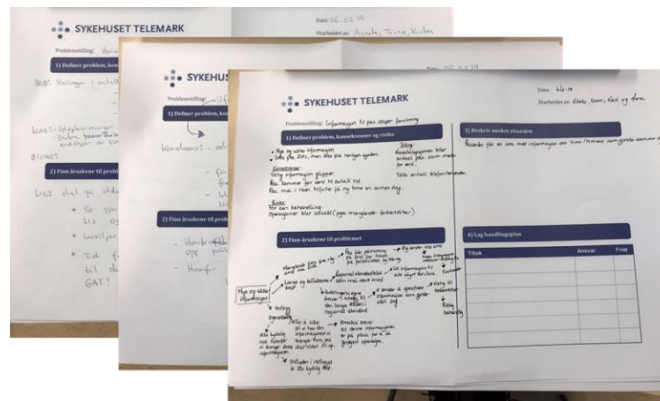
**Rotårsaksanalyse-5 ganger hvorfor:** Her handler det om å bryte ned prosessen og stille konkrete spørsmål om hvorfor det har blitt som det har blitt. Det kan være flere svar på hvert enkelt spørsmål, så gjelder det å komme frem til hva som er den mest sannsynlige grunnen og ta med seg det. Når disse er systematisert i spørsmål og svar kan man gå videre.

**Tiltak:** Basert på hvor det oppstår problemer og grunnene til dette så skal det analyseres, og man skal komme frem til hvordan man kan løse problemet. Når teamene har kommet frem til en løsning så listes det opp tiltak for å forbedre situasjonen. Videre iverksettes disse tiltakene.

**Oppfølging:** Etter dette skal det forklares hvilken effekt man har hatt av tiltakene, gjerne ved å videreføre modellene fra nåsituasjonen, med slik situasjonen har blitt etter iverksetting. Her har man forhåpentligvis sett en forbedring.

(Bicheno & Holweg, 2009)

Alle disse stegene skal dokumenteres og fremstilles i en A3 rapport, som vil si at det må få plass på et A3 ark. Ved å gjøre dette får man en god visuell fremstilling av hele prosessen og tankene som er gjort rundt den, som kan presenteres for andre (Bicheno & Holweg, 2009). Dette gjør at man ikke bare får et bilde på resultatene, men også hvordan det har blitt jobbet for å komme frem til disse. A3 rapporter kan være nyttige i fremtidige prosesser, og for å følge opp videre prosesser som allerede er forbedret, hvis det blir noen endringer i omgivelsene (Rolfsen, 2014).



Figur 3: Eksempler på A3-rapporter på ortopedisk poliklinikk (Sykehuset Telemark, 2020)

## 2.2 Det norske arbeidslivet

For å sette LEAN inn i en norsk kontekst, er det viktig å skjønne hvordan den norske modellen for arbeid er bygget opp. Det norske arbeidslivet blir ofte sett på som noe for seg selv, skjønt vi har flere likheter med noen av de andre nordiske landene og kanskje spesielt Sverige. Det kjennetegnes ved at vi har mange velferdsordninger som er lov- og avtalefestet, og som vi tar som en selvfølge. Dette er i stor kontrast til mange andre land (Rolfsen, 2014). Et annet punkt som står sterk, er at en stor del av arbeidstakerne er organisert på en eller annen måte, gjennom fagforeninger og lignende. Den rollen disse fagforeningene og tillitsvalgte har, er et særtrekk ved norsk arbeidsliv. De ansatte har omfattende rettigheter for medbestemmelse, som gjør at de ansatte skal bli hørt i endrings og omstillingsprosesser. Dette gjør at de ansatte i norsk arbeidsliv, er vant med å være med å delta og bestemme i ulike prosesser (Rolfsen, 2014).

Historisk har det ikke vært slik at medbestemmelse og arbeidernes rettigheter har vært satt i første rekke. Frem til den industrielle revolusjonen var arbeidslivet i Norge preget av at arbeidsgiver og arbeidstaker inngikk private avtaler, gjerne med ulike bytteforhold (Rolfsen, 2014). Da den industrielle revolusjonen kom ble maktforholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker veldig skjevt, mye på grunn av stor tilgang på arbeidskraft og lite behov. Dette skapte et svært uregulert arbeidsliv med store menneskelige kostnader (Rolfsen, 2014). Det ble en stadig voksende motstand mot dårlige arbeidskår mot slutten av 1800 og starten av 1900 tallet. Arbeidstakerne begynte å organisere seg i fagforeninger og det ble et stadig økende fokus på arbeidstakeres rettigheter. Etter 2. verdenskrig og utover 50 tallet ble det å

skulle ha et industrielt demokrati satt på den politiske dagsordenen i Norge, og i 1961 ble det etablert en samarbeidskomite med de ulike partene i arbeidslivet. Dette handlet blant annet om å få ansatte representert på styreplan i ulike bedrifter. Dette er første del av det som i dag blir kalt for samarbeidsforsøkene (Rolfsen, 2014). Del to av dette prosjektet ble startet i 1964 og hadde som ambisjon å gjennomføre eksperimenter i ulike bedrifter når det kom til ulike måter å organisere forskjellig arbeid på. Det var lettere sagt enn gjort å få med frivillige bedrifter til å stille opp, men etter hvert ble noen med.

Disse forsøkene var basert på forskning fra England og engelske kullgruver hvor det ble lagt vekt på samarbeidet mellom teknologien og det sosiale systemet. Forskerne mente at dette fokuset på både teknologien og det menneskelige ville kunne gi mye bedre løsninger, og var essensielt i arbeidslivet. I Norge ble det i dette arbeidet fokusert på at arbeidsgrupper skulle komme frem til løsninger på problemer, og ikke bare skulle gjøre det de ble fortalt fra ledelsen. Altså en medbestemmelse fra de ansatte i arbeidet. Dette for å skape et demokrati på arbeidsplassen. Disse forsøkene ble ingen stor suksess, så samarbeidsforsøkene døde etter hvert litt ut, men arven etter prosjektet har ført med seg en rekke tydelige resultater som spiller en viktig rolle for det vi ser på som den norske samarbeidsmodellen i dag. Blant disse resultatene er en utstrakt bruk av gruppearbeid og ulike ordninger for representativ medvirkning. Dette kan ha vært en faktor for å kunne introdusere LEAN inn i det norske arbeidslivet. Det forklares også at samarbeidsforsøkene la grunnlaget for en ny arbeidsmiljølov i 1977 (Rolfsen, 2014).

### **2.3 LEAN I sykehus**

Bruken av LEAN i sykehus kan trekkes tilbake til Storbritania i 2001 og USA i 2002, hvor begrepet «LEAN» ble brukt for første gang i forbedringsarbeid på sykehus (Brandao de Souza, 2009).

Det hevdes at LEAN på generell basis bør passe godt for implementering i sykehus. Dette er på bakgrunn av at det allerede er et sterkt fokus på medvirkning og kontinuerlig forbedring innenfor sykehussektoren (Brandao de Souza, 2009). Det at prosessene krever medvirkning og er ansatt-drevet, blir sett på som en nøkkel i bruken av LEAN på sykehus (Rolfsen, 2014).

Brando de Souza (2009) forklarer også at de fleste sykehus styres ut ifra aktivitetene og ikke prosessene. Ved å flytte fokuset fra aktivitetene over til de helhetlige prosessene, kan man optimalisere pasientforløpet på sykehuset. Det forklares her at dette er noe av målet med å bruke LEAN i sykehus. Dette gjøres gjennom å skape flyt for pasientene ved å sette søkelys på hver enkelt pasients forløp som en enhet som skal optimaliseres. Dette gjøres ved å fjerne de aktivitetene som ikke skaper verdi for pasienten, kontra å fokusere på å maksimere hver enkelt aktivitet.

På Norske sykehus kommer det frem at LEAN ofte blir sett på som en metodikk og noen verktøy, og ikke i like stor grad som en filosofi. Men at kontinuerlig forbedring og flyt er begreper det jobbes etter på et mer kulturelt plan på sykehus (Rølfesen, 2014). Dermed kan det være at LEAN oppfattes på et lavt abstraksjonsnivå på mange sykehus, men at fokus kontinuerlig forbedring i sin helhet kommer som en følge av verktøyene, og at den helhetlige tankegangen som teorien streber etter kommer som en konsekvens av dette.

Samtidig ligger det flere ulike utfordringer med det å skulle implementere LEAN og kontinuerlig forbedring inn i offentlig sektor og på sykehus. Ifølge Fiva, Hagen og Sørensen (2014) er det en stor forskjell på offentlig sektor, hvor det er stor del tjenesteyting, og privat sektor hvor det er fokus på produksjon. De forklarer at det er en utfordring å implementere tiltak for å effektivisere i offentlig tjenesteyting, fordi det er mer komplekse prosesser. Samtidig som at prosessene styres fra menneskene som utøver tjenesten. Det som ifølge Bahita & Drew (2007) kan være utfordringer med å skulle implementere LEAN i offentlig sektor, kan eksempelvis være mangel på konkurranse. Det er ofte bare en tilbyder, i motsetning til i privat sektor, hvor det er mer konkurransepreget med flere aktører. I offentlig sektor er det også mange motstridende interesser fra blant annet politikere, samt komplekse strukturer, som kan gjøre at det er mange ulike hensyn å ta. Hvordan tjenesten skal utføres blir bestemt av tilbyderen og ikke kunden, og at det kan være andre arbeidsprosesser som kan gå ut over kvaliteten til kunden (Bahita & Drew, 2007). En annen utfordring med å skulle implementere LEAN i offentlig tjenesteyting og på sykehus, er at det ofte ikke er så lett å identifisere hva som er kvalitet i tjenesten til kunden. Derfor er det viktig å ha fokus på kunden eller pasienten når man skal implementere LEAN i sykehus (Bahita & Drew, 2007).

I følge Spear (2005) er den komplekse strukturen som ligger i sykehus, med på å skape tvetydighet rundt hvordan man skal gjennomføre de ulike arbeidsoppgavene. Dette kan gjøre at ulik standardisering blir møtt med motstand (Spear, 2005). De ulike organisasjonene innad på et sykehus er ofte delt inn i funksjonelle enheter som opererer selvstendig. Her kan det oppstå

utfordringer når det kommer til at hver medarbeider skal se seg som en del av hele verdikjeden og enheten. Dette kan trekkes tilbake til at LEAN ønsker å skape flyteffektivitet for å oppnå forbedring, noe som fordrer samarbeid på tvers av grupper og enheter. Det forklares at det er i dette arbeidet på tvers, at det ofte oppstår utfordringer, når man skal implementere og oppnå en varig forbedring på sykehus (Rolfsen, 2014)

Ineffektiv pasientflyt og lange ventelister er en gjennomgående utfordring i alle sykehus i verden. Når pasientene kommer inn i en funksjonsstyrt helsetjeneste, har det historisk vært fokusert på spesialområder og profesjoner og ikke helheten i pasientflyten. Det pekes på at dette gir utfordringer når man skal prøve å forbedre pasientflyten (Mazzocato et al., 2012). Dårlig pasientflyt og lange ventelister påvirker miljø på sykehuset og pasienters tilfredshet. Derfor sees LEAN på som nyttig i en sånn prosess (Rolfsen, 2014)

Innføring av NPM lignende tiltak som LEAN har vist seg å øke produktiviteten i sykehus på generell basis, men det kan også få en rekke utilsiktede konsekvenser, som kan være med på å nulle ut noen av gevinstene. Det kan gjøre at ansatte i større grad er ute etter å nå tallfestede mål, noe som kan gå ut over andre prosesser (Halvorsen, Stjernø & Øverby, 2016).

Når det kommer til forskningen som er gjennomført av LEAN i sykehus, er det ulike tilnærminger og resultater. Av det som er gjennomført, så har Andersen, Røvik & Ingebrigtsen (2014) gjennomført en oversiktsstudie i forhold til hvilke faktorer som spilte en rolle for vellykket implementering av LEAN i sykehus. Her ble spesielt medvirkning og medbestemmelse trukket frem, sammen med generell ledelse, god endringsledelse og kultur. Det er også trukket frem at innføring av LEAN ofte er en investering, som også fører med seg ekstra ressurser til prosjektet, som kan være en medvirkende årsak til at man oppnår kvantitative resultater.

Det er også skrevet masteroppgaver om temaet i Norge. Sjøberg (2018) kommer frem til at LEAN tilpasses lokale forhold, og at det i all hovedsak brukes administrativt for å skape flyt i prosessene. Hoelsæter (2016) forklarer gjennom hennes studie av en laboratorieavdeling uten særlig pasientkontakt, at det var i stor grad positive resultater av LEAN på avdelingen.

Hvis vi ser på andre land i Europa og USA, kan vi finne en del forskning som har sett på LEAN i sykehus, og man finner igjen begreper som medbestemmelse og ledelse også her.

Blant annet forklarer Antierens et al. (2018) sin forskning, at der det har vært størst effekt av LEAN i sykehus, er når det implementeres i enkeltenheter med verktøy som er tilpasset enheten.

Mens det har oppstått større utfordringer der det implementeres i en stor organisasjon med mange enheter og nivåer. Dette blir underbygget i norsk kontekst av Andresen & Røvik (2015), som mener det er helt nødvendig med lokale tilpasninger for å lykkes. Det argumenteres videre her for at dette er den mest effektive måten å gjøre det på fremover for å skape resultater. Hasle Nielsen & Edwards (2016) argumenterer for at noe av grunnen til at LEAN ikke har fungert på enkelte sykehus, er den korte tiden det har vært brukt i denne sektoren. Dermed at det ikke er designet for denne typen komplekse organisasjoner med ulike syn på verdi.

Dammand et al. (2014) bygger videre på kunnskapstankegangen, men tar det også videre ved å si at det er viktig at de ansatte involveres tidlig i prosessen. Det mener han fordi det er de som gjennomfører arbeidet i det daglige, og at det også skaper en tilhørighet til prosjektet med en «bottom up»-tankegang. Dette kommer også frem i Hasle, Nielsen & Edwards (2016) sin case-studie, hvor de viste til at en stor involvering av ansatte var viktig i implementering og endringsprosessen. Her ble det gjort ved å sette sammen LEAN grupper fra starten, med personer fra forskjellige deler av det hierarkiske systemet. Dette skapte en felles tankegang og kultur som skapte en god effekt av LEAN.

## **2.4 Profesjoner**

For å se på ulike ansattes erfaringer, er det viktig å skjønne hvilken kontekst de forskjellige snakker utfra. Det finnes mange ulike aktører på sykehus, og en viktig gruppe av disse er ulike profesjoner.

For å forklare hva en profesjon er kan det defineres som:

*«En yrkesgruppe med en avgrenset og spesialisert utdanning på høyere nivå, hvor det er nær sammenheng mellom utdanningen og yrkesutøvelsen»* (Halvorsen, Stjernø & Øverby, 2016).

De som velger en profesjonsutdanning, er som regel innstilt på å jobbe i dette yrket, og dermed også følge de sosiale og juridiske normene som er satt. Profesjon er et begrep som både kan identifisere en yrkesgruppe, men også kan karakteriseres ved forskjellige aktiviteter eller en praksis. Når en aktivitet blir sett på som «profesjonell», betyr det at du behersker den på en riktig eller forbilledlig måte. Dermed kan vi knytte dette begrepet til noe som oppfattes som attraktivt på mange måter, og noe som det kreves noe for å oppnå. Dette begrepet kan settes i motsetning til «bakkebyråkrater», hvor byråkrati ofte blir sett på som et begrep som er negativt ladet (Hill, 2013). Dermed kan vi si at når vi snakker om profesjon, handler det både om



hvordan et yrke eller en yrkesgruppe er organisert, men også hvordan denne gruppen utfører yrket (Halvorsen, Stjernø & Øverby, 2016).

Vi vil fokusere på profesjoner på sykehus og eksempler på disse er leger, sykepleiere, fysioterapeuter og helsesekretærer. Ifølge Halvorsen, Stjernø & Øverby (2016) kan organiseringen av profesjonene trekkes opp mot tre dimensjoner:

- Adgangen til å utføre arbeidsoppgavene er regulert (monopol)
- Yrket har selv frihet til å bestemme utførelsen av arbeidsoppgavene (autonomi)
- Myndighetene har tillit til yrkesgruppas kompetanse og «gode vilje»

Videre kan yrkesutøvelsen til profesjonene trekkes opp mot fire sentrale dimensjoner:

- Den første er, at de yter en type tjeneste som det er vanskelig å kontrollere utenfra.
- Den andre er, at de utfører oppgaver som vanskelig lar seg standardisere, og dermed forutsetter bruk av skjønn.
- Den tredje er, at de utfører tjenester som er basert på kunnskap og ofte orientert mot endring eller forbedring av brukerens situasjon
- Den fjerde er, at de utøver tjenester som er basert på normer for hva som er god og rettferdig behandling for brukere.

Disse ulike dimensjonene er med på å prege mange ulike yrker, så vi kan si at en yrkesgruppe eller et yrke i større eller mindre grad er profesjonalisert. Ved en styrkelse av disse karakteristikkene blir det mer profesjonalisert og visa versa. Mange av de ulike profesjonene har en egen yrkesetikk, og det kan tendere til at de har monopol på ulike arbeidsoppgaver og stillinger (Halvorsen, Stjernø & Øverby, 2016). Dette er på grunn av deres spesielle kompetanse, som gjør det vanskelig for andre å stille spørsmål ved ting de gjør. Dette kan sees på som faglig autonomi. Mange profesjoner ønsker, at deres utdanning skal gi faglig selvstendighet i arbeidshverdagen. Dette kan være med på å stenge ute ulike impulser og forståelse for andre fagfelt (Halvorsen, Stjernø & Øverby, 2016).

