



UiT Norges arktiske universitet

Handelshøyskolen ved UiT

# Å opparbeide endringskapasitet i en sykehusorganisasjon

En kvalitativ undersøkelse av endringsarbeid i en sykehusavdeling

Guro Eriksdatter Tradin

Masteroppgave i økonomi og administrasjon BED-3901, mai 2020



## FORORD

Denne våren har vært en spesiell tid som har vært preget av den såkalte «masterbobla». Gjennom denne tiden har det vært mange aha-opplevelser, men det har også vært en del frustrasjon. Da har vært fint å ha muligheten til å lufte vett og sinn i Tromsøs spektakulære fjell. Kaffepauser og diskusjoner med medstudenter har vært savnet denne våren som er preget av korona.

Jeg vil først og fremst rette en stor takk til veilederen Anne Grete Sandaunet for hjelp med de faglige utfordringene underveis. Takk for dine ydmyke og kritiske innspill under veiledning. Jeg er takknemlig for at du har rådet meg til å snu min tankegang i forbindelse med min måte å jobbe på.

Videre vil jeg takke Universitetssykehuset i Nord-Norge som har stilt seg til disposisjon, og for hjelp med rekruttering av deltakere til denne studien. Jeg vil også rette en takk til venner og familie og som har korrekturlest denne oppgaven.

Jeg sitter igjen med mange fine opplevelser som student ved Handelshøyskolen i Tromsø, og jeg ville aldri ha vært foruten de fine skiminnene med nye og gamle turkamerater. Jeg vil også rette en stor takk til venner som inviterer og kommer med kaker på døren i denne stressende perioden.

Tromsø, mai 2020.

*Guro Eriksdatter Tradin*

## SAMMENDRAG

Temaet for denne studien er endringskapasitet i offentlige organisasjoner der mange organisasjoner ofte står i flere endringsprosesser samtidig. Hensikten er å få økt forståelse og kunnskap om hvordan organisasjoner som sykehussektoren håndtere endringer, samtidig som de må ivareta den daglige driften. I tillegg vil studien belyse hvordan et dynamisk begrep som endringskapasitet kan tilpasse seg profesjonaliserte byråkratiske organisasjoner som sykehus. Dette studeres ved å gå inn i en spesifikk avdeling, hvor innføringen av det nye pakkeforløpet blir brukt som eksempel. Pakkeforløpet er et pasientforløp som ble etablert av Helsedirektoratet i 2015 (Helsedirektoratet, 2015).

Problemstillingen for denne studien er:

*«Hvordan kommer endringskapasitet til syne i et pågående endringsarbeid i en sykehusavdeling?»*

Problemstillingen blir belyst ut ifra studiens teoretiske rammeverk ved hjelp av tre ulike dimensjoner fra Meyer og Stensaker (2011), der det samtidig suppleres med og seks ulike indikatorer fra Meyer og Stensaker (2006). Jeg benyttet meg av en kvalitativ intervjuundersøkelse med åtte informanter som har ulike profesjoner ved en sykehusavdeling på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Funn fra studien viser at avdelingen hadde gode forutsetninger for å gjennomføre den aktuelle endringsprosessen i 2015, pakkeforløpet. Det antas at årsaken skyldes et vellykket endringsarbeid gjennom et tidligere pasientforløp, Lean-prosjektet i 2009. Funnene illustrerer blant annet at informantene ikke assosierte det nye pakkeforløpet som en stor endring, på bakgrunn av Lean-prosjektet. Samtidig foreligger det noen funn som reiser spørsmål rundt endringskapasiteten i avdelingen.

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn og valg av problemstilling .....	2
1.2 Oppgavens oppbygning .....	3
<b>2. Studiens kontekst: avdelingens endringsarbeid</b> .....	<b>3</b>
2.1 Lean-prosjektet 2009 .....	4
2.2 Pakkeforløpet fra Helsedirektoratet 2015 .....	5
<b>3. Teoretisk tilnærming</b> .....	<b>6</b>
3.1. Begrepet endringskapasitet .....	7
3.2 Endringskapasitet .....	9
3.3 Videreutvikling av Meyer og Stensaker (2011) sin modell .....	10
3.3.1 Hvordan ledelsen mobiliserer og gjennomfører endring .....	12
3.3.2 Hvordan ansatte reagerer på endring .....	14
3.3.3 Etablere struktur og rutiner i organisasjonen .....	16
<b>4. Metodisk tilnærming</b> .....	<b>20</b>
4.1 Vitenskapsteoretisk posisjon .....	20
4.2 Forskningsdesign .....	20
4.2.1 Forskningsstrategi .....	21
4.3 Datainnsamlingsmetode .....	22
4.3.2 Utvalg og rekruttering .....	22
4.3.3 intervjuguide og gjennomføring av intervju .....	23
4.4 Dataanalyse .....	24
4.5 Kvalitetskriterier i kvalitativ forskning .....	25
4.5.1 Pålitelighet, og troverdighet og overførbarhet .....	25
<b>5. Analyse: Presentasjon av funn</b> .....	<b>28</b>
5.1 Hvordan ledelsen mobiliserer og gjennomfører endring? .....	28
5.1.1 Innramming .....	29
5.1.2 Involvering .....	30
5.2 Hvordan reagerte de ansatte på endringen? .....	32
5.2.1 Endringsvillighet .....	33
5.2.2 Passivitet .....	34

5.3 Etablere struktur og rutiner i organisasjonen .....	36
5.3.1 Frigjøre ressurser.....	37
5.3.2 Midlertidig økte ressurser .....	40
5.3.3 Utvikle endringsressurser.....	42
5.3.4 «Strukturell fleksibilitet» .....	45
5.4 Oppsummering av funn.....	46
<b>6. Diskusjon.....</b>	<b>48</b>
6.1 Hvordan ledelsen mobiliserer og gjennomfører endring .....	48
6.2 Hvordan reagerte de ansatte på endringen .....	50
6.3 Etablere struktur og rutiner .....	53
6.3.1 Frigjøre ressurser.....	54
6.3.2 Midlertidig økte ressurser .....	57
6.3.3 Utvikle endringsressurser.....	58
6.3.4 «Strukturell fleksibilitet» .....	62
<b>7. Konklusjon.....</b>	<b>63</b>
<b>8. Referanseliste.....</b>	<b>66</b>
<b>9. Vedlegg.....</b>	<b>71</b>
Vedlegg 1: Eksempel på et flytskjema for pakkeforløp.....	71
Vedlegg 2: Informasjonsskriv.....	72
Vedlegg 3: Generell intervjuguide.....	73
<b>Tabbeliste</b>	
Tabell 1 Oppsummering av funn .....	47
<b>Figurligste</b>	
Figur 2 Endringskapasitet (Meyer & Stenberg, 2011).....	10
Figur 3 Studiens teoretiske rammeverk .....	11

# 1. Innledning

De siste årene har det skjedd en rekke omstillinger i offentlig og privat sektor. Dette må både ansatte og ledelsen forholde seg til (Ellingsen, 2013), og det implementeres stadig nye endringer i form av nye systemer. Hvordan organisasjoner gjennomfører endringer samtidig som de opprettholder den daglige driften, er et tema jeg har interessert meg for. I endringslitteratur blir dette definert som endringskapasitet (Meyer & Stensaker, 2011).

Endringskapasitet kan anses som et dynamisk fenomen. Begrepet springer ut fra multiple endringsprosesser som fokuserer på stabilitet og langsiktig tenkning, i tillegg til hvordan organisasjoner kan håndtere flere endringer som foregår samtidig (Meyer & Stensaker, 2006). Dette danner grunnlaget for forståelsen og opphavet til begrepet endringskapasitet. Dette er et begrepet som har vekket min interesse under masterstudiet, som har ført til at jeg ønsker å undersøke dette aspektet nærmere. Jeg synes det er interessant å se hvordan endringskapasitet kommer til syne i offentlige organisasjoner som i utgangspunktet ikke anses som en dynamisk organisasjon, slik som sykehussektoren. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2007) har sykehussektoren en mer mekanisk struktur basert på det Henry Mintzberg omtaler som et profesjonalisert byråkrati. Samtidig diskuterer Øygarden og Mikkelsen (2020) at sykehussektoren kan anses som en kompleks organisasjon som i stadig endring. Dette kan tyde på den står oppi mange endringsprosesser (multiple endringer). Kjøde (2004) beskriver at det skjer store omstillinger i offentlig sektor, og det er viktig at ledere har kunnskap og en forståelse for endringsprosesser.

I sykehussektoren kan det være utfordrende å implementere nye endringer basert på ny praksis. Øygarden og Mikkelsen (2020) hevder at det er nødvendig med mer forskning på dette feltet. Årsaken er at endringer av ny praksis i sykehussektoren ofte krever blant annet ressurser i form av tid, personell og økonomi, noe som anses som utfordrerne i sykehusorganisasjoner. Av den grunn er det interessant å se nærmere på hvordan endringskapasitet kommer til syne i en sykehusorganisasjon, da slike organisasjoner inneholder en mer formell struktur, men samtidig må forholde seg til multiple endringsprosesser.

I privat sektor finnes det flere gjennomførte studier som belyser endringskapasitet som blant annet Judge og Elenkov, 2005; Meyer og Sansaker, 2005, Meyer og Stensaker, 2011; Judge og Douglas, 2009; Soparnot, 20011), men det kan se ut til at det finnes færre studier på dette feltet i offentlig sektor. Det er også utført noen studier fra offentlige virksomheter, fra blant annet Klarner, Probst og Soparnot (2008) undersøkt endringskapasitet i Verdens Helseorganisasjon (WTO), og studien av Meyer og Stensaker (2011) studerte flere virksomheter i både privat og offentlig sektor. Dette er ikke en uttømmende liste, men slik oversikten viser er det ikke utført like mye forskning på dette feltet i offentlige virksomheter. Dermed er det interessant å undersøke dette feltet nærmere ved å se på endringskapasitet til en sykehusavdeling og deres endringsprosess da de skulle innføre pakkeforløpet fra Helsedirektoratet i 2015.

## **1.1 Bakgrunn og valg av problemstilling**

Formålet med denne undersøkelsen er å få mer kunnskap om endringskapasitet i en sykehusorganisasjon. Et mål med denne masteroppgaven er også å kunne bidra med mer kunnskap til litteraturen om endringsarbeid, basert på endringskapasitet i offentlig sektor. For å studere endringskapasitet i en sykehusorganisasjon tar denne studien utgangspunkt i hvordan en avdeling implementerte pakkeforløpet som ble innført av Helsedirektoratet i 2015.

Avdelingen jeg undersøkte hadde allerede etablert et vellykket og anerkjent pasientforløp som ble gjennomført gjennom et Lean-prosjekt i 2009. Lean som en metode benyttes for å eliminere aktiviteter som ikke har en verdi for sluttbrukerne (Kollberg, Dahlgaard & Brehmer, 2006), som i denne studien er pasienter. Det bidro til å understøtte omstillinger og endringsprosessene til sykehuset. Lean-prosjektet var ikke bare en bidragsyter for pasientene i pasientforløpet, men den skulle også sikre en mer effektiv og forutsigbar arbeidshverdag for de ansatte. Målet var å effektivisere behandlingsforløpet ved å redusere plunder og heft som ikke hadde noe verdi for pasienten, samtidig som det skulle bidra med å styrke forskning, utvikling og samhandling på sykehuset og den avdelingen jeg studerte (Andersen, 2009).

De sentrale informantene jeg tok kontakt med i forkant av min masteroppgave, opplyste om at Lean-prosjektet ble ansett som et vellykket prosjekt i avdelingen. Basert på uttalelsene ble det antydnet at dette pasientforløpet tilsvarer det samme som pakkeforløpet som ble etablert av Helsedirektoratet i 2015. Det kan forståes som at avdelingen ikke merket noen overgang fra



pasientforløpet til pakkeforløpet. Jeg fikk noen forventinger om at avdelingen hadde opparbeidet seg en slags endringskapasitet. Dette er spennende å undersøke videre, ettersom pakkeforløpet i 2015 var et politisk og et nasjonalt oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, mens det tidligere pasientforløpet basert på Lean-prosjektet var noe som ble etablert lokalt i avdelingen. Likevel ønsker jeg å ta med meg denne antakelsen videre for å undersøke dette mer systematisk, basert på teori om endringskapasitet. På bakgrunn av dette formulerte jeg problemstillingen:

*«Hvordan kommer endringskapasitet til syne i et pågående endringsarbeid i en sykehusavdeling?»*

## **1.2 Oppgavens oppbygning**

De neste delkapitlene vil bestå av studiens kontekst, med avdelingens tidligere endringsarbeid. Deretter følger teorikapitlet der oppgavens teoretiske rammeverk blir begrunnet og presentert. I metodekapitlet vil de ulike valgene for studiens problemstilling bli belyst, og hvordan denne studien er gjennomført. Videre vil resultatene fra datamaterialet bli presentert i analysekapitlet. Etter analysen følger en diskusjon om resultatene knyttet til studiens teoretiske rammeverk. Avslutningsvis vil jeg konkludere med undersøkelsens mest sentrale funn, vise til studiens implikasjoner, og komme med forslag til videre forskning.

## **2. Studiens kontekst: avdelingens endringsarbeid**

Hensikten med kapitlet er å gi en oversikt over hvilke endringsprosesser som er gjennomført i avdelingen. Det er to pasientforløp som omtales i denne oppgaven. Hovedsakelig er begge pasientforløpene basert på samme prinsipp, men med to ulike navn. Det tidligere pasientforløpet ble innført lokalt i avdelingen, mens pakkeforløpet ble innført nasjonalt fra myndighetene. Det ene ble innført i forbindelse med Lean-prosjektet i 2009, og det andre er det samme forløpet med noen justeringer i tråd med Helsedirektoratet sine anbefalinger fra 2015. Et pasientforløp blir definert som: *«En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode»* (Helsedirektoratet, 2018). I de senere årene har det blitt gjennomført en omstrukturering internt i den studerte avdelingen.

## 2.1 Lean-prosjektet 2009

Et helhetlig pasientforløp krever en samhandling på tvers av avdelinger og profesjoner. Et upublisert dokument fra UNN med tittelen «UNN og pasientforløp, Historien om Lean» viser at forbedringsprosessen med Lean som metode startet opp våren 2009 (Andersen, Nerland & Postmyr, 2013). Pasientforløpet fikk et bestemt navn i samsvar med den aktuelle sykdomstilstanden. I studien blir ikke dette navnet belyst med hensyn til avdelingens anonymitet. Det vil heller bli omtalt som det tidligere pasientforløp gjennom Lean-prosjektet. Pasientforløpssatsningen på UNN var hovedsakelig basert på interne forløp der fokuset var å «få orden i eget hus». Det interne Lean-prosjektet innhentet erfaringer fra andre sykehus (Lind, 2012).

Lean ble benyttet som metode for å iverksette et mer effektivt pasientforløp. Metoden skulle understøtte omstillingene og endringsprosessene. Et av formålene med denne metoden var at rekkefølgene på de ulike aktivitetene skulle settes sammen på en hensiktsmessig måte (Joosten, Bongers & Janssen, 2009). Tidsbruken på hver aktivitet måtte indentifiseres, slik at man kan eliminere de aktivitetene som ikke skapte verdi for pasienten og ansatte (Andersen, 2009). Formålet var å sikre bedre flyt på tvers av funksjonelle og organisatoriske enheter på sykehuset (Andersen, Nerland & Postmyr, 2013). Aasebø, Strøm og Postmyr (2012) hevder at et Lean-prosjekt krever tverrfaglig deltakelse, involvering og motivering fra gulvet og oppover i systemet.

Andersen, Nerland og Postmyr (2013) beskriver at det ble opprettet blant annet en fokusgruppe i forbindelse med Lean-prosjektet på den avdelingen jeg studerer. Fokusgruppen var en arbeidsgruppe der de involverte skulle møtes for å diskutere forbedringstiltak. Dette ble blant annet gjort i form av kartlegging av kommunikasjonsflyt, ressurser, kapasitet, arbeidsoppgaver og logistikk. Forbedringstiltakene ble levert til prosjektgruppen som vurderer tiltakene. Målet var å utarbeide et pasientforløp som flyter jevnt uten forsinkelser. Det ble utarbeidet et flytskjema som viser en oversikt over hvor lang tid de ulike aktivitetene og behandlingene brukte. Jeg har bevisst valgt å ikke inkludere flytskjemaet med tanke på avdelingens anonymitet.

## 2.2 Pakkeforløpet fra Helsedirektoratet 2015

Pakkeforløpet ble hentet fra og var inspirert av Danmark. I 2014 ga Helse- og omsorgsdepartementet et oppdrag til Helsedirektoratet om å utarbeide pakkeforløpet for en bestemt sykdomstilstand. Pakkeforløpet ble gradvis innført fra januar 2015 (Helsedirektoratet, 2015). Formålet med pakkeforløpet er at det skal gi en bedre kvalitet på pasientbehandling for de med kreft, kortere ventetid og større forutsigbarhet rundt behandlingstiden. Pakkeforløpet er standardiserte pasientforløp som omfatter hele forløpet, som vil si fra henvisning fra fastlegen til spesialisthelsetjenesten til oppfølging før og etter behandling. Hvor lang tid de ulike aktivitetene og behandlingene tar, kalles for forløpstider. Forløpstidene er ikke juridisk bindene, men blir ansett som mål for å opprettholde fristene (Helsedirektoratet, 2017). Det ble opprettet et pilotprosjekt i forbindelse med det nye rapporteringssystemet for hvordan forløpskoordinatorene skulle kode pasientene på en mest mulig oversiktlig og effektiv måte. Kodingen skulle sikre at forløpstiden ble overholdt og rapportert til NPR. Det finnes ingen tilgjengelig informasjon om hvordan pilotprosjektet ble utarbeidet på den avdelingen jeg studerte

Tanken bak pakkeforløpet er at den skal bidra til et helhetlig sykdomsbilde, noe som igjen vil føre til bedre samhandling i behandlingen som gjøres i de ulike spesialiserte avdelingene. Dette vil igjen medføre bedre flyt hos de ulike spesialistene og avdelingene. Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp gir føringer for flere kriterier som sykehusene skal i møtekomme. Hvert pakkeforløp skal ha en *forløpsleder* som ivaretar kravene til et pakkeforløp, og forløpslederen skal være en lege. Det refereres til at pasienter skal ha en egen kontaktperson som følger de gjennom hele behandlingsforløpet. Kontaktpersonen skal være en *forløpskoordinator*, og det er ofte en sykepleier eller en sykepleier med videreutdanning, men det kan også være en sekretær som har denne rollen. Rollen innebærer blant annet å påse at fristene i pasientforløpet blir overholdt, slik at unødvendig ventetid ikke oppstår (Helsedirektoratet, 2015). Dette viser at det fulgte med flere kriterier i innføringen av pakkeforløpet, sammenlignet med Lean-prosjektet.

Rollen som forløpskoordinator innebærer en jevnlig kontakt med pasienten, pårørende og avdelingsledelsen som er ansvarlige for det enkelte forløp og koding av pasienter. Forløpskoordinator har i tillegg myndighet til å bestille timer til pasientene på andre avdelinger enn deres egen (Helsedirektoratet, 2015). For at systematiseringen og kodingen av

de ulike pasientene i et slikt pakkeforløp skulle bli så god som mulig, var det viktig at forløpskoordinatoren hadde god kjennskap til pasientadministrative systemet sykehuset benytter. I vedlegg 1 er det illustrert et eksempel på hvordan et pakkeforløp kan se ut. Dette forløpet forklarer de aktivitetene og behandlingene en pasient skal gjennom, og hvor lang ventetid som forventes mellom hver behandling. Videre illustrerer figuren hvordan en kode til en sykdomstilstand kan se ut, som skal legges inn i systemet av forløpskoordinatoren.

Sammen med andre spesialiser vil både forløpslederen og forløpskoordinatorene diskutere pakkeforløpet til de ulike pasientene på tverrfaglige møter, såkalte Multidisiplinære Team Møter (MDT-møter). Disse møtene er mer eller mindre basert på detaljerte beskrivelser om hvordan organiseringen av møtene skal fungere (Helsedirektoratet, 2015). Ifølge Helsedirektoratet (2016) er det nødvendig med tverrfaglige team for å diskutere hver enkelt pasient. Det understrekes at det er hensiktsmessig å involvere de deltakerne som er relevante for å behandle pasienten best mulig. Det er også hensiktsmessig å utarbeide et nettverk av sentrale fagfolk som kjenner til aktivitetene i et pasientforløp.

### **3. Teoretisk tilnærming**

Endringskapasitet er et begrep innført av forskere som studerer endringsprosesser, og i norsk sammenheng er det gjerne forfatterne Meyer og Stensaker som blir forbundet med dette begrepet. Meyer og Stensaker (2011) stiller seg spørrende til om etablerte endringsprosessteoriene gir en fruktbar forståelse for hvordan organisasjoner i dag må forholde seg til endringer. Disse endringene blir i etablerte teorier ansett som isolerte og individuelle endringer. Et alternativt syn som har vokst fram er multiple endringsprosesser. Ifølge Meyer og Stensaker (2011) gir denne et mer virkelighetsnært bilde på hvordan endringer påvirker organisasjoner i dag, sammenlignet med de etablerte endringsteoriene. Endringskapasitet har vokst fram i kjølvannet av denne forståelsen.

På bakgrunn av dette vil det neste delkapittelet starte med å presentere endringsteorier for å belyse opphavet til endringskapasitetsbegrepet. Deretter følger en presentasjon om endringskapasitet. Til slutt vil oppgavens teoretiske rammeverk presenteres med dens tilhørende dimensjoner og indikatorer. Jeg velger å ta utgangspunkt i Meyer og Stensaker (2011) sin litteratur om hvordan man systematisk kan utvikle langsiktig endringskapasitet, og

Meyer og Stensaker sin artikkel fra 2006, som benytter seks ulike indikatorer for å synliggjøre opparbeidelsen av endringskapasitet i organisasjoner. Det vil også bli supplert med flere teorier om endringskapasitet for å danne et ytterligere bilde av hva endringskapasitetsbegrepet består av.

### **3.1. Begrepet endringskapasitet**

Endringskapasitet baserer seg på et multippelt endringsbilde. Ifølge Meyer og Stensaker (2011) vil et multippelt endringsbilde utfordre store deler av det eksisterende teorigrunnet på endringsledelsesteori. Årsaken er at de tradisjonelle teoriene baserer seg på at organisasjoner er ofte stabile over tid. Pettigrew og Whittington (2003) forklarer at slike endringer blir ofte ansett som isolerte og individuelle endringer. Meyer og Stensaker (2011) beskriver at organisasjoner må forholde seg til flere endringer som skjer på en og samme tid, samtidig som endringer som igangsettes ikke blir fullført før nye endringer blir iverksatt. På bakgrunn av dette antar forfatterne at endringer er ofte mer komplisert og sammensatt, og dermed vil en antakelse om multiple endringer gi et tydeligere virkelighetsbilde på hvordan endringer ser ut (Meyer & Stensaker, 2011).

Teori om multiple endringer lener seg også på andre internasjonale studier fra blant annet Hernes, Hendrup og Schäffner (2015), Bakken og Hernes (2006), Hernes og Schultz (2013) og Sonenshein (2010). De viser til eksisterende endringsteori ikke viser dynamikken i endringsprosessen, og det argumenterer for at organisasjoner bør fremme et syn som viser hvordan man bør bevege seg for å oppnå flyt i organisasjonen, framfor å være fastlåst i faste mønstre. Et kjent syn på hvordan organisasjonsendringer foregår i faste mønstre er Lewins (1947) tre-steps-modell. Forskerne forklarer imidlertid at en slik modell ikke bidrar til å vise dynamikken og endringens sammensatte natur. De tre fasene forklarer hvordan en organisasjon først må *destabiliseres*, slik at den åpner opp for en *endring*, og deretter *stabiliseres* endringen igjen (Yukl, 2012). Det er flere forskere som blant annet Pettigrew og Whittington (2003), Meyer og Stensaker (2011) Meyer og Stensaker (2006), Buono og Kerber (2010) som retter kritikk mot Lewins tre-steps-modell. Det er fordi den beror på endringer blir sett på som isolerte prosesser, der de har en startfase og en slutfase. Dette gjør det utfordrende å studere endringer i komplekse dynamiske organisasjoner.

