

## **Som et ekspresstog inn i helsevesenet;**

*En kvalitativ casestudie av en reformoppskrifts implementeringsprosess i et sykehus*

**Ingrid Lernes Mathiassen**

*Masteroppgave i organisasjons- og ledelsesvitenskap – november 2016*



## FORORD

Med denne oppgaven fullfører jeg mitt masterstudium i organisasjon- og ledelsesvitenskap ved Universitetet i Tromsø. Dette har vært en artig, lærerik og til tider krevende prosess som har gitt meg mye godt, faglig påfyll.

Først og fremst ønsker jeg å rette en stor takk til min nærmeste leder som har vist høy grad av velvilje og engasjement, og som har gitt meg anledning til å studere. Arthur, jeg setter stor pris på deg som leder og medmenneske!

Even Nerskogen har vært min faglige støttespiller og dyktige veileder gjennom hele prosessen. Tusen takk, Even!

Jeg ønsker også å takke mine informanter i UNN, som har delt av sine tanker, erfaringer og kunnskap, og som har bidratt til at jeg har kunne gjennomføre denne studien.

Familie, venner og kollegaer har hele tiden kommet med oppmuntrende ord, takk til dere!

Og sist, men ikke minst vil jeg takke min kjære mann Rune og mine to barn Julianne og Johan, som har holdt ut med en studerende kone og mamma, og som alltid minner meg på hva som er det viktigste i livet.

Tromsø, 14.11.2016

Ingrid Lernes Mathiassen

## SAMMENDRAG

Tema for denne masteroppgaven er implementering av reformer i sykehussektoren. Gjennom en kvalitativ casestudie av reformoppskriften pakkeforløp for krefts implementeringsprosess i Universitetssykehuset Nord Norge HF har jeg sett på forberedelsesfasen, innføringsfasen og utfallet av implementeringsprosessen i lys av to teoretiske posisjoner, det instrumentelle og det skandinaviske nyinstitusjonelle perspektivet.

Funnene i denne studien viser at implementeringsprosessens forløp var i tråd med både skandinaviske nyinstitusjonelle teorier og med instrumentelle teorier. Første del av implementeringsprosessen ble gjennomført som en oversettelse med høy grad av translatørkompetanse, og med en aktiv, uformell involvering av lokale translatører. Videre ble prosessen betydelig forbedret når toppledelsen kom på banen med etableringen av en formell arena for beslutning, styring og samhandling. *Den formelle, hierarkiske implementeringskjeden ble supplert med, og koplet opp mot den uformelle translasjonsteoretiske oversettelseskjeden.* Mine funn viser at instrumentelle, hierarkiske top-down- prosesser kan være og er like avgjørende og medvirkende som en ny-institusjonell oversettelse for en vellykket overføring av reformoppskrifter og praksisendring, dersom disse benyttes sammen og/ eller om hverandre i *ulike deler* av implementeringskjeden. Rekkefølgen i implementeringsprosessen i dette caset er veldig interessant. Den hierarkiske top- down- styringen internt i sykehuset ble *formelt etablert* en god stund *etter* at den translasjonsteoretiske oversettelseskjeden ble aktivert og implementeringsprosessen hadde startet opp, og nærmest i omvendt rekkefølge av hva man kan forvente både ut i fra den hierarkiske oversettelseskjeden og en instrumentell hierarkisk implementeringsprosess. Sykehuset hadde en lang tradisjon med et høyt fokus på pasientforløp og i å designe egne pasientforløp, og hadde bygget opp en solid kompetanse i bruk av Lean som prosess- og forbedringsverktøy som også ble benyttet i oversettelsesprosessen. Bruk av translatørkompetanse på flere nivåer og arenaer i sykehuset var en medvirkende og viktig faktor til et godt utfall av implementeringen.

# Innhold

FORORD .....	iii
SAMMENDRAG .....	iv
1 Introduksjon .....	1
1.1 Tema og problemstilling .....	1
1.2 Hvite flekker .....	3
1.3 Oppgavens oppbygning .....	4
2 Pakkeforløp for kreft; opprinnelsen, reisen, konseptet og caset .....	4
2.1 Reformoppskiftens bakgrunn og opprinnelse .....	5
2.2 Reformoppskriftens reise inn i Norge via HOD, Helsedirektoratet og Helse Nord .....	6
2.3 Reformoppskriftens innhold .....	7
2.4 Kort om UNN .....	10
3 Teoretisk referanseramme .....	12
3.1 Innledning .....	12
3.1.1 Reformoppskrifter .....	13
3.2 Instrumentelle teoriers forutsetninger .....	14
3.3 Skandinaviske nyinstitusjonelle teoriers forutsetninger .....	17
3.3.1 Kontekstualisering .....	19
3.4 Implementering som oversetting .....	19
3.4.1 Oversettelsesarenaene .....	19
3.4.2 Regler for kontekstualisering .....	22
3.4.3 Oversettelsesreglene .....	23
3.4.4 Translatørkompetanse .....	27
3.5 Oppsummering teorigrunnlag og forventning til funn .....	30