Profesjoner er ofte knyttet til skjønnsutøvelse. Skjønn går ut på å kunne ha dømmekraft i situasjoner som ikke er bestemt på forhånd, men må skje på bakgrunn av forskrifter og lover

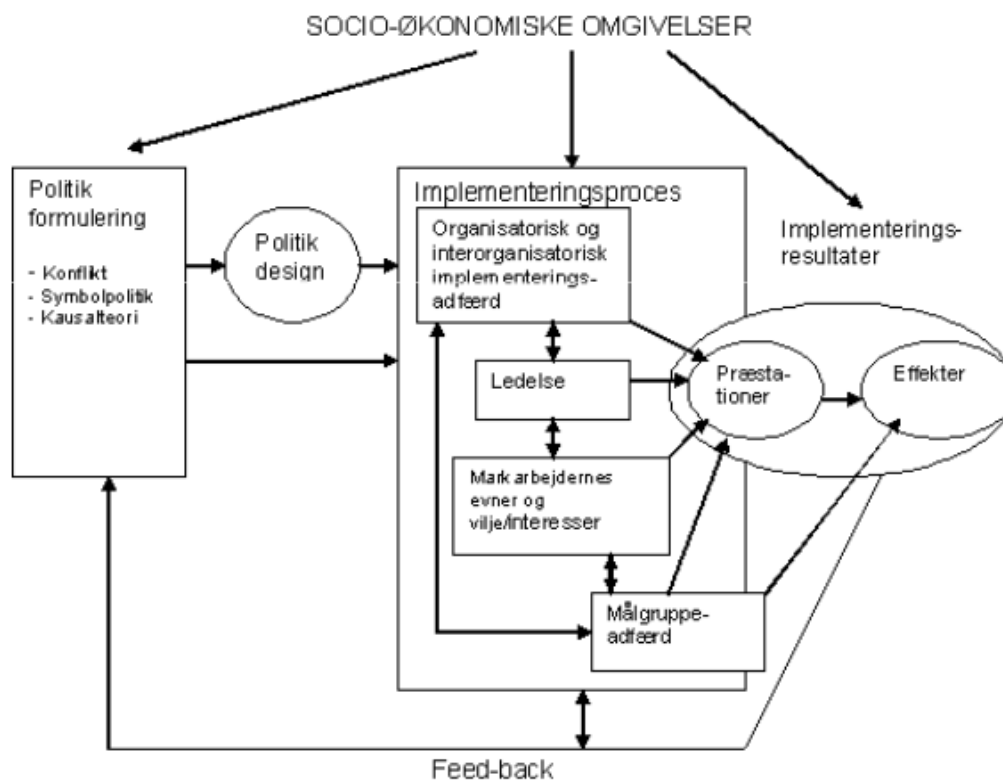
(Grimen & Molander, 2008). Særlig i sykehus finnes muligheten for å utøve skjønn for å avgjøre situasjoner med motstridende argumenter og informasjon til det beste for pasienten.

Waring & Bishop (2010) forklarer at profesjoner som leger og sykepleiere, kan karakteriseres av ulike grenser innenfor profesjonen, som er med på å institusjonalisere, både gjennom de sosiale normene, og lover og regler som legger ulike føringer. Implementering av LEAN kan være med på å utfordre og måtte endre noen av disse grensene, for å kunne skape best mulig flyt i prosessene. Derfor kan det oppstå utfordringer med det å skulle implementere LEAN i sykehus hos profesjonene, og derfor være vanskelig å gjennomføre i praksis (Waring & Bishop, 2010).

Profesjoner på sykehus er vant til å løse problemer som oppstår og jobbe med et høyt tempo. Dette kan føre til konflikter i innføringen av LEAN, på grunn av at LEAN søker ikke raske løsninger, men å finne løsninger ved grundig analyse, og finne årsaker for deretter å standardisere prosessene. Alle de ulike arbeidsgruppene skal si sin mening om hva som burde forbedres. Teorien viser at dette kan stride imot noe av den lederstilen som man har kunnet finne på sykehus, hvor noen på høyt nivå skal finne løsninger, mens noen på lavere nivå skal utføre de (Rolfsen, 2014).

## **2.5 Implementering**

Winter (2008) sin integrerende implementeringsmodell er en modell som er med på å forklare hva som påvirker en implementeringsprosess. Den tar utgangspunkt i både et «bottom up» og «top down» perspektiv, som vil si at den har både et mål og et prosessperspektiv på implementering (Winter & Nielsen, 2008). Det er en modell som i stor grad kan brukes på all implementering særlig i offentlige organisasjoner, og er også veldig relevant for å forstå implementering av LEAN i sykehus.



Figur 4: Modell for implementering av politikk (Winter & Nielsen, 2008)

Det viktigste poenget med modellen er at en kan se på helheten som oppstår rundt et implementeringstiltak, og ulike perspektiver samtidig. På denne måten er det mulig å se på hvilke ting som påvirker resultatene som oppnås og ikke bare resultatet i seg selv (Winter & Nielsen, 2008). Denne modellen er ikke så streng kausalt i forhold til mål og middel, det handler ikke om at mål og middel må komme etter hverandre. Det som er essensen er å skape et bilde på de ulike prosessene som er med på å påvirke resultatene, men også effektene som oppnås gjennom en implementeringsprosess (Winter & Nielsen, 2008).

Den første delen som er med på å påvirke er utformingen av politikken, altså hva som er problemet og hva man ønsker å oppnå. Deretter må det skapes et rammeverk gjennom et policy-design. Denne delen er viktig for å bestemme hvilke verktøy og metoder som skal brukes, for å oppnå et ønsket resultat av tiltaket som er iverksatt (Hill, 2013). En er helt avhengig av et godt policy-design for å lykkes med implementeringsprosessen, men det i seg selv er ikke nok. I tillegg til å komme frem til verktøy og metoder, bestemmes det også hvem som skal gjennomføre og hvilke ressurser som skal brukes i prosessen. Alle disse punktene vil kunne påvirke resultatet som oppnås (Winter & Nielsen, 2008).

Videre kommer selve implementeringsprosessen og hvordan den er med på å påvirke resultatet. Her fokuseres det på den adferden som gjennomføres i organisasjonen, og i hvilken grad det blir gjort med engasjement og koordinering av aktiviteter. Aktørenes aktiviteter kan bli sett på gjennom perspektivene, og vi tar for oss «bottom up». Her legges det vekt på hvordan aktørenes adferd påvirker den endringen som gjennomføres. Og at dette i stor grad er med på å påvirke om målene oppnås eller ikke. Endringen skal tilpasses de aktivitetene som er i organisasjonen fra før. Her kan det oppstå ulike barrierer i forhold til hvordan dette skal tilpasses (Winter & Nielsen, 2008).

Innenfor «bottom up» perspektivet er Lipsky sin teori om bakkebyråkrater et bidrag for å forstå de ansattes påvirkning på prosessen. De ansatte på sykehuset som skal jobbe med og iverksette prosjektet, spiller en stor rolle fordi de har stillinger som gir rom for skjønn. Lipsky setter søkelys på at de skjønnsmessige vurderingene som bakkebyråkratene gjør, gjøres i forhold til det beste for alle parter. Disse blir stående i en situasjon hvor det er krav både fra ledelse og pasienter, og må prøve å ta de rette valgene (Lipsky, 2010). De har dermed en stor påvirkningskraft, fordi det er deres handlinger, som er med på å bestemme hvilke resultater som oppnås av prosjektet. Dermed er det viktig å få bakkebyråkratene interessert i å få til prosjektet eller politikken, for å oppnå gode resultater. Det at de ansatte føler medvirkning og eierskap til prosjektet, kan være en viktig del av å få til et vellykket prosjekt.

Ledelse har en egen betydning i modellen, når overordnede mål for en prosess skal gjøres om til handlinger blant bakkebyråkratene. Det vil bli gått nøyere inn på hvilken rolle ledelsen spiller senere i teorikapitlet. Målgruppen kan i dette tilfellet både beskrives som pasientene, men også de ansatte på sykehuset. Dette kommer også an på hvilke deler av prosessen det settes søkelys på.

Alle disse punktene spiller inn på det endelige resultatet, og gjennom resultatene kan det gis feedback til fremtidige prosesser for å optimalisere implementering så mye som mulig og dermed få gode konsekvenser og resultater ut av dette (Winter & Nielsen, 2008)

## **2.6 Kultur**

LEAN som filosofi eller kultur sikter mot å skape en kultur for kontinuerlig forbedring, og at de ansatte hele tiden skal tenke at de skal få best mulig flyt i sine prosesser. Dermed kan en

implementering av LEAN også påvirke kulturen i en organisasjon. Derfor vil vi se litt mer nøye på hva som kjennetegner kultur i organisasjoner og på sykehus.

Kulturperspektivet setter søkelys på at kulturen spiller en viktig rolle for hvordan en organisasjon fungerer. Organisasjonskultur er de uformelle og formelle normene og verdiene som spiller inn på hvordan formelle organisasjoner fungerer (Christensen et al., 2015). Disse blir ofte fremstilt som flere grunnleggende antagelser og felles verdier som ligger i organisasjonen. Dette forklarer hva det er rett og greit å gjøre. Hvis noen gjør noe på en annen måte kan det bryte med kulturen og normene som er satt i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Bicheno & Holweg (2009) forklarer at kultur egentlig er den dagligdagse erfaringen som arbeiderne har. Dermed mener de at kultur også kan beskrives som «nåværende adferd». Dette er basert på at man ikke kan lese seg til kultur, men må erfare gjennom arbeidet i hverdagen.

En formell organisasjon kan utvikle uformelle normer gjennom kultur, og dette kan føre til institusjonaliserte organisasjoner. Da kan organisasjonen bli mindre fleksibel når det skal skje endringer og iverksettes nye tankesett. Samtidig kan det være viktig for det sosiale fellesskapet i organisasjonen. Offentlige organisasjoner har som nevnt komplekse utfordringer og oppgaver, noe som også kan spille en rolle og skape en mer kompleks kultur (Christensen, et al., 2015.).

Implementering av LEAN i organisasjonen kjennetegnes av at de ansatte spiller en veldig viktig rolle, fordi LEAN er avhengig at ansatte involveres i alle deler av prosessen. Ansvaret fordeles ut over hele organisasjonen, og dette kan sees på som en «bottom-up» måte å gjennomføre det på. Dette er på grunnlag av at det er de ansatte som kjenner arbeidsprosessene best og at dermed er med på å utforme LEAN-prosessen. Her er det viktig at LEAN forankres i kulturen for å få en best mulig effekt, men det er også viktig å videreføre den kulturen som ligger i organisasjonen fra før, for å ikke få en motstand mot endringen i organisasjonen (Christensen et al., 2015). For å minske sannsynligheten for at det er noe motstand mot endring i organisasjonen, er kommunikasjon av behovet for endringen, slik at kulturen kan bli mer positiv til å gjennomføre et tiltak i det det innføres (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Det kan oppstå utfordringer med endring i sykehus. Dette er ofte hos profesjonene som står sterkt, og er lite villige til å endre på sine arbeidsprosesser. LEAN er jo også en enhetlig tankegang som hvis den omfavnes av organisasjonen inn i kulturen, så kan den skape en enda sterkere kultur mellom ansatte og ledere, fordi man har et felles tankesett. Dette gjelder også på tvers av avdelinger og profesjoner innad i en organisasjon (Christensen et.al, 2015).

Kulturen i organisasjonen blir ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013) sett på som en viktig faktor for at organisasjonen skal kunne oppnå suksess. Det som kjennetegner definisjonene som finnes av organisasjonskultur, er at de har et fokus på opplevelser, tanker, og meninger som er felles for flere personer i en sosial sammenheng. For å kunne avdekke kulturen i en organisasjon, må du snakke med og observere hvilke verdier og normer som de ansatte i organisasjonen har til felles (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Ifølge Bicheno og Holzweg (2009) kan kultur sees på som noe du lærer dag for dag, gjennom opplevelser i hverdagen. Jacobsen og Thorsvik (2013) forklarer at man kan se på kulturen på samme måte som strukturen, som en kulturell enhet, eller et kulturelt mangfold. Det argumenteres for at en enhetlig struktur er med på å kunne bygge opp en enhetlig kultur. I en helhetlig kultur samles alle rundt et felles mønster av meninger og syn på hvordan ting gjøres, mens i et kulturelt mangfold vil det være ulike subkulturer som eksisterer side om side. En enhetlig kultur kan forklares gjennom integreringsprinsippet, ved at det felles meningsmønsteret gjør at kulturen er integrerende i en organisasjon, og kan skape en form for felleskap mellom ulike avdelinger på grunn av samme syn (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Bicheno og Holzweg (2009) forklarer at noe av målet med LEAN er å skape en enhetlig kultur i organisasjonen, for å sette fokus på effektivisering og kontinuerlig forbedring. Kritikere av LEAN mener det kan være ødeleggende for kulturen i en organisasjon. Dette er fordi det kan føre til at det kun skal fokuseres på forbedring, og at det skapes mindre forståelse for hverandre (Angelis, 2011).

Jacobsen og Thorsvik (2013) forklarer at samspillet mellom struktur og kultur i organisasjonen, og hvordan disse gjensidig påvirker hverandre, spiller en viktig rolle for hvordan organisasjonen skal fungere. Dermed vil hvordan man strukturerer LEAN-prosjektet spille en viktig rolle for hvilke konsekvenser man oppnår når det kommer til kulturen.

## **2.7 Ledelse og endring i organisasjoner**

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013) er en av de viktigste grunnene til at det gjennomføres en endring i organisasjonen, at man ønsker en forbedring eller effektivisering. For at en endringsprosess skal kunne lykkes, er det viktig at ledelsen og de som legger frem endringen klarer å skape en opplevelse i organisasjonen om at det er helt nødvendig med endring. Dette kalles ofte for å forankre endringen. Det kan skapes et press for endring gjennom å lage en slags krisestemning, og dette kan gjøres gjennom å vise til konkrete problemer og legge frem endringen som løsning på dette problemet (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Et skille i

endringsteorien går på om endringen er proaktiv, altså at endringen gjøres før det blir tvunget frem. Eller reaktiv, som er den endringen som finner sted etter at det har skjedd noe i organisasjonen, som har gjort at det blir tvunget frem. Det å ha forankring er viktig for endring. Det betyr ikke at det skal bli tatt hensyn til alle ulike synspunkter og heller ikke at alle er enige, men at alle blir tatt med tidlig i prosessen, og får luften motforestillinger slik at de føler at de tar en del i endringsprosessen. Dette er med på å skape en større sannsynlighet for at endringen vil bli akseptert og tatt imot på en god måte i organisasjonen (Fimreite, 2013).

Endringsprosessen kan forklares gjennom tre ulike faser for endring i en organisasjon. Den første fasen er opptiningsfasen. Det er her holdningen om behovet for endring skapes. Her skal det også forklares hvilke konsekvenser endringen får, og ikke. Neste fase er endringsfasen, hvor tiltaket iverksettes og det skal skapes nye holdninger og adferd i organisasjonen gjennom tiltak. Da er det blant annet snakk om endring i strukturen og ny lederstil. Til slutt er det nedfrysingsfasen hvor alt skal stabiliseres. Nye verktøy skal bli rutine, og det skal undersøkes om strukturen og kulturen sammenfaller etter endringen (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Det er viktig å forankre endringene i kulturen, slik at de blir en del av arbeidshverdagen og rutinene i organisasjonen (Erichsen, Solberg og Stiklestad, 2015).

Deltakende utvikling er en strategi som har som hovedpoeng, at alle ansatte aktivt skal delta i endringsprosesser, fordi alle de ansatte er viktige for organisasjonens utvikling. Denne tankegangen bygger på moderne litteratur som argumenterer for at medarbeiderne må involveres og delta, for å få til en vellykket endring. Dette er også for at alle skal føle et eierskap til prosessen, noe som gir den større sannsynlighet for å lykkes (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I denne strategien blir det også sett på som viktig at lederen er positiv og deltar inn i prosessene som et godt eksempel, og er ydmyk i forhold til innspill fra medarbeiderne. Hvis ikke kan denne deltakende utviklingen virke mot sin hensikt og heller skape mer splid mellom ansatte og ledere (Jacobsen & Thorsvik, 2013)

Ledelse er en viktig del av det å gjennomføre en vellykket endringsprosess. Når det skal gjennomføres endring er det viktig å tilpasse lederadferden til endringen som kommer, og at ledelsen har satt seg godt inn i verktøy og hvordan endringsprosessen skal formidles til de ansatte (Erichsen, Solberg og Stiklestad, 2015). Mellomlederne spiller ifølge Erichsen, Solberg og Stiklestad (2015) en veldig viktig rolle når det skal gjennomføres endringsprosesser, fordi det er de som skal stå for mye av den praktiske iverksettingen. Hvis mellomlederen ikke følger opp endringen slik som det er planlagt, vil dette videreføres til alle de ansatte og endringen vil ikke bli realisert slik som det var ønsket. Det er viktig at

mellomledere får god opplæring og er en del av prosessen fra starten, for det gir et eierskap til endringsprosessen. Dette gjør at de får en forståelse av det og vil kunne formidle dette på en god og positiv måte til sine ansatte (Erichsen, Solberg og Stiklestad, 2015).

I endringsprosessen knyttet til LEAN tas det ofte i bruk konsulenter for å sette i gang prosessen. Disse konsulentene kan være interne fra organisasjonen, eller eksterne. Det som kjennetegner eksterne konsulenter er at de er med i en periode og setter i gang prosjektet, før det må føres videre internt. Ved bruk av eksterne konsulenter pekes det på at de er uavhengige av kultur og struktur i organisasjonen, og kan komme inn med et friskt nytt blikk og dermed handle upåvirket av tanker og normer som ligger i organisasjonen. Dette kan også brukes mot dem i visse tilfeller, at de ikke kjenner godt nok til hva som skal forbedres. Dermed kan konsulentenes rolle og hvordan de blir tatt imot ha mye å si for konsekvensene og hva man oppnår ved en LEAN-prosess (Rolfsen, 2014).



## 3.0 Metode

I denne delen vil jeg legge frem hvilke metodiske valg som er gjort, og hvordan datainnsamlingen har blitt gjennomført i oppgaven.

### 3.1 Metodiske vurderinger

For å belyse de metodiske valgene som ligger til grunn vil jeg ta opp igjen forskningsspørsmålet for hele oppgaven «*Hva har innføringen av LEAN ført med seg i ortopedisk poliklinikk, og hva er ulike ansattes erfaringer med denne prosessen?*». Dette er i utgangspunktet et utforskende, men også beskrivende forskningsspørsmål. Målet med dette spørsmålet er å finne ut hvilke konsekvenser og erfaringer som oppstår av en LEAN-prosess på et sykehus, gjennom ansattes syn på hele prosessen. Jeg vil se på hvilke deler av det som kan være nyttig, og hva som eventuelt ikke fungerer optimalt. Dette er for å kunne gi et helhetlig bilde på en implementeringsprosess og konsekvensene det medfører, med ønske om å kunne gi kunnskap til eventuelle fremtidige prosjekter.

På bakgrunn av problemstillingen må det jobbes frem et undersøkelsesdesign, for hvordan man praktisk skal kunne svare på problemstillingen som er satt for studien. Her er det to hovedretninger å gå, det er kvalitativ og kvantitativ metode. Denne studien ønsker å se på hvilke konsekvenser, og hvilke erfaringer som ligger ved bruken av LEAN i norske sykehus. Når vi er ute etter subjektive opplevelser og erfaringer, er det kvalitativ metode som blir det naturlige valget. Oppgaven har en induktiv tilnærming som er eksplorerende og empiridrevet, kontra et kvantitativt deduktivt design som ville vært teori og hypotesedrevet. Oppgaven ønsker å få frem de ansattes opplevelse og meninger, og deres tanker om implementering og konsekvenser av LEAN, og da blir det helt naturlig med en kvalitativ tilnærming (Tjora, 2012). Den kvalitative forskningen er ofte en blanding mellom teori og empiridrevet, og kan være avgrenset i et miljø sånn som denne studien. Den skal ta for seg implementeringen av LEAN på ortopedisk poliklinikk på sykehuset i Telemark og hva den har ført med seg. Dette åå grunn av at det er i et avgrenset miljø defineres det som en case-studie (Tjora, 2012). Dermed blir det en naturlig avgrensning av oppgaven.