De tradisjonelle endringsteoriene bygger på en antakelse om at endringer foregår i episodiske og kontinuerlig endringer. Episodiske endringer blir ansett som omfattende endringer som tvinger organisasjonen til å endre seg. Ofte er de revolusjonerende endringer som brytes med det etablerte. Eksempelvis kan det være nye teknologiske løsninger som krever store omstillinger i organisasjoner. Slike endringer har gjerne en startfase og en slutfase, og blir sett på som endringer som har en bestemt begynnelse og en slutt. Lewins tre-steps-modell er et eksempel på dette (Weick & Quinn, 1999).

Meyer og Stensaker (2011) diskuterer at ledere og ansatte har ofte ulike forventninger for hvordan endringer skal foregå. Mange ledere ønsker å følge en mer tradisjonell tilnærming basert på Lewins modell. Det kan tenkes at dette er fordi den er mer avgrenset i form av at prosesser avsluttes. Det kan bety at ledelsen må begrense antall planlagte endringsprosesser som skal innføres i organisasjonen og at det vil skape mer ro i organisasjonen etter at endringsprosessen er avsluttet. Videre påpeker Meyer og Stensaker (2011) at et slikt syn vil skape utfordringer for ledere ved gjennomføring av endringer. Det er stor sannsynlighet for at en organisasjon vil bli påvirket av store og komplekse endringer som skjer i omgivelsene, som for eksempel geografiske, teknologiske og regulatoriske endringer. Utfordringen som oppstår er at ledelsen må tilpasse seg disse endringene, samtidig som organisasjoner vil få økt press på å øke produktiviteten og effektiviteten innad i organisasjonen. For å takle dette presset kreves det kontinuerlige endringer og forbedringer (Meyer & Stensaker, 2011).

Meyer og Stensaker (2011) understreker at å tilpasse seg kontinuerlige endringer *kan* være en måte en organisasjon kan takle dette presset. Kontinuerlige endringer blir ansett som en kontrast til episodiske endringer (Weick & Quinns, 1999). Slike endringer anses å være mer gunstige fordi de gir en mer naturlig respons på de hyppige endringene i omgivelsene (Buono & Kerber, 2010). Dersom en organisasjon utfører små justeringer underveis (inkrementelle endringer), vil det være enklere å tilpasse seg nye endringer i omgivelsene slik at man unngår radikale endringer (Balogun, Hope & Gustafsson, 2016). På en annen side argumenterer Meyer og Stensaker (2011) at dette ikke er en god løsning alene, da det finnes flere eksempler på hvorfor det kan anses som umulig å tilpasse seg kontinuerlige endringer dersom det oppstår store uforutsette hendelser (radikale endringer). Dette støttes av Weick og Quinns (1999), som forklarer at kontinuerlige endringer ikke baserer seg på større endringer.

Meyer og Stensaker (2011) viser til et eksempel på hvordan en organisasjon kan innføre flere endringsprosjekter samtidig. Eksempelet beskriver en organisasjon som skal innføre Lean produksjonssystemer, samtidig som flere andre prosjekter implementeres og gjennomføres. De andre prosjektene består av et prosjekt som omhandler kundeorientering, i tillegg til innføringen av IKT prosjekter som medfører nye arbeidsprosesser og samarbeidsreformer. Slike prosesser overlapper hverandre, noe som motstrider det tradisjonelle synet på endringsprosesser (Meyer & Stensaker, 2011).

Til oppsummering kan man si at teori om multiple endringer inneholder både radikale og inkrementelle endringer som vil utfordre de tradisjonelle teoriene. Multiple endringer fokuserer på stabilitet og langsiktig tenkning, og hvordan organisasjoner kan bli bedre til å håndtere flere endringer samtidig (Meyer & Stensaker, 2011). Dette bidrar til å danne grunnlaget for forfatternes introduksjon på begrepet endringskapasitet.

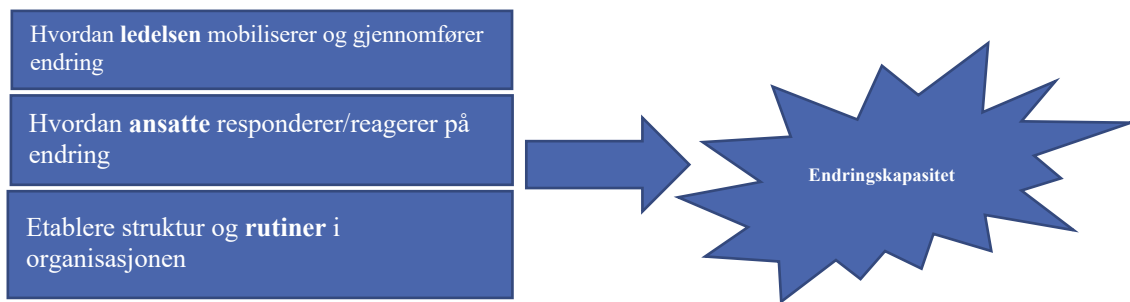
### **3.2 Endringskapasitet**

Begrepet endringskapasitet løper ut ifra det historiske endringsbilde som er presentert ovenfor. I denne delen vil jeg gå nærmere inn på endringskapasitetsbegrepet. Det finnes en del engelsk litteratur på dette området, og en måte å betrakte forskerens felles forståelse om endringskapasitet, er å se på hvordan endringsprosesser har evnen til å tilpasse seg et dynamisk miljø over tid (Meyer & Stensaker, 2006; Meyer & Stensaker, 2011; Klarner et al., 2008; Buono & Kerber, 2010 og Ramezan et al., 2013). Oppgaven tar utgangspunkt i Meyer og Stensaker (2011) og Meyer og Stensaker (2006) sin forståelse av endringskapasitet. De understreker at endringskapasitet viser hvordan en organisasjon tilrettelegger for både organisasjonens gjennomføringskraft av endringer, samtidig som de opprettholder en effektiv daglig drift.

I det følgende vil jeg presentere en modell fra Meyer og Stensaker (2011) som viser hvordan en organisasjon kan oppnå endringskapasitet. Det bør påpekes at det er rettet kritikk til forfatternes bok om Endringskapasitet fra 2011. Døving og Strønen (2012) påpeker blant annet at undersøkelsen har en kort litteraturliste og viser ikke til betydelige forskningslitteratur som studien fokuserer på. Videre vises det at undersøkelsen burde ha vektlagt større forståelse av motstand til endring som er basert på tidligere forskning. Det argumenteres for at dette vil ha styrket deres drøfting av endringskapasitetsbegrepet. Videre

etterlyses det flere studier som baserer seg på andre type sektorer enn de sektorene Meyer og Stensaker (2011) har undersøkt (Døving & Strønen, 2012). Likevel synes jeg studien til Meyer & Stensaker (2011) belyser sentrale elementer om hva endringskapasitet handler om. Det bør understrekes at en velkjent teori innenfor endringskapasitet er Organizational Change Capacity (OCC). Jeg ønsker ikke å redegjøre for denne teorien eksplisitt, men trekke inn sentrale bidrag innenfor dette feltet for å supplere med rammeverket til Meyer og Stensaker.

Denne studien tar utgangspunkt i Meyer og Stensaker (2011) sine tre hoveddimensjoner for å forklare hvordan en organisasjon kan opparbeide seg en endringskapasitet. Modellen nedenfor viser hvordan en organisasjon har evnen til å endre seg, samtidig som den skal fokusere på å holde den daglige drift. Modellen fra Meyer og Stensaker (2011) er vist i figuren under:



Figur 1 Endringskapasitet (Meyer & Stenberg, 2011)

Figuren viser at summen av de tre dimensjonene gir den endringskapasiteten en organisasjon kan ha, eller som den har mulighet til å opparbeide seg. Forfatterne forklarer at de to første faktorene: *hvordan ledelsen mobiliserer og gjennomfører endring, og hvordan ansatte responderer/reagerer på endring* henger nøye sammen. Årsaken til dette er at lederens grep vil påvirke ansattes respons på endringen. Ansattes reaksjon vil påvirke organisasjonens endringskapasitet. Dersom ansatte ikke evner eller har kapasitet til å opprettholde den daglige driften, har ikke organisasjonen tilstrekkelig endringskapasitet. *Etablere struktur og rutiner* viser at det er nødvendig at det foreligger riktig kompetanse og ressurser som er tilgjengelige for organisasjonen (Meyer & Stensaker, 2011).

### 3.3 Videreutvikling av Meyer og Stensaker (2011) sin modell

Etter å ha studert de tre hoveddimensjonene i modellen til Meyer og Stensaker (2011) gir det meg ikke et tilstrekkelig bilde på hvordan en organisasjon som sykehussektoren kan opparbeide seg endringskapasitet. På bakgrunn av dette ønsker jeg å supplere med flere



elementer som gir en ytterligere beskrivelse på hvordan man kan opparbeide seg endringskapasitet i denne sektoren. Hovedsakelig vil jeg trekke frem de seks ulike indikatorene fra Meyer og Stensaker (2006) sin artikkel. Forfatterne lener seg på teori om ambidekstre organisasjoner som viser hvordan organisasjoner både kan håndtere dagens praksis og fokusere på fremtidige endringer, men at hovedfokuset baserer seg på hvordan indikatorene kan bidra til å øke sannsynligheten for en vellykket implementering.

Ut ifra min forståelse kan det se ut som at de tre dimensjonene og de seks indikatorene har en overlappende funksjon, men at indikatorene fra Meyer og Stensaker (2006) vil i større grad fokusere på hvordan organisasjoner kan opparbeide seg vedvarende endringskapasitet. Jeg har valgt å oversette de seks indikatorene til norske begreper: *innramming (framing)*, *involvering (participation)*, *tempo (pacing)*, *rekkefølge (sequencing)*, *rutiner (routinizing)*, *rekruttering (recruiting)*. Indikatorene kan bidra til å se hvordan man kan operasjonalisere en opparbeidet endringskapasitet. I denne sammenhengen vil indikatorene blant annet bidra til å vise hvordan ledere bør kommunisere behovet for endring. Videre er det sentralt å involvere de ansatte i beslutningene og være bevisst på hvordan ansatte opplever rekkefølgen og tempoet på endringen. Til slutt er det sentralt å forstå hvordan rutiner og rekruttering kan øke ressursnivået i organisasjonen. Jeg ønsker å synliggjøre hvordan de seks indikatorene kan høre sammen under hver av de tre dimensjonene, og har satt dette opp i egen figur, se figur 2.

1. Hvordan **ledelsen** mobiliserer og gjennomfører endring:  
Innramming og involvering
2. Hvordan **ansatte** reagerer på endringene  
Tempo og rekkefølge
3. Etablere **struktur og rutiner** i organisasjonen:  
Utnyttelse av ressurser: Rutiner og rekruttering

Figur 2 Studiens teoretiske rammeverk

Figuren danner utgangspunktet for studiens videre teorigrunnlag, empiri og analyse. Den første hoveddimensjonen handler om hvilke grep ledelsen tar for å skape en felles forståelse for en endring. Dermed knyttes de tilhørende indikatorene *innramming* og *involvering* til ledelsen. Den andre dimensjonen er knyttet til de ansatte og hvordan de reagerer på endring, slik at *tempo* og *rekkefølge* sier noe om ansattes reaksjon. Min oppfattelse er at den tredje dimensjonen beror både på ledelsen og de ansattes sine handlinger for å etablere struktur og

rutiner i organisasjonen. Indikatorene *rutiner* og *rekruttering* vil bli belyst gjennom tre ulike ressursverktøy: frigjøre ressurser, midlertidig økte ressurser og utvikle endringsressurser. Dette skyldes at jeg anser at rutiner og rekruttering handler om hvordan en organisasjon utnytter sine ressurser på en hensiktsmessig måte.

### **3.3.1 Hvordan ledelsen mobiliserer og gjennomfører endring.**

Meyer og Stensaker (2011) viser at en dyktig ledelse vil kunne tilpasse seg de endringene som planlegges i den aktuelle konteksten i organisasjonen. Det er viktig at lederne fokuserer på endringer med et langsiktig perspektiv som tilrettelegger for en trygg prosess som gir gode erfaringer, slik at neste endringsprosesser ikke blir skadelidende. Armenakis, Harris og Stanley (2002) påpeker at når en organisasjon skal gjennomføre endringer undervurderes ofte viktigheten av å kommunisere et tydelig endringsbudskap og behovet for å motivere de ansatte for endringen. Kommunikasjon er viktig for å lykkes med å gjennomføre endringer. En åpen dialog om endringer er vesentlig for at endringene skal bli kommunisert kontinuerlig gjennom hele endringsprosessen. Dette vil gjøre det enklere for ansatte å forstå hensikten og hva som skal til for å gjennomføre endringene (Klarner, Probst & Soparnot, 2007). For å studere hvordan ledelsen mobiliserer og gjennomfører endringer ytterligere, vil jeg ta utgangspunkt i de underliggende indikatorene *innramming* og *involvering fra* Meyer og Stensaker (2006).

#### **Innramming og involvering**

*Innramming* referer til hvordan endringer kommuniseres og viser til hvilke begrunnelser som er blitt gitt for selve endringen. Her er målet å skape en felles forståelse for endringens grunnlag (Meyer & Stensaker, 2006). Nesheim og Stensaker (2017) trekker frem viktigheten av at lederne forklarer hva endringen handler om og hva som er hensikten med den. Dette støttes av Klarner et al., (2007) som viser til at en felles forståelse er en viktig faktor for å opparbeide en endringskapasitet og for at de ansatte skal få en større tilknytning og tilhørighet til organisasjonen. Dette vil også øke ansattes forpliktelse til endring og forbedringer innad i organisasjonen (Klarner et al., 2007).

På sin side viser Meyer og Stensaker (2006) til ulike «Innrammingsverktøy» som *symboler*, *metaforer* og *kriser*, som kan bidra til å skape en felles forståelse for endringen. Verktøyet benyttes av ledelsen for å presentere og begrunne endringene. Schein (1999) argumenterer for

at årsaken til at mange endringsinitiativ mislykkes, er fordi ledelsen ikke evner å motivere eller mobilisere sine ansatte før endringen iverksettes. For å oppnå økt endringskapasitet kan organisasjoner som står i komplekse situasjoner benytte metaforer for å øke forståelsen og kunnskapen om endringen (Meyer & Stensaker, 2006). I følge Guptara (1993) vil kompetente endringsledere benytte seg av symbolikk for å tilpasse endringssituasjonen best mulig. Videre forklarer forfatterne at symbolikk og metaforer ikke gir noen dramatiske eller negative konsekvenser for en daglig drift. Derimot vil en organisasjon som lanserer en *kriseforståelse* øke ansattes endringsvillighet i større grad, da det vil skape en større forståelse for hvor nødvendig endringen er (Meyer & Stensaker, 2011).

*Involvering* av ansatte er et viktig ledelsesgrep. Det er som oftest de ansatte som blir direkte påvirket av endringen, og det kan få store konsekvenser for en organisasjon dersom det er manglende involvering av de ansatte. Involvering kan skape endringsmuligheter, men at det er vanskelig å si noe denne indikatoren bidrar til å utvikle langsiktig endringskapasitet basert på deltakelse (Meyer & Stensaker, 2006). På sin side påpeker Ellingsen (2013) at involvering er viktig slik at medarbeiderne føler et eierskap til prosessen.

Å involvere medarbeidere fra ulike nivåer kan være fordelaktig, da det kan skape mer diskusjon og meningsutvikling om hvordan ting skal håndteres ved en implementeringsprosess (Meyer & Stensaker, 2006). Nesheim og Stensaker (2017) beskriver at sykehus har en desentralisert organisasjonsmodell hvor makten er spredt, og dette er ifølge Jacobsen og Thorsvik (2007) et eksempel på et profesjonelt byråkrati. Langli (1994) påpeker at organisasjoner som har en desentralisert beslutningsmyndighet vil gi deltakeren større mulighet til å være aktive i organisasjonen. Klarner et al., (2008) argumenterer for at dette er viktig for å skape en god kommunikasjon. Fra et endringsperspektiv ståsted er det viktig at toppledelsen har en forståelse for hvor sentralt det er å inkludere medarbeiderne i organisasjonen, for at de skal få gjennomføringskraft (Nesheim & Stensaker, 2017). På en annen side argumenterer Nesheim og Stensaker (2017) og Meyer og Stensaker (2011) at det er hensiktsmessig med en selektiv grad av deltakelse, da det kan gi negative konsekvenser dersom deltakere involveres for mye. Eksempelvis kan for stor grad av involvering føre til endringstretthet blant de ansatte. Dette kan tære på ansattes motivasjon (Meyer & Stensaker, 2006).

### 3.3.2 Hvordan ansatte reagerer på endring

Meyer og Stensaker (2011) hevder at ansatte som har vært gjennom flere endringsprosesser, har lettere for å innføre nye endringer ved at de reagerer mer ensartet enn andre, i form av lojale reaksjonsmønstre som tilsvarer en lojal, men også en mer passiv atferd. På bakgrunn av dette studerte forfatterne to grupper for å undersøke ansattes lojale reaksjoner. Den ene gruppen var ansatte som ble ansett som endringsvillige, fordi de hadde positive tanker og følelser til nye endringer og deres egen atferd. Den andre gruppen var ansatte som også opptrådte lojalt, men tanker og følelser knyttet til endringen og sin egen atferd opplevdes som negativ. Den siste gruppen blir kalt for resignasjon. Resignasjon baserer seg på ansatte som har opplevd en høy endringstakt over tid. Typisk for en slik reaksjon er at ansatte ikke føler det kommer til nytte å gi tilbakemelding om at de er uenige i innføringen av endringen, men de gjør likevel et som forventes av dem (Meyer & Stensaker, 2011).

En av utfordringene til multiple endringsprosesser er at overlappende prosesser kan føre til at medarbeiderne kan bli frustrert over at de ikke rekker å fullføre en prosess, før de har startet på en ny. Ofte kan ledere undervurdere betydningen av hvor tidskrevende det er å innføre endringer, noe som kan medføre risiko og frustrasjon hos medarbeiderne (Meyer & Stensaker, 2011). Dette kan igjen føre til motstand til endring. Forfatterne påpeker at det eksisterer mye litteratur om ansattes motstand til endring knyttet til strukturelle, kulturelle og individuelle hindringer. Derimot argumenterer de for at det finnes mindre forskning på ansattes reaksjoner over tid. Det forklares at dette kan skyldes at endringsprosesser har blitt sett på som isolerte prosesser, i form av Lewins tre-steps-modell som knyttes til episodiske endringer og at det er tatt lite hensyn til det langsiktige endringsbilde i organisasjoner (Meyer & Stensaker, 2011).

For å utforske ansattes reaksjoner ytterligere vil jeg ta utgangspunkt i indikatorene tempo og rekkefølge. Det kan også argumenteres for at indikatorene faller innenfor den første dimensjonen som omhandler hvordan ledelsen mobiliserer og gjennomfører endringer. Men jeg ønsker å trekke inn tempo og rekkefølge her, da de ifølge Meyer og Stensaker (2006) også sier noe om ansattes positive og negative reaksjonsmønstre. Hvordan de ansatte reagerer over tid vil også påvirkes av hvordan de ansatte beveger seg i de ulike fasene i en endringsprosess, da disse fasene skjer i ulikt tempo. Tempo og rekkefølge blir ansett som beslektede indikatorer (Meyer & Stensaker, 2006).

## **Tempo og rekkefølge**

*Tempoet* i en endringsprosess knyttes også til endringens timing. Det fremheves at det er viktig at ledelsen introduserer hvilken rekkefølge og tempo endringene blir lansert, slik at dette foregår på en hensiktsmessig måte (Meyer & Stensaker, 2006). En skal være oppmerksom på at et raskt og høyt tempo ved innføringer av endringer kan føre til endringstretthet blant ansatte (Torppa & Smith, 2012). Det hevdes at årsaken til dette er at håndtering av flere endringsinitiativ som skjer samtidig kan føre til endringstretthet (Meyer & Stensaker, 2006).

Ved nye endringer er et viktig å være klar over at noen endringer går hurtigere, mens andre går mer langsommere. Fordelen med hurtige endringsprosesser er at det kan skape drivkraft og energi. Ulempen er at den kan begrense problemløsingen og tilpasning av de nye endringene på kort sikt. Når endringsprosessene er lengre vil det øke sannsynligheten for å tilrettelegge for læring, slik at de ansatte får mer tid til å forstå hva som kreves av dem for å omstillingen av den nye endringen. Ulempen er at endringen kan miste fremdrift, slik at det øker motstand for endring blant ansatte (Meyer & Stensaker, 2006). Manglende oppmerksomhet rundt endringstempoet kan skygge over viktige dynamiske faktorer i prosessen (Gersick, 1994). Ellingsen (2013) forklarer at det er viktig at ledere opprettholder et fornuftig tempo i endringsprosessen, slik at man har tid til å reflektere over kvaliteten på de endringene som gjøres.

*Rekkefølgen* på endringen kan også knyttes til timingen. Dersom de viktigste faktorene blir prioritert først, vil de andre endringene enklere følge etter (Meyer & Stensaker, 2006). Erfaring og forståelse for rekkefølgen fra tidligere situasjoner vil være en styrke, da dette gir større potensial for å forutsi noe om dagens og fremtidige utviklinger (Abbott, 2001; Liguori, 2012). Abrahamson (2000) forklarer at det er hensiktsmessig at både store og små endringer blir innført med riktige intervaller. I den engelske litteraturen benyttes «incremental deployment» for å beskrive rekkefølgen som en trinnvis prosess. Det antas at det vil være enklere for deltakere å håndtere endringen dersom endringsprosessen foregår trinnvis. Dette begrunnes med at deltakerne av prosessen har tid til å innhente den nødvendige kunnskapen og ferdighetene som kreves. I en slik endringsprosess vil det oppstå en endringsrytme som fører til stabilitet i organisasjonen (Klarner et al., 2007).

### 3.3.3 Etablere struktur og rutiner i organisasjonen

I dette delkapittelet ønsker jeg å ta utgangspunkt i de tre ulike ressursverktøyene til Meyer og Stensaker (2011): *frigjøre ressurser, midlertidig økte ressurser, og utvikle endringsressurser*. Dette er for å illustrere hvordan en organisasjon kan fordele ressursene sine best mulig for å oppnå endringskapasitet. Meyer og Stensaker (2011) sitt fokus på bruk av ressurser gir assosiasjoner til en tilstedeværelse av strukturell fleksibilitet, fordi organisasjoner som står i multiple endringsprosesser ofte anses som dynamiske organisasjoner. Klarner et al., (2008) forklarer at strukturell fleksibilitet knyttes til en organisk organisasjonsstruktur som fremmer en felles diskusjon om endring. Dette kan bidra til økt forståelse for endringen, samtidig som den fremmer ansattes ideer for nye løsninger. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2007) kan en organisk organisasjonsstruktur knyttes til en innovativ organisasjon der strukturen er mer flytende og ustrukturert, men samtidig er den mer fleksibel. Forfatterne påpeker at Mintzberg omtalte slike organisasjoner også for ad-hoc-kрати.

Meyer og Stensaker (2011) sine undersøkelser baserer seg på to studier fra private organisasjoner og en studie fra en kommunalsektor. Etersom min studie baserer seg på sykehussektoren som anses som et profesjonelt byråkrati, reiser jeg spørsmålet om de tre ressursverktøyene vil gjenspeiles i den konteksten jeg studerer. Det som kjennetegner strukturen i et profesjonalisert byråkrati er blant annet standardiserte løsninger skaper forutsigbarhet, arbeidsdeling, fokus på formalisert kompetanse, desentralisert beslutningsmyndighet og at strukturen er spesialisert knyttet til spesifikke profesjoner (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Dette skaper altså ikke en forventning til strukturell fleksibilitet. Eksempelvis vil et sykehus ha spesialister som er tilknyttet de ulike avdelingene ut ifra hvilke spesialiseringer de har. Byråkratiske organisasjoner kan være vanskelig å endre, fordi strukturen ofte oppleves som stabile og fastlåste (Brennebroek Gravenhorst, Wekman & Boonstra, 2003).