3.5.1	Forventning til funn i en rasjonell oversettelsesprosess .....	30
3.5.2	Forventning til funn i en skandinavisk nyinstitusjonell oversettelsesprosess ...	31
4	Metode.....	33
4.1	Innledning.....	33
4.2	Valg av undersøkelsesdesign og datainnsamling .....	34
4.2.1	Observasjon.....	34
4.2.2	Intervju .....	35
4.2.3	Dokumentanalyse.....	36
4.3	Utvalg.....	38
4.4	Validitet og reliabilitet .....	39
4.4.1	Forskningsetiske refleksjoner.....	41
4.5	Kritikk av egen metode.....	41
5	Empiri og analyse .....	42
5.1	Innledning.....	42
5.2	Forberedelsesfasen .....	42
5.2.1	Aktørene, arenaene og ledelsen .....	42
5.2.2	Monitoreringen .....	50
5.2.3	Bestillingen og oppdraget .....	55
5.3	Innføringsfasen/ den lokale fasen i sykehuset .....	56
5.3.1	Det uformelle oversettelsesteamet .....	56
5.3.2	Forløpskoordinatorrollen .....	62
5.3.3	Forløpslederrollen .....	64
5.3.4	Fra uformelt til formelt oversettelsesteam, toppledelsen kommer på banen..	65
5.3.5	Arenaene, aktørene og praksisendringen.....	70
5.4	Utfallet- fra reform til etablert praksis .....	82

6	Oppsummering og konklusjon .....	86
6.1	Videre forskning.....	89
7	Referanseliste.....	91

# 1 Introduksjon

## 1.1 Tema og problemstilling

Tema for denne masteroppgaven er *implementering av reformer i sykehussektoren*.

I tråd med politiske føringer og Nasjonal kreftstrategi 2013- 2017 fikk Helsedirektoratet i 2014 i oppdrag å utarbeide *pakkeforløp for kreft* i Norge. Idéen var hentet fra Danmark, der «Nasjonale pakkeforløp for kreft» ble utviklet og implementert i løpet av 2007 og 2008 (Helsedirektoratet, 2014). Helsepolitikkerne i Norge hentet idéen fra Danmark, og Helsedirektoratet gikk 1. januar 2015 ut med en bestilling til alle sykehus i Norge om å implementere pakkeforløp for kreft. Det stilles stadig større krav til helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten<sup>1</sup> i Norge. Dette er også tilfellet med bestillingen pakkeforløp for kreft. Krav og bestillinger kommer fra eiere og politikere. Sykehusene er en del av spesialisthelsetjenesten og deres oppdrag er å gi befolkningen helsetjenester som er i tråd med bestillinger fra eiere. Tjenestene er i form av utredning og behandling som innfrir både nasjonale og internasjonale kvalitetskrav og er i henhold til nyere forskningsresultater. Nye og endrede bestillinger kan medføre store endringer i sykehusene, både organisatorisk og for de ulike praksisfeltene internt i sykehusene.

I de senere årene har det vært stor oppmerksomhet omkring pasientforløp i helse- og omsorgssektoren. Dette har særlig vært fokusert på i forbindelse med utredning og behandling av kreftpasienter. Helhetlige pasientforløp er ifølge Kunnskapscenteret (Helsebiblioteket.no, 2010) viktig for at samarbeidet i helsevesenet skal bli bedre. Et *pakkeforløp* er et verktøy for å styre kvaliteten i helsetjenesten og i sykehusene gjennom standardisering av utredning, behandling-, pleie- og omsorgsprosesser. Et pakkeforløp er en beskrivelse av hvem som skal gjøre hva, til hvilken tid, med hvilket forventet resultat for en bestemt pasientgruppe i en behandlingslinje. De lengste behandlingslinjene handler om hele

---

<sup>1</sup> De regionale helseforetakene har ansvaret for spesialisthelsetjenesten, som omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling, prehospitale tjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet.



forløpet , og beskriver både primær- og spesialisthelsetjenestens oppgaver. Behandlingslinjer utarbeides som regel ved det enkelte helseforetak, men noen behandlingslinjer gjelder på tvers av helseforetak. Pakkeforløp for kreft er en organisasjonsoppskrift som krever nøye etterlevelse fra organisasjonen som skal implementere den. Derfor velger jeg å kalle denne reformen for en reformoppskrift (Røvik, 2007). Jeg vil i denne oppgaven konsentrere meg om å se på oversettelsen og implementeringen av denne reformoppskriften i spesialisthelsetjenesten, nærmere bestemt i et sykehus.

Hvorfor fattet jeg interesse for dette emnet? Jo, fordi pakkeforløp for kreft utfordrer sykehusene på flere områder. Dette er et klart politisk oppdrag som ikke ble initiert av spesialisthelsetjenesten selv. Helse- og omsorgsdepartementet gav dessuten Helsedirektoratet svært korte frister for implementeringen. Pakkeforløp for kreft innebærer omfattende samhandling og høye krav til måloppnåelse, noe som krever ledelse og koordinering av forløp på tvers av organisatoriske enheter. Spesialisthelsetjenestens organisering varierer, både innad i foretakene og innad i sykehusene. Pakkeforløpenes krav til standardisering, måloppnåelse og korte frister har således gitt utfordringer for sykehusene.