Designet er beskrivende i den grad at det ønsker å få frem konkrete poenger som har spilt en rolle for prosjektet som verktøy, og hvilke tanker de ansatte gjør seg angående den eksisterende teorien som finnes om LEAN og organisasjoner. Men det er også utforskende i den grad at man ønsker å få frem ting som ikke er så kjent fra før, blant annet konsekvensene

av hva som skjer i en organisasjon på bakgrunn av konkrete hendelser (Tjora, 2012). Siden det i liten grad er gjennomført undersøkelser av ulike yrkesgruppers erfaringer med LEAN på sykehus, og særlig ikke på avdelinger med stor pasientkontakt. Dermed er et utforskende design en god måte å få innsikt i noe det ikke finnes så mye informasjon om fra før. Samtidig som at man gjennom å beskrive konkrete ting enklere kan relatere det til andre prosjekter som kan være sammenlignbare.

### **3.2 Utvalget**

Slik som Bicheno og Holzweg (2009) forklarer, handler en viktig del av det å få gjennomført en vellykket implementering av LEAN i en organisasjon, om ledelse. På grunn av dette var det viktig å få intervjuet ledere i sykehusene som hadde vært med på å implementere LEAN, og hadde vært med på hele prosessen. Det var samtidig viktig å finne ut av hvordan de ansatte og profesjonene oppfattet innføringen av LEAN, og hvordan dette har påvirket deres arbeidshverdag.

Utvalget ble gjennomført ved at jeg tok kontakt med ulike personer på sykehuset i Telemark, som jeg hadde lest meg frem til at hadde noe med LEAN-prosjektet i ortopedisk poliklinikk. Mitt ønske var å komme i kontakt med ansatte i ulike roller og profesjoner, og på ulike nivåer i organisasjonen. Det jeg først og fremst så for meg var ledere, leger, sykepleiere og helsesekretærer. Dette for å få erfaringer fra ulike profesjoner og synspunkter. Når du studerer en omstillingsprosess i en organisasjon er målet å intervju de som har blitt berørt og/eller hatt et spesielt ansvar i forbindelse med prosessen (Tjora, 2012).

I dette prosjektet kom det frem gjennom kommunikasjon med ulike aktører fra alle nivåene som er inkludert i poliklinikkens daglige drift, at det var plukket ut noen ansatte fra alle de ulike rollene til å delta fra implementeringen av prosjektet. De er representanter for de ulike rollene. Det ble forklart at disse var plukket ut på bakgrunn av ulikt syn på endringsprosesser, og dermed ulik inngang til prosjektet. Dermed ble det klart at det var fra denne gruppen det måtte rekrutteres, for det var de som hadde vært påvirket av prosjektet i størst grad, og dermed kunne gi best svar på forskningsspørsmålet.

I utgangspunktet ville jeg ha 8-10 representanter. Jeg mener det gir et godt og bredt nok bilde av situasjonen, så lenge jeg klarte å få tak i ansatte fra alle gruppene nevnt ovenfor. Det ble

sett på som det viktigste, for å kunne se på forskjeller mellom yrkesgrupper og profesjoners erfaring med LEAN på klinikken.

Gjennom kontakt med ulike ledere og ansatte på sykehuset fikk jeg kontaktinformasjon, og det ble avtalt intervju med ni ulike ansatte. Disse representerte sine yrkesgrupper og var plukket ut til prosjektet på bakgrunn av ulike syn på endringsprosesser og har ulike ansvarsområder i organisasjonen. Dette ble sett på som et dekkende utvalg for å besvare problemstillingen med ulike synspunkter.

Etter at korona-situasjonen oppstod, ble utvalget som nevnt svekket fra ni til seks informanter. Disse 6 informantene bestod av lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesekretær, leder for kontortjenesten og avdelingsleder. Blant de tre som ikke kunne delta var lederen for poliklinikken. Hun ble av mange sett på som en av de fremste driverne av prosjektet. De to andre var fra yrkesgrupper henholdsvis sykepleier og lege, som også er representert blant de seks informantene som ble en del av prosjektet. Det vil bli gått nærmere inn på hva dette kan ha hatt å si for forskningen i kapittelet om validitet og reliabilitet.

Det var helt avgjørende for denne studien å navngi hvilken klinikk på sykehuset det var snakk om. Samtidig var det også viktig hvilken stilling informantene hadde i sykehuset. Dermed ble det ikke aktuelt å skulle anonymisere informantenes stilling. Alle informantene ble under intervjuet informert om dette og sa seg villig til å bruke deres stilling i oppgaven. På bakgrunn av at å bruke stilling ikke blir like anonymt, så ble alle tilbudt sitatsjekk. Her fikk de muligheten til å få tilsendt deres sitater, som ble brukt i teksten. Dette var for at de kunne få muligheten til å vurdere om de var villige til å stå inne for disse sitatene (Tjora, 2012). Det ble også informert om at informantene kunne trekke seg når som helst fra studien, uten noen spesiell grunn. Dette ble sett på som lite sannsynlig siden temaet som ble tatt opp ikke var spesielt kontroversielt (Tjora, 2012). I empirien vil det bli brukt stillingstitler for å få mest mulig flyt i teksten.

### **3.3 Semistrukturerte dybdeintervju**

Det neste metodiske valget som ble gjennomført, var valget av å bruke semistrukturerte dybdeintervjuer som datagenerering i oppgaven. Denne måten å intervju på ble valgt på bakgrunn av et ønske om å studere meninger, holdninger og erfaringer blant de ansatte (Tjora, 2012). Det var viktig å intervju informanter i ulike ledd av klinikken for å få et så helhetlig

bilde som mulig. Valget av dybdeintervju var også for å kunne stille åpne spørsmål, slik at informantene kunne reflektere og komme med digresjoner. Dette fordi det er et stort tema, og de ville kanskje kunne komme inn på temaer som ikke hadde blitt sett på som viktige på forhånd, men som likevel kan være svært viktig for undersøkelsen (Tjora, 2012). Dette på bakgrunn av et både beskrivende og utforskende design.

Det var viktig å prøve og stille så like, men samtidig åpne spørsmål til de ulike informantene. Selv om det må understrekes at alle data som kommer frem i dybdeintervjuer er subjektive, var det viktig å se om det fantes noen sammenhenger innenfor ulike synspunkter på LEAN-prosessen blant informantene. Hva som har påvirket den ansattes meninger og hva de tenker om ting, kan brukes til å forstå de større sammenhengene som foregår i prosessen, og utenfor hvert enkelt individ (Tjora, 2012).

### **3.4 Eliteintervjuer**

Før intervjuprosessen ble det gjort vurderinger angående eliteintervjuer. Ifølge Kvåle og Brinkmann (2009) foregår eliteintervjuer ofte med personer som er ledere eller eksperter på temaet. Eksperter er ofte vant til å bli intervjuet, og kan ha forberedt hva de har tenkt å svare allerede før de blir stilt spørsmål. For å forsøke å jevne ut disse maktforholdene litt, er det viktig at intervjueren er godt forberedt og kan mye om temaet. Dette er for å kunne stille oppfølgingsspørsmål slik at intervjuet ikke bare blir en monolog fra elitepersonens side, og for å skape en slags symmetri i relasjonen mellom intervjuer og intervjuobjekt. Dette er også slik at informanten ikke skal kunne kuppe intervjuet og dra det i den retningen som den skulle ønske (Kvåle & Brinkmann, 2009). Intervjuet med lederne på klinikken kan sees på som et eliteintervju i denne studien. På bakgrunn av deres store kjennskap til organiseringen av sykehus, og deres gjennomføring av LEAN-prosessene har de stor innsikt i temaet. Derfor var det viktig for meg som forsker å være godt forberedt før intervjuene ble gjennomført, for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål og få mest mulig ut av hver enkelt informant.

### **3.5 Gjennomføring av intervjuene og telefonintervju**

På grunn av korona-pandemien ble alle de ni intervjuavtalene jeg hadde på sykehuset avlyst uken før jeg egentlig skulle reist ned for å gjennomføre. Med den situasjonen som oppstod på

sykehuset i denne krisen, var det fullt forståelig. Det var fysisk umulig å gjennomføre på planlagt måte, med de smittevernregler som ble innført.

Dermed ble jeg nødt til å gjøre en vurdering på hvordan jeg skulle angripe situasjonen, for å i det hele tatt få gjennomført prosjektet. Det ble gjort en vurdering på at det mest hensiktsmessige var å legge om til telefonintervju, og gjøre prosessen så effektiv som mulig. Det viktigste var å få tak i et representativt utvalg som kunne delta i undersøkelsen. Flexibiliteten i gjennomføringen ble lagt stor vekt på videre i prosessen.

Dagen dette ble klart kontaktet jeg hver enkelt av de ansatte igjen, med en forespørsel om de hadde mulighet til å stille til et inntil 30 minutters langt telefonintervju. Dette ble gjort via SMS og med en ydmyk tilnærming, med muligheter for å gjennomføre intervju 24/7 i ukene som fulgte. Det ble da knyttet kontakt og gjennomført intervjuer med 6 av 9 av de opprinnelige ansatte, som hadde sagt seg villig til å stille opp. Dette var helt avgjørende for å gjennomføre studien, og derfor er jeg meget imponert over den positive innstillingen og viljen til å gjennomføre som jeg ble møtt med fra de ansatte. I den situasjonen som oppstod hvor sykehuset var i en krisesituasjon ser jeg på dette antallet som veldig godt, og dekkende for å besvare forskningsspørsmålet.

I overgangen fra ansikt til ansikts dybdeintervjuer til telefonintervjuer ble det gjort noen tilpasninger. Den første tilpasningen var å bruke litt mindre tid på introduksjon spørsmål, for å gjøre intervjuene så effektive og gjennomførbare for de ansatte på sykehuset. Det ble spurt om et inntil 30 minutters telefonintervju, hvor dette kunne kuttes ned, hvis den ansatte ikke hadde den tiden til rådighet. Her ble det gjort en vurdering på at det viktigste var å gjennomføre intervjuer, selv om dette kan ha vært med på å påvirke det empiriske grunnlaget for oppgaven. Ved å stille færre spørsmål kan man ha gått glipp av informasjon som var nyttig for oppgaven, men dette blir rent hypotetisk. Det ble sett på som helt nødvendig å gjøre det slik i den situasjonen som oppstod.

Ifølge Tjora (2012) er telefonintervju en metode å intervju på som ikke anbefales i dybdeintervjuer, men kan bli benyttet av praktiske årsaker. Slik som i denne situasjonen hvor det var eneste mulige løsning, for å få gjennomført prosjektet på den tilmålte tiden. Ved denne måten å intervju på mister man noe av muligheten til å bruke kroppsspråk, noe som kan gjøre dynamikken i samtalen og intervjuet vanskeligere (Tjora, 2012).

Samtidig fremmes det også positive sider ved det å intervju over telefon. Det kan føles tryggere for informanten, når man slipper å sitte og se på en diktafon. Noe som kan gjøre at

det er mer anonymt, og at man tør å snakke friere (Tjora, 2012) Men telefonintervjuet kan også gjøre informantene usikre på hvem den i den andre enden er. Dette kan gjøre samtalen mer formell, og det oppleves at de fleste telefonintervjuer blir kortere enn ansikt til ansiktsintervjuer (Tjora, 2012). Dette ble bekreftet da alle de seks intervjuene som ble gjennomført, ble på under 30 minutter. Dette kan også ha noe med situasjonen informantene stod i, med knapp tid til rådighet i flere tilfeller.

Det listes flere grunner til hvorfor telefonintervjuer blir kortere. Blant annet at folk trives best i andres selskap og at ved å ikke møtes, gir det intervjuet et mer formelt preg (Tjora, 2012). Dette kan bekreftes da det ikke var like lett å merke når informantene hadde mer og komme med, eller når det var åpning for oppfølgingsspørsmål. Telefonskrekke blir også listet som en utfordring med telefonintervjuer, men det ble ikke sett på som noe problem i dette tilfellet, da alle de ansatte som ble intervjuet er i jobber hvor de er avhengig av å snakke mye i telefonen.

Opptak av intervjuene ble gjennomført ved å ha på høyttaler på telefonen, og ta opp lyden gjennom diktafon. Dette fungerte utmerket og det oppsto ingen problemer med lyden under transkribering, noe som kan bli sett på som en utfordring i telefonintervjuer (Tjora, 2012).

### **3.6 Databehandling**

Selve intervjuene ble som sagt gjennomført over telefon og tatt opp på en diktafon. Intervjuene ble transkribert og lagret på en egen enhet med tallkoder for å ikke kunne misbrukes. Etter transkriberingen ble dataene analysert og satt inn i ulike kategorier i forhold til spørsmålene og relevans for oppgaven. I analysen ble det også brukt en rekke direkte sitater for å skape et helhetlig bilde. Her ble det fokusert på å bruke hele sitater slik at meningene til informantene ikke ble tatt ut av konteksten eller kunne misforståes. Dette ble også dobbeltsjekket gjennom at alle informantene fikk tilbud om sitatsjekk. De kunne moderere eller trekke sitater, hvis de ikke følte det representerte deres meninger eller ble fremstilt feil på noen måte. Gjennom å kun bruke stillingstittel i analysen og oppgaven ble informantene til en viss grad anonymisert. Bakgrunnen for å ikke anonymisere helt, var på grunn av viktigheten av å kunne skille ulike yrkesgruppers meninger for å kunne besvare forskningsspørsmålet.

### **3.7 Annen relevant informasjon**

Utenom selve intervjudataene hentet jeg også inn annen nødvendig informasjon til prosjektet. Siden jeg ikke fikk dratt ned på sykehuset på grunn av koronapandemien, fikk jeg ikke sett noe av hvordan ting blir gjort på poliklinikken i praksis. Dermed ble all nødvendig faktainformasjon og data om LEAN-prosjektet og ortopedisk poliklinikk, som ikke kom frem i intervjuene, hentet inn gjennom dokumenter og rapporter om prosjektet, og gjennom data fra Sykehuset Telemark sine nettsider. Gjennom å få dratt ned og sett og snakket mer uformelt med ulike aktører, kunne det vært med på å skape et mer helhetlig bilde av poliklinikken og prosjektgjennomføringen helt konkret.

### **3.8 Validitet og reliabilitet**

Validitet eller gyldighet går ut på om svarene som kommer frem gjennom forskningen, faktisk er svar på de spørsmålene som man ønsker å stille (Tjora, 2012). Tjora (2012) forklarer derfor at dybdeintervjuer kan være med på å svekke gyldigheten til forskningen, fordi det kommer frem veldig forskjellige meninger rundt praksisen. I min forskning ble det stilt spørsmål både rundt praksisen og de enkeltes oppfatninger av ulike deler av prosessen. Siden det ble stilt ganske åpne spørsmål, merket jeg fort at noen av informantene fokuserte veldig på selve innføringen. Andre fokuserte mer på hvordan det hadde påvirket situasjonen i ettertid, og noe av dette gjorde sammenligning av data fra de ulike informantene vanskeligere, noe som kan ha vært med på å svekke noe av gyldigheten til forskningen. Samtidig har jeg lært mye gjennom prosessen om LEAN, og også gjennom intervjuprosessen. Så jeg gjorde noen tilpasninger fra det første intervjuet, ved å stille enda klarere oppfølgingsspørsmål. Dette var med på å få en bedre flyt i samtalen. Jeg mener også det at jeg fikk inkludert alle de ulike arbeidsgruppene og stillingene på klinikken er med på å styrke gyldigheten til prosjektet, fordi dette er med på å skape et så bredt bilde som mulig innenfor denne konkrete casen med denne metoden. Det var også mange forskjellige synspunkter og tanker blant de seks som ble intervjuet, og dermed mener jeg det skapte et godt bilde på hvordan helheten av de ansatte i klinikken hadde opplevd innføringen av LEAN.

Et annet viktig punkt i forhold til gyldigheten til forskningen i dette tilfellet, er det faktum at det kun ble gjennomført intervjuer med seks av ni opprinnelige informanter. Disse ni ble sett på som et godt utvalg, dermed må det stilles spørsmål rundt hva frafallet av tre kan ha hatt å si for svarene. Først og fremst ble alle yrkesgrupper representert blant de seks, noe som ble sett

på som avgjørende for å få et bredt bilde av prosjektet. Når dette er sagt er det klart at det kan ha hatt en påvirkning på utfallet. Ved at blant annet lederen for poliklinikken som ble sett på som et bindeledd i mye av prosjektet ikke kunne stille, kan jeg ha gått glipp av nyttig informasjon om prosessene og konsekvensene av prosjektet. Dette gjelder også for de to andre informantene, og blir sett på som en svakhet ved oppgaven.

I hvor stor grad forskeren har et forhold til eller en innblanding i det det forskes på, kan spille en rolle for prosjektet. Idealet blir gjerne sett på som at forskerne er helt nøytrale i forhold til temaet, men at dette aldri helt vil eksistere i praksis. Tjora (2012) peker på at det også kan være positivt at forskeren har kunnskap om det som skal undersøkes, men at forskerens posisjon må klargjøres før en analyse (Tjora, 2012). Jeg gikk inn i dette prosjektet med å ha skrevet en bacheloroppgave om LEAN i en kommune, og noen mindre oppgaver med LEAN som tema. Dermed gikk jeg inn i arbeidet med en del kunnskap om LEAN på forhånd, men ikke noe særlig om LEAN i sykehus. Jeg mener dette var en fordel for meg med tanke på at jeg kjente godt til metodikken, og kunne forstå «sjargongen» som ble brukt. Det kan stilles spørsmål rundt om dette gjorde at jeg stilte med forutinntatte holdninger til LEAN, men jeg vil påstå at jeg stilte meg veldig nøytral i forskningsprosessen. Jeg hadde ingen tilknytning til sykehuset eller noen av de ansatte som ble intervjuet i prosjektet.

I en forskningsprosess skal det vurderes og etterstrebes at resultatene som kommer frem fra studien skal kunne etterprøves, det er dette som kalles for reliabilitet. Altså hvis noen hadde gjennomført studien på nytt, ville de da ha fått det samme resultatet? (Tjora, 2012). Det trenger ikke nødvendig å være fullstendig identisk i kvalitative design, men det er viktig at man er klar over faktorene som peker i retning av dette. Det viktigste for å kunne gjøre dette i en kvalitativ undersøkelse er å dokumentere de ulike leddene i forskningsprosessen. I denne studien kommer dette frem ved å legge ved intervjuguiden, samtidig som at alle de ansatte fikk muligheten for en sitatsjekk for å justere eventuelle misoppfatninger i intervjuet. Det ble også under intervjuprosessen forsøkt å stille oppklarende spørsmål hvis noe var uklart, for at det ikke skulle være uklarheter rundt standpunkt i analysearbeidet. I transkriberingen av intervjuene fra opptakeren ble det også hørt gjennom nøye, for å være sikker på at sitater og alt som ble sagt ble beskrevet ordrett slik som de formidlet.