Det bør understrekes at Meyer og Stensaker (2011) kommenterer at bruken av disse tre ressursverktøyene baserer seg på den aktuelle konteksten organisasjonen er i. Organisasjoner har ulike forutsetninger om hvilke ressurser som er til rådighet for å utvikle langsiktig og vedvarende endringer. I det følgende vil rutiner og rekruttering som er indikatorer under denne dimensjonen belyses ved hjelp av de tre ressursverktøyene. *Rutiner* synliggjøres under «midlertidig ressurser» og indikatoren *rekruttering* under «utvikle endringsressurser».

### **Frigjøre ressurser**

Hensikten med å frigjøre ressurser er å redusere uproduktive aktiviteter, slik at tidsbruken på disse aktivitetene blir redusert eller eliminert. Trykket på den daglige driften kan bremses ved at det gjøres omprioriteringer eller ved at oppgaver blir utsatt eller lagt til side (Meyer & Stensaker, 2011). En måte å frigjøre ressurser på er å omalloktere ressurser ved at ledelsen prioriterer ressurser til den enheten som løser oppgaven mest effektivt. Det er også mulig å omalloktere ressurser i form av at ressursene tas helt bort fra andre oppgaver og frigjøres til endringsarbeidet. Mangelfull prioritering kan medføre at endringen ikke blir gjennomført, eller at det tar lengre tid å implementere den. Konsekvensene av dette kan gi utslag i form av at medarbeiderne opplever høyt arbeidspress med for mange arbeidsoppgaver og de dagligdagse oppgaver kan bli skadelidende. Det påpekes at ledere ofte er bedre til å forklare hva som skal prioriteres av oppgaver, enn å diskutere hvilke oppgaver som bør legges bort eller utsettes (Meyer & Stensaker, 2011).

### **Midlertidig økte ressurser**

Meyer og Stensaker (2011) forklarer at implementeringen vil være enklere dersom ressursene økes midlertidig i en endringsprosess. Det forklares at dette kan gjøres enten ved å tiltatte overkapasitet i en periode, eller å tilføre nye ressurser til organisasjonen. Organisasjoner som har mye endringserfaring vil trolig anerkjenne det å ha ekstra kapasitet i en endringsfase. Eksempelvis kan det være knyttet til fusjoner og oppkjøp eller innføring av ny teknologi (Meyer & Stensaker, 2011).

Innleie av ekstern arbeidskraft vil også kunne bidra til økning av midlertidig ressurser. Meyer og Stensaker (2006) trekker frem indikatoren *rekruttering* som vil bidra til økt endringskapasitet. Forfatterne skiller mellom to typer rekrutteringer: midlertidig- og permanent rekruttering. *Midlertidig rekruttering* kan for eksempel være ekstrahjelp med god kompetanse på endringsfeltet som bidrar i en kort periode i organisasjonen. Dette kan eksempelvis være endringsagenter som har hatt sentrale roller i et etablert prosjekt (Meyer & Stensaker, 2011). Et annet alternativ er *permanent rekruttering* hvor en blir tilbudt en fast stilling. Det vil øke ressursene i organisasjonen og sørge for at endringskompetansen blir værende (Meyer & Stensaker, 2006). Lawler og Worley (2006) viser viktigheten med å leie inn permanent arbeidskraft, da dette er profesjonelle fagfolk innen endringsledelse og organisasjonsutvikling. Dette kan gi organisasjonen en god måte å utvikle sine

endringsferdigheter. På sin side argumenterer Schumacher og Scherzinger (2016) at det kan være fordelaktig å opprette egne interne konsulenter som kjenner til organisasjonen, i motsetning til å hyre inn konsulenter utenifra. Interne konsulenter har eierskap til organisasjonen og deres involvering til flere endringsprosesser vil være nyttig for å opparbeide seg en endringskapasitet.

### **Utvikle endringsressurser**

Ifølge Meyer og Stensaker (2011) kan en organisasjon utvikle endringsressurser på alternative måter. Et alternativ er at ledere som har skaffet seg erfaring gjennom tidligere endringsprosesser, kan knytte erfaringene til nåværende praksis for å fremme de endringene som er i organisasjonen. Det andre alternativet er organisasjoner som har fokusert på oppbygningen av medarbeiderne og lederens kompetanse, kan iverksette disse endringene som nå er klare til å mobiliseres. En annen måte er å utvikle rutiner og strukturer som brukes i dagens praksis, som er basert på tidligere erfaringer (Meyer & Stensaker, 2011). Indikatoren *rutiner* kan bidra til en økt stabilitet i organisasjonen. Dersom det eksisterer gode rutiner i en organisasjon vil det være færre elementer de ansatte må forholde til i en endringsprosess. Å innføre rutiner for å imøtekomme endringer, kan medføre økt endringskapasitet i organisasjoner (Meyer & Stensaker, 2006).

Når det gjelder indikatoren *rutiner* supplerer jeg samtidig med Meyer og Stensaker (2011) om *utvikle endringsressurser* og Meyer og Stensaker (2006) sine beskrivelser av rutiner, med betegnelsen metarutiner fra studien til Innis og Berta (2016). Forfatterne har hentet dette begrepet fra Lewin, Massini og Peeters (2011). Høyere rutinenivå blir omtalt som metarutiner, som er overordnede rutiner som påvirker rutiner på lavere nivå. Metarutiner vil påvirke endringer i organisasjonspraksis og hvordan ny kunnskap benyttes. Videre kan metarutiner brukes til å utforske eksterne eller interne omgivelser. Eksterne metarutiner kan enten bidra til å løse nye problemer, erfaringer eller organisasjonslæring. Interne metarutiner forklarer hvordan ny kunnskap kan anvendes i organisasjonen (Lewin et al., 2011). Dette støtter opp under indikatoren *rutiner* som knyttes til den tillærte kunnskapen og erfaringen fra etablerte rutiner fra en tidligere endring, som kan benyttes ved fremtidige endringsprosesser (Meyer & Stensaker, 2006).



Innis og Berta (2016) undersøkte hvordan overordnede rutiner (metarutiner) som *skanning, bruken av deltakere, interne regimeutvelgelse, allokering av ressurser og opparbeiding interne nettverksbygging* som kan benyttes for å forstå hvordan helsesektoren innfører ny praksis. Disse metarutiner er ikke en uttømmende liste, men synligjør hvordan de kan bidra med å lette bruken av kunnskap i helseorganisasjoner. Forskerne utforsket hvordan disse rutinene ble diskutert på tvers av sykehus for å innhente kunnskap om nye arbeidsmetoder som var basert på forskning. Helseorganisasjoner innfører stadig vekk ny kunnskap i deres prosedyrer og praksis. Det kan for eksempel være ny kunnskap i forbindelse med nye teknologier, protokoller eller kunnskap om hvordan arbeidet skal struktureres. Hvordan disse praksisene blir innført, vil avhenge av organisasjonen læringskapasitet (Innis & Berta, 2016).

For å implementere ny praksis referer Innis og Berta (2016) til flere forskere som blant annet Ellen, Léon, Bouchard, Lavis, Ouimet og Grimshaw (2013), som viser at å omallokere ressurser til opplæring, tid og informasjonsteknologi er sentrale faktorer. På bakgrunn av dette er det blant annet viktig å opparbeide et internt nettverk for å skape et tverrfaglig engasjement og for å sette sammen hensiktsmessige arbeidsgrupper (Innis & Berta, 2016). Dette kan sees i sammenheng med Meyer og Stensaker (2011) sin teori om utvikling av endringsressurser, der de viser til rutiner og strukturer som begreper som omfatter hvordan strukturen i prosjekter kan benyttes igjen for å videreutvikle fremtidige endringsprosesser. Det påpekes når ledere og medarbeidere har erfaring med å arbeide i prosjekt, vil arbeidsstrukturen enklere brukes om igjen. Det vil bli benyttet tilsvarende metoder for hvordan man går fram med etableringen av et prosjekt og hvordan man skaffer seg de riktige ressursene (Meyer & Stensaker, 2011). På sin side forklarer Rasche og Chia (2009) at slike tilfeller gjelder også rutinebasert atferd som følger et faste mønstre. Dersom rutinene ikke følger et fast mønster kan nye rutiner komme overraskende på medlemmene i en organisasjon.

## **4. Metodisk tilnærming**

I dette kapittelet vil jeg presentere metodene som er lagt til grunn for undersøkelsen. Kapittelet starter med å redegjøre for studiens vitenskapsteoretiske posisjon, og deretter begrunnes valg av studiens forskningsdesign. Videre vil jeg beskrive hvordan datainnsamlingen ble gjennomført og håndtert. Til slutt vil jeg reflektere over studiens kvalitative kvalitetskriterier.

### **4.1 Vitenskapsteoretisk posisjon**

Vitenskapsteoretiske posisjon baserer seg på hvordan forskeren oppfatter virkeligheten og hvordan kunnskap om virkeligheten dannes. Å velge den mest hensiktsmessige tilnærmingen tar utgangspunkt i hvordan forskeren ønsker å samle inn sitt datamateriale (Jacobsen, 2015). Formålet med min studie er å belyse hvordan endringsarbeid i en sykehusavdeling benytter endringskapasitet, med pakkeforløpet som et eksempel. Hensikten er også å få innblikk i hvordan sykehusorganisasjoner som et profesjonalisert byråkrati som arter seg i forhold et dynamisk begrep som endringskapasitet. På bakgrunn av dette ønsker jeg å få kunnskap om hvordan de ulike personer på den avdelingen jeg studerte opplevde og reflekterte over innføringen av pakkeforløpet. Å studere hvordan mennesker når sine felles mål i organisasjoner er et svært abstrakt fenomen, noe som gjør at det kan være vanskelig å observere dette rent objektivt. Studien tar dermed utgangspunkt i et subjektivt og sosialkonstruktivistisk perspektiv, da virkeligheten blir ansett som en kontinuerlig utvikling (Jacobsen, 2015). Samtidig vil jeg fortolke de empiriske funnene for å få en dypere innsikt av endringen, slik at denne studien ikke bare baserer seg på en subjektiv posisjon.

### **4.2 Forskningsdesign**

Forskningsdesign gir en god pekepinn på hva som skal studeres og hvem som skal undersøkes, og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres. Før jeg redegjør for studiens forskningsdesign vil jeg understreke at jeg har valgt en kvalitativ metode på bakgrunn av sosialkonstruktivistisk perspektiv. Golafshani (2003) påpeker at kvalitativ forskning er den tilnærmingen som er mest naturlig dersom en ønsker å få en bredere forståelse av et fenomen i spesifikke situasjoner. Fordelen med denne metoden er at den går i dybden av komplekse situasjoner. I motsetning til en kvantitativ metode som ofte vil avkrefte eller bekrefte hypoteser basert på et spørreskjema gjennom standardiserte svaralternativer (Johannessen et

al., 2010). Dersom jeg skulle ha benyttet en kvantitativ metode måtte jeg ha en svært god kunnskap om emnet for å kunne utforme spørsmålene og svaralternativene, og da ville noe av poenget forsvinne. Jeg ønsket gjennom forskningen å få større forståelse av endringskapasitetsbegrepet.

Johannessen et al., (2010) påpeker at det finnes mange ulike kvalitative forskningsdesigner. En casestudie kan være en gruppe, hendelse, prosesser eller en organisasjon. På bakgrunn av dette kan det antas at denne studien anses som et casedesign. Ettersom jeg ikke har datamaterialet på selve implementeringen av pakkeforløpet i den avdelingen jeg studerte, vil jeg ikke omtale denne studien som et casedesign, da jeg ikke har kilder til andre datamaterialer (Johannessen et al., 2010). Av den grunn har jeg heller benyttet meg av en kvalitativ intervjuundersøkelse. Ifølge Tjora (2018) er formålet med slike intervjuer at man kan skape en løs samtale ut ifra det temaet som studeres. Det påpekes at det er viktig at forskeren skaper en avslappet stemning slik at informanten kan reflektere over erfaringene knyttet til det aktuelle teamet. Videre påpeker Tjora (2018) at intervjueren kan oppleve at det kommer fram digresjoner om andre temaer som informanten synes er viktig. Det kan være temaer i utgangspunktet intervjueren ikke hadde planlagt å ta opp. Temaene i denne studien ble på forhånd lansert ut ifra studiens intervjuguide på bakgrunn av studienes teoretiske rammeverk.

#### **4.2.1 Forskningsstrategi**

På bakgrunn av studiens teoretiske rammeverk hadde jeg utledet noen forventinger til funn, samtidig var jeg åpen for at teorien måtte endres underveis i arbeidet med materialet. Dette har medført at jeg beveget meg fram og tilbake mellom teori og empiri. I metodisk litteratur blir en slik tilnærming omtalt som en abduktiv tilnærming (Johannessen et al., 2010).

Thagaard (2013) trekker frem at kvalitative metoder ofte er abduktive, fordi funnene i analysen bærer preg av at begreper og teori utvikles og bearbeides i den teoretiske forankringen. Abduktiv tilnærming kan anses som en kombinasjon av induktive og deduktive tilnærminger, da deduktiv tilnærming benyttes når forskeren ønsker å teste ut sin eksisterende teori opp mot sine forventinger. I motsetning til en induktiv tilnærming hvor forskeren analyserer sine data, og deretter utvikler teori basert på funnene i undersøkelsen.

### **4.3 Datainnsamlingsmetode**

Når de ulike valgene er tatt for å gjennomføre en mest mulig representativ undersøkelse må forskeren vurdere hvem utvalget består av, hvordan undersøkelsene skal gjennomføres og hvordan dataene skal samles inn og systematiseres (Jacobsen, 2005). Det empiriske utgangspunktet i min studie inkluderer ansatte og ledere på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), som hadde innført et tidligere pasientforløp gjennom et Lean-prosjekt i 2009 og pakkeforløpet i 2015.

#### **4.3.2 Utvalg og rekruttering**

Å velge riktig utvalg av informanter vil påvirke informasjonen som samles inn (Jacobsen, 2005). For å belyse oppgavens problemstilling har jeg foretatt noen utvalgs-kriterier. Thagaard (2013) forklarer at det er gunstig å benytte seg av strategisk utvalg i kvalitative intervjuer. Tjora (2018) forklarer dette med at strategiske utvelgelses baserer seg på informanter som kan uttale seg på en reflekterende måte ovenfor det aktuelle temaet. Utvalgsstørrelsen på undersøkelsen beror på studiens gjennomførbarhet, målgruppe og begrensede ressurser. Ved studentprosjekter bør en ofte begrense seg til færre enn 10 intervjuer på bakgrunn av økonomisk rådighet og tidsbegrensning (Johannessen et al., 2010).

Videre påpeker Johannessen et al., (2010) at det er usannsynlig at alle informanter får samme status i en kvalitativ undersøkelse. Det betyr at noen informanter er mer aktuelle enn andre for å bli inkludert i utvalget. I min studie hadde informantene ulike roller, og forløpskoordinatorene og forløpslederne var mer sentrale enn andre informanter. Dersom forskeren oppdager at en ikke får tilstrekkelig informasjon, kan det kompenseres med andre informanter (Johannessen et al., 2010). Underveis i intervjuprosessen vurderte jeg det som hensiktsmessig å kontakte andre personer for å fange flere aspekter ved pakkeforløpet.

De fleste av informantene ble rekruttert gjennom min kontaktperson på sykehuset. Jeg fikk tilsendt en oversikt over de aktuelle informantene, hvor de fleste var ledere. Jeg kontaktet de aktuelle informantene, og ønsket tilbakemelding på om det var noen andre sentrale informanter jeg burde kontakte. Forløpskoordinatorene for dette pakkeforløpet oppdaget jeg selv etter et søkt på avdelingens hjemmeside. Samtlige informanter nevnte de samme personene som jeg burde oppsøke på den avdelingen jeg studerte.

Rekrutteringsprosessene av informantene var det som var mest utfordrende med forarbeidet til denne studien. Årsaken til dette var trolig at de som jobber på sykehus er svært travle. Jeg sendte først ut en e-post i starten av desember, hvor flere av informantene svarte at de hadde anledning til å stille som informant, mens andre svarte ikke. Etter flere påminnelser måtte jeg til slutt ringe på deres personlige telefonnummer. Flere av informantene som var villige til å stille som informant før jul, ga sterkt uttrykk for at de var altfor travle og ikke hadde mulighet til å stille som informant likevel.

Det bør nevnes at personen som var forløpslederen under innføringen av pakkeforløpet i 2015 hadde sluttet for noen år siden. Jeg anser det som en svakhet at forløpslederen ikke ble intervjuet i denne studien. Det endte opp til slutt med åtte informanter. Jeg hadde mitt åttende intervju dagen før Norge stengte ned den 12. mars 2020 på grunn av koronaviruset. Jeg tok derfor ikke kontakt med informantene for å stille oppfølgingsspørsmål noe jeg ville ha gjort under normale omstendigheter.

Det som preger studiens utvalg er at det består av både klinikere som både har lederstillinger og administrative oppgaver. Videre består utvalget av administrerende personell som også har kliniske oppgaver, men lederstillinger. Jeg har noen funn som tilsier at det er forskjeller mellom klinikere og administrerende personell, men i behandling av materialet mitt vil ikke de ulike stillingsfunksjonen kommenteres ytterligere. Jeg vil påpeke at det ville ha vært interessant å skille ut de ulike profesjonene som administrativ personell og klinikere, men med hensyn til informantenes anonymitet har jeg valgt å kategorisere informantene etter tall.

### **4.3.3 intervjuguide og gjennomføring av intervju**

Jeg benyttet meg av semistrukturert intervju, og hadde utarbeidet en overordnet intervjuguide som jeg forholdte meg til (vedlegg 3). Ifølge Johannessen et al., (2010) vil rekkefølgen på tema og spørsmål varierer i et semistrukturert intervju. I min undersøkelse bevegde jeg meg fram og tilbake i intervjuguiden ut ifra hva informanten responderte på. Intervjuguiden besto av de tre dimensjonene fra oppgavens teoretiske rammeverk: *Hvordan ledelsen mobiliserer og gjennomfører endringer, Hvordan ansatte reagerer på endringer og Etablere struktur og rutiner.*

De første intervjuobjektene jeg intervjuet hadde lederstillinger. Intervjuguide måtte justeres da jeg fikk informanter med andre fagprofesjoner, som for eksempel sykepleiere. Alle intervjuene ble gjennomført på informantens avdeling på sykehuset, hvor intervjuene foregikk enten på møterom eller på informantens kontor. Ifølge Tjora (2018) vil informantene føle seg mer komfortable dersom de blir intervjuet på sin egen arbeidsplass. Jeg valgte bevisst å ikke sende ut intervjuguiden på forhånd, ettersom jeg ikke ønsket at informantene skulle forberede seg konkret til hvert enkelt spørsmål.

Det første intervjuet ble gjennomført som et pilotintervju for å blant annet kartlegge tidsbruk og eventuelle korrigeringer av spørsmål. Tjora (2018) hevder at det er viktig å anslå presist tidsbruk for hvor lenge intervjuet skal vare, og at intervjuet helst ikke bør vare så lenge. Jeg erfarte at ansatte på et sykehus ofte er svært travle, og dermed var det viktig å sette en tidsramme for intervjuet. Intervjuene varte omtrent i 45 minutter, og noen varte lenger enn den anslåtte tidsrammen. I forkant av intervjuet fikk informantene tilsendt en samtykkeerklæring med beskrivelse av studien. Under intervjuene opplevde jeg noen misforståelser, da informantene ikke forstod helt hva jeg mente om spørsmålene fordi de fikk andre assosiasjoner til spørsmålene enn det jeg forventet.

Før intervjuene ble gjennomført spurte jeg om informantens samtykke om bruk av lydopptak. Det ble også forklart eksplisitt hvordan opptakene skulle oppbevares, og informantens rettigheter til anonymitet. Alle informantene samtykket dette. Fordelen med lydopptak er at intervjueren kan konsentrere seg om det informanten forteller, slik at det blir en god kommunikasjon og flyt i intervjuet uten forstyrrelser (Tjora, 2018). Ifølge Johannessen et al., (2010) vil dette være en fordel at informasjonen som blir formidlet blir nedskrevet i detalj.

#### **4.4 Dataanalyse**

Ifølge Johannessen et al., (2010) bør man analysere og fortolke det innsamlende datamaterialet. Den største utfordringen etter intervju er at man sitter igjen med store mengder data, og dermed er et viktig å systematisere og kategorisere det innhentende datamaterialet. En effektiv måte å håndtere kvalitative datainnsamlinger å ta utgangspunkt i det teoretiske rammeverket, og dele inn hovedtemaene fra dette rammeverket så langt det er mulig (Jacobsen, 2005). I begynnelsen prøvde jeg å kategorisere materialet mitt ut ifra studiens

teoretiske rammeverk (figur 1). Jeg opplevde det som noe utfordrende å bruke det teoretiske rammeverket for å kategorisere funnene mine, ettersom flere av temaene overlappet og passet inn under flere av dimensjonene og indikatorene. Dette medførte at jeg fikk tilsvarende funn på flere av dimensjonene.

Gibbs (2007) omtaler en inndeling etter hovedtemaer som teoridrevende kategorier. Det er fordelaktig dersom forskeren ikke lanserer store forventinger om hva empirien vil fortelle og det rådes til å begynne å lese datamaterialet med et åpent sinn for å se hva som arter seg. På denne måten vil forskeren bevege seg fram og tilbake mellom teori og empiri. Dette kan samsvare med min tidligere argumentasjon, der jeg viste at jeg benytter meg av en abduktiv tilnærming. For å kategorisere materialet benyttet jeg meg av ulike markeringstusjer. Dette gjorde det enklere å systematisere informasjonen under de ulike hovedtemaene som ofte ble nevnt fra intervjuene.

Som nevnt benyttet jeg meg av lydopptak for at transkriberingsprosessen skulle bli enklere, slik at jeg kunne lytte til informasjonen på nytt og få med meg nyansene. Jeg transkriberte alle intervjuene forløpende, mens de ennå var friskt i minne. Da jeg hadde transkribert alle åtte intervjuene satt jeg igjen med 120 sider kjernetekst. Jeg skrev ned de viktigste og sentrale uttalelsene fra intervjuene og laget derav et sammendrag med hovedpoengene fra hvert intervju. Jeg skrev også ned en del spørsmål ut ifra de uttalelsene jeg ikke helt forstod. Jacobsen (2005) forklarer at det er fordelaktig å danne seg et hovedinntrykk kort tid etter at intervjuene, da dette kan få betydning for en senere drøfting og det kan bidra til å avklare undersøkelsens troverdighet.

## **4.5 Kvalitetskriterier i kvalitativ forskning**

I metodisk litteratur beskrives en rekke ulike begreper og synonymer for kvalitetskriteriene knyttet til kvalitativ forskning. Jeg har valgt å benytte de norske begrepene: *pålitelighet*, *troverdighet* og *overførbarhet* for å belyse hvordan et forskningsprosjekt bør opptre i tråd med de nevnte kvalitetskriteriene.