Casebedriften i denne oppgaven er Universitetssykehuset Nord- Norge HF (heretter kalt UNN). Det er interessant å se på hvordan denne reformen kommer til uttrykk lokalt i sykehuset og hvordan reformoppskriften er oversatt (Røvik, 2007). Målet i denne casestudien er å beskrive og forstå oversettelsen og implementeringsprosessen i UNN. Det har gått mer enn et år siden jeg bestemte meg for tema og valg om å skrive om pakkeforløp for kreft. Våren 2016 viser målingene at pakkeforløpene for kreft holder de forventede forløpstidene i UNN i stor grad, og dette kan allerede synes som et vellykket, implementert oppdrag (Helsenorge.no, 2016). Hvis dette er tilfelle, så vil det være interessant for meg å finne ut hvorfor og hvordan dette har skjedd, og om det er egenskaper ved selve reformoppskriften og/ eller dens opprinnelse og reise som har bidratt til dette. Oppsummert vil jeg derfor se på selve implementeringsprosessen i sykehuset;

organisasjonstenkningen, hvem var aktørene på de ulike tidspunktene, hvilke arenaer og beslutninger bidro i prosessen, hvilke endringer i praksis og organisering ble foretatt, og hva ble utfallet? Med bakgrunn i spørsmålene ovenfor har jeg formulert følgende problemstilling:

***Hvordan ble pakkeforløp for kreft oversatt og implementert i UNN HF? Hva ble utfallet av implementeringen og hva kan forklare dette utfallet?***

Begrepet *oversatt* relateres direkte til Røviks (2007) teori om oversettelse av organisasjonsoppskrifter, med hovedfokus på oversettelse som regelbaserte prosesser og bruk av translatørkompetanse. Med *implementering* mener jeg realiseringen og materialiseringen av reformoppskriften i UNN og jeg relaterer her begrepet implementering til å realisere, gjennomføre og å virkeliggjøre reformoppskriften i sykehuset. Med begrepet *utfall* mener jeg for det første hvilke eventuelle endringer i organisering og i praksisfeltene som prosessen medførte for aktørene på UNNs ulike arenaer. For det andre handler utfall også om resultatene av slike eventuelle endringer. Endring kan defineres som: « *En organisasjon har endret seg når den utviser ulike trekk på (minst) to ulike tidspunkt*» (Jacobsen, 2004: 23).

Jeg ønsker å ta et teoretisk utgangspunktet i to posisjoner, det instrumentelle perspektivet og det skandinaviske nyinstitusjonelle perspektivet, med hovedfokus på translasjonsteori. Jeg har valgt å gjøre en kvalitativ casestudie i UNN for å belyse og svare på problemstillingen.

## **1.2 Hvite flekker**

Implementeringsprosesser er studert av flere (Czarniawska, 2005; Erlingsdottir & Lindberg, 2005; Pfeffer & Sutton, 2000; Røvik, 2007). Dog er det ifølge Røvik (2011) ikke mange studier innenfor translasjonsteori som har sett på oppskriftenes ulike effekter innad i organisasjoner, og sett disse opp mot organisasjonenes overordnede mål. For et sykehus vil overordnede målsettinger være å imøtekomme bestillinger og krav fra eiere og brukere, og i tilfellet med pakkeforløpet for kreft vil bedre effektivitet bety kortere og like ventetider, og bedre informasjon til pasientene, i tillegg til bedre tilpassede pasientforløp. Røvik (2016) beskriver at de fleste studier innenfor den translasjonsteoretiske orienteringen faktisk

forutsetter at oversettelse betyr endring, og at det å kopiere en organisasjonsoppskrift nærmest er umulig, samt at oversettelse som oftest fører til nye og unike lokale versjoner av idéer. Røvik (2007) viser også til at forskerne innenfor organisasjonsteorien har vært lite opptatt av å studere betydningen av oversettelse av ulike organisasjonspraksiser og idéer i et translasjonsteoretisk perspektiv. Ifølge Røvik (2016) er det heller ikke nok studier som viser om oversettelsesreglene brukes med hensikt og overlegg, eller om disse bare følges automatisk, og om bruk av oversettelsesreglene vil ha noe å si for utkommet av selve oversettelsen. Jeg vil i denne casestudien forsøke å bidra til å belyse nettopp disse aspektene ved å se på implementeringsprosessen som oversettelse, bruk av oversettelsesreglene, og ved å se på selve utfallet av reformoppskriftens oversettelse og implementeringsprosess koplet opp mot reformens overordnede krav til måloppnåelse.