Når det kommer til utvalget, kan det diskuteres om også andre ansatte på klinikken som ikke var en del av prosessen burde vært intervjuet. På bakgrunn av at de ansatte i prosjektet var plukket ut på bakgrunn av ulike syn på endring, og at det var disse som hadde vært med og i størst grad var påvirket av prosjektet, ble ikke det sett på som nødvendig. Jeg mener at hvis



noen andre skulle gjennomført en lignende studie, ville de også tatt utgangspunkt i den gruppen ansatte som var en del av prosjektet fra starten for å besvare problemstillingen på en best mulig måte. En vurdering som kunne vært gjort, var om det skulle vært gjort forsøk på å få inn andre informanter fra poliklinikken da tre falt av, men på grunn av korona-situasjonen ble dette ikke sett på som veldig aktuelt.

## **4.0 LEAN i ortopedisk poliklinikk på Sykehuset Telemark**

Sykehuset Telemark er et områdesykehus for Telemark fylke. Sykehuset dekker et befolkningsgrunnlag på rundt 170 000 innbyggere. I 2017 hadde sykehuset om lag 3000 årsverk. Hovedadministrasjonen ligger i Skien. Sykehuset er et allsidig akuttisykehus og tilbyr diagnostikk og behandling innenfor de fleste spesialistområder.

Sykehuset Telemark har drift i Skien, Porsgrunn, Notodden, Rjukan, Kragerø og Nordagutu, og eies av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst.

Sykehuset Telemark HF gikk gjennom store og omfattende endringer, på bakgrunn av at krav til ytelse og kvalitet øker mer enn tilgangen på ressurser og midler. For å skape handlingsrom til fremtidig utvikling og investering var det behov for å sikre en mer bærekraftig sykehusdrift. Det har pågått omstillingsarbeid med økonomiske kutt i flere år, og dette har ført til frustrasjon og endringsslitasje blant ansatte (Sykehuset Telemark, 2020).

### **4.1 LEAN på ortopedisk poliklinikk**

Ortopedisk poliklinikk behandler pasienter med sykdommer og skader i ben, ledd, muskler og sener samt svulster og medfødte deformiteter i muskel/skjelettsystemet. Ved poliklinikken gjennomføres undersøkelse og vurdering av pasienter henvist fra andre spesialister og fra NAV.

Ortopedisk poliklinikk var ett av områdene på sykehuset hvor ventelistene var lange, løftebruddene mange og inntektene lave, til tross for høy etterspørsel. Poliklinikken hadde tidligere jobbet med endringsarbeid, uten at det hadde kommet frem konkrete resultater av jobben som var gjort.

Bakgrunnen for LEAN-prosjektet bygget på de samme utfordringene med lange ventelister. Det var også registrert et økende antall løftebrudd. Løftebrudd vil si pasienter som ikke kommer inn til satt dato. I starten av 2019 hadde nesten 500 pasienter ikke fått time innen den tentative datoen de var forespeilet. Noen av pasientene skulle hatt time for opp mot 1,5 år siden. For de ansatte gjorde de lange ventelistene og det økende antallet løftebrudd hverdagen stressende, både fordi det kunne gå utover pasientsikkerheten og fordi de ikke klarte å snu trenden.

Prosjektet ble iverksatt med konsulentbistand fra konsulentfirmaet Ernest og Young (EY). I prosjektgruppen var alle nivåer som er involvert i poliklinikkens daglige drift inkludert. Dette innebar sekretærer, sykepleiere, leger i spesialisering, overleger, fysioterapeuter, seksjonsledere og avdelingsledere, og totalt utgjorde det et team på 15 ansatte. Det var da også representanter fra fem av lokasjonene hvor sykehuset har aktivitet, som bidro til en erfaringsutveksling som tidligere hadde vært begrenset. Teamet jobbet sammen i arbeidsmøter og i mindre grupper med problemløsning. I tillegg ble ergoterapeuter, turnusleger, røntgenavdelingen, analyseavdelingen, DIPS-forvaltere og kontrollere også inkludert, for å verifisere hypoteser og sikre at foreslåtte tiltak var gjennomførbare (Sykehuset Telemark, 2020)

I kartleggingen av den situasjonen de var i, ble blant annet følgende utfordringer identifisert. Det å klare og gjøre noe med disse punktene ble satt som mål for prosjektet.

- Tilgjengelig behandlerkapasitet ble ikke benyttet på en optimal måte.  
800 pasientbehandlinger årlig kunne vært utført av turnusleger, men ble utført av leger med mer erfaring.  
Det ble brukt mye tid på å korrigere og supplere informasjon i pasientjournalen.  
40 % av arbeidsdagen til sekretærene gikk med til unødvendige oppgaver
- Det ble håndtert svært mange telefonhenvendelser.  
Over 30 telefonsamtaler fra pasienter daglig, hvor flesteparten var med spørsmål om videre behandlingsforløp.
- Det var uønsket variasjon i pasienttilbudet.  
Samme diagnose kunne bli fulgt opp med 45 minutter hos fysioterapeut eller 10 minutter hos overlege
- Det ble utført store mengder dobbeltarbeid i planlegging av bemanning og pasientavtaler.  
400 timer i året brukt på å sjekke ulike bemanningsplaner mot hverandre.

(Sykehuset Telemark, 2020)

## 4.2 Arbeidsmetode

Den konkrete arbeidsmetoden for LEAN-prosjektet er godt dokumentert og det blir lagt vekt på samarbeid i arbeidet. Prosjektteamet har fra starten fokusert på å jobbe sammen, på tvers av yrkesgrupper og lokasjoner, gjennom felles arbeidsmøter og gruppearbeid. Dette ble gjort gjennom prosessen som forklares punktvis her:

### 1. Kartlegge nåsituasjonen

- Innledende analyser, observasjoner og samtaler ble gjennomført ved prosjektoppstart.
- Heldags arbeidsmøte med prosjektteamet for å kartlegge dagens pasientforløp på de ulike lokasjonene.
  - Post-its ble benyttet for å kartlegge pasientens reise gjennom poliklinikken på de ulike lokasjonene, samt alle aktivitetene pasientforløpet innebærer for de ansatte.
  - Alle utfordringene knyttet til aktivitetene i pasientforløpet ble kartlagt ved hjelp av post-its.
  - Pasientforløpet på de ulike lokasjonene ble sammenlignet for å sørge for læring på tvers.

### 2. Prioritere hypoteser

- Utfordringene som ble identifisert i arbeidsmøtet og innledende analyser, ble kategorisert og deretter prioritert basert på hvor stor påvirkning de ville ha på prosjektets målsetninger.
- Det ble også gjort kvantitative og kvalitative analyser for å verifisere hypotesenes omfang.

### 3. Arbeid i A3-grupper

- For hver av de prioriterte problemstillingene ble det etablert en mindre A3-gruppe, bestående av prosjektmedlemmer som var relevante for problemstillingen, som jobbet sammen om å:

- Konkretisere nåsituasjonen, gjøre spesifikke analyser og finne rotårsaker til problemstillingen gjennom strukturert problemløsning i problemtrær, basert på «5 x Hvorfor?»-spørsmålet.
- Beskrive ønsket fremtidig situasjon og utarbeide tiltak for å dekke gapet mellom fremtidig situasjon, og nå-situasjonen og de identifiserte rotårsakene.

#### 4. Teste, evaluere, justere og implementere tiltak

Etter en felles gjennomgang av alle tiltak ble det prioritert hvilke tiltak som skulle testes først, samt hvem som skulle være ansvarlige for tiltaket og hvordan det skulle følges opp, som grunnlag for gevinstrealisering og kontinuerlig forbedring.

Gjennom fokus på pasientflyten og arbeid i A3-grupper ble det identifisert blant annet følgende rotårsaker til hypotesene:

- Planleggingen var basert på historisk og til dels tilfeldig oppgavefordeling, noe som førte til ubenyttet kapasitet og variasjon i behandlingstilbudet.
- Det var ikke helhetlig oversikt over pasientstrømmens behov og vår tilgjengelige kapasitet, og det var kun sekretærene som visste detaljene rundt hvilke pasienter som skulle inn til behandling på hvilket tidspunkt, og hvor lenge de hadde ventet på behandling.
- Manglende kunnskap om dokumentering i journalsystemet gav variasjon i datakvaliteten og førte til at sekretærene ofte dobbeltsjekkete legenes arbeid, rettet opp feil og supplerte ved mangler.
- Sykepleierne hadde ikke tilgang til legenes oppdaterte bemanningsplaner eller pasientavtaler, og poliklinikk-kapasiteten var derfor ikke samkjørt.
- Det ble sendt ut mye og uklar informasjon til pasientene i forkant av poliklinikk-timen, og dette skapte forvirring og mange telefonhenvendelser.

### 4.3 Fremtidig situasjon og tiltak

Det grundige arbeidet med kartlegging av nå-situasjonen og analyse av rotårsakene la grunnlaget for en enighet om ønsket fremtidig situasjon for det helhetlige pasientforløpet. Som en del av arbeidet med A3-verktøyet ble rotårsakene sett opp mot fremtidig situasjon i utarbeidelsen av en tiltaksliste. Over 50 tiltak ble utarbeidet, testet, evaluert og justert, før en andel av disse ble prioritert og implementert. Hvert prioriterte tiltak hadde plan for implementering med frist og ansvarlig person, noe som var sentralt for å få implementeringen gjennomført på en god måte parallelt med daglig drift. Noen av initiativene som ble testet, evaluert, justert og implementert er:

*Morgenmøter* – Alle som er på vakt i poliklinikken møtes for en kort gjennomgang av programmet hver morgen. Sykepleierne er ansvarlige, og sørger for at hele teamet er koordinert om hvordan man best kan støtte hverandre.

*Ventelistemøter* – Sekretærer, ansvarlig overlege og leder for sykepleierne har ukentlige gjennomganger av hvilke pasienter og diagnoser som er på ventelisten og hvilken kapasitet man har til å behandle dem. Gjennomgangen baserer seg på et dashboard som er utviklet i samarbeid med analyseavdelingen, og hjelper til med å sørge for at alle pasienter får den behandlingen de skal ha til riktig tid.

*Felles bemanningsplan* – Alle yrkesgrupper i poliklinikken benytter sykehusets felles system for planlegging av bemanning, for å sikre at poliklinikken er samkjørt og eliminere tid brukt på dobbeltarbeid.

*Standard for oppgavefordeling* – Det er utarbeidet en standard med oversikt over hvilke yrkesgrupper som kan/bør gjennomføre hvilke typer behandling og hvor lang tid som bør settes av til hver behandling, for å sikre likt tilbud til alle pasienter og riktig utnyttelse av tilgjengelig kapasitet.

*Kurs i journalsystemet* – Alle i legegruppen, samt sekretærene, har gjennomført kurs i journalsystemet med fokus på dialog om hva som er verdien av å fylle ut de ulike delene av journalen til pasienten. Dette for å øke forståelsen for hvordan og hvorfor ulik informasjon skal registreres, noe som har redusert andelen ikke-verdiskapende aktivitet for sekretærer.

(Sykehuset Telemark, 2020)

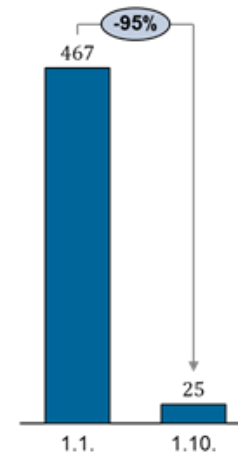
### *Redusert antall løftebrudd*

Gjennom tiltakene og prosjektet har ortopedisk poliklinikk klart å redusere antall løftebrudd som ble sett på som den største målbare utfordringen med 95% fra 1.

Januar til 1. Oktober 2019, og de har klart å opprettholde dette helt frem til i dag. Dette er de kvantitative konsekvensene.

Senere i oppgaven vil det trekkes frem hvilke kvalitative konsekvenser som har kommet frem på bakgrunn av intervjuene.

### *95% reduksjon i antall løftebrudd*



Figur 5: Reduksjon i antall løftebrudd (Sykehuset Telemark, 2020)

### *Årets LEAN-prosjekt 2019*

Ortopedisk poliklinikk har også fått utmerkelse for sitt arbeid. De vant prisen som årets LEAN-prosjekt, som deles ut av LEAN forum Norge høsten 2019, i kamp med andre ulike bedrifter og organisasjoner.

### *Operasjon 2020*

Samtidig som denne oppgaven skrives jobbes det med et større LEAN-prosjekt på Sykehuset Telemark kalt Operasjon 2020, som skal ta for seg en mye større del av sykehuset. Dette blant annet på bakgrunn av resultatene som er oppnådd i ortopedisk poliklinikk.

## 5.0 Analyse

I denne delen vil data fra intervjuene med de seks informantene bli presentert. Sitatene i teksten blir merket med stillingen de ulike informantene innehar for å kunne se forskjeller på svarene innad blant de ulike yrkesgruppene.

### 5.1 Kjennskap til LEAN

Det kommer frem at utenom ledelsen var det liten kjennskap til LEAN som konsept før prosjektet ble introdusert og iverksatt i poliklinikken.

De andre som hadde hørt om LEAN, kjente kun til det gjennom at de hadde hørt om andre prosjekter, eller at noen av deres ledere hadde jobbet med LEAN tidligere i ulike sammenhenger. Helsesekretæren forklarer:

*Det var nok tilbake i 2014 tenker jeg. Da hadde vi en leder hos oss som hadde jobbet med LEAN tidligere (Helsesekretær)*

Det kommer frem at avdelingslederen har god kjennskap og hadde jobbet mye med LEAN fra tidligere på bakgrunn av jobb i privat sektor.

*Jeg jobbet tidligere i Borealis, deretter i EVRY før jeg begynte på Sykehuset Telemark i 2011. Min erfaring med LEAN startet ca. 2005. (Avdelingsleder)*

Det som går igjen er at de ansatte kjente til å jobbe med forbedring og forbedringsprosjekter, men ikke LEAN som konsept ut ifra det informantene forklarer.

### 5.2 Oppstart og behov for endring

Det kommer fram gjennom intervjuene at det generelt sett var en positiv innstilling til å sette i gang med prosjektet. Noen forklarer at de visste veldig lite om det i starten, og dermed var litt mer skeptiske, men at de ble mer og mer positive etter hvert som de kom i gang med prosjektet. Det kommer også frem fra sykepleieren, at det var en viss skepsis etter hvert blant de som ikke var en del av prosjektet, hvordan tiden egentlig ble brukt.

*Utafra det jeg opplevde, følte jeg vel egentlig bare positivitet. Jeg syntes vel egentlig... Selvfølgelig så hørte man jo de som ikke var direkte inne i prosjektet, de som bare ble litt informert i periferien, de var vel litt mer sånn «Ja, hva skal de finne ut av nå da?» litt mer negative fordi det ikke var helt informert hva som foregikk. Også har jo sånne ting skjedd til*



*stadighet på sykehuset at man setter i gang diverse prosjekter som da til slutt ikke blir så veldig mye ut av. Ellers kan det ha vært litt sånn blandet tilbakemeldinger på om dette her kunne ha noe for seg da. Og noen har vel selvfølgelig syntes at små ting som «Åja, så de trengte et helt konsern til å finne ut det ja» sånne småting. (Sykepleier)*

Det som blir pekt på som grunnen til at det generelt var en positivitet blant de ansatte til prosjektet av lederne, var at det ble sett på som en løsning på det store problemet med at så mange pasienter ikke ble behandlet til den tentative datoen som var forespeilet. Lederen for kontortjenesten mente at situasjonen hadde blitt så stressende, at noen vurderte om de skulle finne seg en annen jobb.

*..vi hadde ansatte som også begynte å bli litt trøtte og lei. Og noen var litt på kanten til å tenke at «jeg har ikke lyst til å jobbe her mer». Og jeg tror nok det jeg opplevde, med det engasjementet og interessen for å snu det. (Leder kontortjeneste)*

Det at prosjektet var forankret konkret i dette problemet som var på avdelingen, pekte også avdelingslederen på som en viktig faktor for å få med alle på prosjektet. Og at dermed var timingen prosjektet ble iverksatt på god.

*Vi forankret godt hvorfor vi skulle gjøre det, og det er jo på en måte enklere å få forankret noe når man har et konkret problem. På dette tidspunktet var vi i ferd med å få mange løftebrudd, og vi var i en prosess hvor jeg endret ansvarlig seksjonsleder for de ortopediske legene. Det var mye positivitet i denne gruppen, og timingen for prosjektet var god. (Avdelingsleder)*

Dette behovet for en endring og forbedring er noe som også går igjen blant de andre ansatte, hvor flere av de sier at de var positive til å sette i gang, fordi de ville ha en endring på den situasjonen som var.

### 5.3 Opplæring og implementering

I opplæringen kommer det frem, at de ansatte ble kurset gjennom noen heldagssamlinger hvor alle ansattgrupper var representert, og at disse ble styrt av konsulenter som var eksperter på LEAN-verktøyene.

Det forklares at det ble satt i gang med kartlegging av nåsituasjonen, hvor alle de ulike yrkesgruppene la frem hvordan de gjør ting slik som tidligere presentert, og da var det flere som påpekte at man fikk noen «aha» opplevelser, blant annet lederen for kontortjenesten

*Da fikk vi litt sånn aha - opplevelser underveis, fordi vi kanskje tenkte at vi visste for lite om hva vi gjorde hver enkelt yrkesgruppe. Så alt det som kom frem var litt sånn der «åja gjør dere det sånn». (Leder kontortjeneste)*

Videre ble det jobbet med problemløsning gjennom A3 verktøy, og i A3 grupper for å løse de utfordringene som ble skissert. Hovedmålet var å få ned antall løftebrudd, og det ble sett på hvordan dette kunne løses. Det forklares at her det ble gått veldig ned på detaljnivå i hver enkelt arbeidsgruppe. Noe som ble møtt med entusiasme, fordi man så veldig godt hvor de konkrete problemene lå. Blant annet legen forteller at dette var nyttig.

*Vi fikk jo problematisert hva som var problemene i hvert enkelt nivå, og et eksempel var hvis overlegene vurderte en henvisning fra en fastlege, så ble det ikke alltid sagt om den pasienten skulle ha røttingen eller ei. Dette er bare et eksempel.. men vi fikk på en måte gått veldig ned på detaljer i hvert enkelt nivå, hvordan ting blir vurdert. Og da fikk vi fanget opp det problemet. (Lege)*

Det at det ble gått i dybden her i iverksettingen, ble sett på som en av suksessfaktorene av de som ble intervjuet. Blant annet forklarte helsesekretæren at dette var en givende og morsom måte å jobbe på.