### **4.5.1 Pålitelighet, og troverdighet og overførbarhet**

Ved å reflektere over spørsmål om hvordan data i en undersøkelse er innhentet, hvordan valg av metode kan ha påvirket undersøkelsen eller hvordan resultatene anses som etterprøvbare,

kan det fortelle noe om studiens *pålitelighet* (Lincoln & Cuba, 1985). Tjora (2018) forklarer at pålitelighet viser om det eksiterer en sammenheng gjennom hele forskningsprosjektet. Forskerens engasjement under prosjektet kan ha en innvikling på resultatet ettersom en fullstendig nøytralitet ikke kan eksistere. Det er viktig å gå ut i felten ved å være åpen og forberedt på at man kan justere sin forståelse om temaet underveis i prosessen (Repstad, 1993; Tjora, 2018). Videre trekker Tjora (2018) frem at det er viktig at forskeren evner å forstå hvilken posisjon man er i, slik at man kan reflektere over hvordan sitt personlige engasjement kan påvirke forskningsarbeidet i oppgavens diskusjon og resultatene fra datamaterialet. For å sikre påliteligheten i denne oppgaven har jeg gitt en detaljert forklaring på konteksten for både endringen gjennom Lean-prosjektet fra 2009 og pakkeforløpet i 2015 (se kapittel 2). Jeg har forsøkt å være etterrettelig i form av at jeg har forklart undersøkelsens fremgangsmåte, forklart gjennomføringen av intervjuprosessen, og begrunnet de empiriske funnene ved å fremlegge flere sitater fra informantenes uttalelser.

*Troverdighet* viser om det er sammenheng mellom fenomenet som studeres og det innsamlende datamaterialet. Hvordan forskeren reflekterer over sine valg av riktig fremgangsmåte og hvordan studien representerer virkeligheten vil være et viktig kritikkpunkt for å oppnå økt troverdighet. I litteraturen blir troverdighet ofte beskrevet som begrepsvaliditet (Johannessen et al., 2010). Tjora (2018) trekker frem at spørsmålene som stilles og hvordan de utformes kan ha betydningen for gyldigheten i prosjektet. I forbindelse med min spørsmålsformulering opplevde jeg at informantene av og til ikke forstod helt hva jeg mente, og assosierte endringen annerledes enn jeg forventet. Dette er elementer som kan være med på å utfordre studiens gyldighet. Dette kan også forsterkes ved at jeg ikke kunne ta kontakt i ettertid, for å stille oppklarende spørsmål om eventuelle misforståelser.

Ifølge Johannessen et al., (2010) i Lincoln og Guba (1985) kan man øke troverdigheten på to måter: vedvarende observasjon og triangulering. *Vedvarende observasjon* innebærer å bruke god tid på å undersøke det feltet som studeres, noe som medfører at det er enklere å studere skille mellom relevant og ikke relevant informasjon. Jeg brukte tid på å lese meg opp på Helsedirektoratets implementering av pakkeforløpet fra 2015. For å få mer kunnskap kontaktet jeg sentrale personer i forbindelse med pakkeforløpet. Jeg hadde ingen erfaring med arbeid i sykehus og måtte prøve meg fram med de temaene jeg ønsket å belyse for å studere endringskapasiteten i avdelingen nærmere. Jeg opplevde det som utfordrende å komme inn i



et sykehus da den har en kompleks organisasjonsstruktur knyttet til arbeidsoppgaver til de ulike profesjonene.

*Triangulering* viser til at forskeren kan benytte flere metoder til innsamling av data for eksempel gjennom intervju og observasjon. Det kan også være at forskeren benytter seg av flere alternativer for å studere feltet nærmere (Johannessen et al., 2010). Jeg har som nevnt kun benyttet meg av intervjuer, og med hensyn til min studie kunne det ha vært fordelaktig å benytte seg av observasjon for å få bedre innsikt i hvordan avdelingen er strukturert. Dette kunne ha styrket troverdigheten av de empiriske funnene.

Johannessen et al., (2010) forklarer at hensikten med *overførbarhet* er å se om funnene i forskningsprosjektet kan være gjeldene i tilsvarende situasjoner. I kvalitative undersøkelser er overførbarhet knyttet til overføring av kunnskap, framfor generalisering blir ofte assosiert med statistisk generalisering i kvantitative undersøkelser. På sin side mener Tjora (2018) at generalisering i form av overførbarhet er en viktig diskusjon i kvalitative studier, da det fremmer et godt etablert kvalitetsindikator for forskningen og hva slags type generalisering man kan forvente fra kvalitative studier. Mitt teoretiske rammeverk har skildret noen forventinger til hvordan de ulike indikatorene fra Meyer og Stensaker (2006) kan operasjonaliseres eller generaliseres. Endringskapasitet som blir undersøkt i den avdelingen jeg studerer vil ikke nødvendigvis være overførbar til andre sykehus, men at funnene fra min studie kan være gjenkjennelig og gjenstand for diskusjon om endringskapasitet i en sykehusorganisasjon.

#### **4.5.2 Forskningsetikk**

Forskningsetikk viser blant annet hvordan man skal ivareta personvernet til de som blir intervjuet (Johannessen et al., 2010). Før intervjuprosessen var jeg svært nøye med å informere intervjuobjektene om deres rett til anonymitet og hvordan jeg ville håndtere lydopptaket etter intervjuene. Tjora (2018) forklarer at det er viktig at en forsker reflekterer over de etiske problemstillingene både før, underveis og etter datainnsamlingen. Jeg har tidligere i metodekapittelet informert om hvordan jeg fortalte informantene om hvordan jeg ville håndtere deres opplysninger på en konfidensiell måte. Jeg valgte å kategorisere informantene etter tall, for å anonymisere informantene i den grad det var mulig. Flere av informantene med samme profesjon hadde ulike funksjoner i avdelingen. Informantene ble

informert om at deres stillingstittel ble anonymisert og at lydopptaket ville bli slettet etter innsendt masteroppgave. Det ble også presisert at det var valgfritt å delta i undersøkelsen. Informantene hadde også muligheter til å trekke seg etter endt intervju. Studiens intervjuguide og informasjonsskriv til informantene ble godkjent av Personvernombudet for forskning ved NDS–Norsk senter for forskningsdata AS.

## 5. Analyse: Presentasjon av funn

Oppgavens hensikt er å belyse endringskapasiteten i sykehussektoren. Dette utføres ved å bruke et eksempel fra en sykehusavdeling og deres erfaringer fra innføringen av pakkeforløpet. Jeg hadde forventet at pakkeforløpet som ble innført av Helsedirektoratet i 2015 ville være en stor endring i avdelingen. Det viste seg at samtlige intervjuobjekter ikke assosierte pakkeforløpet som en stor endring. Et illustrerende sitat som møtte meg var: *«I 2015 innførte vi ikke pakkeforløpet, da foresatt vi bare med det vi hadde gjort»*. Når informantene omtalte endringen som hadde foregått på avdelingen refererte de ofte til endringen fra Lean-prosjektet i 2009. En uttalelse som gir et godt bilde på dette er: *«Fra dette ble implementert i 2009, så har vi hatt et pakkeforløp, som er omtrent prikk likt fra Helsedirektoratet i 2015 ... Det er akkurat det samme som vi gjør nå bare at vi skriver pakkeforløp. Det er liksom keiserens nye klær»* (Informant 2). På bakgrunn av disse uttalelsene kan det forstås slik at informantene opplevde at endringen av pasientforløpet i avdelingen allerede var implementert gjennom Lean-prosjektet i 2009. Samtidig kom det etterhvert fram funn som antyder at pakkeforløpet ble erfart som endring.

I det følgende vil jeg undersøke endringskapasiteten nærmere til den studerte sykehusavdelingen. Dette vil sees ved hjelp av Meyer og Stensaker (2011) sine tre dimensjoner: *Hvordan ledelsen mobiliserer og gjennomfører endring, Hvordan ansatte reagerer på endring og Etablere struktur og rutiner i organisasjonen* med tilhørende indikatorer fra det analytiske rammeverket fra figur 2. Kapitlet vil avsluttes med en tabell som viser oppsummering av studienes empiriske funn.

### 5.1 Hvordan ledelsen mobiliserer og gjennomfører endring?

I denne delen gir materialet et hovedinntrykk om at det ble skapt en felles forståelse rundt de tidligere endringene avdelingen hadde vært gjennom. Funnene forteller at Lean-prosjektet i

2009 ble inspirert av et sykehus i Danmark, som ble ansett som et fremtredende sykehus knyttet til gode pasientforløp. Avdelingen jeg studerte hadde utarbeidet en arbeidsgruppe som også var sentrale i implementeringen (fokusgruppe). Gruppen kartla dagens forløp, synliggjorde tidstyvene og kom med forslag til forbedringer til prosjektgruppen. Samtlige informanter begrunner Lean-prosjektet som et godt utgangspunkt for begrunnelsen av innføringen av pakkeforløpet.

Meyer og Stensaker (2006) gjorde meg oppmerksom på indikatorene innramming og involvering. Det foreligger ikke mye materiale fra funnene i undersøkelsen på dette området, men likevel sier materialet noe om hvordan ledelsen kommuniserte med de ansatte som kan bidra til å synliggjøre hvordan ledelsen tilrettela for en felles forståelse for endringene av pasientforløpene både for 2009 og 2015.

### **5.1.1 Innramming**

Meyer og Stensaker (2006) understreker at innramming kan bidra til å forklare hvilke begrunnelser som er gitt for selve endringen, da dette vil øke medarbeiderens felles forståelse for endringen. Ut ifra det informantene fortalte kan det virke som om det ikke ble gitt så mye særskilt informasjon om hvorfor pakkeforløpet skulle innføres i 2015. Dette kan illustreres ved følgende sitater:

*«Det vet jeg ikke om jeg husker noe spesielt om... Jeg tror nok at avdelingslederen informerte sakte om sikkert om det (...) fikk vi bare beskjed om at slik kommer det til å bli (informant 7).*

*«Husker ikke helt, fikk mail.. Etter dette var det noe som bare skulle implementeres (informant 1).*

Et annet interessant funn var en informant som hadde vært i permisjon i et år da pakkeforløpet ble innført. Det kan tenkes at informanten ikke registrerte at det var et behov for et nytt pasientforløp eller at det ble innført et nasjonalt pasientforløp fra Helsedirektoratet.

Informanten forklarer: *«Jeg kan ikke huske at det var noe... eller merket noen endringer egentlig. Vi var godt forberedt ... om det ble justert noe etter den nasjonale planen, det kan jeg ikke huske..»* (informant 5). Det kan antydes at det var gitt en tilstrekkelig informasjon om

hvordan et pakkeforløp fungerer. På den andre siden kan det antydes at informasjonen fra ledelsen var noe mangelfull knyttet til det nye rapporteringssystemet for koding av pasienter. Dette illuderes ved følgende sitat: *«Det var mer sånn: okei, her må vi sette noen koder. Skjønte ikke helt omfanget av det i starten. Hadde ikke like mye fokus på hvordan vi skulle kode pasienter i sanntid, for å prøve å få de innenfor fristen* (Informant 1).

En annen informant påpeker at hen ikke merket at det ble laget et nytt system knyttet til pakkeforløpet. Det var fordi de som hadde vært involvert i pakkeforløpet ikke merket noen endringer da de allerede hadde utarbeidet et behandlingsforløp for denne pasientgruppen uavhengig om det har vært et pakkeforløp eller ikke. Informanten uttaler:

*«... så merker man ikke at man har laget et nytt system. Det opprinnelig pakkeforløpet var noe alle viste pågikk, og det pågikk over lang tid, og det ble kommunisert hva man tenkte underveis ... Det er bare en oppskrift på en god måte på hvordan man gjør den jobben man likevel må gjøre»* (informant 2). Dette kan tyde på at det foreligger en god kommunikasjon innad i avdelingen.

Det fremkommer også funn som antyder at en god kommunikasjon var avgjørende for innføringen av Lean-prosjektet: *«Det var alfa omega for å få dette til å fungere. Man hadde klare retningslinjer på det ...»* (Informant 4). Det opplyses at det var et godt samarbeid mellom lederne på avdelingen på denne tiden.

Flere informanter trekker frem at det var et godt samarbeid med hen som var forløpsleder under pakkeforløpet i 2015, og den samme personen var også sentral i utarbeidelsen og implementeringen av pasientforløpet i 2009. Det opplyses om at vedkommende ikke jobber i avdelingen lenger. Videre understrekes det at den tidligere forløpslederen hadde også et godt eierforhold til pasientforløpet som ble utarbeidet gjennom Lean-prosjektet..

### **5.1.2 Involvering**

Indikatoren involvering er også noe Meyer og Stensaker (2006) fokuserer på for å skape en felles forståelse for endringen. Jeg er opptatt av å se hvordan ledelsen involverte medarbeiderne i det nye pakkeforløpet. Det viser seg at jeg har noe manglende empiri når det

gjelder involvering, men det som kom fram var at samtlige informanter følte seg godt forberedt og at det foreligger et felles språk i avdelingen.

Under innføringen av Lean-prosjektet i 2009 var det flere av informantene som var delaktig i en implementeringsgruppe som ble kalt for fokusgruppe (jfr. delkapitel 2.1). Samtlige informanter forklarte at de var delaktig i Lean-prosjektet. På bakgrunn av dette fikk jeg en oppfatning om at de medarbeiderne som var delaktig der, hadde noe mindre oppfatning om hvordan de var involvert i innføringen av pakkeforløpet.

En informant kommenterte at ledelsen har et større fokus på å involvere de ansatte i dag, sammenlignet med hvordan medarbeiderne ble inkludert under Lean-prosjektet. Det er fordi at man skal unngå situasjoner der ansatte kommer tre uker senere med sine innspill: *«Jaja, vi har blitt mye flinkere ... og at alle kan utale seg å komme med innspill i alle grupper. Også sys det sammen av ledelsen til et forløp»* (informant 7).

På en annen side er ikke dette bilde helt entydig. En informant antyder når hen ikke var med på oppstarten av det nye rapporteringssystemet (se kapittel 2.2) førte dette til at informanten ikke følte seg godt nok forberedt. En av de informantene som ikke følte seg godt nok forberedt forklarte: *«Det kan jo bero på min. eller det gjør jo det ... min måte å jobbe på. Jeg liker å være med fra start. Slik at man får en felles forståelse for arbeidsoppgaver man har og ikke* (informant 6).

Funnene viser også noe om hvordan ledelsen inkluderte ulike profesjoner. En informant forklarer årsaken til at alle ansatte ikke var involvert i innføringen av pakkeforløpet: *«Nei, det var vel sånn reglene var, eller hva man tenkte at man skulle spisse å få noen superbrukere»* (Informant 6). Informanten forklarte at hen var involvert i den grad at de skulle utarbeide stillingsbeskrivelser til pasientadministrative sykepleierne (PAS) som var ansett som en kontaktperson under det tidligere pasientforløpet i Lean-prosjektet. Tilsvarende stillingsbeskrivelse skulle overføres til pakkeforløpet.

*«Vi var jo det i forhold til det her med sykepleierne da, med tanke på den som skulle være tilgjengelig. Det var vi jo. Da uttalte vi oss og kom med forslag. Men det ble ikke gjennomført*

til pakkeforløpet. Jeg spurte hva som mentes med dette, og da svarte informanten: «Den pasientadministrative sykepleieren. Vi laget funksjonsbeskrivelse på den (Informant 6).

## 5.2 Hvordan reagerte de ansatte på endringen?

Meyer og Stensaker (2011) forklarer i sin studie at de ansatte som har mye erfaringer gjennom endringsprosesser vil trolig reagere mer ensartet. I teoridelen ble det belyst at de empiriske forventningene til Meyer og Stensaker (2011) er knyttet til lojale reaksjoner i form av endringsvillighet og resignasjon, for å studere endringskapasiteten til ansattes reaksjoner. Hovedfunn i denne analysen indikerer at det foreligger lojale reaksjoner knyttet til innføringen av pakkeforløpet, og at flere av informantene har vært gjennom flere endringsprosesser. Det tidligere Lean-prosjektet ble ansett som en positiv endringsprosess. Datamaterialet mitt viser ikke like tydelig at det foreligger en lojal reaksjon basert på det Meyer og Stensaker (2011) omtaler som resignasjon, der ansatte ofte har negative tanker til nye endringer, men likevel ønsker å gjennomføre endringene uten å ha noen spesielle formeninger om den. Ut i fra funnen mine observerte jeg mer en slags likegyldighet og passivitet knyttet til innføringen av pakkeforløpet. Av den grunn ønsker jeg å benytte begreper passivitet og likegyldighet for å forsøke å operasjonalisere det Meyer og Stensaker (2011) omtaler som resignasjon. Et annet interessant reaksjon var knyttet til standardisering av pasientforløp. Reaksjonen om passivitet kan peke i en retning mot motstand.

Som nevnt var det flere informanter som har vært med i tidligere endringsprosesser. Noen informanter trekker frem den store omorganiseringen knyttet til avdelingsstrukturen innad i avdelingen, som foregikk noen år etter innføringen av pakkeforløpet. Disse funnene peker i en retning om at avdelingen står oppi stadig flere endringer som skjer samtidig, som indikerer til et multippelt endringsbilde. Dette kan illustreres med følgende sitater: «Vi snakker om hele avdelingen har vært under pisken, og at alt har blitt organisert på en helt ny måte» (Informant 4). Ved spørsmål om informantene hadde vært med på endringsprosesser tidligere, svarte en informant: «Det vil vel egentlig alle svare ja på. Endringsprosesser har vi hele tiden» (Informant 3).

En annen informant trekker fram at den nasjonale omorganiseringen besto av alt de hadde fra før, men at det ble i større grad diskutert *hvordan de skulle løse hvert steg i pakkeforløpet*. I følge Klarner et al., (2007) kan dette bidra til å skape lojale og positive reaksjoner i form av at

det foreligger en endringsrytme som kan føre til stabilitet i organisasjonen. Dette gir grunnlag for å si noe om rekkefølgen i avdelingen, da det er viktig å ha en forståelse for endringsrytmen fra tidligere situasjoner (Abbott, 2001; Liguori, 2012). Samtidig er det noen funn som slår sprekker i dette hovedbilde av lojalitet, da det antydes at flere av informantene reagerte med passivitet og likegyldighet som også kan peke i en retning mot motstand. I det følgende vil det bli presentert funn som synliggjør hovedbilde lojalitet, som framtrer i to ulike former endringsvillighet og passivitet (resignasjon).

### 5.2.1 Endringsvillighet

Jacobsen (2018) påpeker at når en endring skapes, er det lederen som er avhengig av at medarbeiderne er villige til å endre seg, og at de har lyst til å oppnå endring. Funnene antyder at ansatte var positive til endringen, og at flere var begeistret for at en endring kom fra nasjonalt hold, jfr. Helsedirektoratet. Samtlige informanter mente det var riktig timing på innføringen av pakkeforløpet. Ifølge Meyer og Stensaker (2006) sier timingen noe om endringstempoet. Samtlige informanter benyttet uttrykket «det var på høy tid».

Av den grunn er det nærliggende å tenke at indikatorene tempo kan sees i sammenheng med den entusiastiske atferden til informantene. En informant uttaler: «*Det var en betydelig entusiasme for pakkeforløpet ... Det er klart de andre så at det var et behov for at noe måtte gjøres, og vi så hvordan dette var nyttig. Men mitt inntrykk var at en forbedring var nødvendig ...*» Informanten påpeker: «*Jeg vil si at det gjerne kunne ha kommet før, det var på høy tid*» (Informant 3).

En annen informant forklarer også om sin positive opplevelse: «*... Det var veldig positiv vilje blant folket. Veldig mange deltok på sekretærsiden og på forskjellige ståsted på avdelingen. Så jeg tror at mange følte at de var veldig delaktig på prosessen, at det var noe vi løftet fram dette i lag...*» (Informant 8). Uttalelsen kan indikere at informanten også synes at det var på tide at pakkeforløpet kom.

En annen informant uttrykker dette eksplisitt, samt at det opplyses at timingen var riktig: «*... Jeg synes det var på høy tid at det kom. Absolutt! Det er jo en viktig ting at ... nasjonen har en formening om hvordan ting skal gjøres på pasientene sine vegner. Sånn sett var timingen fin. Rett og slett bra at det kom over hele fjøla*» (informant 2). Informanten forklarer

at innføringen opplevdes som en positiv, og at det ikke var noen drama om dette i det hele tatt.

En annen informant referer til Lean-prosjektet da jeg spurte om timingen til pakkeforløpet opplevdes som riktig. Informanten informerer om at en forutsetning for å starte forbedringsprosesser er at man opplever at det eksisterer et problem. Det påpekes at i deres tilfelle var det et opplevd problem, ettersom at ventetid på denne type behandling var svært lang. Informanten forklarer: «... når man får vite at man får denne diagnosen, også skal du få vite at det tar to måneder før det skjer noe. Dette var selvfølgelig på høy tid, når man hadde et problem. Og vi fikk nyss om at dette er en bedre måte å organisere på for å få til en mer effektiv utredning og behandlingsskjede. Så det er klart at det ... det kom ikke for tidlig» (Informant 5).

### 5.2.2 Passivitet

Ifølge Meyer og Stensaker (2011) kan lojale reaksjoner også føre til utfordringer. De ansatte som reagerer med resignasjon (her: passivitet) kan ha vanskeligere for å omstille seg fra en passiv holdning til å skape engasjement for endringen. Slik som det er belyst i avsnittet 5.2 antyder datamaterialet mitt at det forlegger passivitet og en likegyldighet knyttet til endringen av pakkeforløpet. Jeg fant også flere funn under delkapittel 5.1.1 «innramming» som viste til passivitet knyttet til ledelsen begrunnelse for pakkeforløpet. Følgende sitater antyder ansattes passive reaksjoner knyttet til deres opplevelse av hvordan de oppfattet endringene.

*«... Jeg fikk høre at det ble implementert, sånn gjør vi det nå, også sa jeg bare okei. Det kan være at det var en betydelig større prosess enn det jeg så det (Informant 7).*

*«Nei, det var noe man hørte skulle komme» (informant 6).*

Det oppstod også flere passive reaksjoner knyttet til hvordan tempoet foregikk. Datamaterialet tyder på informantene ikke hadde noen spesifikke formeninge om tempoet foregikk hurtig eller sakte:

*«Nei, det har jeg ingen følelse at det ble sånn i det hele tatt. Selv om det ble en dato som ble satt er det slik at vi har pasienter under utredning. Det var de jo uavhengig av oppfinnelsen*



*av pakkeforløp»* (informant 2). Det påpekes at pakkeforløpet var et navn på det de bestandig har gjort. Videre forklarer informanten at: *Det var ingenting nytt som skjedde i 2015, annet enn at vi ble pålagt koding. I 2015 innførte vi ikke pakkeforløpet, da foresatt vi bare det vi hadde gjort»* (Informant 2).

Et annet interessant funn var fra en informant som hadde vært i permisjon under innføringen av pakkeforløpet. Informanten merket ikke at Helsedirektoratet hadde innført pakkeforløpet i sykehussektoren: *«Det prosjektet rullet og gikk det. Det er det jeg har notert meg her...»* (informant 5).

### **5.1.3 Tendenser til motstand knyttet til et standardisert pasientforløp**

Funnene antyder at det foreligger lojalitet i form av endringsvillighet og passivitet som Meyer og Stensaker (2011) også fant i sin undersøkelse. Men dette bilde er ikke helt entydig da det kan se ut til at det foreligger en del reksjoner knyttet til en passiv motstand, når det gjelder datoer og tidsfrister av et standardisert pasientforløp.

En informant uttaler: *«Og dette med hva Helsedirektoratet har bestemt, hva det heter derfra til dit og sånt, det er en (...) vet ikke helt hva jeg skal kalle det? En byråkratisk øvelse for å telle og måle for å få til et system. Det er vel og bra. Men det er ikke det vi tenker på, vi sitter ikke og tenker på at nå er vi der ... vi ser på totalpakken, hvem er denne pasienten, hvordan vil det være mest hensiktsmessig å legge opp løpet for akkurat denne pasienten»* (Informant 2).

Det ser ut til at flere informanter var engstelige og skeptiske til datoer ved et standardisert pakkeforløp. En informant uttaler: *«Noen leger har veldig fokus på at det er pakkeforløp, mens andre er ikke like opptatt av det. Noen er ikke like opptatt av datoer enn andre* (informant 1).

En annen informant forklarer: *«Det er bestandig mange som er redde for at man ikke får lov til å tenke, at det blir tredd mange standardiserte løsninger...»* (Informant 2).