### **1.3 Oppgavens oppbygning**

Innledningsvis har jeg redegjort for temaet som jeg ønsker å belyse i denne studien, samt problemstilling. Videre vil jeg i del 2 beskrive bakgrunnen for reformoppskriften og dens opprinnelse i Danmark, og jeg vil deretter beskrive casebedriften UNN, reformoppskriften og dens innhold. I del 3 vil jeg redegjøre for teori og forventninger til funn med utgangspunkt i to posisjoner, det instrumentelle og det skandinaviske nyinstitusjonelle perspektivet. Metodisk tilnærming presenteres i del 4 og i del 5 presenterer jeg funn og analyse.

## **2 Pakkeforløp for kreft; opprinnelsen, reisen, konseptet og caset**

I Norge fikk Helsedirektoratet i 2014 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å utarbeide pakkeforløp for kreft, tuftet på erfaringene fra Danmark. Videre skulle Helsedirektoratet sørge for at de regionale helseforetakene og HF-ene i løpet av 2015 implementerte disse nye pakkeforløpene. Før jeg kommer inn på hva reformoppskriften pakkeforløp for kreft består av og beskrive casebedriften UNN, vil jeg redegjøre for bakgrunnen til organisasjonsoppskriften og hvordan den ble hentet fra Danmark til Norge. Grunnen til at jeg vil redegjøre for reformoppskriftens bakgrunn er fordi jeg i selve studien vil se på om egenskapene ved reformoppskriften opprinnelse og oversettelsesreise har bidratt inn i etableringen av den lokale forståelsen og oversettelsen av reformidéen.

## **2.1 Reformoppskiftens bakgrunn og opprinnelse**

Det første pakkeforløpet i Danmark ble utarbeidet i 1999 på et lokalsykehus. Danmark utarbeidet så nasjonal Kræftplan II i 2005, der det ble anbefalt å organisere kreftpasientenes pasientforløp som pakkeforløp. I oktober 2007 tok Danmark en politisk beslutning og den danske regjeringen og Danske Regioner inngikk en avtale om å nedsette en Task Force for kreftområdet (Patientforløp, 2015). Task Force er et forum som er ledet av Sundhedsstyrelsen, med representanter fra departementet, regioner og kommuner. Formålet med Task Force var å sikre at det skulle utarbeides faglige, optimale pakkeforløp for 34 kreftformer. Pakkeforløpene skulle sørge for at kreftpasientene fikk hurtige, kunnskapsbaserte og tilrettelagte pasientforløp uten unødvendig ventetid. Task Force hadde til oppgave å følge utviklingen i områdene for pakkeforløp, identifisere utfordringer i det danske helsevesenet med særlig vekt på det organisatoriske og kapasitetsmessige området og bistå implementeringsprosessene. Task Force hadde også mandat til å nedsette nødvendige arbeidsgrupper for å utarbeide beslutninger for spesielle områder innenfor utviklingen av kreftpakkeforløpene.

I løpet av utgangen av 2008 hadde Task Force i Danmark utarbeidet og innført pakkeforløp for 34 kreftformer. De danske forløpstidene ble i utgangspunktet beskrevet uten at det ble tatt hensyn til ressurser og kapasiteten i sykehusene. Dette ble overlatt til den enkelte helseregion. Når et pakkeforløp var ferdig redigert av utvalgte arbeidsgrupper satt sammen av representanter fra fagmiljøene, besluttet Task Force når og hvor pakkeforløpene skulle implementeres. Det var de enkelte sykehusenes og sykehusavdelingenes ansvar å sørge for at pakkeforløpene ble implementert. Dette gjorde at selve implementeringen ble gjennomført ulikt i de forskjellige sykehusene i Danmark. Forankringen og deltakelse fra fagmiljøene var en av faktorene til at implementeringsprosessene kunne bli lettere, og det ble lagt vekt på ledelsesforankring på alle nivåer, samt inngått avtaler mellom fagområder, avdelinger, sykehus og regioner som sikret gjennomføringen av pakkeforløpene der disse krysset organisatoriske og faglige grenser.

Videre etablerte Danmark ordningen med pasientforløpskoordinatorer, der rollen til disse var å sikre kommunikasjon mellom de ulike leddene innad i sykehusene og opp mot fastlegene og primærhelsetjenesten. Det var også høy grad av fokus på monitorering, altså en målrettet registrering av målepunktene for de enkelte pakkeforløpene for kreft (Sundhedsstyrelsen, 2016). Erfaringene fra Danmark viste at denne ordningen var bra for pasientene, og betegnes i dag som en suksess i det danske helsevesenet. Implementeringen hadde stor effekt på forløpstidene for kreftpasientene, og forløpene ble ytterligere forkortet etter innføring av målrettet registrering (monitorering).