*Det var jo veldig spennende å gå så i dybden, og det tror jeg også var veldig nødvendig for å kartlegge alt vi jobber med. Det å få gå i dybden og se hva som er nødvendig av pasienter, om de må kontrolleres så ofte som de gjør og. Det har vært veldig nyttig for alle yrkesgrupper. Å ta et lite dypdykk i det vi jobber med hver dag. (Helsesekretær)*

Det blir fra de fleste pekt på at det var en god fremdrift i prosessen som gjorde at alle følte seg inkludert, og at det helt frem til tiltakene ble implementert og iverksatt, var kun positive tilbakemeldinger på hvordan prosjektet ble gjennomført. Blant annet lederen for kontortjenesten forklarer denne prosessen.

*Og det var jo litt gøy, for da var det litt sånn at vi satt sammen i grupper i forhold til hvem som var relevant opp mot problemstillingen da. Og til slutt så var det jo tiltaksutarbeidelse og test og implementering. Så det var jo en veldig sånn allright prosess som ikke gikk for fort frem, men heller ikke for sakte, så det ble en driv i det hele veien. (Leder kontortjeneste)*

Avdelingslederen forklarer at flere kjente til verktøyene som ble brukt i prosessen, men hun peker på at det som ga en så god effekt i dette prosjektet, var det å klare å samle alle yrkesgruppene til å jobbe med problemstillingene sammen

*Vi brukte mange av de samme verktøyene som mange hadde kjennskap til fra tidligere, feks rotårsaksanalyse og A3, nåsiituasjon og ønskesituasjon, PDCA og hele det der. Men det som kanskje var styrken i prosjektet var at det var en god ledelse i å samle alle faggruppene sammen. Det gav en god effekt. Konklusjonen er at det er gode verktøy som fungerer best når du samler alle i prosessen fra helsesekretær til sengeposter på sykehus. (Avdelingsleder)*

Alt i alt var alle veldig positive til denne oppstarts og gjennomføringen av prosessen. Flere peker på at det at man så forbedringer raskt, var med på å skape en økt positivitet i jobbingen med prosjektet.

## **5.4 Ledernes rolle**

Når det kom til spørsmål om ledernes rolle i et slikt prosjekt, så forholder de ulike intervjuobjektene seg til forskjellige ledere. Noen valgte å svare hvordan de mente deres leder agerte, mens andre svarte mer generelt om ledelse i forbedringsprosjekter. Lederne som ble intervjuet, var også veldig bevisst på sin rolle som leder i et slikt prosjekt.

Det som blir trukket frem av flere, er viktigheten i at lederne var med og var deltakende i prosessen, samtidig som at de var ydmyke for at det kunne gjøres forbedringer. Blant annet forklarer sykepleieren, at hun syntes det at lederne var så åpne og deltakende, var en viktig faktor i prosjektet.

*De var veldig positive, og jeg syntes jo at på flere av de møtene vi var samlet så var vi jo samlet både fysioterapeuter, sykepleiere, sekretærer, leger og ledelse. Og jeg syntes jo det at alle var veldig åpne, ikke dømmende, alle var veldig nysgjerrig på hverandres oppgaver i et ortopedisk pasientforløp da. Og vi ble jo også litt sånn overrasket over, «oisann er det du som gjør det» eller «er det her problemet kommer» «Kunne jeg bare gjøre sånn så ble det*

*borte det problemet». Det var liksom mange sånne overraskelser som vi bare har trodd og antatt på hver vår tue da, som ble mye mer tydelig og der syntes jeg lederen var veldig flink og veldig god da. Hun var veldig åpen og ydmyk. (Sykepleier)*

Legen forteller også om at han opplevde ledernes tilstedeværelse i prosjektet som positiv både under prosjektet og i oppfølgingen av det hele.

*Nå var jo lederen med oss.. hehe og jeg syntes hun tok det veldig positivt. Og jeg tror hun så nytteeffekten det hadde der og da, og i etterkant. Og det har blitt fulgt opp. (Lege)*

Helsesekretæren forklarte at hennes nærmeste leder i prosjektet også la veldig til rette i etterkant, for at prosjektet skulle følges opp, og at det har vært med på å opprettholde flyten i prosessen.

*Hun er den jeg forholder meg mest til i forhold til det prosjektet. Vi har skype-møte en gang hver 14. dag, hvor vi hele tiden informerer om status om hvordan det er på poliklinikken, og hvis vi ser at det kan være litt utfordrende fremover i tiden, så legger hun til rette for at vi skal løse det og ikke komme så bakpå som vi har vært med lange ventelister. (Helsesekretær)*

Videre trekkes det frem som viktig at de ansatte ikke har følt at dette er noe som har blitt påtvunget fra lederne. Her forklares det at prosessen har vært medarbeiderdrevet og fysioterapeuten peker på dette som et viktig grep fra ledelsen for å få med alle på laget om å gjennomføre prosessen.

*Ledelsen har gjort det så ingen føler at de har fått tredd ting nedover hodet da.. eller jeg føler hvert fall ikke det. Vi har alle blitt engasjert i prosessen, og det tror jeg er kjempeviktig. Alle har et sånn eierforhold til det som har skjedd. (Fysioterapeut)*

Samtidig kommer det frem, at det hele veien har vært signalisert fra ledelsen at dette skal prioriteres. Og at det har blitt lagt til rette fra ledelsen, for at de ansatte skulle kunne ta del i prosjektet og jobbe med det selv om det til tider har vært en utfordring, slik som sykepleieren forklarer.

*Det har jo også vært signalisert fra ledelsen at det skal prioriteres, så da blir det jo litt lettere å få det til. Men det er kanskje den største utfordringen da. (Sykepleier)*

Når det kommer til ledelsen så pekes det på mye av det samme som det som ble fokusert på som viktig fra de ulike yrkesgruppene i poliklinikken. Blant annet forklarer avdelingslederen

at det var helt bevisst å være svært deltakende i prosjektet, og at det skulle prioriteres av både ledere og de som ble plukket ut fra hver arbeidsgruppe.

*Jeg valgte som leder å være ganske deltakende i prosjektet, samtidig som jeg var tydelig på at de jeg hadde ansvar for i dette prosjektet skulle sette av tid, og være aktivt deltakende. Vi klarte å få til veldig riktig prosjektsammensetning for å få til endringene. (Avdelingsleder)*

Lederen for kontortjenesten forteller også at positivitet og deltakelse fra lederne, var viktig for å skape en signaleffekt blant de ansatte om at dette skulle satses på og gjøres skikkelig.

*Lederens rolle er jo kjempeviktig inn i et slikt prosjekt, for hvis ikke lederen er positiv til å være med så vil det påvirke de ansatte veldig. Så hvis de ser at lederen går inn i dette her med begge beina, så gjør også de ansatte det. Jeg tror noe av driva i prosjektet var at hun som var leder for legene var så delaktig som det hun var i prosessen. (Leder kontortjeneste)*

## **5.5 Konsulentene**

Det som trekkes frem av alle informantene, er at konsulentene som ble hentet inn for å lede oppstarten av prosjektet, ble sett på som helt sentrale. De styrte verktøyene under oppstarts dagene med alle de ulike yrkesgruppene.

Alle som ble intervjuet mente konsulentene var veldig profesjonelle, og det var ingen som hadde noe negativt å si, eller noen betenkeligheter med å få inn noen utenifra til å styre prosessen. Det som kommer frem er at deres kunnskap om metodikken spilte en viktig rolle for å få satt i gang effektivt. Blant annet som helsesekretæren forklarte.

*De var veldig profesjonelle og trygge på det de gjør. Det var hele den metodikken som ikke vi hadde kunnskap om, som er veldig viktig for at vi skal kunne fortsette den gode jobben som blir gjort. For det er noen verktøy der som vi ikke hadde kunnskap om. (Helsesekretær)*

Det forklares videre at konsulentene satte seg ned og gjennomførte intervjuer med alle de ansatte før man begynte med prosessen, flere peker på dette som veldig betryggende for å få en følelse av at de visste hva hver enkelt mente, før man gikk inn i grupper.

*Jeg syntes jo den måten med å intervju alle og informere litt om hva det innebar og så intervju alle rolle, før vi etter hvert satt oss sammen i et møte og begynte å tenke litt og begynte med A3. Det var på en måte en fin inngangsport. (Sykepleier)*

Flere går så langt som å si at konsulentenes rolle i prosjektet var helt avgjørende for at prosjektet skulle fungere, og at man ikke ville klart å gjennomføre det på en på langt nær like god måte uten deres kunnskap, blant annet som sykepleieren sier.

*De drar jo i gang og viser veien, og stopper oss når tankene går for langt. Så de er veldig, veldig dyktige og hadde det ikke vært for de, så hadde jo ikke denne prosessen gått så bra tror jeg. De har en veldig viktig rolle i et slikt prosjekt tror jeg. De holder tråene og styrer kursen. (Sykepleier)*

## **5.6 Medvirkning**

Blant de som er intervjuet og var en del av prosjektet er det gjennomgående en enighet om at alle fikk medvirke og være med på å bestemme hva som skulle forbedres og hvordan det skulle gjøres, og dette virket ganske naturlig for informantene siden det var de som kjente prosessene best.

Det som kommer frem er jo at de som er plukket ut til å delta i prosjektet er representanter for sin profesjon eller arbeidsgruppe, og at dermed mange av de andre ansatte ikke var en like stor del av prosjektet. Dette ble ikke sett på som noe problem, fordi de andre ble informert og så resultatene av prosjektet, samtidig som noen var deltakende i større eller mindre grad.

*Jeg føler alle var informert, men det var nok mest de som var med i prosjektet som visste mer om dette med detaljene. (Helsesekretær)*

Her forklarer også legen at legene ble inkludert gjennom morgenmøter, selv om de ikke var en del av hovedprosjektet og at dermed mange også fikk deltatt til en viss grad.

*Jeg vil si at jeg for min egen del fikk ta stor del. Og vi tok opp mange av ideene på morgenmøtene våre, og nå er det jo som lederen som hadde det endelige ansvaret. Men jeg syntes vi fikk inkludert en god gjeng. (Lege)*

Når det kommer til medvirkning i selve prosjektet forteller alle informantene, at det var de som valgte ut hva det skulle jobbes med i samarbeid med ledelsen. Dermed, at det var en svært medarbeiderstyrt prosess. Og det kommer frem at alle som ble intervjuet mente at det at de fikk styre hvilke problemer som skulle jobbes med var viktig for fremdriften i prosjektet. Blant annet sykepleieren forteller om dette

*Nå var vi jo på en måte alle i prosjektet plukket ut fra de forskjellige rollene på en måte, så hvis du tenker deg at vi i prosjektet var ansattrepresentanter da så vil jeg jo si at det var jo i grunn bare vi som valgte ut hva vi skulle jobbe med. (Sykepleier)*

Også avdelingslederen forteller om en ansatt-drevet prosess som var styrt av konsulentene i forhold til verktøy.

*Det vil jeg si de var i veldig stor grad med på fordi det EY-fasiliterte var jo verktøyene og prosjektprosessene. Men innholdet i hva som skulle stå på de gule lappene, og A3-ene og hvilke prosesser man endret, og hvilke flaskehalsar man endret og ville ta vekk, det var jo de ansatte med på å initiere og prioritere selv. Dette var jo en ansatt-drevet prosess i forhold til deltakelse, også var den ledet av EY som fasiliterte. (Avdelingsleder)*

Det kommer ikke frem noen negative innspill i forhold til medvirkning eller medbestemmelse blant informantene. Alle så på det som en medarbeider-drevet prosess, og følte de ble lyttet til og styrte prosessene.

## **5.7 Tjenesten til pasientene**

Det som blir presentert som de viktigste resultatene fra prosjektet, var som tidligere nevnt at antall løftebrudd, altså antall pasienter som ikke ble behandlet til den datoen som var satt, ble redusert til et minimum, fra å være veldig høyt. På spørsmål om hvilken påvirkning prosjektet har hatt for pasientene på poliklinikken, så tar flere av de ansatte utgangspunkt i dette. Det som blant annet blir pekt på, er en forutsigbarhet for pasientene når de kommer inn til den tiden som er forespeilet.

*Jo jeg tror det er veldig forutsigbart for dem. Det å slippe å gå å vente. Det er jo kanskje det som kan være mest utfordrende for en pasient, det å ikke vite. Jeg har en følelse av at de er veldig fornøyde. (Helsesekretær)*

Legen trekker også frem at tjenesten har blitt bedre for pasienten. Før hendte det at flere pasienter måtte komme innom flere ganger for å eksempelvis ta et bilde, som ikke hadde blitt tatt. Ved å identifisere disse problemene så slipper pasientene unna med færre og mer effektive turer på sykehuset.

*Definitivt, for da slipper de å komme innom en gang til, fordi vi eventuelt mangler den nødvendige bildediagnostikken. (Lege)*

I tillegg til dette så kommer det frem at de ulike profesjonene og yrkesgruppene på poliklinikken er mye mer samkjørt i forhold til pasienter. Dette er noe som går igjen blant alle som er intervjuet. At i stedet for å bli sendt fra lege den ene dagen til fysioterapeut den andre, så har de nå kommet frem til at eksempelvis pasienten bare trenger time hos fysioterapeuten. Det forklares fra flere, at dette har vært med på å gi pasientene bedre tid med fagpersonen, noe som kan oppfattes positivt.

*..at timene deres blir mer koordinert. For noen ganger før fikk de kanskje en time hos meg også skulle de dagen etterpå til legen, så det er mer samkjørt nå. Og selv om vi har en litt travlere hverdag nå, så har vi nok allikevel bedre tid til å forklare og prate med pasientene enn det legen har, så dermed føler nok pasienten at de får litt bedre tid. (Fysioterapeut)*

Her blir det også forklart, at det at hver enkelt pasient får nok tid sammen med en fagressurs er viktig for sikkerheten til pasientene.

*Så kanskje overlegene har nå ansvar for de pasientene som må til de, også kan andre pasientgrupper kanskje gå til andre fagressurser da. Så jeg syntes jo dette er et stort innspill på sikkerheten til pasientene. (Leder kontortjeneste)*

Når det kommer til det rent faglige og tjenesten til pasienten rent konkret, så forklares det jo blant annet fra avdelingslederen at dette ikke har endret seg. Tjenesten er den samme, men når det kommer til det administrative rundt, så er det flere som får raskere behandling. Så for å svare på spørsmålet, så mener lederen at dette må legges til grunn, og da har tjenesten til pasienten blitt mer effektiv.

*Når du først har kommet inn til ortopedien og får en poliklinisk time så vurderer jo ikke ortopedien det noe annerledes nå enn det den gjorde før. Men i forhold til det pasient-administrative er det klare forbedringer. Det er færre ombookinger, folk får raskere time og at vi klarer å behandle flere. Hvis man tenker på kvalitet på den måten så har det hatt en stor påvirkning. (Avdelingsleder)*

## **5.8 Tidsbruk**

Gjennom intervjuene kom det frem at de ansatte hadde litt ulik tidsbruk på prosjektet. Noen hadde kun vært med på samlingene i oppstarten, mens andre hadde jobbet med det over lengre tid. Det som gikk igjen blant alle var deltakelse på samlingene med de ulike LEAN-aktivitetene i innledningen det ble jobbet i A3 grupper og med ulik problemløsning. I



etterkant av innføringen er det i hovedsak morgenmøter og oppfølgingsmøter som har krevd tid.

Synet på den tiden som ble brukt på prosjektet var ganske likt blant alle de ansatte hvor de mente at den tiden som ble brukt var helt nødvendig for å oppnå resultater. Det ble spesielt pekt på, at gjennom å samle alle yrkesgruppene sammen på enkelte dager, så ble gjennomføringen veldig effektiv som blant annet helsesekretæren nevner:

*Det var helt nødvendig at det ble gjort en så grundig jobb. Jeg føler at alle de samlingene vi hadde var veldig effektive, men det var også helt nødvendig for å få det til. Vi har gått i dybden på alt som er hverdagen her. (Helsesekretær)*

Legen pekte på at han mente at tidsbruken ikke var noe problem, fordi man fikk gått ned på detaljnivå og fikk store gevinster av prosjektet. Men selv med store effekter peker fysioterapeuten på, at for å gjennomføre dette prosjektet og andre forbedringsprosjektet, må de ansatte tas ut av hverdagen med behandling. Med allerede lange ventelister er dette også et viktig aspekt. *Det tar jo mye tid, og det tar jo oss ut av en klinisk hverdag så det er jo et dilemma da så det må ikke ta for mye tid fra det vi gjør ellers heller. (Fysioterapeut)*

Selv om det ble pekt på at for noen ble det brukt mye tid på møtevirksomhet og detaljer også i forkant, så var det lite i forhold til den tiden man klarte å få igjen i hverdagen. Sykepleieren bruker et helt konkret detaljert eksempel, for å vise hvordan jobbing med detaljer betalte seg i hverdagen i ettertid.

*Vi var nede på detaljnivå der hvor man satt og telte hvor mange telefoner som kom feil til sekretæren. Og det igjen å finne ut at «Oi, hvorfor kommer det så mange telefoner feil?» jo fordi at noen setter over telefonen feil fordi det henger et sted et gammelt nummer også igjen ser man at dette tar kanskje halvannen time av min tid hver dag, fordi jeg får så mange feiltelefoner. (Sykepleier)*

Såne eksempler på konkrete punkter hvor de ansatte har hentet inn tid i hverdagen, kommer frem i flere av de ulike intervjuene. Fra de fleste av de som ble intervjuet, pekte de på at det var gjennom denne grundigheten og detaljene, at man hadde klart å spare inn tid i hverdagen og korte ned ventelistene. Avdelingslederen med mye LEAN-erfaring peker på at slik hun oppfatter det er tidsbruken helt nødvendig, fordi sannsynligheten for å lykkes er så stor. *Det kan være tidkrevende å gjøre en god LEAN-prosess, men du får et bra underlag og sjansen for å lykkes er stor. (Avdelingsleder)*

Det at man så forbedringer så fort man gikk inn i prosessen mener lederen for kontortjenesten var viktig for å forsvare tiden som ble brukt på prosjektet.

*Det var jo et veldig tidkrevende prosjekt, men jeg tror på en måte underveis, at vi følte at det gir oss noe da. Så det var ikke sånn at du måtte vente til slutt, for å se resultatene. Vi så de komme underveis, og da ble de bare mer motivert til å prioritere dette prosjektet.*  
(Leder kontortjeneste)

Det som gikk igjen i alle intervjuene når det kom til tidsbruk var, at det iallfall var viktig å sette av nok tid til prosjektet, slik at man fikk gjort ting skikkelig og gått ned på detaljnivå.

## 5.9 Kultur

Når det kom til spørsmål om prosjektet har vært med på å påvirke kulturen på poliklinikken, kommer det frem fra de fleste, at det har blitt en mye større forståelse for hverandre, og at poliklinikken har blitt til en enhet. Blant annet tar sykepleieren til orde for dette.