Et annet illustrerende sitat viser: *«...Også var det en del ytringer som medførte ekstra arbeid, og at det var noen forbyting av arbeidsprosesser. Kodingen er så vidt jeg husker er et*

*eksempel på det...»* (Informant 3). Kodingen ble et begrep som knyttes til det nye rapporteringssystemet der formålet var å effektivisere hvordan pasientene skulle kodes slik at det skapte mer oversikt både for pasientene, legene og forløpskoordinatoren.

En informant antyder at det spesielt er leger som er opptatt av at de avsatte datoene ikke er tilpasset dagens virkelighet og arbeidsmengde. En informant legger til at det er fint å ha planer, men at det er viktig å tilpasse seg slik situasjonene er og det er lite høyde for teoretiske planer. Det påpekes at man må tilpasse seg virkeligheten.

En informant forklarer at det er viktig å tenke utenfor boksen av et standardisert pakkeforløp: *«Det er jo det som er faren med et slik system, at man kanskje må ... skjønne at, hallo, det er lov å tenke»* (informant 2). Informanten sammenligner dette med: *«det er ikke noe som er one size fits all»*. Det hevdes at grunnholdningen er der, og at medarbeiderne vet hva som skal gjøres.

Da jeg spurte en informant direkte om det forelå noe motstand til Lean-prosjektet ble det påpekt at det forelå motstand. En annen informant antyder at det også forelå noe motstand knyttet til Lean-prosjektet fra 2009: *«...Noen sier ingenting, noen er veldig skeptisk, andre sier det her ikke er liv laget for. Dette tar alt for lang tid, det er bortkastet ...»* (informant 4).

### **5.3 Etablere struktur og rutiner i organisasjonen**

Meyer og Stensaker (2011) er opptatt av hvordan en organisasjon kan fordele ressursene sine for å opparbeide en endringskapasitet gjennom struktur og rutiner. Ressursverktøyet indikerer en strukturell fleksibilitet. Mine funn indikerer at det er noen utfordringer i avdelingen jeg studerte, som redegjøres nærmere for under de tre ressursverktøyene til Meyer og Stensaker (2011). Det foreligger funn som viser at det var kapasitet- og koordineringsproblemer i avdelingen. Disse funnene vil belyses under *frigjøring av ressurser*. Funnene viser også at det ikke ble rekruttert nye ansatte i forbindelsen med innføringen av pakkeforløpet, og disse funnene belyses under *midlertidig økte ressurser*. I tillegg viser funnene at det foreligger struktur og rutiner som fungerer godt, basert på tidligere praksis, men det antydes til funn som også viser at avdelingen ikke var helt forberedt på de nye rutinene som ble innført av Helsedirektoratet. Dette kan sees i samsvar med det siste ressursverktøyet til Meyer og Stensaker (2011), *utvikling av endringsressurser*. Det fremkommer også funn som viser

hvordan endringskapasitet som et dynamisk begrep kommer til uttrykk i et profesjonalisert byråkrati som sykehussektoren.

### **5.3.1 Frigjøre ressurser**

Når det gjelder frigjøring av ressurser påpeker Meyer og Stensaker (2011) at det er fordelaktig å redusere de uproduktive aktivitetene som ikke skaper verdi. En kan frigjøre ressurser med å omallokkere ressursene ved at ledelsen overfører ressursene til den enheten som løser oppgavene mest effektivt, eller så kan man kvitte seg med de ressursene slik at man klarer seg med færre ressurser (Meyer & Stensaker, 2011). Det fremkom flere funn som antyder at det var utfordringer knyttet til ressursfordeling og hvordan avdelingen kunne frigjøre ressurser ved å redusere uproduktive aktiviteter. Flaskehalsen var et tema jeg lanserte for å få informasjon om det utfordret kapasiteten til avdelingen, og for å se om det var noen manglende ressurser som ledelsen ikke hadde frigjort. Flaskehalsen kan skape køer i et system hvis noe skal gjennom flere ledd enn det som er nødvendig (Ellingsen, 2013). Helsedirektoratet (2015) viser at det er flaskehalsen knyttet til kapasitet- og koordineringsproblemer på et sykehus, som blant annet på radiologi, operasjon og intensiv. I min studie var det funn som var relatert til generelle kapasitetsutfordringer i form av mangel på kapasitet på operasjon, laboratoriet og underbemanning i avdelingen. Disse funnene samsvarer også med det Helsedirektoratet (2015) anser som de største flaskehalsene knyttet til innføringen av pakkeforløpet. De mest sentrale koordineringsutfordringene i min undersøkelse er knyttet til rollebeskrivelsen av en forløpskoordinator.

### **Sentrale kapasitetsutfordringer**

Funn viser at det foreligger kapasitetsutfordringer knyttet til operasjonskapasitet i forbindelse med gjennomføring av pakkeforløpet. Årsaken er at kapasiteten på operasjoner er så høy at det er flere pasienter som opereres enn det det er personell til. En annen informant henviste til at kapasitetsutfordringene har vært størst på laboratoriet. Det skyldes for mange pasienter, og det begrenser hvor mange som kan tas inn om gangen. Informanten forklarer at det er et sprenget system. Det bør påpekes at operasjonskapasiteten og kapasitet på laboratoriet er noe som ikke tilhører den spesifikke avdelingen jeg studerte, men at dette er en fellestjeneste i et sykehus som et pasientforløp er avhengig av.

Et annet funn viser at det kan se ut til at det er ledelsen som ikke har kapasitet til å iverksette tiltak for å løse flaskehalsene. En informant antyder at ledelsen har vanskeligheter med å forstå at det eksisterer flaskehals. Et sitat som illustrerer dette er:

*«...vi har litt problemer med å få ledelsen til å forstå at de er der. Det er jo ikke ledelsen som oppdager flaksehals, det er jo de som prøver å få pasienter igjennom et forløp, som identifiserer flaskehalsene»* (Informant 2).

Flere av informantene kommenterte at statistikkprosenten på hvor mange pasienter som burde ha vært innenfor et pakkeforløp, har i perioder vært dårlig. En informant forklarer at statistikken på kirurgsiden ikke har vært tilfredsstillende, men at det jobbes for å finne årsaken gjennom å indentifisere flaskehalsene. Informanten hevder at på høyere ledernivå er det statistikken som er i fokus.

En annen informant forklarer dette med: *«... Arbeidskraften var intensiv. Og vi har i perioder vært på etterskudd med kodingen av pakkeforløpet ...»* (informant 3).

### **Underbemanning og høy turnover i avdelingen**

Det er stor enighet blant informantene om at avdelingen er underbemannet. Samtlige informanter forklarer også at det er en høy turnover på sykepleiersiden. Det er nærliggende å anta at dette er et kapasitetsproblem i avdelingen, da mangel på kapasitet på ansatte kan føre til at det er vanskelig å frigjøre de riktige ressursene. Funnene viser at underbemanning blant annet gir konsekvenser som gjør at avdelingen ikke klarer å nå målet om å få 70 prosent av pasientene innenfor de avsatte fristene i et pakkeforløpet.

Funnene tyder på et høyt arbeidspress i avdelingen, da dette er en krevende avdeling å jobbe på og at det er svært mange syke pasienter på avdelingen. En informant forklarer at avdelingen må fordele alt for mange arbeidsoppgaver over på et lite antall leger. Det påpekes at dette er en utfordring da ansatte må utføre andre aktiviteter som ikke bare omhandler pakkeforløpet, da de også har andre pasienter enn «pakkeforløpspasienter».

Samtlige informanter opplyser om at avdelingen er underbemannet og at det ofte skyldes en høy turnover på sykepleiersiden. Sykepleierne får mye ansvar og ikke alle takler et høyt

arbeidspres. Mange av sykepleierne er unge og kommer rett fra studiet. Andre årsaker er at noen ønsker å ta videreutdanning eller flytte til en annen by. En informant beskriver det høye arbeidspreset slik: «... *De skjønner ikke hvor hardt det egentlig kan være, ikke minst mentalt. Det er nok en del turnover, men vi prøver å stabilisere det med å ha nok folk på jobb. Med belastning både på rådgivning og veiledning for å få folk til å bli trygge her i avdelingen. Det er ikke noe problem å få folk til å jobbe her, men det er et problem med å bli* (informant 7).

En informant opplyser om en hendelse som viste hvor sårbart et system som pakkeforløpet kan være dersom avdelingen er underbemannet. Informanten viste til en periode da det var to overleger som var sykemeldte, og dette var nok til å få pasientforløpet til å brikke. Årsaken var at legene ikke sendte ut henvisning til videre behandling etter at pasientene hadde fått påvist diagnosen. Dette kan eksemplifisere at avdelingen har en formell struktur og rutiner som gjør at avdelingen er mindre fleksibel dersom det er noe utforutsett som inntreffer (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

### **Forløpskoordinator**

Meyer og Stensaker (2011) forklarer at en god måte å frigjører ressurser på er å omalloktere eksisterende ressurser til den enheten som løser oppgave mest effektivt. Funnene tyder på at det foreligger usikkerhet om hvilke funksjoner og hvordan man skal koordinere en kontaktperson på en best mulig måte for å løse informasjonsformidlingene til pasienten best mulig.

Et tema som ble omtalt fra samtlige informanter var diskusjoner rundt rollebeskrivelsene til forløpskoordinatorne. De anses som kontaktperson til pasientene i forbindelse med spørsmål og svar om pakkeforløpet. Funnene antyder at det er en utfordring å prioritere hvordan deres funksjonsbeskrivelser bør iverksettes i praksis. En kontaktperson er gjerne en lege som følger pasienten under hele forløpet og har det medisinske ansvaret. Forløpskoordinatoren er den som har dialog med legene og pasientene og følger opp hvor i forløpet pasientene er (Helsedirektoratet, 2015). Ifølge Meyer og Stensaker (2011) kan dette bremse trykket på den daglige driften, slik at andre oppgaver blir utsatt eller satt til side.

En informant forklarte at alle pasienter er pålagt å ha en kontaktperson som en forløpskoordinator på papiret, men at i praksis er det ikke nok ansatte til å håndtere dette.

Informanten forklarer at det er ønskelig å ha en kontaktperson som kan forklare pasientens betydning av alle prosesser hen skal igjennom i et pasientforløp. Samtidig som man følger opp hvordan pasienten har det under hele forløpet. Informanten understrekes at pasientene ikke er opptatt av at det heter pakkeforløpet. Det påpekes at koding av pasienter er bare en «biting», noe som antydes at det er mer enn bare koding som må til for å gjennomføre et tilstrekkelig pakkeforløp. Videre understreker informanten at pakkeforløpet er en norm, som må tilpasse hver enkelt pasient.

En informant forklarer at det ideelle er å ha én kontaktperson, men at det ikke er kapasitet til å gjennomføre dette. Det forklares at legene ikke klarer å følge pasientene under hele forløpet. En annen informant uttaler: «...*Det vi ønsker oss er en person som faktisk kan å koordinere ting*» (Informant 2). Funnet antyder til at det foreligger noen utfordringer om hvordan ressursfordelingen til kontaktpersonene er.

I det tidligere pasientforløpet som ble etablert gjennom Lean-prosjektet var det utarbeidet kontaktpersoner som var en pasient-administrativ-sykepleier og en pasientadministrativt-lege (PAS/PAL). En informant opplyste om at dette ikke ble videreført til pakkeforløpet fordi det trolig ikke var kapasitet til det. En annen informant opplyser at årsaken trolig skyldes at det var vanskelig få sykepleierne til å bli værende igjen på avdelingen.

### **5.3.2 Midlertidig økte ressurser**

Meyer og Stensaker (2011) forklarer at det vil være fordelaktig å tilføre nye ressurser for en viss periode, da dette kan føre til en mer smertefri implementering. Funnene viste at det ble iverksatt nye stillingstitler basert på eksisterende stillinger som allerede var etablert i avdelingen. Disse stillingene var i tråd med Helsedirektoratet (2015) sine retningslinjer om å «rekruttere» forløpskoordinator, som blant annet skulle være ansvarlig for systematisering av kodingen av de ulike pasientene. Kodingen skulle gi en god oversikt over hvor pasientene var i forløpet. Som nevnt var kodingen den endringen informantene opplevde som den største endringen i forbindelse med innføringen av pakkeforløpet.

En informant opplyser: «*Det vi innførte var at vi måtte sette av ressurser til å kode. Det var den største endringen*» Informanten uttalte videre: «*Men ingen pasienter blir friskere av å*

*kode... En oppskrift på hvordan man kan gjøre det larest mulig, det er jo det pakkeforløp er»*  
(Informant 2).

Flere av informantene forklarte at de ressursene som ble satt av til å kode pasienter skapte merarbeid, og at dette ble ansett som den største endringen ved innføringen av pakkeforløpet. Enkelte mente at ressursene burde istedenfor blir brukt til å tilskrive nye timer til pasienter. Endringer i stillingsprosenter og oppdeling av forløpskoordinatorstillingen, førte til utfordringer i forhold til prioritering av oppgaver. Informanten forklarer at da måtte de prioritere noe annerledes:

*«...da måtte vi prioritere å få pasientene til time, og pakkeforløpet ble lagt litt bort»*  
(informant 1).

En informant opplyste om at de sykehus som er best på å koordinere pasientforløpene er de som har gode fagpersoner som har tid, rom og ressurser til å kode. Informanten gir et illustrerende utsagn som viser hvordan ressursene som ble tildelt en forløpskoordinator kunne ha bli benyttet på en annen måte:

*«...vi kunne ha spurt: hva er det lureste vi kunne ha brukt denne personen til... Vi savner at flere folk som kan gjøre jobben med å gjennomføre pakkeforløpet, og ikke dokumentere»*  
Informanten forklarer videre: *«Vi må bruke våre sekretærressurser på dette i stedet for at vi sier at det faktisk er behov for en ny type stilling ... vi har jo for lite av alt allerede* (informant 2).

Funnene viste at det ikke ble tildelt noen ekstra økonomiske midler eller midler i form av arbeidskraft. Informantene begrunner dette med at hensikten med innføring av et pasientforløp var å benytte eksisterende ressurser og økonomiske rammer som avdelingen hadde til rådighet. Dette er også prinsippet med Lean-metodikken. Da jeg spurte en informant om de fikk noen økonomiske midler til innføringen, svarte informanten lattermildt og lurte på hvor de skulle få disse pengene fra.

### 5.3.3 Utvikle endringsressurser

Å utvikle rutiner og strukturer som brukes i dagens praksis basert på tidligere erfaringer er en måte å utvikle endringsressurser ifølge Meyer & Stensaker (2011). Metarutiner fra studien til Innis og Berta (2016) kan bidra med å operasjonalisere hvordan avdelingen utvikler sine endringsressurser i forbindelse med hvordan helsesektoren kan benytte ny kunnskap og praksis ved nye implementeringer. Mitt datamateriale antyder at funn fra avdelingens Multidisiplinære teammøter (MDT-møter) tyder på at tidligere praksis gjennom Lean-prosjektet var et godt utgangspunkt for disse møtene. Her møtes ulike fagprofesjoner fra flere avdelinger for faglige diskusjoner om pasienten (Helsedirektoratet, 2016). Innis og Berta (2016) påpeker at metarutiner bidrar til å reflektere og dele erfaringer om nye praksiser.

Samtlige informanter forklarer at Lean-prosjektet var en viktig forløper for de etablerte rutinene knyttet til MDT-møtene. På disse møtene blir det også diskutert hvor det oppstod flaskehals i avdelingen. Flere av informantene påpeker at flaskehalsene har blitt enklere å håndtere gjennom erfaringer fra tidligere Lean-prosjektet. Funnene antyder at det Lewin et al., (2011) definerer som metarutiner, da det kan se ut til at det foreligger mer overordnede rutiner (metarutiner) som fokuserer på hvordan man bør reflektere og dele sine erfaringer gjennom tverrfaglige team. Funnene viser også at det nye rapporteringssystemet for å kode pasienter bydde på utfordringer da det kan antydes at det forelå manglende rutiner på hvordan dette systemet skulle implementeres.

#### **Multidisiplinære møter (MDT-møter)**

Det fremkommer funn som viser at disse møtene blir ansett som et puslespill å sette sammen, da det er mange spesialister som er involvert og de har mange forskjellige arbeidsoppgaver i løpet av en dag. Flere av informantene påpeker at flaskehalsene har blitt enklere å håndtere gjennom det tidligere Lean-prosjektet:

*«Flaskehalsene ble jo de som ble endret veldig bra når vi holdt på med Lean» (informant 6).*

*En annen forklarer: «De flaskehalsene vi identifiserte i 2009, ble jo adressert. Det ble jo enighet at det som kom fram i dette prosjektet måtte vi gjøre noe med. Og det var veldig nyttig. Et Lean-prosjekt akkurat der var helt genialt, rett og slett» (informant 2).*



Det fremkommer opplysninger om at avdelingen hadde tilsvarende møter med et annet navn under det tidligere pasientforløpet, Lean-prosjektet, og formaliteten på disse møtene var kjent for de som deltok. Det kan antas at det foreligger overordnede rutiner på ledernivå som allerede var godt etablert.

Flere av informantene ga uttrykk for sin begeistring for disse møtene. En informant opplyste at det har vært en artig prosess, da det er muligheter til å være kreativ og pragmatisk til å få til nye løsninger. En annen informant forklarer: «*MDT-møtene som vi hadde, var en suksess som var god kvalitet på disse møtene ...*» (Informant 5). En annen informant påpeker: «*... Det er jo lærerikt, et direkte artig noen ganger å være med så du skjønner prosessen. Så skal man også bidra med at man får fortgang i de her forløpene ...*» (informant 6).

MDT-møtene tyder på at de ansatte er kjent med rutinene ved disse møtene, i tillegg til at man er opptatt av å dele erfaringer for å øke kompetansen. Likevel er det funn som antyder at avdelingen også kan ha problemer med å utvikle endringsressurser. Årsaken er at det foreligger flere funn som viser at MDT-møtene kunne medføre koordineringsutfordringer, selv om noen informanter antyder at de har ressurser til å gjennomføre disse møtene en gang i uken. En informant opplyste at det er utfordrende å koordinere MDT-møtene slik at møtene passer de ulike timeplaner for de avdelingene og profesjonene som er involvert. En annen informant opplyser om at det er en stor oppgave å få til dette, og at de allikevel diskuterer pakkeforløp hver eneste dag, uavhengig om det kalles MDT-møter eller ikke.

Informanten uttaler: «*Vi trenger ikke å ha et formalisert møte for dette, det er jo det vi gjør hver dag. Det er jo jobben vår*» (informant 2). Da jeg spurte om det var satt opp noen møter for å se hvordan innføringen av pakkeforløpet hadde fungert, forklarte informanten at de hadde tenkt til å gjøre det. Utfordringen var å finne tid, da det er mange fagprofesjoner som er involvert.

En annen informant opplyser om at MDT-møtene burde være flere ganger i uken, da et møte med alle fagprofesjoner kan være sårbart dersom det er en pasient som krever mer diskusjon rundt sitt pasientforløp. Det hevdes at avdelingen ikke har nok kapasitet til å ha flere MDT-møter enn en gang i uken.

Jeg merket meg ved flere anledninger at flere av informantene benyttet utdaterte ord ved forklaring av MDT-møter. Tidligere funn viser at samtlige informanter referer til det tidligere pasientforløpet, da de uttaler seg om pakkeforløpet. Dette er interessant da det er fem år siden pakkeforløpet ble innført i avdelingen. Dette kan illustreres da jeg spurte en informant om det var MDT-møte hen refererte til, ble det svart lattermildt: «*Jeg er jo så gammel at jeg kaller det for 'dette'*» (Informant 4). Uttalelsen kan bidra til å samsvare med at Lean-prosjektet var et viktig prosjekt for å etablere struktur og rutiner i organisasjonen.

### **Innføring av ny praksis: det nye rapporteringssystemet**

Som tidligere nevnt opplevde informantene at det nye rapporteringssystemet ble ansett som den største endringen. Dette blir ansett som et av hovedfunnene i denne undersøkelsen. Systemet skulle være tidsbesparende ved å kode pasientene til riktig sted og tid. En forløpskoordinator opplyste om at hen var med i et pilotprosjekt før pakkeforløpet ble innført, for å lære hvordan man skulle kode de ulike pasientene riktig. Mitt inntrykk er at de ikke hadde et tilsvarende prosjekt for hvordan det nye kodingen til rapporteringssystemet skulle iverksettes.

De tidligere rutinene for å kode pasientene krevde mye dobbelføringer, da den ble gjort manuelt og tok mye tid og ressurser. Dette medførte at forløpskoordinatoren måtte bortprioritere kodingen for å få tid til de andre arbeidsoppgavene. Det ble mye overtidsarbeid og vedkommende måtte sitte i helgene for å få orden på kodingen. Eksempelvis måtte forløpskoordinatoren bruke 70 ulike tastetrykk for å sette en kode på en pasient, etter at det nye rapporteringssystemet kom var det kun nødvendig med fem tastetrykk. Ifølge Meyer og Stensaker (2011) kan dette bremse trykket på den daglige driften, slik at andre oppgaver blir utsatt eller satt til side.

Informanten forklarer: «*Når man ikke har satt av egne midler til det her, har man på en måte ikke tid til å sitte å følge opp pasienter i den graden man ønsker* (informant 1). Informanten forklarer at det nye kodesystemet kom raskere enn forventet: «*.. fordi endringen var at det plutselig skulle settes koder på kliniskbeslutning ...*» (informant 1). Rasche og Chia (2009) forklarer at dersom rutinene ikke følger et fast mønster kan nye rutiner komme overraskende på medlemmene i en organisasjon.

En informant viste sin usikkerhet da hen ble utnevnt som forløpskoordinator etter at pakkeforløpet ble innført. Informanten påpekte at dersom man trengte hjelp til hvordan de ulike pasientene skulle kode måtte vedkommende gå til andre avdelinger som var gode på dette, og det antydes at det ikke var nok ressurser som kunne hjelpe informanten til å forstå hvordan dette rapporteringssystemet skulle benyttes. Informanten forklarte at det ikke er noe klarhet i når man skal kode, slik at man nesten bare må ta en avgjørelse selv.

«... i utgangspunktet så heter det at man skal gjøre sånn og sånn... veldig generell og grunnleggende. Så kommer det punkter inn, også tenker du: hva nå? Hva skal jeg gjøre med det her?» (informant 6). Informanten opplyser at det er tidskrevende å finne ut hva man som er konkludert med pasienten, og hvorfor man har gått videre i pasientforløpet. Innis og Berta (2016) forklarer at det er viktig å bruke ressurser på opplæring av nye IT-systemer.

#### **5.3.4 «Strukturell fleksibilitet»**

Hovedfunnene under dette avsnittet indikerer til at det foreligger en desentralisert beslutningsmyndighet knyttet til pakkeforløpet, noe som kan anses som typiske trekk ved et profesjonalisert byråkrati (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Disse funnene passer ikke inn under de tre ressursverktøyene som er presentert ovenfor, og dermed får disse funnene et fjerde punkt som omtales som «strukturell fleksibilitet». Forhåpentligvis kan dette bidra til å se hvordan strukturell fleksibilitet kommer til syne i en sykehusorganisasjon.

Hovedinntrykket jeg fikk fra samtlige informanter er at det foreligger en kommunikasjon som foregår nedenifra og opp, og at ansatte har myndigheten til å ta beslutninger på et operativt nivå. En informant påpeker at hen har blitt mer involvert i å ta avgjørelser og har fått mer myndighet til å ta beslutninger. Samtidig har informanten blitt mer kjent med kollegaene sine som følge av endringene av pakkeforløpet, noe som førte til en trygghet når beskytningene skulle tas:

«Jeg føler at jeg kan gå og si til legen om at dette må vi fikse med en gang. Nå må vi gå til denne avdelingen og si at nå må vi få ordnet dette. Dette er mer trygget for meg som sekretær ettersom jeg har jobbet såpass lenge ...» (informant 1). Informanten forklarer at nå har hen fått mer autoritet.