## **2.2 Reformoppskriftens reise inn i Norge via HOD, Helsedirektoratet og Helse Nord**

I Nasjonal kreftstrategi 2013 - 2017 er det satt opp tydelige mål om at Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp (Regjeringen.no, 2013b). Helsedirektoratet fikk som oppfølging til Nasjonal kreftstrategi i oppdrag å utarbeide pakkeforløp for ulike kreftformer i løpet av 2014 med implementering i 2015. Pakkeforløpene skulle være bygd på danske erfaringer og de norske nasjonale handlingsprogrammene for kreft. Bakgrunnen for dette var at statsråd og Helse og omsorgsminister Bent Høie i mai 2013 sendte innstilling til Stortinget brev med forslag om følgende: *"Stortinget ber regjeringen igangsette et arbeid for å innføre et "pakkeforløp" innen kreftomsorgen etter dansk modell for å sikre norske kreftpasienter rask, effektiv og god behandling"*(Regjeringen.no, 2013a). Statsråden redegjorde i innstillingen for at han før sommeren 2013 ville lansere ny kreftstrategi som skulle peke ut veien for norsk kreftomsorg. Bakgrunnen for innstillingen var at politikerne ikke var fornøyde med situasjonen slik den var på dette tidspunktet. Helse- og omsorgskomiteen hadde tidligere sendt utvalgte medlemmer til Danmark for å se hvordan danskene hadde utviklet sine pakkeforløp. Målet var at Norge skulle lære av tiltakene som var iverksatt i Danmark, og som man hadde sett hadde gitt god effekt der. Forslagsstillerne mente at det tok for lang tid fra det oppstår mistanke om kreft og til pasientene får de nødvendige forundersøkelser, diagnose og avklaring videre. Det ble videre fremholdt at lang ventetid og uvisshet gir mange negative effekter knyttet til effekten av behandlingen for kreft samt at ventetiden og uvissheten gir for stor belastning for både pasienter og

pårørende. Det ble også understreket betydningen av at kreftbehandlingen skulle være sammenhengende, og at det var avgjørende at alle deler av pasientoppfølgingen skulle inngå i et «pakkeforløp». Høie hadde som Helse- og omsorgsminister et stort fokus på pasienten og sa i sin tale til sykehusene i januar 2015 at *”vi skal være pasientens helsevesen”* (Regjeringen.no).

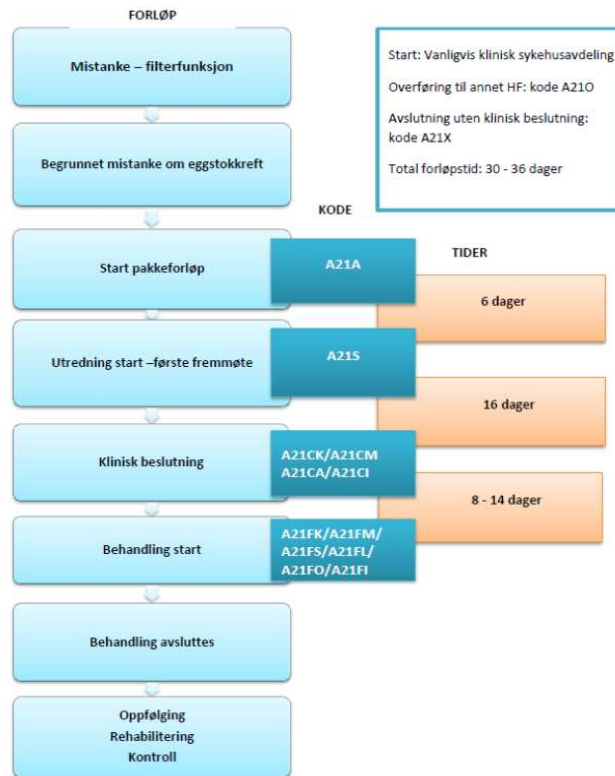
5.mai 2014 holdt Regjeringen åpnings- og oppstartsmøte for pakkeforløp for kreft for deltakere fra sykehusene og primærhelsetjenesten (Regjeringen.no, 2014). Statssekretær Anne Grete Erlandssen holdt talen, der hun takket danskene for at de så raust hadde tatt imot politikere, departementet og direktoratet, og delt sine erfaringer med pakkeforløpene med representantene fra Norge. Erlandssen poengterte Høies og Regjeringens helsepolitiske visjon om å bygge pasientens helsetjeneste, og at sykehusene fortsatt hadde et klart forbedringsbehov i forhold til kommunikasjon, informasjonsflyt og kontinuitet i utredning og behandling for kreftpasientene. Erlandssen la i denne talen frem en plan for pakkeforløpsarbeidet i Norge. Det skulle settes sammen tverrfaglige grupper som skulle utarbeide 29 pakkeforløp bygd på de danske erfaringene og de allerede eksisterende behandlingsretningslinjene som vi hadde i Norge. Målet var å innføre pakkeforløpene i løpet av 2015, og det ble poengtert at pakkeforløpene skulle forankres godt faglig, slik at de fikk legitimitet i sykehusene og i primærhelsetjenesten. Det skulle nedsettes 21 arbeidsgrupper, med deltakere fra fagmiljøene, samt brukere. Disse arbeidsgruppene fikk mandat til å utarbeide pakkeforløpene for det norske helsevesenet. Etter at dette arbeidet var slutført utarbeidet Helsedirektoratet en implementeringsplan for pakkeforløp for kreft (Helsedirektoratet, 2014). Implementeringsplanen inneholdt detaljerte beskrivelser for hvordan pakkeforløpene skulle implementeres i sykehusene. Overordnede målsettinger for pakkeforløpene var at pasientene skulle få oversikt over hele pasientforløpet sitt og oppleve forutsigbarhet, det skulle være god informasjon, samt medvirkning fra pasienten gjennom hele forløpet og bedre samhandling innad i spesialisthelsetjenesten og mellom sykehusene og fastlegene.