*Ja, det vil jeg si. Veldig mye mer positivt. Ortopedisk poliklinikk har blitt en mye mer sammensveiset poliklinikk. Det har blitt mye mer fokus på viktigheten av poliklinikken, og jobben de gjør. Og det har blitt trekt mer frem da. Så jeg tror folk føler at det er mer positivt ved at man ser hva man gjør, og det har blitt satt mer lys på viktigheten av oppgavene til hver enkelt.* (Sykepleier)

Dette bygges oppunder av fysioterapeuten som føler seg mer som en del av poliklinikken, etter prosjektet enn tidligere, og at hver enkelt gruppe av ansatte blir løftet frem.

*Jeg kan kanskje si at vi har blitt enda mer integrert i poliklinikken. At vi har blitt enda mer synlig, og at vi vet litt mer om hverandre og hvordan vi jobber. Så på den måten er samarbeidet lettere da.* (Fysioterapeut)

Den eneste som ikke mener prosjektet har hatt noen påvirkning på kulturen, og at den er slik som det har vært tidligere, er legen. Han har ikke merket noe stor forskjell som han svarer kort og enkelt.

*Nei jeg tror ikke det. Må bare være ærlig på det.* (Lege)

Dette fokuset på team-følelse og det at alle føler de blir sett på poliklinikken, trekkes også frem som store fremskritt av avdelingslederen, som mener prosessen har gitt mulighet til å løfte frem alle og dermed skapt en mer enhetlig kultur og forståelse for hverandre

*Det er klart at det å sette både sekretærer og ortopeder og sykepleiere og fysioterapeuter sammen har en positiv effekt. Det var jeg veldig mange som var med på arbeidsgrupper sammen. Det tror jeg har hatt en positiv effekt totalt sett. Alle har følt seg både sett og skjønt at hver og en er en viktig del av en prosess. (Avdelingsleder)*

Dette er også noe som bekreftes av lederen for kontortjenesten at de ansatte blir løftet frem og at det har skapt en større forståelse på tvers av poliklinikken.

*Jeg føler nå at hvertfall sånn som jeg har hørt fra mine sekretærer, at de føler at det er en mye bedre tverrfaglig teamfølelse. Litt mer forståelse av hva den enkelte gjør da. Og jeg så jo at sekretærgruppa også ble dratt litt frem i det her da hvor mye ansvar og hvor god oversikt de egentlig har. Det er jo helt fantastisk. De har nok sikkert blitt litt mer undervurdert enn det som kom frem her da. Så jeg føler at alle yrkesgrupper uansett hva du er så blir du godt respektert da. (Leder kontortjeneste)*

Det gjennomgående fra alle informantene, utenom legen, er at prosjektet har skapt en mer enhetlig kultur i poliklinikken, som er nyttig for arbeidet i hverdagen og for trivselen de ansatte opplever når de er på jobb. Flere knyttet dette opp mot når det ble jobbet i A3 grupper på tvers av yrkesgrupper.

## **5.10 Profesjoner**

På spørsmål om prosjektet har vært med på å påvirke utøvelsen av hver enkelt sin profesjon på noen måte, kommer det frem at de ansatte mener det ikke har påvirket deres utøvelse av profesjonen i noen særlig grad. Og hvert fall ikke negativt på noen måte. Blant annet så sier legen at det var en fin måte å jobbe på, fordi man fikk gått ned på detaljer uten at det påvirker utøvelsen som lege.

*Nei, jeg syntes den måten å jobbe på... eh det var jo ukjent for min del.. eller man kan jo alltid gå ned på detaljer men jeg syntes... Jeg syntes det var en fin måte å jobbe på. (Lege)*

Også fysioterapeuten peker på at selv om de har fått litt mer å gjøre, er det ikke noe press og dermed får de utøvd sin profesjon på en god måte.

*Nei, jeg gjør ikke det. Det er åpenhet i forhold til at hvis jeg trenger litt tid en dag så kan vi ordne noe eller utsette det en uke eller ja. (Fysioterapeut)*

Det legges vekt på at prosjektet går på det administrative og ikke går ut over faglige vurderinger, dermed har det ikke vært noen motstand fra noen av profesjonene på poliklinikken slik det oppfattes av informantene.

### **5.11 Konsekvenser og bidrag**

Når det kommer til hva de ansatte mener er de største konsekvensene og bidragene prosjektet har ført med seg pekes det på ulike ting. Men det er også noen hovedpunkter som går igjen hos de ansatte på tvers av profesjoner og yrkesgrupper.

For det første pekes det på det at pasienter nå kommer inn til den tiden som er satt, og at det nesten ikke lengre er noen løftebrudd, som noe alle peker på som en ekstremt god konsekvens av prosjektet. Blant annet viste helsesekretæren til en mye større bekymring i arbeidshverdagen tidligere, når pasientene måtte vente lenge med å få time.

*Ja, for meg personlig så var det nok veldig mye bekymring tidligere for alle de pasientene som vi ikke fikk kalt inn til den tiden som var bestemt av legen. Det er jo ingen farlige sykdomsgrupper her hos oss, allikevel er det jo noen som det er litt mer hast med å få kontrollert enn andre, så det var litt bekymring at det var så mange pasienter som egentlig skulle hatt time her hos oss, men som ikke fikk det. Og det å ikke ha helt oversikten over hva vi skal kalle inn. (Helsesekretær)*

Et annet punkt som pekes på er det at de forskjellige yrkesgruppene brukes der det er behov, slik at det blir mer flyt. Dette oppfattes som positivt både fra lege og fysioterapeut blant annet fordi man får mer flyt i hverdagen.

*Jeg tenker jo det er kjempepositivt at man får bedre flyt i behandlinga og at man bruker de forskjellige yrkesgruppene der hvor de har mest å bidra med. Jeg kan bare snakke ut fra oss fysioterapeuter. Vi har fått litt andre pasientgrupper. Sånn at vi i større grad kan ta av fra ventelistene til legene. (Fysioterapeut)*

Det eneste drawbacket fysioterapeuten trekker frem er, at de har fått litt mindre tid med hver enkelt pasient i forhold til det de hadde før og fått en litt travlere hverdag. Dette på bakgrunn av at de har fått flere pasienter som tidligere har vært på konsultasjon hos legene.

*Du kan jo si det at vi har fått en enda travlere hverdag da, så det er jo kanskje ikke bare positivt. Ved at vi har litt kortere tid med hver pasient, så man får ikke tatt seg like godt av den enkelte føler jeg. Så det er kanskje det eneste «drawbacket» med det. (Fysioterapeut)*

Flyten og det at det har ført til kortere ventelister ser legen på som veldig positivt og ser ingen negative erfaringer i det hele tatt fra prosjektet.

*Flyt. Det er det ordet jeg ville ha brukt. Det har vært en positiv erfaring og har gitt oss resultater som er håndfaste, så ja ikke noe negativt å si om det i det hele tatt. (Lege)*

I tillegg til dette så har morgenmøtene som er iverksatt hvor de forskjellige yrkesgruppene møtes, for en gjennomgang av hvilke utfordringer de står ovenfor den dagen blitt sett på som en av de viktigste konsekvensene av prosjektet. Blant annet sykepleieren ser på dette som det mest positive som har kommet ut av det.

*Sånn hvertfall fra sykepleierståsted da, så er det det å møtes å snakke sammen om dagen på morgenen. (Sykepleier)*

Også helsesekretær og leder for helsesekretærene trekker frem disse morgenmøtene som en veldig god start på dagen, hvor de ulike yrkesgruppene får snakket sammen. Dette har ført til en bedre samhandling og mer flyt i arbeidsdagen.

Helsesekretæren kommer med en helt konkret konsekvens av prosjektet, som går på at de får mye færre telefoner på bakgrunn av at pasienter ikke må vente på å få en time. Dette har halvert antall telefoner inn til poliklinikken og lettet på arbeidstrykket for helsesekretærene.

*Det er mye mindre telefoner fra pasienter som ringer og lurer på når de skal bli kalt inn. Jeg vil nok tro at vi har redusert antall telefoner inn, med hvertfall halvparten vil jeg tro, med tanke på de som lurer på når de skal få en time. (Helsesekretær)*

Det trekkes også frem at det er viktig at det har blitt fulgt opp, slik at man ikke har falt tilbake til de samme utfordringene som tidligere. Her trekkes det blant annet frem at ukentlige møter med sekretær, lege og leder om hva som er mest utfordrende, og hvordan det skal løses, har vært avgjørende for å opprettholde få løftebrudd.

*Men så er det jo satt i gang møter da, som skal holde det ved like og det er jo viktig. Ukentlige møter (Sykepleier)*

*Har vi behov for å sette inn ekstra tiltak. Det er hele tiden fokus på å ikke få løftebrudd ikke sant. Så det er noe som sekretærene verdsetter høyest i dette prosjektet da, at*

*dette har klart å bli opprettholdt. Så gjennom disse møtene da så kjører man en fortsettelse av den kontinuerlige forbedringen hele veien da. (Leder kontortjeneste)*

Til slutt trekkes også teamfølelsen frem, som har kommet gjennom at yrkesgruppene jobber mer sammen på tvers om utfordringene som kommer. Det kommer også fram, at poliklinikken fremstår som en enhet er med på å øke motivasjonen for de ansatte. Dette i tillegg til å se resultatene som er oppnådd, slik som blant annet lederen for kontortjenesten forklarer.

*Den største forskjellen vil jeg tenke at går på at du har mye mer motiverte folk til å gå på jobb. Ja det tror jeg egentlig, også den teamfølelsen tror jeg er mye mer forsterket. (Leder kontortjeneste)*

## **5.12 Eksterne faktorer**

På spørsmål om det kunne være noen andre faktorer som kan ha påvirket resultatet som er oppnådd fra LEAN-prosjektet, ble det fokusert på at dette var en investering og at det dermed ble større handlekraft økonomisk. Blant annet peker flere på at det ble hentet inn to ekstra overleger sommeren 2019 for å jobbe ned de høye ventelistene. Dette forklares med at det har spilt en rolle for å få listene ned, men ikke for å opprettholde gode resultater over tid.

*Men siden de var involvert og hjalp oss og skulle på en måte få oss på rett vei så var det på en måte tillatelsen på det da. Så da ble jo det et tiltak som var et engangstilfelle selv om det var i forbindelse med prosjektet. Samtidig så var det et engangstiltak, for de to overlegene er jo ikke der i det daglige. De var der bare i sommer. (Sykepleier)*

Avdelingslederen peker også på at det kan ha vært eksterne årsaker som kan ha spilt inn, men at det uansett er alle hendelsene til sammen som har vært med på å skape resultatene som er oppnådd.

*Om det er bare det forbedringsprosjektet som er årsaken til det, eller at det er flere sammenfallende hendelser samtidig er jeg ikke helt sikker på. (Avdelingsleder)*

Disse to legene som ble satt inn trekkes frem av flere av informantene som en god hjelp i prosessen, men at de tror det i hovedsak var forbedringsarbeidet som spilte en rolle i det lengre perspektivet, på grunn av at man har innarbeidet noen rutiner som kan holdes i lengden.

### 5.13 Kontinuerlig forbedring i sykehus

På spørsmål om hva de tenkte om det å bruke LEAN og kontinuerlig forbedring i sykehus generelt, var stort sett de fleste like positive til det, som de var til dette prosjektet. Blant annet forteller sykepleieren at hun mener sykehusene har mye å gå på når det gjelder koordinering.

*Sykehusene eller sikkert generelt helsetjenesten har veldig mye å gå på. Det er veldig mange steder hvor høyrehanda vet ikke hva venstrehanda gjør. Det gjenspeiler seg syntes jeg ganske over alt. (Sykepleier)*

Helsesekretæren tar i bruk enda sterkere ord og føler seg selv veldig heldig som har fått være med på et slik prosjekt.

*Det er egentlig helt nødvendig at hele helse-Norge kan få være med på det prosjektet som vi har vært med på. Jeg tror at det kommer til å effektivisere slik at alle de som trenger helsehjelp raskt også kanskje får det enda raskere. Så jeg føler vi har vært veldig heldig og jeg håper at resten av helse-Norge også kan være med på det. (Helsesekretær)*

Denne positive innstillingen går igjen og de fleste mener helsesektoren i stor grad kan ha nytte av slike prosjekter. Avdelingslederen er også enig i dette, men forklarer også at det ligger visse utfordringer i det å implementere LEAN på større avdelinger på sykehus, hvis ikke det er godt forankret på forhånd.

*Jeg fikk jo nå kjøre litt LEAN-prosjekter selv inn i medisinsk klinikk blant annet. Utfordringen med å bruke LEAN... Det er jo en metodikk som krever at folk går inn litt på lik linje og det er kanskje noe av styrken i dette prosjektet, at det er lite primadonnaer der generelt, så det var lite gnisninger i utgangspunktet. Men det er klart at når man setter alt fra sekretærer til overleger og vaskepersonell inn i samme rom, hvis vi velger den metodikken både når vi skal kartlegge dagens situasjon også videre så er det noen som kan bli litt overkjørt. Så det å klare å finne gode sammensetninger eller gode verktøy for å sørge for at det ikke skjer er til tider vanskelig. Og det kan være ganske tidkrevende. Og gruppene kan bli litt store fordi prosessene i sykehus griper en del inn i hverandre. Og når det blir for store grupper kan det bli vanskelig å få et bidrag da. (Avdelingsleder)*

På Sykehuset i Telemark er det satt i gang et prosjekt kalt Operasjon 2020, som er et lignende prosjekt, som det som ble kjørt på ortopedisk poliklinikk bare på en større del av sykehuset. Her knyttes det mer skepsis blant de ansatte til om dette vil få like gode effekter som det man

har fått på poliklinikken. Blant annet forklarer sykepleieren at hun tror det er en større motstand mot dette i andre deler av sykehuset.

*Og nå er jo EY i gang med et større prosjekt på sykehuset. Det er et kjempeprosjekt. Jeg er litt mer skeptisk der, fordi jeg vet at det er så veldig mange som er skeptikere, så jeg håper jo så veldig at de skal klare å dra dette her gjennom, men fordi det er veldig mange aktører som har vært gjennom en del sånne prøveprosjekter tidligere. Klok av erfaring er de skeptiske. (Sykepleier)*

*Og nå ser vi jo i forbindelse med det ort. Pol. Prosjektet og i operasjon 2020 som er en forlengelse av dette prosjektet da, at vi er veldig fokusert på forbedring til en hver tid. Det ligger i bakhodet hele tiden å tenke forbedring. (Leder kontortjeneste)*



## 6.0 Drøfting

I denne delen vil det ut ifra problemstillingen bli diskutert resultatene som kom frem fra analysen, opp mot relevant teori og tidligere forskning som tidligere er presentert.

### 6.1 LEAN som begrep og prosjekt

Slik som det presenteres i teorien, kan LEAN bli sett ut ifra ulike abstraksjonsnivåer, og at LEAN på et høyt abstraksjonsnivå vil si en forståelse av filosofien og kulturen som ligger til grunn for LEAN. Det som kommer frem i intervjuene her er at det er flere av de ansatte som sier at de ikke har noe spesielt forhold til begrepet, men når de skal beskrive prosjektet som er satt i gang, fokuserer de på ord som flyt og kontinuerlig forbedring. Det er de som er de grunnleggende begrepene i filosofien bak LEAN. Dette viser at selv om de ansatte i stor grad ser på det som et prosjekt slik det legges frem, kjenner de til begrepene som ligger til grunn for filosofien, noe som blir sett på som viktig for å lykkes med en langvarig endring og en kultur for kontinuerlig forbedring hos Modig & Ahlstrøm (2014). Noe som kan tyde på at filosofien bak har blitt innført litt som en konsekvens av verktøyene og ikke motsatt. Dette bygger opp under teorien om LEAN på sykehus, som sier at verktøyene iverksettes og så kommer kulturen som en konsekvens.

Dette kommer frem ved at når de ansatte skal fortelle om opplæringen og innføringen av LEAN-prosjektet, fokuseres det på at de i hovedsak så på det som en metode og noen verktøy som skulle løse de konkrete problemene man stod ovenfor på avdelingen. Dette kan ha vært en nyttig måte å tilnærme det seg på siden Antierens (2018) forklarte at der det var mest vellykkede innføringer av LEAN i sykehus, var hvor det ble implementert i små avdelinger med tilpassede verktøy til avdelingen. Dette er en måte som gjør forbedringsarbeidet enkelt å forstå. Men samtidig kan det også være en litt mer kortsiktig løsning ut ifra det Modig & Ahlstrøm (2014) forklarer om at man må forstå filosofien og skape en kultur for LEAN for å lykkes i lengden. Dermed kan det tenkes at ved å innføre LEAN på andre prosjekter, slik som operasjon 2020 på sykehuset i Telemark, vil det måtte forankres på nytt inn i sykehuset. Men det som kommer frem på ortopedisk poliklinikk er jo at de har fått en forståelse av å jobbe med kontinuerlig forbedring, og dermed vil kunne være godt rustet inn imot nye prosjekter på bakgrunn av dette.

Denne forståelsen kommer godt frem når de ansatte skal snakke om nødvendigheten av å jobbe med kontinuerlig forbedring i helsesektoren. Her peker flere på at de føler seg heldig som har fått jobbe på denne måten, og at alle flere deler av helsesektoren vil kunne dra nytte av denne måten å jobbe med effektivisering og kontinuerlig forbedring. Dette kan tas i sammenheng med verktøyene, men viser at det er en tankegang rundt å tenke effektivisering og kontinuerlig forbedring, som nevnt er mye av målet med LEAN.

Når det kommer til de konkrete metodene som ble brukt, kommer det frem at de ansatte mente verktøyene, og i stor grad A3 var en veldig god måte å jobbe på. Dette er noe som strider litt mot enkelte teorier om at LEAN-verktøy ikke egner seg i sykehussystemet. Det var ingen motforestillinger mot å jobbe sammen på tvers av yrkesgrupper, snarere tvert imot. Dette er i motsetning til forskningen til Spear (2005), som forklarer at det ofte oppstår konflikter, når ulike funksjonelle enheter må jobbe sammen og se seg selv som en del av en verdikjede.

Hvis vi setter dette opp mot implementeringsprosessen og politikkdesignet, kan denne måten særlig med A3 grupper bli sett på som riktige verktøy, fordi man fikk satt sammen de ulike yrkesgruppene i prosessen. Denne strukturen la grobunn for et samarbeid på tvers av yrkesgruppene og effektene av dette blir drøftet i kapittelet om kultur.

I denne iverksettingen trekkes konsulentene inn som en viktig brikke i prosjektet. Deres profesjonalitet og kunnskap om verktøyene blir pekt på som viktige faktorer for prosjektet. Det at de også gjennomførte intervjuer før iverksetting kan ha vært viktig for å bryte isen litt med de ansatte før iverksetting, noe som kan ha vært en mild og fin måte å gjøre det på. Det at de brukte deres kunnskap og de ansatte på poliklinikken brukte sin kunnskap ble til sammen sett på som avgjørende for å få til en god prosess. Det at konsulentene som skulle styre iverksettingen kom utenfra med ekspertise på metoden, ble sett på som en suksessfaktor blant de ansatte, noe som kan gi støtte til teorien om å få inn eksterne krefter med ekspertise som Rolfsen (2014) forklarer. Det var ingen negative tilbakemeldinger på konsulentenes rolle i prosjektet, noe som kan settes i sammenheng med den generelle positive holdningen til prosjektet.