En informants uttalelse om flaskehals er kan synes som at informasjonsformidlingen foregår nedenifra og opp i avdelingen (bottom-up kommunikasjon). Jeg spurte informanten om man fikk inntrykk av at ledelsen indentifiserte de flaskehalsene som oppstod, og om ledelsen iverksatte noen tiltak for dette. Da svarte informanten kort: «*Det de gjør er at de spør oss hvor flaskehalsene er, og hvorfor er de der?*» (informant 2).

En annen informant forklarer at det ikke foreligger en hieratisk struktur på avdelingen. En slik struktur hadde informanten ingen tro på: *Det er et 70-talls prinsipp det at det er en som sitter på toppen og skal bestemme alt. Det kan vi ikke ha lengre*» (Informant 7). Dette bilde ser ut til å støttes fra flere av informantene. Det antydes at den tidligere avdelingsstrukturen under Lean-prosjektet var mer formalisert. Samtlige informanter uttalte at den tidligere forløpslederen var en sentral person under innføringen av både Lean-prosjektet og pakkeforløpet. Det påpektes at vedkommende hadde en mer eierfølelse til pasientforløpet enn det ledelsen har i dag. Informanten forklarer at lederstilen før innføringen av pakkeforløpet i 2015 var mer sentralisert i ledelsen, i den grad at ledelsen hadde mer makt over beslutningene som ble tatt. Videre påpekes det at medarbeiderne gjorde det de fikk beskjed om fra ledelsen.

## **5.4 Oppsummering av funn**

I dette delkapittelet følger en tabell som viser de mest sentrale empiriske funnene knyttet til denne studien. Tabellen utvider det teoretiske rammeverket som er presentert i figur 2. Jeg vil her supplere med funn som jeg fant utenom det jeg forventet.



## 6. Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil de sentrale funnene bli diskutert opp mot studiens teoretiske rammeverk. Dette vil danne grunnlaget for å besvare problemstillingen: *Hvordan kommer endringskapasitet til syne i et pågående endringsarbeid i en sykehusavdeling?»*. Mitt hovedinntrykk er at det foreligger flere funn som viser at avdelingen hadde opparbeidet en endringskapasitet da pakkeforløpet ble innført, men likevel får jeg en del indikasjoner om at endringskapasiteten i avdelingen ikke er helt entydig.

### 6.1 Hvordan ledelsen mobiliserer og gjennomfører endring

Hovedfunnene under denne dimensjonen til Meyer og Stensaker (2011) viser at det foreligger en god kommunikasjon i avdelingen. Kommunikasjon bidrar til å støtte opp om hvordan ledelsen tilrettelegger for en felles forståelse for endringen. Det antydes at Lean-prosjektet bidro til å gi en god begrunnelse og en forståelse på hvorfor pakkeforløpet skulle innføres. Dermed ser det ut til at funnene ikke kunne adresseres til hvordan ledelsen benyttet «innrammingsverktøyene» som Meyer og Stensaker (2006) argumenterer for at vil bidra til økt endringskapasitet.

Det kan se ut til at indikatorene innramming og involvering ikke adresseres direkte til ledelsen. Vektlegging av disse indikatorene handler om å samle støtte til å få en økt forståelse for endringen. En årsak til manglende vektlegging av indikatorene kan være at dersom kommunikasjon foregår nedenifra og opp, vil det ikke være nødvendig for ledelsen å «overtale» ansatte ved å gi en ytterligere begrunnelse for hvordan man skal oppnå en felles forståelse for en ny innføring. Det kan tenkes at avdelingen hadde en oppfatning om at pakkeforløpet omtrent var ferdig innført gjennom det tidligere pasientforløpet. Sitater som gir et godt bilde på dette er:

*«I 2015 innførte vi ikke pakkeforløpet, da foresatte vi bare det vi hadde gjort» og «Det er bare en oppskrift på en god måte på hvordan man gjør den jobben man likevel må gjøre»*

*«... så merker man ikke at man har laget et nytt system».*

Dette kan peke i en retning om at informantene allerede hadde en oppfatning om at pasientforløpet hadde stabilisert seg etter Lean-prosjektet i 2009. Dette kan sees som en parallell til Lewin (1947) sin modell hvor avdelingen har kommet i det siste trinnet, stabiliseringsfasen. Det kan tenkes at informantene kan få problemer med å se nye tilsvarende endringer som ligner på den endringsprosessen de allerede hadde vært gjennom. Meyer og Stensaker (2011) argumenterer for at i deres tidligere studie tilsa at mange ansatte og ledere forventer at endringer skal skje slik Lewins modell belyser.

Jeg synes det er interessant at samtlige informanter ikke husker så mye innføringen av pakkeforløpet i 2015, og benytter ord som «husker» og «vet ikke». Noen av informantene ga uttrykk for at det var langt å huske tilbake til 2015, men likevel kunne informantene uttale seg mye om endringsprosessen som foregikk i 2009 i forbindelse med Lean-prosjektet. Samtidig bør det påpekes at samtlige informanter understrekte at de hadde fått god informasjon gjennom hele prosessen med Lean-prosjektet. Det kan antydes at informantene hadde fått kontinuerlig informasjon, noe som kan tilsi at overgangen til pakkeforløpet foregikk ved inkrementelle endringer. En studie fra Andersen, Rørvik og Ingebrigtsen (2014) viser at Lean-metodikk ikke alene er avgjørende for å oppnå et vellykket resultat for å oppnå vellykkede pasientforløp, men anses som en medvirkende faktor i flere av pasientforløpsprosjektene. Dette kan støtte opp under informantenes uttalelse om at Lean-prosjektet var en viktig forløper til pakkeforløpet.

I videokonferansen «Mangler vi endringskapasitet i offentlig sektor» (HR Norge, 2018 10:22) forklarer Meyer at det er viktig å investere mye tid på å kommunisere for å mobilisere endringene i de organisasjoner som ikke har gjennomgått mange endringer. Ettersom funnene viser tydelig at avdelingen har gjennomgått store endringsprosessen i forbindelse med Lean-prosjektet, kan dette være en begrunnelse på hvorfor ledelsen ikke har brukt mye tid på å mobilisere endringen for pakkeforløpet. Dette kan også samsvare med indikatoren involvering, da det er mindre fokus på å involvere ansatte dersom man har vært gjennom en lignende prosess som Lean. Funnene viser at det var flere av informantene som hadde vært delaktig i en implementeringsgruppe (fokusgruppe) under Lean-prosjektet (jfr. Kap 2.1). Det kan stilles spørsmål om ledelsen ikke så behovet for å involvere de ansatte som var med i fokusgruppen over til pakkeforløpet. Det kan tenkes at dette er en årsak til at disse

informantene ikke hadde en oppfatning om hvordan deres involvering var knyttet til innføringen av pakkeforløpet.

Ifølge Nesheim og Stensaker (2017) er det nødvendig at toppledelsen har en forståelse for hvor viktig det er å inkludere medarbeidere på lavere nivåer for at en endring skal få gjennomføringskraft. En informant oppfattet at det skulle være noen «superbrukere» som skulle være delaktig i endringen. Jeg har ingen ytterligere funn som viser om dette ble opprettet eller hva informanten mente med superbrukere. Men det kan tenkes at det var noen manglende involvering på de ulike nivåene i avdelingen. Det påpektes av flere informanter at det er behandlere som i størst grad er involvert. Flere informanter hevdet at sykepleierne ikke var involvert på samme måte.

## **6.2 Hvordan reagerte de ansatte på endringen**

Ansatte som har vært gjennom tidligere endringer vil trolig være lojale til den neste endringen. Dette vil ifølge Meyer og Stensaker (2011) gi økt sannsynlighet for at ansatte vil takle fremtidige endringer. Hovedfunnene fra mitt datamateriale ser ut til å være i samsvar med hovedfunnene fra Meyer og Stensaker (2011) sin undersøkelse, da det var stor enighet blant informantene at de var lojale mot overgangen til et nytt og tilsvarende pasientforløp. De lojale reaksjonene ble ansett som både endringsvillige og passive. Samtlige informanter reagerte med skepsis knyttet til et standardisert pakkeforløp, noe som kan tenkes peker i en retning mot motstand.

### **Lojale endringer**

I forlengelse av sitatene som er synliggjort under delkapittelet 6.1, peker dette i retning om at informantene reagerte med passivitet og likegyldighet da de begrunner den nye endringen med en oppskrift de allerede har fra før. Samtidig viser funnene under denne dimensjonen at samtlige informanter reagerte med entusiasme til at det kom felles retningslinjer for det nye pakkeforløpet. Dette kom fram av samtlige informanter som benyttet samme uttrykk som «det var på høy tid» for å begrunne dette.

Det kan tenkes at en forklaring på hvorfor informantene reagerte med passivitet eller likegyldighet, kan begrunnes ved at de hadde en slags eierskapsfølelse til Lean-prosjektet som ble automatisk videreført til pakkeforløpet. Dette kan skyldes at Lean-prosjektet var noe som



ble utarbeidet internt på sykehuset og i avdelingen. Prosjektet anses som en godt innarbeidet prosess, der de som var involvert i den såkalte fokusgruppa var godt informert om hva deres arbeidsoppgaver var. Dermed kan det være nærliggende å tro at ansatte var lojale til endringen, men at det oppstod en viss ignoranse til pakkeforløpet fordi avdelingen trolig anså Lean-prosjektet som en slags «hovedendring».

En annen studie basert organisatoriske endringsberedskap i offentlig sektor fra Cinite et al., (2009), forklarer at dersom ansatte skal bli klare for nye endringer, bør endringsagenter og ledere vise hvordan organisasjonen i praksis fungerer rundt endringen, da det påpekes at dette vil påvirke ansattes atferd. Videre trekkes det fram at det er viktig at ledelsen viser sitt engasjement rundt endringen. I analysen ble det identifisert en passivitet fra ansatte som var i en kombinert behandler-lederposisjon innføringen av pakkeforløpet. Ifølge Meyer og Stensaker (2011) kan lojale reaksjoner også føre til utfordringer i form av at de ansatte som reagerer med passivitet kan ha vanskeligere for å omstille seg fra å opptre passivt til å skape engasjement for endringen.

Dersom organisasjoner skal ha kapasitet til å lykkes, er den avhengig av holdninger og intensjoner om hvilken grad endringene anses som nødvendige (Clinte et al., 2009; Armenakis, Harris & Mossholder 1993). Det kan tenkes at samtlige informanter ikke så nødvendigheten av de nye retningslinjene fra Helsedirektoratet (2015) ettersom de omtaler Lean-prosjektet som et pasientforløp de fortsatt bruker. Samtlige informanter hadde problemer med å skille navnet på det tidligere pasientforløpet med dagens pakkeforløp.

### **Tendenser til motstand til standardiserte løsninger**

Ellingsen (2013) antyder at det kan skilles mellom likegyldighet og motstand, fordi likegyldighet knyttet til brukerorientering handler mer om noen ikke lar seg påvirke av endringen og heller ikke bruker energi på å bry seg. Av den grunn kan det være nærliggende å begrunne at mine funn peker i en retning mot en slags motstand, da det ser ut til at informantene bryr seg om hvordan innholdet i pakkeforløpet kan påvirke effektiviteten i pasientbehandlingen.

I delkapittel 3.1 belyste jeg at Meyer og Stensaker (2011) har fått kritikk på at de ikke har vektlagt motstand til endring i deres studier om endringskapasitet. Mine funn antyder at

foreligger en del skepsis rundt innholdet av et nytt pasientforløp knyttet til avsatte datoer. Ellingsen (2013) påpeker at det kan være sunt å reagere med skepsis, uten at det nødvendigvis dreier seg om motstand. Motstand til standardisering i helsesektoren kan se ut til å være et kjent tema. Greenfield, Eliz og Butler-Henderson (2017) beskriver at standardisering i helsesektoren omhandler aktiviteter som blant annet fremmer stabilitet og ensartet. Samtidig påpeker forskerne at det forekommer spesielt motstand mot standardisering på kliniske arenaer. Det skyldes at en ser på standardisering som trussel mot autonomi og hindring av profesjonell kompetanse (Greenfield et al., 2017). Dette kan samsvare med funnene fra mitt datamateriale, kan støttes av informantene som uttaler: «*Det er bestandig mange som er redde for at man ikke får lov til å tenke, at det blir tredd mange standardiserte løsninger ...*» (Informant 2).

Funnene tyder videre på at det er noen behandlere som er mer opptatt av de fastsatte datoene på når de ulike behandlingene i pakkeforløpet skal være ferdig, sammenlignet med andre behandlere som mener at man ikke kan være like bastante på å forholde seg til avsatte datoer. En informant uttrykker at pakkeforløpet er ikke noe som «*one size fits all*», og at det er viktig å tilpasse seg pasientenes sykdomsbilde og situasjon. Dette kan se ut til å støttes av Greenfield et al., (2017) som påpeker at det er viktig å tilpasse seg den individuelle pasient når det blir utført standardiserte aktiviteter. Dette kan si noe om et standardisert pasientforløp knyttet til et profesjonalisert byråkrati basert på en formalitet som er viktig å ivareta, men samtidig at kan dette utfordre fleksibiliteten da det er viktig å tilpasse seg av enhver pasient er ulik. Av den grunn kan det tenkes at standardiserte løsninger kan virke hemmende for en strukturell fleksibilitet fordi man kan bli engstelige for å benytte sin kunnskap. Dermed kan det tenkes at det er sunt å reagere med skepsis til nye endringer (Ellingsen, 2013).

### **Endringens tempo og rekkefølge**

Når det gjelder endringens tempo og rekkefølge sett fra ansattes ståsted kan de lojale reaksjonsmønstrene sees i samsvar med medarbeidernes oppfatninger av tempo og rekkefølge på den nye endringen. Funnene viste at det var lite respons på hvordan informantene oppfattet endringstempoet da pakkeforløpet ble innført. En studie av Liguori (2012) viser at endringstempoet kan bli påvirket av hva slags endringsprosess en organisasjon befinner seg i. Dersom en organisasjon befinner seg i mer gradvise endringer i form av inkrementelle endringer, vil endringene foregå langsomt sammenlignet med organisasjoner som gjennomgår

radikale endringer. Dette reiser spørsmål om tempo og rekkefølge er relevante indikatorer knyttet til endringskapasitet i den endringsprosessen min studie tar utgangspunkt i (multiple endringer).

Ifølge Helsedirektoratet (2015) var det satt av rundt ett år til innføringen av pakkeforløpet, noe som i følge Liguori (2012) kan antydes som en mer langsom eller inkrementell endring. Dette kan sees i sammenheng med funn fra mitt datamateriale, som viser at avdelingen diskuterte hvordan de skulle løse hvert steg i pakkeforløpet. Buono og Kerber (2010) forklarer at slike endringer anses å være fordelaktig fordi den gir en mer naturlig respons på de hyppige endringene i omgivelsene. I følge Klarner et al., (2007) vil det være enklere for de som deltar i en endringsprosess å håndtere endringene dersom de utføres trinnvis, og det vil også bli enklere å skaffe seg den nødvendige kunnskapen og ferdigheter som kreves. Ettersom funnene tilsier at flere av informantene ikke merket noen særlig overgang fra det tidligere Lean-prosjektet, kan det tyde på at avdelingen har vært flinke til å formidle informasjon om stegvise endringer. En slik endringsrytme basert på inkrementelle endringer kan føre til stabilitet i organisasjonen (Klarner et al., 2007).

På en annen side kan det se ut til at samtlige informanter mente at timingen på innføringen av pakkeforløpet var riktig, selv om noen av informantene ikke hadde en oppfatning om hvordan tempoet foregikk. Det viste seg at flere syntes at det var positivt at det ble utarbeidet felles retningslinjer for et nytt pasientforløp ved alle nasjonale sykehus, og dette ble uttrykt med sitater som «det var på høy tid». Studien fra Liguori (2012) viser at offentlige organisasjoner kjenner ofte på et ytre press ettersom slike organisasjoner må forholde seg til ulike retningslinjer som ofte sier noe om timingen for de ulike reformene.

### **6.3 Etablere struktur og rutiner**

Under denne dimensjonen var det sentralt å se om det foreligger noe strukturell fleksibilitet knyttet til et profesjonalisert byråkrati som sykehussektoren. Jeg fikk flere data som indikerer til en strukturell fleksibilitet. Funnene sier ikke noe om denne fleksibiliteten direkte, men sier heller noe bruken av ressurser som kan tolkes i en retning mot strukturell fleksibilitet. Funn som kapasitet- og koordineringsutfordringer kan anses som typiske utfordringer i et profesjonalisert byråkrati som sykehusorganisasjon, og jeg stiller spørsmål om det er en strukturell fleksibilitet til stede. I teoridelen utledet jeg hvordan det å frigjøre ressurser, øke

midlertidig ressurser og utvikle endringsressurser kunne gi indikasjoner på strukturell fleksibilitet.

I det følgende vil jeg se om det vil være riktig å bruke kriteriene fra ressursverktøyene om endringskapasitet i et profesjonalisert byråkrati? Samtidig vil indikatoren *rekruttering* bli belyst under *økte midlertidig ressurser* og *rutiner* vil synliggjøres under *Utvikle endringsressurser*.

### **6.3.1 Frigjøre ressurser**

Ifølge Meyer og Stensaker (2011) er hensikten med å frigjøre ressurser å redusere de uproduktive aktivitetene. Dette kan gjøres ved å lette trykke på daglig drift ved å utsette oppgaver eller sette de til side, eller å begrense tidsbruken på de uproduktive aktivitetene som ikke har noen verdi. Dette kan samsvare med det som er pasientforløpenes hensikt, da målet med slike forløp er å redusere plunder og heft. De arbeidsoppgavene som ikke har verdi verken for ansatte eller pasientene vil man prøve å kutte (Andersen, 2009).

Funnene som indikerer til frigjøring av ressurser viser blant annet til generelle kapasitet-og koordinerings utfordringer i et profesjonalisert byråkrati som sykehussektoren står oppi, når de innfører nye endringer. Eksempelvis var at det er mangel på frigjøring av ressurser på operasjonskapasiteten og laboratoriet. Dette kan bidra med å øke forståelsen for hvordan endringskapasitet kommer til syne i en sykehusorganisasjon.

En informant opplyser om at det er et sprengt system og at dette kan trolig gi en forklaring på funnet som viser at ledelsen ikke har kapasitet til å iverksette tiltak for å hindre at det oppstår flaskehalsen i avdelingen. Det kan antydes at lederne ikke er flinke nok omallokere de ressursene til den enheten som håndterer aktivitetene eller oppgaven best. Meyer og Stensaker (2011) forklarer at dersom en organisasjon ikke er flinke nok til å prioritere ressursene sine kan føre til at ansatte i en organisasjon får for stor arbeidsbyrde og at dagligdagse oppgaver blir skadelidende. Funn fra Meyer og Stensaker (2011) sin studie fra en kommunal sektor viser at endringsprosjekter som skulle innføres innenfor helse og omsorg ga prosjektlederne uttrykk for at det ikke var nok kapasitet til å gjennomføre alle oppgavene. For å løse dette problemet utførte toppledelsen en prioritering på hvilke delprosjekter som kunne utsettes, samtidig som det ble utarbeidet en plan for å prioritere de ulike oppgavene på en

hensiktsmessig måte. I datamaterialet mitt kan det se ut til at ledelsen ikke har vært påpasselig på å kontakte toppledelsen i sykehuset, for å forklare hvor i avdelingen flaskehalsene forekommer og hvordan disse kan prioriteres bedre. En informant trekker frem at det er vanskelig å få ledelsen til å forstå at det eksisterer flaskehals i avdelingen.

Funnene viser at det nye rapporteringssystemet i form av hvordan man skulle sette koder på de ulike pasientene ble ansett som en flaskehals. Årsaken var at de ikke klarte å nå målet om å få 70 prosent av pasientene under et pakkeforløp. En informant påpekte at på høyere ledernivå var det denne statistikken som var i fokus. Meyer og Stensaker (2011) fant i sine studier at det er forskjell på hvordan medarbeiderne oppfattet hva som klassifiseres som tidstyver, og hva lederne anses som nødvendige oppgaver knyttet til det administrative arbeidet.

### **Utfordring som følge av høytturnover i avdelingen**

Funnene viser også at ledelsen har utfordringer da de må fordele for mange arbeidsoppgaver på for få ansatte. Ifølge Meyer og Stensaker (2011) kan det argumenteres for at dette vil føre til økt arbeidspress. Det kan også være en medvirkende faktor til at det foreligger en høy turnover på sykepleiersiden som utfordrer stabiliteten i avdelingen. En informant forklarer at det jobbes med å få sykepleierne til å bli, og det er iverksatt tiltak slik at sykepleierne kan få rådgivning og veiledning slik at de føler seg trygge på avdelingen. Mitt datamateriale gir lite grunnlag for å antyde hvordan ledelsen opererer spesifikk for å hindre at det oppstår høy turnover, men et funn viser at ledelsen prøver å stabilisere underbemanningen med å få nok folk på jobb

Funnene fra *hvordan ansatte vil reagere på endringer*, kan også sees i samsvar med reaksjoner knyttet til bemanningen i avdelingen. Nesheim (2013) påpeker at bemanningen i en organisasjon er viktig for å opparbeide endringskapasitet. Da kreves det at ledelsen og ansatte samarbeider mot å nå felles målsetninger, og at de ansatte er endringsvillige. Videre forklarer Nesheim (2013) at en organisasjons valg av bemanningstiltak vil påvirke endringskapasiteten gjennom ansattes holdninger til organisasjonen og til de nye endringene. Dette kan bidra til å forklare at et høyt arbeidspress i avdelingen førte til at de ansatte møter endringsprosessen til det nye pakkeforløpet med likegyldighet, ettersom dette er en endring de likevel vet at de måtte igjennom.

En informant opplyste om at underbemanning i avdelingen var nok til å få hele pasientforløpet til å brikke, noe som tyder på at et standardisert pasientforløp som er svært sårbart. Dette kan peke i en retning om at det er viktig at et pasientforløp som pakkeforløpet virker dynamisk, eller så kan det få store konsekvenser.

Et annet interessant funn viser at sykepleierne ikke er direkte involvert i pakkeforløpet. Det er leger og forløpskoordinatorer som har dette ansvaret for koordineringen. Men det er grunn til å tro at sykepleierne er involvert da de har et omsorgsansvar for pasientene og må ha kunnskap om forløpet. Likevel kan det reise spørsmål om underbemanning og høy turnover på sykepleiersiden påvirker endringskapasiteten og strukturen i avdelingen, da avdelingen må bruke ressurser på å få sykepleierne til å bli værende i avdelingen. Samtidig kan det være nærliggende å tro at dette er en god investering og forutsetning for å ha utarbeidet et stabilt personale. Meyer og Stensaker (2011) antyder at høy turnover kan skyldes at ansatte ønsker forlate organisasjonen for å søke seg over til mer stabile arbeidssituasjoner. Funnene viser at det er et høyt arbeidspress på avdelingen. Det kan tenkes at det er vanskelig å opparbeide en endringskapasitet når den daglige arbeidssituasjonen er krevende.

### **Utfordringer knyttet til forløpskoordinatorfunksjonen**

Hvordan avdelingen allokterer eksisterende ressurser til den enheten som løser oppgavene mest effektivt, vil ifølge Meyer og Stensaker (2011) bidra til å frigjøre ressurser. Funnene antyder at avdelingen ikke klarer å iverksette forløpskoordinatorens funksjonsbeskrivelse i den daglige praksisen. Det kan antydes at det er for mange andre oppgaver som må prioriteres i tillegg til funksjonen som forløpskoordinator. Det kan synes som at det ikke foreligger en felles forståelse på avdelingen på hvordan forløpskoordinatoren skal utføre sine arbeidsoppgaver basert på retningslinjene fra Helsedirektoratet. Dette kan utfordre koordineringen. Det er flere funn som viser at medarbeiderne ikke er helt enige i om hvordan forløpskoordinatorfunksjonen blir utøvd i praksis i avdelingen.