### **2.3 Reformoppskriftens innhold**

Hva består så et pakkeforløp for kreft av? Et pakkeforløp er et standard pasientforløp. I pakkeforløpene utarbeides pasientforløp med konkrete tider fra henvisning til oppstart

utredning, tid for ulike prosedyrer og samlet tid fra utredning frem til behandlingsstart eller alternativt til mistanke om kreft er avkreftet og innebærer en nasjonal standard for hvor lang tid de ulike elementene i en utredning og et behandlingsforløp skal ta. Dette betyr at pakkeforløpet som reformoppskrift skisserer opp faste tidsfrister for de ulike fasene i et utrednings og behandlingsforløp. De enkelte delene av behandlingen er tilrettelagt etter faste *forløpstider* som er utarbeidet av faglige eksperter innen sykdomsområdet. Pakkeforløpene utarbeides for de enkelte kreftformene, samt for generell mistanke om kreft og mistanke om metastaser (spredning) med ukjent primærtumor.

I tillegg til utarbeidelse av pakkeforløp ble det utarbeidet diagnoseveiledere for fastlegene for hvert pakkeforløp. Diagnose-veilederne omtaler symptomer som utløser mistanke om kreft (alarmsymptomer), filter-funksjon som blant annet inkluderer ulike undersøkelser fastlegen skal gjøre og som kan resultere i en begrunnet mistanke om kreft og henvisning til pakkeforløp. Samtidig er pakkeforløpene kun *normgivende*, noe som er en vesentlig egenskap ved reformen. Formålet med å implementere pakkeforløp er ifølge Helsedirektoratet å sikre et ensartet behandlings-kvalitet og å skape et bedre og mer sammenhengende forløp av behandlingen for pasienten. Pakkeforløpet starter når et helseforetak mottar en henvisning med begrunnet mistanke om kreft, og omfatter utredning, initial behandling og oppfølging og eventuell behandling av tilbakefall. Med initial behandling menes det at denne dekker primærbehandling (oppstart) og planlagt etterbehandling, inkludert kirurgi, stråleterapi, medikamentell behandling, aktiv oppfølging/monitorering, symptomlindrende behandling og eventuelt ingen behandling, se eksempel på et gynekologisk pakkeforløp i figur 1.



Figur 1. Flytskjema pakkeforløp (Helsedirektoratet, 2016)

Oppfølging inkluderer kontroller hos fastlege og/ eller i spesialisthelsetjenesten samt håndtering av eventuelt tilbakefall. Med utgangspunkt i pakkeforløpet skal et individuelt forløp for hver enkelt pasient tilrettelegges. I hvert pakkeforløp for kreft defineres det hvor mange kalenderdager de ulike delene av forløpet skal ta. Det er etablert fem målepunkter. Monitoreringen gir mulighet til å følge måloppnåelse og er et styringsverktøy for den enkelte avdeling og det enkelte sykehus .

Innenfor reformoppskriften er det flere tilleggskrav som sykehusene skal imøtekomme. For det første vil ordningen kreve at hvert pasientforløp har en *forløpsleder* som skal sikre at pakkeforløpet ivaretas i sykehuset. Forløpslederen skal være lege, og ifølge Den nasjonale Implementeringsplanen (Helsedirektoratet.no, 2014) er det naturlig at det er avdelingsleder ved hver avdeling som er forløpsansvarlig lege, med dertil et faglig ansvar for organisering av pakkeforløpet. I tillegg skal pasienten få en fast kontaktperson for hele behandlingsforløpet, kalt *forløpskoordinator*. Ordningen med forløpskoordinator er hentet direkte etter