## **6.2 Behov for endring**

Som forklart var prosjektet godt forankret i det faktum at poliklinikken hadde et veldig stort antall pasienter, som ikke kom inn til behandling til den tiden som var satt. Dette var et stort

problem, og påvirket de ansattes hverdag. Som det forklares i analysen hadde det gått så langt at noen ansatte vurderte å slutte på grunn av den stressende situasjonen, og at de fryktet for tryggheten til pasientene. Dette kan settes i sammenheng med teoriene til Jacobsen og Thorsvik (2013) om reaktive endringer. Det var skapt en krisesituasjon, og ved å forankre endringen i dette, kommer det frem fra de fleste informantene at endringen ble sett på som helt nødvendig. Fra ledelsen ble LEAN brukt som en løsning på dette problemet, noe som kan gi støtte til teorien rundt vellykkede endringsprosesser, hvor man får med seg de ansatte. Og både ledelse og de ansatte var enige om at med et økende antall løftebrudd, var timingen for en slik endring veldig god.

Det at man klarte å forankre forbedringsprosessene på en så god måte hos alle de ulike ansatte, er nok en av suksessfaktorene for den endringen som ble gjennomført. Dette la grunnlaget for hele arbeidet, og det at man visualiserte hva som skulle endres i form av antall løftebrudd ga et klart mål. Gjennom endring av dette så kom de mer overordnede endringene og resultatene innenfor kultur og medvirkning, som en naturlig del av prosessen. Som forklart i teorien ville det kunne vært mye vanskeligere å skulle innføre LEAN og å endre på rutiner uten et klart problem. Dermed var dette slik som lederne peker på i empirien, et veldig godt tidspunkt og en mulighet for å gjøre en endring.

Denne endringsprosessen har ført med seg en stor positivitet blant alle informantene. Dette kan være med på å ha gjort organisasjonen enda mer tilbøyelig til å gjennomføre endringer på grunn av positive resultater.

Det ble fokusert på at de ansatte var plukket ut til prosjektet fra de ulike yrkesgruppene basert på ulike syn på endringer. Slik det kommer frem i intervjuene her, var det kun positivitet å spore når det kom til å gjennomføre endringen. En grunn til dette kan som sagt være, at kun seks av ni informanter ble intervjuet. Når det er sagt kan det også tenkes at på grunn av at det var et så markant behov for endring med tanke på løftebrudd, ble selv de som ikke egentlig har vært positive til å gjennomføre endringsprosesser mer tilbøyelig til å gjøre det.

### **6.3 Ledernes rolle i prosjektet**

Når det kommer til ledernes rolle i prosjektet, så er dette noe som blir sett på som avgjørende i alle endringer slik som Jacobsen & Thorsvik (2013) forklarer. Det som gjennomgående blir

sett på som viktig for ledelsen er at de forankrer prosjektet godt og at de er entusiastiske til prosjektet.

Blant informantene er det både ansatte og ledere. Det er derfor interessant å sammenligne deres syn på ledelsen under prosjektet. Blant de ansatte kommer det frem at lederne var veldig positive til å gjennomføre prosjektet, noe som smittet over på de ansatte i starten. Det ble også sett på som veldig bra, at ledelsen var veldig deltakende i prosessene, og var med og jobbet sammen med de ansatte om forbedringene. Dette underbygger også ledelsesteoriene og forskningen på at en aktiv ledelse er viktig for å lykkes i en LEAN-prosess. Lederne forklarer også selv at dette var et helt bevisst valg fra deres side både for å skape forståelse, men også å gå foran med et godt eksempel. Dette underbygger viktigheten av ledernes rolle i implementeringen av LEAN-prosjekter. Hvis lederne ikke hadde gått foran med et godt eksempel og vist vei, er det mye mindre sannsynlighet for at resten av poliklinikken ville fulgt etter, noe som kunne spilt inn på effektene av prosjektet.

Flere av informantene roser ledernes rolle i prosjektet, noe som underbygger den generelle positiviteten som er skapt gjennom arbeidet med prosjektet.

Det at lederne ikke bare har vært dyktige endringsledere, men at prosjektet også har vært fulgt opp gjennom blant annet ventelistemøter og morgenmøter, blir lagt vekt på som viktig for prosjektet. Denne oppfølgingen er som nevnt i teorien ekstremt viktig for å opprettholde effektene av en LEAN-prosess. Hvis ikke lederen følger opp, vil arbeidet kunne dabbe av og man kan falle tilbake til de samme utfordringene som før. Ledernes rolle i oppfølgingen blir også sett på som veldig god blant de ansatte. Noen av de ansatte pekte på at lederne har vært veldig fleksible hvis det har oppstått utfordringer, og at det etter innføringen av LEAN ikke har vært noe press fra ledelsen om å holde antall løftebrudd nede, men heller en samarbeidsvilje til å kunne løse det.

#### **6.4 Påvirkning på pasientene**

Det kommer frem at det var en uro tidligere blant noen av de ansatte, for de mange løftebruddene og deres påvirkning på pasientene. Det ble blant annet pekt på at det å skulle vente på å få behandling, kan være en veldig utfordrende situasjon for en pasient. Som tidligere forskning viser, er disse ventelistene en av de største utfordringene på sykehus.

Ved å få ned antall løftebrudd og ventelistene må pasientene vente kortere på å få time, noe flere av de ansatte peker på som veldig positivt for pasientene. I tillegg til at tjenesten er mye mer forutsigbar, med tanke på at antall ombookinger av timer har gått ned.

Som nevnt har prosjektet fokusert på det administrative rundt pasientene, og ikke på den faglige tjenesten når de først har kommet seg inn til time.

Ved å samkjøre pasientene på tvers av yrkesgruppene, kommer det frem at pasienter får bedre tid med fagressursene, og at de får raskere behandling. De ulike yrkesgruppene fordeler pasientene på en mer hensiktsmessig måte i forhold til hvilke fagressurser pasienten behandles av, og om den trenger behandling fra mer en ressurs. Gjennom dette kom det frem at det har vært med på å styrke sikkerheten til pasientene, fordi de får raskere behandling fra hensiktsmessig fagressurs. Samhandlingen mellom yrkesgruppene har også avdekket dobbeltarbeid, som har blitt fjernet. Eksempelvis gjennom at en pasient slipper å komme innom to ganger for å ta et røntgenbilde. Dette frigjør tid for pasientene som er noe av målet med flyteeffektiviteten og LEAN, ved å unngå unødvendig sløsing slik som unødvendig ventetid.

Et annet punkt er at ved å få ned ventelistene og rydde opp i systemene, har telefonene til helsesekretærene blitt kraftig redusert. Dette frigjør kapasitet i deres arbeidshverdag, og gjør at de har enda bedre tid til å kommunisere med pasienter. Dette gir en viss støtte til den synergieffekten de ulike tiltakene som er iverksatt i prosjektet har hatt. Ved å få ned antall løftebrudd har det også ført til mindre press på poliklinikken og mindre pågang fra pasienter. Dette er en positiv effekt både for pasientene, men også for de som jobber på poliklinikken.

## **6.5 Medvirkning fra de ansatte**

Lean blir i stor grad sett på som en medarbeiderdrevet måte å drive forbedringsarbeid på. Dette passer godt med den norske arbeidslivsmodellen og arven fra samarbeidsforsøkene, hvor det at medarbeidere skal delta og være med på å bestemme, spiller en viktig rolle. Dette gjenspeiles i stor grad av informantene gjennom at prosjektet i veldig stor grad oppfattes som medarbeiderstyrt. Valget av prosesser som skulle forbedres, og gjennomføringen av dette ble styrt av medarbeiderne i ulike team. Dette kan ha vært en medvirkende årsak til at LEAN ble godt tatt imot her, ved at man allerede er vant med medvirkning fra ansatte i prosesser. Det

ble oppfattet som naturlig fra informantene, at de skulle være med på å styre prosessene siden det er de som jobber med det til daglig. Noe som viser at medvirkning ikke er noe nytt i deres hverdag. Det kan støttes av måten det norske arbeidslivet er bygget opp på.

Det at arbeidet er styrt fra de som møter pasientene til daglig, og at det ikke er direkte styrt kun av ledelsen bygger opp under «Bottom up» tankegangen, som flere steder i teorien presenteres som viktig for vellykkede LEAN-endringer blant medarbeiderne. Blant annet kan en slik måte være med på å anerkjenne bakkebyråkratenes påvirkning på en implementeringsprosess, noe Lipsky (2010) i teorien mener ikke må undervurderes.

Gjennom styringen fra de ansatte ble det gått ned på detaljnivå i hver prosess. Dette må man ha direkte kompetanse om de ulike prosessene for å gjøre, og dermed spilte de ansatte en viktig rolle for å oppnå resultater av dette. Det å få gå ned på detaljnivå ble sett på som veldig positivt blant de ulike ansatte, noe som kan ha hjulpet prosessen fremover.

Når det kom til tidsbruken på prosjektet, kommer det jo frem at de ulike ansatte og yrkesgruppene, hadde litt ulik tidsbruk på prosjektet. Det som gikk igjen blant alle, var at de mente den tiden som ble brukt, var helt nødvendig for å gjennomføre prosjektet.

Flere pekte på at de mente det å sitte sammen i grupper og å gjennomføre innføringen samlingsbasert, var med på å gjøre det effektivt siden alle gjorde det sammen. Denne måten å jobbe på er effektivt, men også ressurskrevende siden de ansatte må tas ut fra arbeidet i hverdagen. Dette kan være en utfordring på en allerede presset organisasjon, med lange ventelister, men ble ikke sett på som et problem blant informantene.

## **6.6 Profesjonenes rolle**

Blant informantene finnes det flere ulike profesjonsgrupper. Som forklart i teorien står disse profesjonene sterkt på bakgrunn av sin kompetanse, og sin mulighet for faglig autonomi. Det er blant profesjonene det i teori og tidligere forskning, har blitt sett på som en utfordring å skulle innføre LEAN på sykehus. Dette på bakgrunn av at det går ut over deres faglige autonomi og mulighet for å utøve skjønn.

Blant de ulike profesjonene som er intervjuet på ortopedisk poliklinikk, finnes det ingen tegn over hodet til noe motstand mot å skulle innføre LEAN, og drive med kontinuerlig forbedring. Det blir sett på som en nyttig måte å jobbe på, selv om blant annet legen forklarer at han ikke kjente til denne måten å jobbe på fra før. Ingen av informantene føler noen form for

innskrenket handlingsfrihet i sin profesjon, som i teorien kan være en stor utfordring. Så er spørsmålet hva som kan være grunnen til denne gjennomgående positiviteten blant profesjonene.

Noe av svaret på dette kan vi nok finne i måten LEAN har blitt innført på. Det forklares fra informantene, at det ble innført forbedringstiltak på de administrative prosessene på avdelingen rundt pasientflyt. Den tiden som brukes til å utøve tjenesten ovenfor pasienten brukes på samme måte som før, og dermed går ikke prosjektet ut over den faglige autonomien til profesjonene. Noen peker på at de har en litt travlere hverdag, men at det ikke går ut over tjenesten til pasientene. Dette kan være noe av nøkkelen til den positiviteten som kommer frem.

Noe av nøkkelen ligger nok også i at man så konkrete resultater raskt. Dermed har man fått profesjonsgrupper som er positive til LEAN og kontinuerlig forbedring, noe som kan gjøre eventuelle fremtidige prosjekter enklere å gjennomføre.

Videre kan dette trekkes inn mot teorien rundt bakkebyråkratene, hvor alle de ansatte spiller en viktig rolle for hvordan prosjektet blir implementert. De kan derfor underveis i prosessene bidra med sitt skjønn, som påvirker både underveis og i arbeidet videre. I et så medarbeiderdrevet prosjekt spiller bakkebyråkratene, som i dette tilfellet vil si alle de ansatte som var en del av prosjektet, en viktig rolle. Ved å skulle jobbe sammen i grupper og arbeide gjennom A3 metoden kreves det mye skjønn, og bakkebyråkratene med sin posisjon mellom ledelse og pasienter sitter på uvurderlig informasjon om hvilke prosesser og hvordan det burde forbedres. Informantene peker på at detaljnivået var en av suksessfaktorene som ble fokusert på, for å få ned løftebruddene, og denne kunnskapen på tvers av de ansatte pekes på som veldig viktig.

Dette er en indikasjon på teorien om bakkebyråkratene og deres rolle, hvor man mest sannsynlig ikke ville oppnådd like gode resultater, hvis noen av de ansatte fra de ulike yrkesgruppene ikke var interessert i å bidra inn i prosjektet, og dermed ikke delte av sin kunnskap. Dette kan være en utfordring hvis man skal implementere LEAN på denne måten et sted hvor det er mindre vilje blant profesjoner og bakkebyråkrater til å delta.

## 6.7 Kultur for kontinuerlig forbedring

I teorien argumenteres det for at en enhetlig struktur kan være med på å skape en enhetlig kultur. Et veldig interessant funn i oppgaven er at dette i stor grad stemmer godt over ens med de tilbakemeldingene som kommer. Alle ansatte mente at prosjektet hadde virket inn positivt på kulturen i poliklinikken, bortsett fra legen som mente ting var ganske likt som før.

Prosjektet fordret i stor grad samarbeid på tvers av yrkesgrupper og profesjoner, både i team med problemløsning og tiltaksutarbeidelse i oppstarten, men også gjennom oppfølgingsmøter etter implementering daglig og ukentlig. Gjennom dette tverrfaglige samarbeidet, blir det i stor grad forklart at det har blitt skapt en mye større forståelse for hverandre på klinikken. De ulike yrkesgruppene føler seg mer sett, og man ser hvorfor det oppstår problemer. Som blant annet en av informantene sier, føler den seg respektert og anerkjent på poliklinikken på grunn av en større forståelse for arbeidsoppgaver, og at flere har fått opp øynene for viktigheten av arbeidsoppgavene til alle yrkesgrupper på poliklinikken. En grunn til at legen ikke mente det hadde påvirket kulturen på noen måte kan være, at legenes posisjon stod sterkt før prosjektet, og at de ikke hadde behov for å løftes frem på samme måte som andre yrkesgrupper. Det kjennetegner sykehus generelt, at legenes posisjon står sterkt i kulturen.

Med denne strukturen med teamarbeid på tvers, kommer det frem at det har skapt en mer integrerende enhetlig kultur på poliklinikken, slik som det forklares i teorien. Dette har vært en klar konsekvens av prosjektet, og har skapt en enda sterkere kultur mellom ansatte og ledere fordi man har et felles tankesett, og forståelse for hverandres utfordringer. Flere av informantene trekker frem dette som det viktigste prosjektet har ført med seg sammen med redusert antall løftebrudd, noe som er forståelig da kulturen påvirker alle arbeidsprosesser og tjenester.

Det som også er interessant med dette funnet, er at selv om det var blandede tilbakemeldinger på hvor godt informantene kjente til LEAN sin filosofi, pekes det i teorien på at det er viktig å skape en enhetlig forståelse av kontinuerlig forbedring, og å forstå filosofien bak LEAN. Det kommer her frem at verktøyene har kunnet bidra med å skape en mer enhetlig kultur, på bakgrunn av at de ansatte ble tvunget til å kommunisere mer konkret på tvers av yrkesgrupper og profesjoner.

Disse erfaringene stemmer godt over ens med Bicheno & Holweg (2012) sine betraktninger om at vellykkede LEAN-prosjekter er med på å skape en mer enhetlig kultur innad i en organisasjon. Dermed er det også i strid med noe av kritikken som har kommet mot LEAN sin



påvirkning på kulturen blant annet fra Angelis (2011), som gikk på at LEAN kan være ødeleggende for kulturen fordi det fokuseres på forbedring hele tiden, og at det kan skape en mindre forståelse for hverandre hvis det oppstår uforutsette situasjoner. Gjennom intervjuene finnes det lite støtte for teoriene til Mulgan & Ahlbury (2003) om at forbedringsprosesser vil møte motstand i kulturen på sykehus, da det kun var positive tilbakemeldinger fra alle informantene. Det kom ikke frem at det oppstod noen uforutsette situasjoner under implementeringen, dermed kan det diskuteres om dette kunne sett annerledes ut.

I tillegg til den enhetlige kulturen kommer det frem at flere av informantene gjennomgående snakker om å tenke «Flyt» i hverdagen, og at dette er et fokusområde på avdelingen. Dette kan tyde på at det har blitt en kultur for kontinuerlig forbedring på avdelingen, selv om det ikke trekkes opp mot akkurat LEAN direkte. Dette kan tyde på at det er en forståelse for LEAN på et høyere abstraksjonsnivå, på en litt mer indirekte måte, ved at det har blitt en kultur for å tenke flyt og forbedring.

## **6.8 Bidrag**

Gjennom arbeidet med LEAN tyder flere av resultatene, som har kommet frem gjennom intervjuene på, at det har blitt et mer helhetlig syn på behandlingen av pasientene. Gjennom å koordinere arbeidet som gjøres på tvers av yrkesgruppene har de klart å holde løftebrudd på et minimum. I stedet for å fokusere på hvordan hver enkelt yrkesgruppe skal effektivisere mest mulig, har det blitt et fokus på hvordan hele poliklinikken kan jobbe sammen for å skape flyt i tjenesten til pasientene gjennom kommunikasjon på tvers. Dette er et bidrag som beviselig har skapt mer flyt for pasientene, og beskriver godt Brando de Souza (2009) sine mål med bruk av LEAN i sykehus, ved å flytte fokus fra aktivitetene til de helhetlige prosessene. Det var generelt også veldig like tilbakemeldinger fra de ulike ansatte og yrkesgrupper, noe som også kan være en konsekvens av en enhetlig prosess. Det virker som prosjektet og resultatene er oppfattet likt blant informantene, noe som kan være med å styrke funnene når flere bekrefter de samme tingene.

Det som blir pekt på fra informantene som det mest konkrete resultatet av prosjektet og det som flagges utad, er at man har redusert antall løftebrudd drastisk og klart å opprettholde dette. Det var dette hovedpunktet LEAN-prosjektet ble iverksatt for å løse. Det som er interessant, som kommer frem fra informantene, er at det i det prosjektet ble ansatt to leger midlertidig for å jobbe ned disse ventelistene. Dette kan ha vært en medvirkende årsak til det

drastisk reduserte antall løftebrudd på avdelingen og må ikke undervurderes. Det underbygger også forskningen, som forklarer at LEAN-prosjekter kommer med en ekstra økonomisk boost. Flere av informantene vil ikke avkrefte at dette er en medvirkende årsak, men siden dette var midlertidig vises det til, at det er rutinene som er innarbeidet som har klart å holde antall løftebrudd nede, som er det virkelig konkrete resultatet. Det viser at noen av de rutinene som er satt i gang; eksempelvis morgenmøter og ventelistemøter, som flere av informantene viser til, har vært med på å skape rutiner som klarer å holde ventelistene nede.