En informant uttalte at de ønsker en person som faktisk kan koordinere ting. Dette kan indikere at det foreligger utfordringer for hvordan ressursfordelingen er knyttet til forløpskoordinatoren. Det kan også tenkes at forløpskoordinatorens rollebeskrivelse ut ifra Helsedirektoratets sine retningslinjer oppfattes for rigide i avdelingen og kommer i konflikt med andre oppgaver i avdelingen som også må løses. Selv om det var få funn som tyder på at

informantene hadde en oppfattelse av at det var minimal forskjell på det tidligere pasientforløpet og pakkeforløpet, var det funn som viste at pasientforløpet under Lean-prosjektet hadde andre måter å strukturere en kontaktperson eller en forløpskoordinator på. Under Lean-prosjektet var det en så kalt pasientadministrativ lege og sykepleier (PAL/PAS). Slik jeg forstår det var ansvaret da fordelt på flere leger og sykepleiere, det vil si at en pasient hadde en pasientansvarlig lege og sykepleier. Funnene viser at disse funksjonene ikke ble overført til pakkeforløpet, og at det ikke ble redegjort for årsaken til dette. Det kan se ut til at ledelsen ikke hadde kapasitet til å kommunisere hvorfor denne funksjonen ble avvirket.

### **6.3.2 Midlertidig økte ressurser**

Det fremkommer funn som viser at underbemanningen ikke kun skyldes at det er høy turnover på sykepleiersiden, men at man ikke har nok ressurser til å rekruttere nye ansatte. Rekruttering er en av indikatoren fra det teoretiske rammeverket, som Meyer og Stensaker (2006) ba meg være oppmerksom på. Ettersom funnene viser at det verken var rekruttert midlertidige eller permanente ansatte, kan det reises spørsmål om indikatoren ikke kan relateres til å denne delen av rammeverket. Samtidig viser funnene at avdelingen har opprettet nye stillingstitler i tråd med Helsedirektoratets retningslinjer, der det måtte opprettes egne stillingstitler for forløpskoordinatorer og forløpsleder.

Et spørsmål som kan reises er om avdelingen klarte å utnytte disse ressursene knyttet til de nye stillingstitlene. Funn fra avsnittet «underbemanning» viser også at avdelingen ikke hadde nok kapasitet til å oppnå målet om at 70 prosent av pasientene skal være innenfor et pakkeforløp etter avsatte frister. Dette kan tilsa at avdelingen har hatt utfordringer på hvordan man skal prioritere de manglende ressursene på bakgrunn av høy turnover eller underbemanning.

I HR konferansen 2018 (HR Norge, 2018, 00:25), forklarer Meyer at man kan tillatte en overkapasitet i løpet av en periode. Her forklarer Meyer at det er forskjell på offentlig og privat sektor. Offentlig sektor har en forventning om at man ikke har behov for å hyre inn ekstern hjelp, fordi man skal klare dette ved siden av normal daglig drift. I konferansen fremmer Meyer et eksempel hun synes gir et godt bilde på hvordan offentlige organisasjoner bør skaffe ekstra rekrutteringer i store omstillingsprosesser. Eksempelet omhandler sammenslåingen av Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål sykehus. Denne

sammenslåingen skulle utføres uten at det skulle koste noe ekstra. Det hevdes at det er klart faktum at slike store omstillinger vil kreve finansielle ressurser i denne perioden. Ifølge Meyer vil en smart måte å gjøre dette på er å innhente vikarer som kan utføre de daglige driftsoppgaver, mens de faste ansatte kan bruke tid på å fokusere på de nye endringsoppgavene.

Selv om en sammenslåing av disse sykehusene er betydelige større prosess enn endringen fra det tidligere pasientforløpet gjennom Lean til innføringen av pakkeforløpet, kan eksempelet illustrere at viktigheten av å hyre inn ekstern hjelp i en midlertidig periode. Helsedirektoratet (2015) viser til Danmark som var en pioner ved utviklingen av pakkeforløp, og de hadde satt inn ressurser i form av en bufferkapasitet ved «toppbelastninger», slik at det ble enklere å regulere avdelingens pasientflyt. Det kan tenkes at det ville ha vært fordelaktig dersom avdelingen jeg studerte hadde avsatt ressurser slik at de hadde hatt en bufferkapasitet. Det kunne ha vært interessant å se hvordan dette ville ha frigjort kapasitet på avdelingen, og om det eventuelt ville ha redusert underbemanningen.

På en måte kan det anses som motstridene å innhente hjelp i forbindelse med et pasientforløp som er basert på Lean-metoden. Det er fordi hensikten med Lean er blant annet å redusere kostanden med å benytte de ressursene som organisasjonen allerede har på en mer effektiv måte (Joosten et al., 2009). På en annen side kan det argumenteres for at avdelingen kanskje kunne ha vært bedre på å utnytte de medarbeidere som tidligere hadde vært inkludert i Lean-prosjektet på en mer hensiktsmessig måte. Schumacher og Scherzinger (2016) viser i sin studie at interne konsulenter kan bidra til å opparbeide endringskapasitet i en organisasjon, da de har en eierskapsfølelse til organisasjonen og erfaring fra tidligere endringsprosesser. I delkapittel 6.2 diskuterte jeg at det foreligger funn som viser at samtlige informanter var med i fokusgruppen under Lean-prosjektet ga uttrykk for å ha en eierskapsfølelse til pakkeforløpet.

### **6.3.3 Utvikle endringsressurser**

Når det gjelder å utvikle endringsressurser antyder funnene at avdelingen har utviklet dette basert på tidligere praksis. Et hovedfunn fra analysen er at MDT-møtene var en viktig faktor for at rutiner og strukturen på avdelingen skulle bidra til et effektivt pakkeforløp, og for å utnytte en bedre flyt i avdelingen. Funnene antyder at den kunnskapen avdelingen har opparbeidet seg gjennom tidligere møtepraksis knyttet til Lean-prosjektet var avgjørende for



hvordan strukturen og rutinene utføres i dagens praksis. Disse møtene gir også en mulighet til å evaluere pasientforløpene og endre ulike momenter dersom det er nødvendig. Innis og Berta (2016) viste i sin studie at kunnskap om rutiner er viktig når helseorganisasjoner skal innføre ny praksis, noe MDT møtene gir et godt bilde på.

### **MDT-møter**

Det kan antydes også at det foreligger overordnede rutiner på ledernivå i form av såkalte metarutiner i avdelingen (Lewin et al., 2011). På MDT-møtene samles de ulike behandlingsspesialister og forløpskoordinator som anses som de mest sentrale i pakkeforløpene. Informantene påpeker at man er avhengig av at de nødvendige profesjonene er til stede i møtene for å kunne diskutere hva som er gjort med de ulike pasientene og videre planlegging. Det kan se ut til at avdelingen har benyttet det Innis og Berta (2016) omtaler som «skanning» for å få til denne type aktivitet på en best mulig måte og utnevne de sentrale organisatoriske medlemmene for å utføre slike aktiviteter. Skanning kan benyttes til å opparbeide et innovativt miljø for å «skanne» omgivelsene for innovasjon som kan styrke organisasjonens arbeid, noe som kan sammenlignes med det Jacobsen og Thorsvik (2007) omtaler som innovative organisasjoner. I organisasjonsteori blir slike organisasjoner også omtalt som ad-hoc-kрати, der strukturen er mer flytende og uklar (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Helsedirektoratet (2016) påpeker at de tverrfaglige møtene vil foregå gjennom en ad-hoc, der de relevante deltakerne blir inkludert. Av den grunn kan det se ut til at det foreligger en strukturell fleksibilitet når jeg undersøker hvordan avdelingen kan utvikle sine endringsressurser for å oppnå endringskapasitet.

Funnene antyder at avdelingen har opparbeidet seg en endringskapasitet ved å utvikle endringsressurser i form av å benytte seg av det Innis og Berta (2016) omtaler som et internt nettverk, der formålet er å opparbeide seg et tverrfaglig engasjement og sette sammen hensiktsmessige arbeidsgrupper. Innis og Berta (2016) påpeker i sin studie at det er viktig å inkludere deltakere som har en sentral rolle for å dele sine kunnskaper og erfaringer med andre. Dette samsvarer godt med det Helsedirektoratet (2016) understreker som viktigheten av å etablere et nettverk gjennom MDT-møtene, der de involverte har kunnskap om aktivitetene i et pakkeforløp. Funnene antyder at de sentrale personene som bør være delaktige i MDT-møtene er til stede. Videre viser også funnene at avdelingen har benyttet seg av de ansatte som var med i fokusgruppen under Lean-prosjektet. Det kan antydes at avdelingen har brukt

strukturer og rutiner fra de tverrfaglige møtene fra det tidligere Lean-prosjektet for å videreutvikle disse i MDT-møtene (Meyer & Stensaker, 2011). Dette kan tyde på at det foreligger en strukturell fleksibilitet knyttet til disse møtene.

Funnene viser at det foreligger en entusiasme knyttet til MDT-møtene. En årsak til dette er blant annet at informantene opplevde at flaskehalsene ble indentifisert gjennom disse møtene under Lean-prosjektet, og at det forelå velordnede rutiner på hvordan møtene fungerte i praksis. Helsedirektoratet (2016) påpeker at MDT-møtene bygger på det nasjonale handlingsprogrammet for den bestemte sykdomstilstanden som inneholder noen detaljerte beskrivelser på hvordan de tverrfaglige teamene bør organiseres. Det kan tyde på at det foreligger noen bestemte rutiner knyttet til møtenes hensikt. Ifølge Meyer og Stensaker (2011) kan rutiner føre til stabilitet og en mer forutsigbar organisasjon. Dermed kan det tenkes at avdelingen var bedre rustet til å innta disse møtene etter at Helsedirektoratet innførte MDT-møter som en del av retningslinjene.

På en annen er ikke dette bilde helt entydig. Et funn antyder at det kunne ha vært hensiktsmessig å ha MDT-møter flere ganger i uken, ettersom det kan forhindre forsinkelser i pasientforløpet. Det påpekes at avdelingen ikke har kapasitet til å gjennomføre slike møter mer enn en gang i uken, da det antydes at det er et puslespill å sette sammen disse møtene basert på alle profesjonenes timeplan. En informant opplyste at det ikke var nødvendig å ha slike formaliserte møter. Dette kan trekkes en parallell til MDT-møtene er mer fleksible basert på strukturell fleksibilitet, i den grad at ansatte er opptatt av å fremme løsninger og ideer (Klarner et al., 2008). Av den grunn kan det tenkes at Meyer og Stensaker (2011) sin modell om ressursverktøy kan gjenspeile seg i den konteksten jeg studerer basert på et profesjonalisert byråkrati.

### **Nytt rapporteringssystem som utfordring**

Det var stor enighet blant informantene at det nye rapporteringssystemet var den største endringen. Dette systemet var et godt og effektivt IT-verktøy for å kode riktige tider og datoer i pakkeforløpet og gav en god oversikt. Hensikten var også at det skulle rapporteres sentralt til ledelsen. Tidligere brukte forløpskoordinatorene dataprogrammet Excel for å kode de ulike pasientene. Det kan tenkes at avdelingen ikke var forberedt på at innføringen av det nye

systemet tok noe tid før det ble sett på som en ny rutine. Funnene viser at denne innføringen skapte merarbeid og noe frustrasjon.

Innis og Berta (2016) viser til amerikanske og canadiske studier der det var svært viktig å inkludere førstelinjeledere for å skape støtte for nye innovasjoner og bruk av nye praksis.

Funnene fra mitt datamateriale viser at forløpskoordinatorene var med i et pilotprosjekt året før pakkeforløpet kom, og at dette prosjektet ble ansett som verdifullt for å lære hvordan man skal kode pasientene til riktig tid og riktig sted. Mitt datamateriale sier ikke noe om at ledelsen i avdelingen var deltager i dette prosjektet sammen med forløpskoordinatorene.

Ettersom det oppstod funn som viste at samtlige informanter hevdet at rapporteringssystemet var den største utfordringen, kan det være nærliggende å tenke at ledelsen ikke var like involvert i hvordan dette systemet skulle implementeres og hvor mye tid som burde blitt avsatt. Studien fra Innis og Berta (2016) viser at det er svært viktig å sette av ressurser til implementering av ny praksis og innføring av et nytt IT-system. Ifølge Meyer og Stensaker (2011) kan endringer av rutiner og prosedyrer by på tap av produktivitet fordi organisasjonen kan bruke lang tid på å omstille seg når de skal ta i bruk nye IT-systemer.

En kjent problematikk i sykehus er at elektroniske pasientjournal kan oppleves som utfordrende. En kronikk fra Heldal og Sjøvold (2015) diskuterer at elektroniske pasientjournal ikke er tilpasset profesjonenes kultur og ståsted, men den beror heller på begrepsbruk virker fremmed for de ansatte som jobber med dette. Dette kan samsvare med en informants oppfatning i mitt materiale som viser at den største utfordringen var hvordan de ulike kodene skulle kodes, da kodedefinisjonene for hver pasient ble ansett som vage. Samtidig forklarte informanten at hen måtte oppsøke andre avdelinger for å få en forståelse for hvordan kodingen fungerte.

Innis og Berta (2016) viser til flere studier som påpeker at tid er en viktig ressurs, i form av at ledelsen tilrettelegger for at personalet får tilstrekkelig tid til å utføre sine kliniske oppgaver samtidig som man deltar i den nye implementeringsprosessen. En informant referer til at hen ikke var fornøyd med sin opplæring av det dette systemet, og at hen selv brukte mye tid på hva de ulike kodene betydde og hvordan de ulike kodene skal settes riktig på hver pasient. Ellen et al., (2013) forklarer at å omalloktere ressurser til opplæring er en sentral faktor i en implementeringsprosess.

#### **6.3.4 «Strukturell fleksibilitet»**

Ut ifra funnene fra delkapittel 5.3 har jeg forsøkt å operasjonalisere rutiner og strukturere ved å se på de tre ressursverktøyene til Meyer og Stensaker (2011). Jeg har også observert et så kalt fjerde punkt som indikerer at det foreligger en slags strukturell fleksibilitet basert på at funnene viser at det foreligger en kommunikasjon som foregår nedenufra og opp, noe som videre tyder på en desentralisert beslutningsmyndighet i sykehusavdelingen. Dette er ikke et overaskende funn i den konteksten jeg studerer da Jacobsen og Thorsvik (2007) kjennetegner dette som et profesjonalisert byråkrati. Samtidig er det interessant å stille spørsmål om om funnene utfordrer den strukturelle fleksibiliteten.

Datamaterialet mitt viser at det foreligger en desentralisert beslutningsmyndighet. Det opplyses at det ikke er en person som sitter på toppen og bestemmer alt i avdelingen. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2007) assosieres dette med en flat struktur der beslutningsmyndigheten foregår nede i den operative delen av organisasjonen, og dette er et kjennetegn fra et profesjonelt byråkrati. Dette kan støtte opp under det Klarner et al., (2008) påpeker som en strukturell fleksibilitet, som fokuserer på hvordan organisasjoner fremmer en felles diskusjon om endring.

På en annen side kan det se ut til at avdelingen tidligere var preget av en mer sentralisert beslutningsmyndighet, da det antydes at beslutningene var mer sentralisert. Dette reiser et spørsmål om organisasjonsstrukturen under Lean-prosjektet var mer rigid i form av at det var mer fokus på formelle rutiner og prosedyrer enn den er i dag. Min studie gir ikke grunnlag for å si noe mer om dette, og det må eventuelt sees nærmere ved en oppfølgende undersøkelse.

Funnene antyder også at det foreligger en god kommunikasjon i den grad at man føler at man har blitt kjent med hverandre som følge av endringen. Det opplyses at noen er trygge på å ta egne avgjørelser. Dette sier også noe om ansattes involvering i hvordan de tar beslutninger i avdelingen. Av den grunn kan disse funnene bidra til å støtte opp manglende datamaterialet under indikatorene framing og involvering.

## 7. Konklusjon

Studiens formål er å belyse problemstillingen: «*Hvordan kommer endringskapasitet til syne i et pågående endringsarbeid i en sykehusavdeling?*». Dette ble utført ved å benytte innføringen av pakkeforløpet som et eksempel i en sykehusavdeling. Hensikten var å se hvordan en kompleks organisasjon som sykehus som stadig er i endring kan opparbeide seg en endringskapasitet. Dette ble i utgangspunktet undersøkt ved å se på Meyer og Stensaker (2011) sine tre dimensjoner og Meyer og Stensaker (2006) sine seks indikatorer. Funnene utfordret studiens teoretiske rammeverk, da det var flere momenter som var nødvendig å supplere med for å underbygge endringskapasitetsbegrepet ytterligere.

Før jeg gikk inn i denne studiens problematikk hadde jeg forventinger om at den avdelingen jeg studerte hadde vært gjennom en stor endring i forbindelse med implementeringen av pakkeforløpet. Det store hovedbilde fra informantene sin side var at de ikke assosierte pakkeforløpet som en stor endring. Det kan se ut til at det foreligger en enighet i avdelingen og en forventning blant annet informantene om at det tidligere Lean-prosjektet var et godt forløp til utarbeidelsen av pakkeforløpet. Dette kan være en forklaring på hvorfor indikatorene innramming og involvering ikke ble så synlig da jeg spurte informantene om hvilken begrunnelse som ble gitt for endringen og hvordan de ble involvert. Videre kan det tenkes at dette også kan bidra til å forklare hvorfor indikatorene tempo og rekkefølge får lite dekning da jeg studerte ansattes reaksjon. Funnene viser at det var noe ulike reaksjoner på implementeringen, fra en «oppskrift på noe som de allerede hadde» og til at det var «på høy tid» med felles nasjonale retningslinjer. Likevel kan det antydes at det store hovedbilde var at ansatte reagerte med lojale reaksjonsmønstre, der passivitet og likegyldighet var en fremtredende reaksjon. En slik reaksjon pekte også i en retning mot en passiv motstand, der det foreligger skepsis rundt standardisering av pakkeforløp.

I studien ble det reist spørsmål om det foreligger endringskapasitet som kan assosieres med en med strukturell fleksibilitet i et profesjonalisert byråkrati som et sykehus er et eksempel på. Dette ble undersøkt ved hjelp av å se på de tre ulike ressursvektøyene til Meyer og Stensaker (2011), der indikatorene rekruttering og rutiner fra Meyer og Stensaker (2006) ble undersøkt. Funnene belyser at det var kapasitetsproblemer i avdelingen knyttet til blant annet underbemanning og hvordan avdelingen skulle frigjøre og prioritere de riktige ressurser til forløpskoordinatorene. Avdelingen hadde ikke satt inn noen ekstra midlertidige eller

permanente ressurser i form av rekruttering. Det kan tenkes at dette kan utfordre endringskapasiteten, men samtidig kan dette være en læring til neste endringsprosess der avdelingen ser verdien av å øke midlertidige ressurser for å oppnå en langsiktig og vedvarende endringskapasitet. Det kan se ut til at et annet hovedfunn for å utvikle langsiktig endringskapasitet er å utvikle endringsressurser i form av å tilrettelegge for gode rutiner for nye praksiser, slik at det blir enklere å innføre ny praksis. MDT-møtene illustrerte et godt eksempel på dette. Samtidig kan det tenkes at rapporteringssystemet så ut til å utfordre den foreliggende strukturen og rutinene i avdelingen, da det antydes at det var noen rutiner som ikke var helt på plass. Dette systemet ble ansett som den største endringen i pakkeforløpet, og som i dag fungerer mye mer effektivt enn det tidligere systemet. Som en oppsummering kan det se ut til at det var induktorene rutiner og rekruttering som får størst dekning til at den avdelingen jeg studerte kan oppnå en langsiktig endringskapasitet. og i samsvar med hvordan den strukturelle fleksibiliteten kommer til syne i et profesjonalisert byråkrati.

Etter å ha studert en endring som ikke ble ansett som en direkte endring mener jeg likevel at summen av studiens teoretiske rammeverk kan ha bidratt til å belyse endringskapasitet i en sykehusorganisasjon. Ved å studere pakkeforløpet som endringsarbeid i en sykehusavdeling, kan studien bidra med å belyse at endringer ikke nødvendigvis behøver å oppleves som direkte i form av en markant endring, men mer som en del av en omgripende endringsprosess som stadig er i endring. Dette tyder på at sykehusavdelingen står ovenfor multiple endringer, noe Meyer og Stensaker (2011) påpeker gir et mer virkelighetsnært bilde på hvordan endringer skjer i organisasjoner i dag. Forhåpentligvis kan denne studien også bidra til å sette søkelyset mot endringskapasitet i offentlig sektor.

### **Studiens implikasjoner og videre forskning**

Studiens teoretiske rammeverk blir ansett som et forslag for å belyse endringskapasitetsbegrepet ytterligere gjennom tre dimensjoner og seks indikatorer, i tillegg til andre etterfølgende momenter. Av den grunn ville det ha vært interessant å studere studiens teoretiske rammeverk nærmere i den konteksten jeg studerte, eller ved en annen kontekst i en offentlig organisasjon. Dette kan bidra til å styrke rammeverkets gyldighet.

Ut ifra min forståelse kan det se ut til at Meyer og Stensaker (2011) fokuserer i større grad på hvordan organisasjoner som har opplevd store endringer kan opparbeide seg

endringskapasitet, dermed kan det se ut til at det mangler noe tematikk om hvordan organisasjoner som opplever mindre endringer på bakgrunn av tidligere praksis. Funnene i mitt datamateriale antyder at flere av indikatorene til Meyer og Stensaker (2006) for hvordan man kan opparbeide en langsiktig og vedvarende endringskapasitet, ikke har like stor dekning i min studie. Dermed reiser jeg spørsmålet om tidligere endringsprosesser som oppfattes som lik og tilsvarende som den nye endringsprosessen, bør få større oppmerksomhet i litteratur om endringskapasitet. Forhåpentligvis kan min studie bidra til å belyse dette.

Med hensyn til studiens overførbarhet vil en implikasjon være studiens utvalg av informanter. Utvalget inkluderer flere organisasjonsnivåer, men det hadde vært fordelaktig dersom det var mulig å inkludere flere fagprofesjoner. I denne oppgaven har jeg forsøkt å ikke lagt vekt på om det er forskjeller mellom de som er klinikere, ledere eller det administrative personell. Det er med hensyn til informantenes anonymitet og at datamaterialet mitt ikke gir like mye innsikt på dette nivået. Samtidig viser flere funn at det var noen interessante forskjeller, og dette kan være relevant å ta opp i videre forskning. Videre ville det ha vært interessant å sammenligne den avdelingen jeg studerte med en annen avdeling som ikke hadde innført et tilsvarende pasientforløp gjennom et Lean-prosjekt. Dette er for å se om det foreligger noen forskjeller på hvordan innføringen ble tatt imot og hvor godt forberedt avdelingen var.