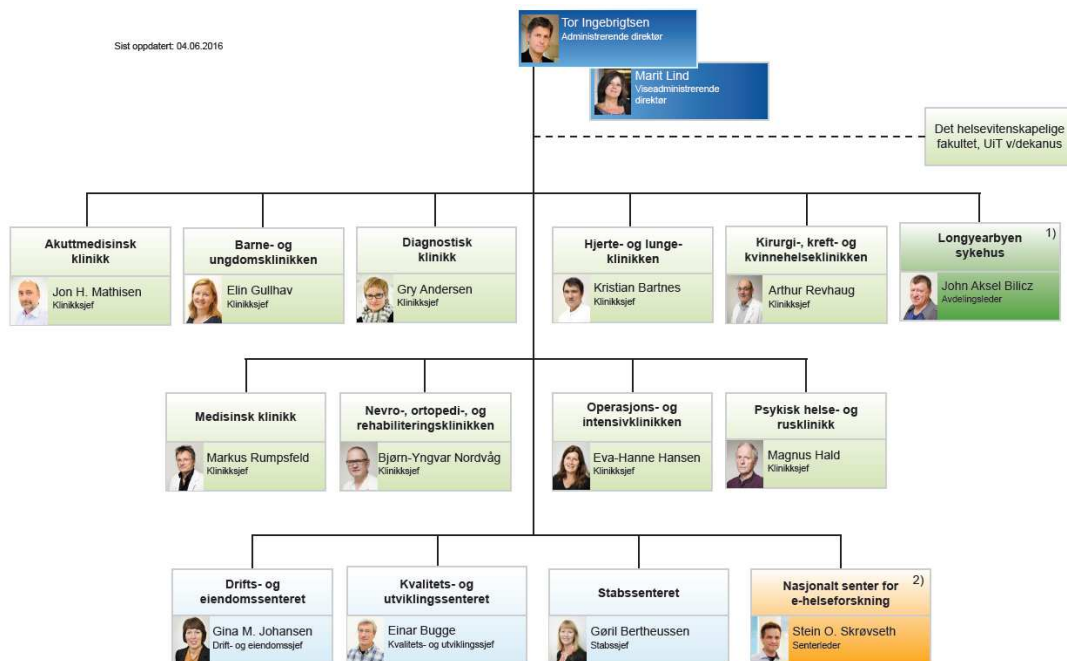


erfaringene og ordningene som ble gjennomført i Danmark, der de innførte krav om forløpskoordinatorer i sykehusene. Forløpskoordinatorens rolle er å sikre et forløp for pasienten uten unødig ventetid og være en kontaktperson i systemet som pasienter og pårørende kan kontakte direkte. Forløpskoordinatoren skal derfor ha grundig kjennskap til pakkeforløpet og til det pasientadministrative datasystemet som sykehuset har. Videre skal forløpskoordinatorene delta i tverrfaglige møter (MDT- møter), og ha myndighet og kompetanse til å bestille og endre på tider for undersøkelser på egen avdeling. Jeg ønsker å se på hvordan disse rollene *ble til* i UNN, hvilke endringer dette medførte i organisering og praksis og hvordan disse lokale aktørene har bidratt inn i implementeringsprosessen.

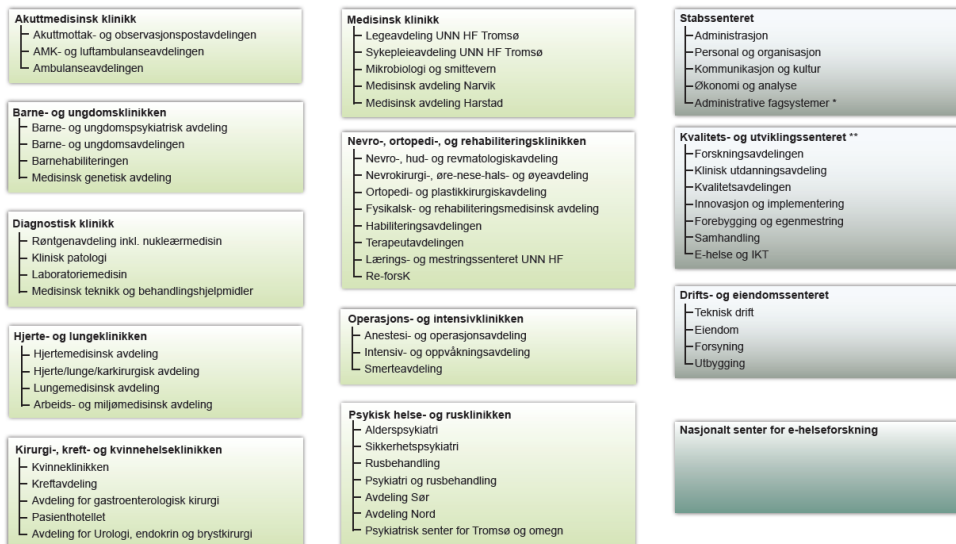
## **2.4 Kort om UNN**

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som eies av Helse Nord RHF og er et helseforetak med regionfunksjoner som tilbyr befolkningen i Nord-Norge spesialiserte helsetjenester (Universitetssykehuset, 2016). UNN er lokalsykehus for Troms og deler av Nordland, samt et desentralisert helseforetak med somatiske sykehus i Tromsø, Harstad, Narvik og Longyearbyen, samt distrikts medisinske sentre (DMS) på Finnsnes og Storslett. UNN er Nord-Norges største kunnskapsbedrift med et budsjett på om lag 7 mrd. kr og 6 200 ansatte. Samfunnsoppdraget er å være premissleverandør for og aktør i utviklingen av helsetilbudet i Nord Norge. Oppdraget ivaretas gjennom spesialisthelsetjenester og samhandling med kommunene, andre sykehus og private tilbydere. De fire hovedoppgavene til UNN er pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell samt opplæring av pasienter og pårørende. Som universitetssykehus er UNN utdannings- og forskningsinstitusjon samt viktig samarbeidspartner for universitetene i landsdelen. UNN består av følgende organisatoriske enheter (data fra 4.6.2016): Akuttmedisinsk klinikk, Barne- og ungdomsklinikken, Diagnostisk klinikk, Hjerte- og lungeklinikken, Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, Longyearbyen sykehus, Medisinsk klinikk, Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken, Operasjons- og intensivklinikken, Psykisk helse og rusklinikken, Drifts- og eiendomssenteret, Kvalitets- og utviklingscenteret, og Stabssenteret (Universitetssykehuset, 2016). Administrerende direktør, viseadministrerende direktør, klinikkssjefer, stabssjef og senterledere utgjør foretaksledelsen i UNN. Helseforetaket er