Det som går igjen gjennom analysen av prosjektet er at det nesten uten unntak er positivitet knyttet til prosjektet. Dette er i takt med Hoelsæter (2016) sin casestudie som også kunne vise til en stor grad av positivitet rundt LEAN. Det er nesten ingen negative eller kritiske tilbakemeldinger til noen av delene av prosjektet blant noen av de ulike yrkesgruppene eller profesjonene. Sammen med de kvantitative resultatene som er oppnådd, vil dette på bakgrunn av de dataene som er samlet inn, si at prosjektet har vært svært vellykket. Det har også ført med seg, at de ansatte har en mindre stressende hverdag med mindre press. Dette underbygger tidligere forskning om at LEAN-prosjekter som lykkes, i stor grad er på mindre enheter hvor man har tilpassede verktøy. Et viktig punkt i dette er å vurdere problemene som oppsto med datainnsamlingen med tanke på Korona-situasjonen. Ved å kun få intervjuet seks av ni opprinnelige informanter, og ikke fått dratt ned og sett prosjektet i praksis, kan ha påvirket resultatet av studien. Informantene til prosjektet var som nevnt plukket ut på bakgrunn av ulikt syn på forbedringsprosesser, og dermed kan det være at man har gått glipp av kritiske røster ved å ikke få intervjuet de tre resterende informantene som opprinnelig var planlagt. Men på bakgrunn av de dataene som er samlet inn, har prosjektet i all hovedsak ført med seg positive effekter på både kvantitative og kvalitative parametere for ortopedisk poliklinikk.

Ved en gjennomgående positivitet og like tilbakemeldinger blant de ulike yrkesgruppene er det vanskelig å skille de ulike profesjonene og ansattes meninger fra hverandre. Dette bygger oppunder at det er et enhetlig syn etter gjennomføring av prosjektet. Man skulle kanskje tro at det var mer ulike tilbakemeldinger fra ulike ansatte, på bakgrunn av ulike innganger til prosjektet. For å gå inn på problemstillingen, kan det tyde på at de ansatte har mange like erfaringer på tvers. Dette kan være med på å styrke funnene, siden flere har oppfattet prosjektet på samme måte.

## 7.0 Konklusjon

Målet med oppgaven har vært å belyse hva en implementering av LEAN fører med seg på sykehus, gjennom synspunkter fra ulike yrkesgrupper, for å skape et helhetlig bilde av en slik prosess. For å konkludere trekker jeg inn igjen studiens problemstilling:

*«Hva har implementeringen av LEAN i ortopedisk poliklinikk ført med seg, og hva er ulike ansattes erfaringer med denne prosessen?»*

Det er gjennomgående så godt som kun positive tilbakemeldinger fra de ulike ansatte på implementeringen av LEAN og hva den har ført med seg på poliklinikken. Dermed var det ingen stor forskjell på de ulike ansatte og yrkesgruppens erfaringer. De fleste informantene la vekt på, at måten det ble jobbet på passet godt inn i poliklinikken, og ting tyder på at det har blitt skapt en forståelse og en positivitet rundt det å jobbe med kontinuerlig forbedring i prosjektet.

Det at prosjektet var godt forankret i problemet med løftebrudd og det at ledelsen deltok aktivt inn i arbeidet med prosjektet, ble sett på som viktige faktorer for at prosjektet førte med seg positive både kvantitative og kvalitative resultater.

Gjennom prosjektet ble det lagt vekt på at de ansatte i stor grad følte at det var de som styrte prosessene, og det trekkes frem fra flere at det å jobbe sammen i grupper på tvers av yrkesgrupper og profesjoner har ført med seg mange effekter. Blant annet er det gjennomgående at det har blitt en større forståelse for hverandre og hverandres arbeidsoppgaver innad på poliklinikken, noe som har skapt et bedre arbeidsmiljø og har påvirket hele kulturen til å fremstå mer enhetlig. Dette er med på å påvirke alt arbeid på poliklinikken og kan trekkes frem som noe av det viktigste prosjektet har ført med seg. Det forklares ved at dette har skapt et bedre samarbeid innad på avdelingen, noe som spiller inn i tjenesten til pasientene, fordi de får den mest hensiktsmessige behandlingen så effektivt som mulig. Dette viser at det har blitt flyteffektivitet i poliklinikken, med tanke på at det jobbes mest mulig hensiktsmessig for at pasientene skal få behandling til rett tid. Denne kulturen og positiviteten rundt effektivisering og kontinuerlig forbedring som er skapt, kan være nyttig inn mot fremtidige utfordringer og endringer på sykehuset.

Gjennom prosjektet ble antall løftebrudd kraftig redusert, som var noe av hovedmålet med prosjektet og den utfordringen det var forankret i. For å redusere antall løftebrudd ble det som nevnt satt inn to leger i en periode for å jobbe ventelistene ned. Flere trekker frem dette som

en medvirkende årsak til de gode tallfestede resultatene fra prosjektet. Det har blitt utarbeidet en rekke rutiner for å holde antall løftebrudd nede og det er gjennomgående blant de ansatte at de mente det var prosjektet og arbeidet som holder ventelistene nede over tid, selv om de to legene som ble satt inn for å jobbe ned ventelistene også spilte en rolle for å få de ned på kort sikt.

De overveldende positive tilbakemeldingene viser at LEAN stort sett har ført med seg kun positive effekter for ortopedisk poliklinikk, og alle informantene mener måten dette prosjektet er gjennomført på har hatt gode effekter både innad på poliklinikken og for pasientene. Dette er til en viss grad motstridende mange av utfordringene som listes ved bruk av LEAN på sykehus, og er dermed et eksempel på at LEAN kan føre med seg mange positive effekter så lenge det implementeres på en god måte med en god forankring, både på kort og lang sikt.

## 8.0 Oppgavens begrensninger

Denne oppgaven er en case-studie. Hvis vi ser på gyldigheten så vil funnene begrense seg til dette caset. Siden utvalget ble begrenset, kan det diskuteres om utvalget var representativt for ulike ansattes syn på LEAN-prosjektet. Noe som kan ha spilt en rolle for funnene som kommer frem i oppgaven.

Siden studiet er gjennomført på en ortopedisk poliklinikk som kun har henvisninger elektivt, vil erfaringene fra dette prosjektet kunne være andre enn hvis man eksempelvis hadde studert en mer akutt avdeling på sykehuset, eller eventuelt en avdeling uten noen form for pasientkontakt.

## 9.0 Tips til videre forskning

I denne oppgaven kommer det stort sett frem en stor positivitet til LEAN og prosjektet. Det kunne derfor vært interessant å undersøke en case hvor man ikke har hatt like gode resultater av LEAN. For å se hva LEAN har ført med seg her, og om det er mer negative erfaringer blant de ansatte. Det kunne også vært interessant å se på implementering og resultater av LEAN på to ulike sykehus eller avdelinger, for å avdekke eventuelle forskjeller. Eksempelvis en seksjon eller avdeling med mer akutte problemstillinger, for å se om LEAN fører med seg andre erfaringer der. Det kan også være interessant å undersøke tidsperspektivet i forhold til effekter av LEAN på kort og lang sikt.

Som nevnt skal Sykehuset Telemark implementere LEAN i større skala på en større del av sykehuset gjennom «Operasjon 2020». Gjennom forskningen på LEAN i sykehus kommer det som nevnt frem at det er vanskeligere å implementere LEAN i større avdelinger og at det tidligere ikke har gitt like gode effekter. Det kan derfor være interessant å gjennomføre en lignende studie som denne på dette prosjektet, for å se om dette stemmer. Dette kan også være grunnlag for en mer kvantitativ studie av LEAN på sykehuset, hvor man undersøkte resultater på ulike avdelinger.

## Litteraturliste

Andersen, H., Røvik, K., & Ingebrigtsen, T. (2014). Lean thinking in hospitals: Is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. *BMJ Open*, 4(1), E003873.

Andersen, H., & Røvik, K. (2015). Lost in translation: A case-study of the travel of lean thinking in a hospital. *BMC Health Services Research*, 15(1), 401.

Angelis, J., Conti, R., Cooper, C., & Gill, C. (2011). Building a high-commitment lean culture. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 22(5), 569-586.

Antierens, A., Beeckman, D., Verhaeghe, S., Myny, D., & Van Hecke, A. (2018). How much of Toyota's philosophy is embedded in health care at the organisational level? A review. *Journal of Nursing Management*, 26(4), 348-357

Bhatia, N., & Drew, J. (2007). *Applying lean production to the public sector*. The McKinsey Quarterly, (3), 97-98.

Bicheno, J., & Holweg, M. (2009). *The Lean toolbox : The essential guide to Lean transformation* (4. utg.). Buckingham: Production and Inventory Control, Systems and Industrial Engineering (PICSIE) Books

Brandao de Souza, L. (2009). Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in Health Services*, 22(2), 121-139.

Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., Roness, P., & Røvik, K. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.

Dammand, J., Hørlyck, M., Jacobsen, T., Lueg, R., & Röck, R. (2014). Lean management in hospitals: Evidence from Denmark. *Administratie Si Management Public*, (23), 19-35

Erichsen, M., Solberg, F., & Stiklestad, T. (2015). *Ledelse i små og mellomstore virksomheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Fimreite, A. (2013). *Endring og ledelse i offentlig sektor*. *Stat & Styling*, 23(2), 5-6.

Grimen, H., & Molander, A. (2008). *Profesjon og skjønn* (pp. S. 179-196). Oslo.

Halvorsen, K., Stjernø, S., & Øverbye, E. (2016). *Innføring i helse- og sosialpolitikk* (6. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.

Hasle, P., Nielsen, A., & Edwards, K. (2016). Application of Lean Manufacturing in Hospitals—the Need to Consider Maturity, Complexity, and the Value Concept. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*, 26(4), 430-442.

Hill, M. (2013). *The public policy process* (6th ed.). London: Routledge.

Hoelsæter, E. (2016). *Lean ved Oslo universitetssykehus—En casestudie av ansattes erfaringer*. Ås: Norges miljø- og biovitenskaplige universitet

Jacobsen, D., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Johnstad, T. (2012). *Lean på norsk: Med erfaringer fra Raufoss-industrien* (Varde-serien). Vallset: Oplandske bokforl.

Kvale, Brinkmann, Anderssen, Rygge, Brinkmann, Svend, Anderssen, Tone Margaret, & Rygge, Johan. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lean forum Norge (2020) *Lean historien*. Hentet 13.01.20 fra <http://www.leanforumnorge.no/forskning/lean-operations/leanhistorien>

Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy : Dilemmas of the individual in public services* (Updated ed., Publications of Russell Sage Foundation). New York: Russell Sage Foundation.

Mazzocato, Pamela, Holden, Richard J., Brommels, Mats, Aronsson, Hakan, Backman, Ulrika, Elg, Mattias, & Thor, Johan. (2012). How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital, Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research*, 12, 28.

Modig, N., & Åhlström, P. (2014). *Dette er Lean: Løsningen på effektivitetsparadokset*. (1. utg.). Stockholm: Rheologica Publ.

Mulgan, Geoff & David Albury (2003). *Innovation in the public sector*. Hentet 16.03.20 fra: [http://www.sba.oakland.edu/faculty/mathieson/mis524/resources/readings/innovation/innovation\\_in\\_the\\_public\\_sector.pdf](http://www.sba.oakland.edu/faculty/mathieson/mis524/resources/readings/innovation/innovation_in_the_public_sector.pdf)

Rolfsen, M. (2014). *Lean blir norsk : Lean i den norske samarbeidsmodellen*. Bergen: Fagbokforl.

Sjöberg, M. (2018). *Lean i sykehus Hvordan implementeres Lean i Sykehus? En studie med utgangspunkt i det instrumentelle perspektivet, det kulturelle perspektivet og mytaperspektivet* Oslo: Universitetet i Oslo

Spear, S. (2005). Fixing health care from the inside, today. *Harvard Business Review*, 83(9),78-158.

Statistisk sentralbyrå (2020) *Helseutgifter, 2020*. Hentet 16.05 20 fra: <https://www.ssb.no/helsesat>

Sykehuset Telemark (2020) *Alt om oss* Hentet 16.05.20 fra: <https://www.sthf.no/om-oss>

Sykehuset Telemark (2020) *Dokumentasjon på resultater av LEAN i ortopedisk poliklinikk*

Sykehuset Telemark (2020) *Ortopedisk poliklinikk* Hentet 16.05.20 fra: <https://www.sthf.no/avdelinger/kirurgisk-klinikk/kirurgisk-avdeling-b/ortopedisk-poliklinikk>

Sykehuset Telemark (2019) *Kåret til årets LEAN-prosjekt* Hentet 28.05.20 fra: <https://www.sthf.no/om-oss/nyheter/karet-til-arets-leanprosjekt>

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Waring, J., & Bishop, S. (2010). Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance. *Social Science & Medicine*, 71(7), 1332-1340.



Winter, S., & Lehmann Nielsen, V. (2008). *Implementering af politik* (Offentlig forvaltning i Danmark). Århus: Academica.

Womack, J., Jones, D., & Roos, D. (2007). *The machine that changed the world*. London: Simon & Schuster.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Informasjon om deltakelse i forskningsprosjekt



### Informasjon om deltakelse i forskningsprosjekt

#### *«Ansattes erfaring med bruk av LEAN i sykehus»*

##### **Bakgrunn og formål**

Formålet med studien er å se på ansatte berørt av et LEAN-prosjekt på sykehus sine erfaringer, og tanker rundt endringsprosessen og «verktøyene» som er iverksatt i den forbindelse. Det er ønskelig med både positive og negative erfaringer og tanker. Hensikten er å bidra til å se på hva som er suksessfaktorer, og hva som eventuelt ikke har fungert så bra. Dette er for å kunne bidra med kunnskap i eventuelle fremtidige prosjekter.

Dette prosjektet er en avsluttende masteroppgave i statsvitenskap på NTNU i Trondheim på Institutt for sosiologi og statsvitenskap. Dette er også behandlende institusjon.

Du blir spurt om deltagelse i denne studien på bakgrunn av at du på en eller annen måte er involvert eller berørt av LEAN-prosjektet ved avdelingen du jobber i.

##### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Hvis du ønsker å delta i studien vil dette innebære et telefonintervju på cirka 30 min. Disse intervjuene vil i hovedsak fokusere på din egen oppfatning av implementeringen og konsekvensene av LEAN, og erfaringer med dette. Det vil bli stilt en rekke spørsmål, og også gitt mulighet til å legge til eventuelle tanker og erfaringer som det ikke er spurt om mot slutten.

##### **Konfidensialitet og databehandling**

Det vil bli gjort intervju med båndopptaker. På grunn av at din stilling er relevant for studien, vil ikke dette bli anonymisert. Men det vil anonymiseres i den grad det er mulig, og ikke nevnes navn kun overordnet stilling (Eks. sykepleier, rådgiver). Det vil være mulig for informanten å gjennomføre en sitatsjekk om dette skulle være ønskelig.

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

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 01.06.2020, og opptaket vil slettes når studien er ferdig. Oppgaven er en masteroppgave og vil kunne bli offentliggjort.

## Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

5/31/2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Erfaringer med bruk av LEAN på sykehus

#### Referansenummer

830174

#### Registrert

02.04.2020 av Amund Berg - amundber@stud.ntnu.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU)  
/ Institutt for sosiologi og statsvitenskap

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

Jon Arve Nervik, jon.arve.nervik@ntnu.no, tlf: 93286114

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Amund Berg, amundber@stud.ntnu.no, tlf: 48267378

#### Prosjektperiode

20.02.2020 - 01.06.2020

#### Status

15.04.2020 - Vurdert

#### Vurdering (1)

##### 15.04.2020 - 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 den 15.04.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. 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)

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5e85ce85-c714-4728-8b0f-60f2df8ca4d3>

1/2

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2020.

#### 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!

Kontaktperson hos NSD: Tore Andre Kjetland Fjeldsbø

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 3: Intervjuguide

### 1.0 Oppvarming

- Hva er din stilling?
- Hvor lenge har du arbeidet her?
- Hvilken utdanning og arbeidserfaring har du fra tidligere?

### 2.0 Oppstart LEAN

- Når hørte du først om LEAN?
- Hvilken opplæring fikk du for å begynne med LEAN? Hva var utbytte av denne?
- På hvilke prosesser ble det iverksatt og med hvilke verktøy? Tanker rundt dette
- Hva tenkte du når dere skulle begynne med LEAN, både personlig og for enheten?
- Var det noen motstand mot denne endringen? Hvilken?

### 3.0 LEAN i praksis og medvirkning

- Hva vil LEAN si i praksis for deg i hverdagen? Arbeidsoppgaver og verktøy
- Har innføringen av LEAN-tiltakene gjort din hverdag mer effektiv? Hvorfor /hvorfor ikke?
- Hvilken påvirkning har LEAN hatt for kvaliteten i tjenesten til pasienten tror du?
- Hvor viktig har lederens rolle vært i innføringen og oppfølgingen av LEAN mener du?
- Hva har lederen bidratt med?
- Hva tenker du om rollen konsulentene hadde i innføringen av LEAN?
- Det stilles krav til å hele tiden å forbedre sitt arbeid og sine prosesser, hva tenker du om denne måten å tenke på i sykehus?
- Føler du at de ansatte har fått være med på å forme LEAN-prosessene i enheten?
- Føler du en mindre grad av handlingsfrihet i din profesjon på bakgrunn av LEAN? Eventuelt mer, begrunn.
- Hvordan har LEAN utviklet seg i din enhet fra oppstarten og frem til i dag? Har det blitt gjort justeringer? Hvilke?

### 4.0 Kultur og arbeidsmiljø

- Hvordan mener du arbeidsmiljøet og kulturen på enheten er, og har dette endret seg noe etter innføringen av LEAN?
- Er LEAN med på å skape en mer enhetlig forståelse for forbedring og effektivisering? Forklar

## 5.0 Endring og oppsummering

- Før og etter innføringen av LEAN; hva mener du er den største forskjellen i deres enhet?
- Hva tenker du om tiden dere bruker på LEAN i forhold til gevinstene?
- Er det andre ting enn prosjektet som kan ha påvirket resultatene dere har fått av LEAN? Hvilke?
- Hva synes du er styrker og svakheter ved å bruke LEAN som forbedringsprosess i helsetjenesten?
- Tror du det er andre deler av tjenesten som kunne hatt nytte av LEAN-prosesser? Hvilke?
- Hvis du kunne velge, ville du gått for LEAN i din enhet eller mener du ting fungerte bedre slik det ble gjort før? Utdyp
- Er det noe mer du ønsker å legge til rundt innføringen og gjennomføringen av LEAN?