## 8. Referanseliste

- Aasebø, U., Strøm, H. H. & Postmyr, M. (2012). The Lean method as a clinical pathway facilitator in patients with lung cancer. *The Clinical Respiratory Journal*, 6(3), 169-174. Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1752-699X.2011.00271.x>
- Abrahamson, E. (2000). Change Without Pain. (Abstract). *Harvard Business Review*, 78(4), 75-79. Hentet fra: <https://hbr.org/2000/07/change-without-pain>
- Andersen, H. (2009, 01. juli). *Sunn fornuft satt i system. Strategi for pasientforløpsprosjektet ved UNN HF 2009-2011*. Tromsø: Tromsø universitetssykehus. Upublisert
- Andersen, H., Nerland, I. & Postmyr, M. (2013). UNN HF og pasientforløp, Historien om Lean. Tromsø: Tromsø Universitetssykehus. Upublisert.
- 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* 2014. Hentet fra: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/1/e003873.full.pdf>
- Armenakis, A. A., & Harris, Stanley G. (2002). Crafting a change message to create transformational readiness. *Journal of Organizational Change Management*, 15(2), 169-183. Hentet fra: [https://search.proquest.com/docview/197577120?rfr\\_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo](https://search.proquest.com/docview/197577120?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo)
- Armenakis, A. A., Harris, S. G. & Mossholder, K. W. (1993). Creating readiness for organizational change. *Human relations*, 46(6), 681-703.
- Bakken, T., & Hernes, T. (2006). Organizing is Both a Verb and a Noun: Weick Meets Whitehead. *Organization Studies*, 27(11), 1599-1616. Hentet fra: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0170840606068335>
- Balogun, J., Hailey, V. H. & Gustafsson, S. (2016). *Exploring Strategic Change* (Fourth Edition). Edinburgh: Pearson Education Limited.
- Bennebroek Gravenhorst, K., Werkman, R. & Boonstra, J. (2003). The Change Capacity of Organisations: General Assessment and Five Configurations. *Applied Psychology*, 52(1), 83-105. Hentet fra: <https://iaap-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1464-0597.00125>
- Buono, A. & Kerber, K. (2010). Creating a Sustainable Approach to Change: Building Organizational Change Capacity. *S.A.M. Advanced Management Journal*, 75(2). Hentet fra: [https://search.proquest.com/docview/845248912?rfr\\_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo](https://search.proquest.com/docview/845248912?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo)
- Cinite, I., Duxbury, L. & Higgins, C. (2009). Measurement of Perceived Organizational Readiness for Change in the Public Sector. *British Journal of Management*, 20(2), 265-277. Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/j.1467-8551.2008.00582.x>
- Døving, E. & Strønen, H. F. (2012, mars. 07). Christine B. Meyer og Inger G. Stensaker: (2011): Endringskapasitet. *Norsk statsvitenskapeligvitenskapelig tidsskrift* (02/2012) Vol. 28. Hentet fra [https://www.idunn.no/nst/2012/02/christine\\_b\\_meyer\\_og\\_inger\\_g\\_stensaker\\_2011\\_endringsk](https://www.idunn.no/nst/2012/02/christine_b_meyer_og_inger_g_stensaker_2011_endringsk)
- Ellen, M., Léon, G., Bouchard, G., Lavis, J., Ouimet, M. & Grimshaw, J. (2013). What supports do health system organizations have in place to facilitate evidence-informed decision-making? a qualitative study. *Implementation Science: IS*, 8(1), 84. <https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1748-5908-8-84>
- Ellingsen, P. (2013). *Brukerorientert ledelse i offentlig sektor*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gersick, C. J. (1994). Pacing Strategic Change: The Case of a New Venture. *The Academy of Management Journal*, 37(1), 9-45. Hentet fra:



[https://www.jstor.org/stable/256768?sid=primo&origin=crossref&seq=1#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/256768?sid=primo&origin=crossref&seq=1#metadata_info_tab_contents)

- Gibbs, G. R. (2007). Thematic coding and categorizing. In Gibbs, G. R. *Qualitative Research kit: Analyzing qualitative data* (pp. 38-55). London, England: SAGE Publications, Ltd  
doi: 10.4135/9781849208574
- Golafshani, N. (2003). Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report*, 8(4), 597-607. Hentet fra:  
<https://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.bing.com/&httpsredir=1&article=1870&context=tqr>
- Guptara, P. (1993). IMPROVING OUR ABILITY TO MANAGE CHANGE. *Industrial and Commercial Training*, 25(4), 3-9. Hentet fra:  
[https://search.proquest.com/docview/214110454?rft\\_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo](https://search.proquest.com/docview/214110454?rft_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo)
- Greenfield, D., Eljiz, K., & Butler-Henderson, K. (2017). It Takes Two to Tango: Customization and Standardization as Colluding Logics in Healthcare: Comment on (Re) Making the Procrustean Bed Standardization and Customization as Competing Logics in Healthcare". *International Journal of Health Policy and Management*, 7(2), 183-185. Hentet fra:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5819378/pdf/ijhpm-7-183.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015, november). Implementering av pakkeforløp for kreft: Nasjonal plan for implementering av pakeforløp for kreft 2014-2015. (2. utg). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/generell-informasjon-om-pakkeforlop-for-kreft/IS-2426%20Nasjonal%20plan%20for%20implementering%20av%20pakkeforlop%20for%20kreft.pdf/\\_attachment/inline/b5d76043-ff42-4f5c-9ab3-cfbb395a08bc:4e8125f96798fd2daf2a4564c003113a17fd423e-IS-2426%20Nasjonal%20plan%20for%20implementering%20av%20pakkeforlop%20for%20kreft.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/generell-informasjon-om-pakkeforlop-for-kreft/IS-2426%20Nasjonal%20plan%20for%20implementering%20av%20pakkeforlop%20for%20kreft.pdf/_attachment/inline/b5d76043-ff42-4f5c-9ab3-cfbb395a08bc:4e8125f96798fd2daf2a4564c003113a17fd423e-IS-2426%20Nasjonal%20plan%20for%20implementering%20av%20pakkeforlop%20for%20kreft.pdf)
- Helsedirektoratet, (2016, 19. august). Introduksjon til diagnostisk pakkeforløp. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/diagnostisk-pakkeforlop-for-pasienter-med-uspesifikke-symptomer-pa-alvorlig-sykdom-som-kan-vaere-kreft/introduksjon-til-diagnostisk-pakkeforlop?malgruppe=undefined>
- Helsedirektoratet, (2017, 23. februar). Hentet fra: <https://helsenorge.no/sykdom/kreft/pakkeforlop-for-kreft>
- Helsedirektoratet, (2018, 12. juli). Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/avklaring-av-ansvar-og-oppgaver-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-innen-habilitering-og-rehabilitering/pasientforlop-i-habilitering-og-rehabilitering>
- Heldal, F. & Sjøvold, E. (2015). Endring i sykehus – et spørsmål om ledelse. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 135(2), 144-146. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2015/01/kronikk/endring-i-sykehus-et-sporsmal-om-ledelse>
- Hernes, T., Hendrup, E. & Schäffner, B. (2015). Sensing the Momentum: A Process View of Change in a Multinational Corporation. *Journal of Change Management*, 15(2), 117-141. Hentet fra: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/14697017.2015.1018304?needAccess=true>
- Hernes, T. & Schultz M. (2013) A Temporal Perspective on Organizational Identity. (2013). *Organization Science*, 24(1), 1-21. Hentet fra: <https://pubsonline.informs.org/doi/pdf/10.1287%2Forsc.1110.0731>

- HR Norge (2018, 6. november). *Mangler vi endringskapasitet i offentlig sektor*. Hentet fra: <https://hnrorge.no/aktuelt/mangler-vi-endringskapasitet-i-offentlig-sektor>
- Innis, J. & Berta, W. (2016). Routines for change: How managers can use absorptive capacity to adopt and implement evidence-based practice. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 718-724.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg). Cappelen Damm akademisk
- Jacobsen, D., & Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Jacobsen, D. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Joosten, T., Bongers, I. & Janssen, R. (2009). Application of lean thinking to health care: Issues and observations. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), 341-347.
- Judge, W. & Douglas, T. (2009). Organizational change capacity: The systematic development of a scale. *Journal of Organizational Change Management*, 22(6), 635-649. Hentet fra: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09534810910997041/full/pdf>
- Judge, W. Q. & Elenkov, D. (2005). Organizational capacity for change and environmental performance: An empirical assessment of Bulgarian firms. *Journal of Business Research*, 58(7), 893-901. Hentet fra: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09534810910997041/full/pdf>
- Klarner, P., Probst, G. & Soparnot, R. (2007). From change to the management of organizational change capacity: A conceptual approach. *University of Geneva*. Hentet fra: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:5739>
- Klarner, P., Probst, G. & Spoarnot, R. (2008). «Organizational Change Capacity in Public Services: The Case of the World Health Organization», *Journal of Change Management*, Vol. 8 No. 1, 57-7, Hentet fra: <https://doi.org/10.1080/14697010801937523>
- Kjøde, A. (2004, April), Ledere og endringsprosesser. *Magma-Econas tidsskrift for økonomi og ledelse* Hentet fra: <https://www.magma.no/ledere-og-endringsprosesser>
- Kollberg, B., Dahlgaard, J. & Brehmer, P. (2006). Measuring lean initiatives in health care services: Issues and findings. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(1), 7-24. Hentet fra: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/17410400710717064/full/pdf>
- Langli, A. (1994). Læring og ledelse: Tilgivelse eller tillatelse? I Nordhaug, O (Red.). *Personalutvikling, Organisasjon og ledelse* (2.utg. ed) (s. 195-213). Oslo: Tano. Hentet fra: <https://www.nb.no/items/beced8c17d83726b5551703858865242?page=5&searchText=Langli>
- Lawler, E. & Worley, C. (2006). *Built to change: How to achieve sustained organizational effectiveness*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in Group Dynamics: II. Channels of Group Life; Social Planning and Action Research. *Human Relations*, 1(2), 143-153. Hentet fra: <https://doi.org/10.1177/001872674700100201>

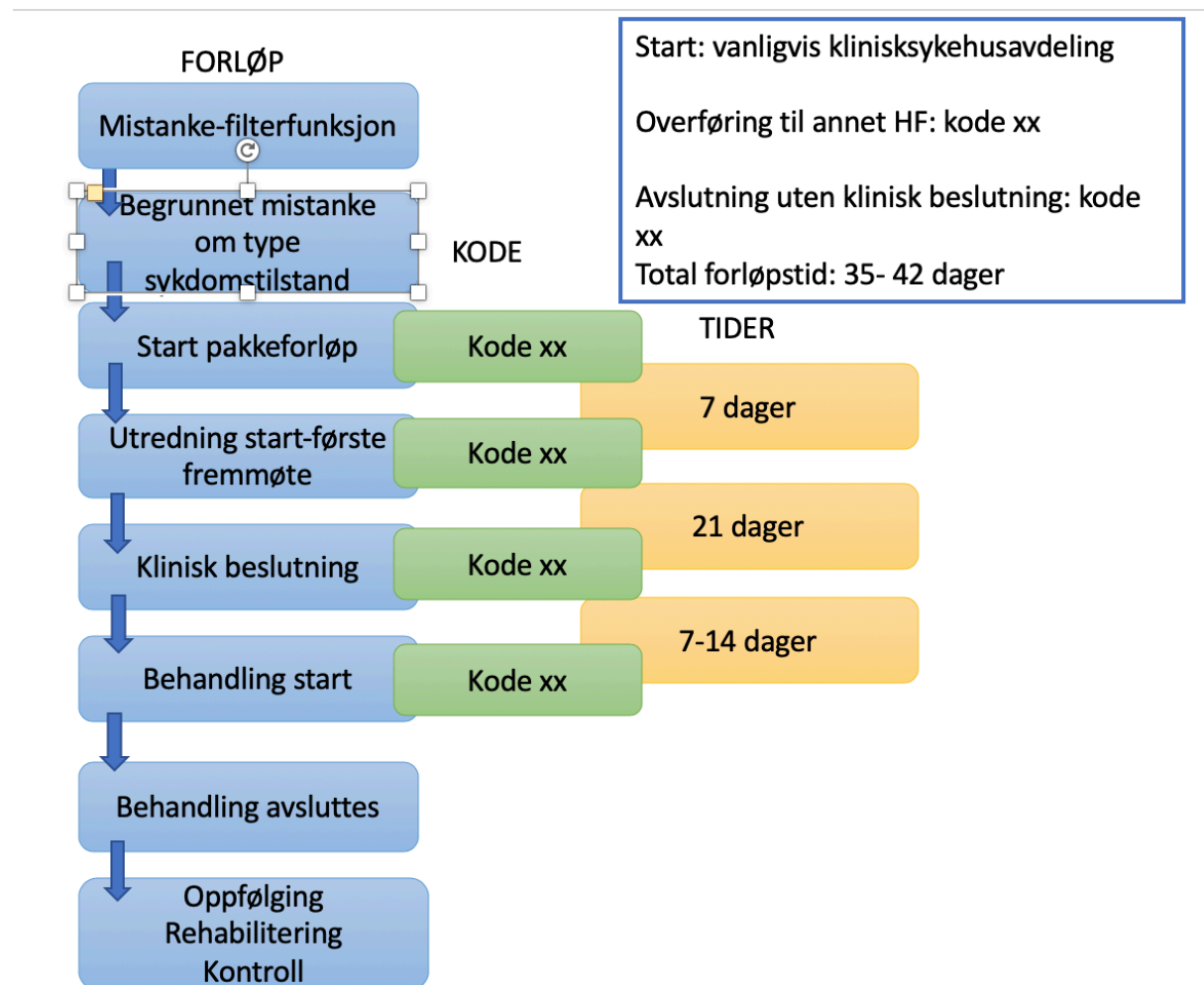
- Lewin, Y. A., Massini, S. & Peeters, C. (2011). Microfoundations of Internal and External Absorptive Capacity Routines. *Organization Science*, 22(1), 81-98. Hentet fra: <https://pubsonline.informs.org/doi/pdf/10.1287%2Forsc.1100.0525>
- Liguori, M. (2012). The Supremacy of the Sequence: Key Elements and Dimensions in the Process of Change. *Organization Studies*, 33(4), 507-539. Hentet fra: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0170840612443457>
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif: Sage.
- Lind, M. (2012. mai) *LEAN I UNN: Pasientforløp*. Innlegg presentert ved kunnskapssenteret, Tromsø. Hentet fra: <https://docplayer.me/39647477-Lean-i-unn-pasientforlop-marit-lind-viseadministrerende-direktor-kunnskapssenterets-arskonferanse-i-tromso.html>
- Meyer, C. & Stensaker, I. (2005). *Hvordan organisasjoner kan utvikle endringskapasitet: Forskningsrapport for Finansforbundet*. Oslo: Finansforbundet
- Meyer, C. & Stensaker, I. (2006). Developing capacity for change. *Journal of Change Management*, 6(2), 217-231. Hentet fra: <https://doi.org/10.1080/14697010600693731>
- Meyer, C. & Stensaker, I. (2011). *Endringskapasitet*. Bergen: Fagbokforl.
- Nesheim, T. (2013). Bemanningstiltak som kriseløsning: Determinanter og konsekvenser for endringskapasitet. *Søkelys På Arbeidslivet*, 30(3), 222-234. Hentet fra: [https://www.idunn.no/file/pdf/62162156/spa\\_2013\\_03\\_pdf.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/62162156/spa_2013_03_pdf.pdf)
- Nesheim, T. & Stensaker, I. (2017). *Fokus på fremtidens foretaksløsninger*. Bergen: Fagbokforlaget. I Stensaker, I., Sverdrup, T., E & Schei V. (Red), *Endringskapasitet i 3D. Vi tror det ikke før vi kan se det!* (s. 144-167).
- Pettigrew, A. M. & Whittington, R. (2003). Complementarities in action: Organizational change and performance in BP and unilever (1985–2002). In *Innovative Forms of Organizing: International Perspectives* (pp. 173-207). SAGE Publications.
- Ramezan, M., Sanjaghi, M. E. & Baly, H. R. K. (2013). Organizational Change Capacity and Organizational Performance: An Empirical Analysis on an Innovative Industry. *Journal of Knowledge-based Innovation in China*, 5(3), 188-212. Hentet fra: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JKIC-07-2013-0012/full/pdf?title=organizational-change-capacity-and-organizational-performance-an-empirical-analysis-on-an-innovative-industry>
- Rasche, A. & Chia, R. (2009). Researching Strategy Practices: A Genealogical Social Theory Perspective. *Organization Studies*, 30(7), 713-734. Hentet fra: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0170840609104809>
- Schein, E. H. (1999). Process consultation revisited: Building the helping relationship. *Boston, MA: Addison-Wesley Reading*, 1-6.
- Schumacher, T. & Scherzinger, M. (2016). Systemic in-house consulting: An answer to building change capacities in complex organizations. *Journal of Change Management*, 16(4), 297-316. Hentet fra: <https://doi.org/10.1080/14697017.2016.1230932>
- Sonenshein, S. (2010). WE'RE CHANGING-OR ARE WE? UNTANGLING THE ROLE OF PROGRESSIVE, REGRESSIVE, AND STABILITY NARRATIVES DURING STRATEGIC CHANGE IMPLEMENTATION. *Academy Of Management Journal*, 53(3), 477-512.
- Soparnot, R. (2011). The concept of organizational change capacity. *Journal of Organizational Change Management*, 24(5), 640-661. Hentet fra: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09534811111158903/full/pdf?title=the-concept-of-organizational-change-capacity>
- Stevens, G. (2013). Toward a Process-Based Approach of Conceptualizing Change Readiness. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 49(3), 333-360. Hentet fra: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0021886313475479>

- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torppa, C. & Smith, K. (2011). Organizational Change Management: A Test of the Effectiveness of a Communication Plan. *Communication Research Reports*, 28(1), 62-73. Hentet fra: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08824096.2011.541364>
- Yukl, G. (2013). *Leadership in organizations* (8th ed., Global ed.). Essex: Pearson.
- Weick, K. E. & Quinn, R. E. (1999). ORGANIZATIONAL CHANGE AND DEVELOPMENT. *Annual Review of Psychology*, 361. Hentet fra: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.50.1.361>
- Øygarden, O. & Mikkelsen, A. (2020). Readiness for Change and Good Translations. *Journal of Organizational Change Management*, DOI: 10.1080/14697017.2020.1720775

## 9. Vedlegg

### Vedlegg 1: Eksempel på et flytskjema for pakkeforløp

Dette er en bearbeidet modell som viser et eksempel på hvordan et flytskjema kan se ut.



## Vedlegg 2: Informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet *«Innføringen av et endringsarbeid ved en sykehusavdeling»*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt, der jeg skal studere innføringen av pakkeforløpet på Universitet sykehuset i Nord-Norge, som ble i 2015 innført av Helsedirektoratet. I dette skrivet gis det informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

I forbindelse med min master i økonomi og administrasjon ved UiT ønsker jeg å se på innføringen av pakkeforløpet ved en sykehusavdeling. Formålet er å få kunnskap om innføringen av pakkeforløpet, og studien vil blant annet undersøke hvor godt organisasjonen var forberedt på endringene ved denne innføringen.

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

Handelshøyskolen ved UiT i Tromsø veileder og prosjektansvarlig Anne-Grete Sandaunet. Hvorfor får du spørsmål om å delta?

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

Jeg henvender meg til deg som var involvert i prosessen med innføringen av pakkeforløpet. Målet med studien er å få informasjon om blant annet hvordan ledelsen tilrettela og gjennomførte innføringen av pakkeforløpet, hvordan ansatte erfarte denne innføringen, og undersøke hvor godt forberedt de ansatte var på å innføre en ny arbeidsprosess.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i dette prosjektet vil du bli intervjuet om hvilke ansvarsområder du hadde under prosessen, og hvordan du opplevde innføringen av pakkeforløpet. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuene som vil bli lagret på en konfidensiell og sikker måte. Når intervjuene har blitt transkribert, vil opptakene bli slettet. Dersom du ønsker det kan du få en kopi av intervjuet, og få muligheten til å korrigere innholdet.

#### **Det er frivillig å delta**

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

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

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet.

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Det er kun jeg som intervjuer som har tilgang til lydopptakene*
- *Du vil bli anonymisert og ditt navn og stillingstittel vil erstattes med en tallkode som kun jeg kjenner identiteten til.*
- Lydopptakene vil inntil de slettes lagres på et passordbeskyttet området på en server ved UiT.

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes 29. mai. Lydopptak vil bli slettet etter utgangen av denne dato.

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

*Prosjektet skal etter planen avsluttes 29. mai. Lydopptak vil bli slettet etter utgangen av denne dato.*

### **Dine rettigheter:**

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

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

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

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Med vennlig hilsen

Guro Eriksdatter Tradin

Prosjektansvarlig  
Sandaunet  
(Forsker/veileder)

Anne-Grete

## **Vedlegg 3: Generell intervjuguide**

*(NB: intervjuguiden ble tilpasset etter hver enkelt informant i forkant av intervjuet)*

### **Introduksjon:**

- Rengjører for hensikten med dette prosjektet
- Informantens/avdelingens rett til anonymitet og opplysninger rundt bruken av lydopptak.

### Bakgrunnsopplysninger:

- Hvor lenge har du jobbet i avdelingen?
- Hva er din stillingstittel nå?
- Hva var din stilling og arbeidsoppgaver under innføringen av pakkeforløpet?
- Utførte du innføringen av pakkeforløpet samtidig som du hadde en annen stilling? Fikk du eventuelt ekstra midler eller tid til å utføre innføringen?
- Hvordan er avdelingen organisert?
- Har du vært med på endringsprosesser tidligere.

Tema:	Spørsmål:
<p><b>1. Tema: Hvordan tilrettela og gjennomførte ledelsen den nye endringen (Pakkeforløpet)?</b></p>	<p>Hvordan begrunnet ledelsen innføringen av den nye endringen av pakkeforløpet?</p> <p>- Hvilke grunner ble gitt?</p> <p>Hvor godt forberedt var du da pakkeforløpet skulle innføres?</p> <p>Hvor synlig syns du ledelsen var under pakkeforløpet?</p> <p>Opplevde du at dere utførte flere endringer samtidig som dere innførte PF, i så fall hvilke?</p>
<p><b>2. Tema: Hvordan ansatte reagerte på endringene</b></p> <p><i>(Hvordan reagerte da pakkeforløpet skulle innføres)?</i></p> <p>- Reagerte du annerledes etterhvert?</p>	<p>Hvordan var motivasjonen blant ansatte? Hvordan var kommunikasjonen blant ansatte?</p> <p>Oppfattet du at noen var negative til den nye endringen (innføringen av PF)?</p>
<p><i>Deltakelse/involvering</i></p>	<p>Hvordan var du involvert i pakkeforløpet?</p> <p>Var du en del av «implementeringsgruppen»?</p> <p>Var det store forskjeller på hvem som ble involvert og ikke?</p> <p>Hvor ofte hadde dere møter om pakkeforløpet under innføringen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• - Hvem var involvert i disse møtene?</li> <li>• - Hvordan fungerte disse møtene?</li> </ul> <p>Ble pasientene involvert? Deres synspunkter?</p> <p>I hvilken grad var ledelsen synlig for din involvering?</p>



	<p>Hvor lang tid opplevde du at innføringen av pakkeforløpet tok?</p> <p>- Synes du det gikk raskt? - Ja? Hvorfor?</p> <p>-Hvordan reagerte du dersom det var en hurtig eller kort endringsprosess?</p> <p>- Synes du det var riktig timing mtp innføringen?</p> <p>Oppstod det flaskehals? Jfr. Helsedirektoratet skulle ledelsen indentifisere flaskehalsene.</p>
<p><b>3. Tema: Etablere struktur og rutiner i organisasjonen (avdelingen)</b></p> <p><b>Rutiner:</b></p> <p><b>Rekruttering/Bemannning</b></p>	<p>Opplevdes deres etablerte rutiner som trygge da pakkeforløpet skulle innføres?</p> <p>Ble det endringer i form av nye rutiner og prosedyrer da pakkeforløpet kom?</p> <p>-Hadde dere gode prosedyrer og rutiner før dere innførte pakkeforløpet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• - Hvis ja, hvilke?</li> <li>• - Hvis nei, hva manglet?</li> </ul> <p>Oppstod det ny koding? Og hvordan fungerte dette?</p> <p>- Hvem hadde ansvaret?</p> <p>Oppstod det flaskehals?</p> <p>Rekrutterte dere noen mtp denne prosessen? Midlertidig eller permanent rekruttering? Med hensyn til effektivitet, har avdelingen blitt nedbemannet?</p> <p>Hvordan synes du kvaliteten til pasientbehandlingen er nå?</p> <p>Hva var den største utfordringen med pakkeforløpet? - Oppstod det noe uforventet?</p> <p>Fungerer pakkeforløpet effektivt?</p> <p>Ifølge Helsedirektoratet skulle pakkeforløpet i denne avdelingen 1. jan. Opplevde du at dette ble innfridd?</p> <p>Og helt til slutt, hvilken tilbakemelding har dere fått av pasienter og pårørende som har vært igjennom pakkeforløpet?</p>