organisert i ni klinikker med gjennomgående ledelse. Det innebærer at klinikkensjefen og hans ledergruppe har ansvar for all virksomhet i klinikken på tvers av geografi. Noen klinikker har virksomhet i flere byer og i distriktene i Nordland og Troms.



### Avdelingsnivå



UNNs organisasjonskart per 4.6.2016 er illustrert i figur 2.(Universitetssykehuset, 2016)

UNN har hatt fokus på arbeid med pasientforløp over flere år, samt bruk av Lean som metodikk i forbedringsarbeidet, og har siden 2008 jobbet med nærmere 40

pasientforløpsprosjekter etter Lean- metodikken. Bruk av Lean inspirerte strategier i styringen av det norske helsevesenet og UNNs bruk av Lean er også blitt gjenstand for en doktorgradsstudie, der resultatene fra denne studien finner ulike nøkkelfaktorer for å lykkes med endring i UNN. Funn fra studien viser at Lean- metodikk ikke er avgjørende, men kan være en medvirkende faktor i flere av pasientforløpsprosjektene (H. Andersen & Rovik, 2015; H Andersen, Røvik, & Ingebrigtsen, 2014).

I overordnet dialogavtale (lederavtale) i UNN står det blant annet at: «*Standardiserte pasientforløp skal brukes i økende grad og koordineres på tvers av sykehus, klinikker, avdelinger, spesialiteter og tjenestenivåer. UNN skal drive kontinuerlig forbedring av pasientforløpene, især for å unngå unødvendig ventetid, samt fremme tverrfaglige beslutninger og pasientmedvirkning*». UNNs pasientforløp og pakkeforløp for kreft involverer klinikker, avdelinger, seksjoner, enheter og fagområder på tvers av organisatoriske enheter innad i foretaket. Pakkeforløp for kreft involverer også andre sykehus innad i Helse Nord, samt private helseaktører med Helse Nord avtale. Pakkeforløp for kreft følger pasientens lidelse, uavhengig av sykehusets organisatoriske grenser.

### **3 Teoretisk referanseramme**

#### **3.1 Innledning**

Jeg har tidligere introdusert hvilket teoretisk utgangspunkt jeg ville benytte for å svare på problemstillingene i denne oppgaven. I studien vil jeg se på hvordan implementeringsprosessen var i UNN, samt hva som ble utfallet av prosessen og hva som kan forklare dette utfallet. Jeg vil også undersøke om det er egenskaper ved selve reformoppskriften og dens opprinnelse som har bidratt inn i og påvirket den lokale forståelsen av reformoppskriften i implementeringsprosessen.

Reformidéer kommer gjerne i bølger, og det finnes ulike forklaringer på hvorfor organisasjonene blir "tatt av store og mindre store bølger" som skyller inn over organisasjonene (Røvik, 2007). Et fellestrekk ved de fleste reformidéene er at de er problembetinget og at de relateres til potensielle forbedringer i organisasjonen. Forhold i

omgivelsene, økonomiske, demografiske, kulturelle eller teknologiske drivkrefter kan være med på å presse frem nødvendige reformer og endringer (Jacobsen, 2004). Aktører i samfunnet kan bli tvunget til å ta hensyn til problemer som oppstår i samfunnet, og som fremtvinger endring. Politikk og politisk spill er ofte arenaen for dette (Czarniawska & Joergens, 1996). Formålet med reformer kan være å gjøre organisasjonen bedre tuftet til å takle endringer og imøtekomme krav.

Skoleretninger innenfor organisasjonsteorien har hatt ulike innfallsvinkler og fortolkninger, samt tatt ulike posisjoner for hvordan organisasjonsideer utvikles, spres og overføres. Videre har disse teoriene hatt ulikt syn på hva som kan være drivkrefter og ligge til grunn for endringer i organisasjoner, og hvordan organisasjoner forholder seg til organisasjonsoppskrifter og reformer når disse skal implementeres. Jeg vil derfor, med utgangspunkt i to teoretiske posisjoner, det instrumentelle og det skandinaviske nyinstitusjonelle perspektivet, redegjøre for teorier som sier noe om implementering og oversetting. Disse to perspektivene representerer hver for seg ulike tilnærminger til min problemstilling. Jeg vil redegjøre for teorienes ulike forutsetninger, og deretter vil jeg se på hvordan implementering og oversettelsens faser finner sted, nærmere bestemt implementering i en instrumentell hierarkisk implementeringsprosess og implementering i en skandinavisk nyinstitusjonell oversettelsesprosess, der jeg i all hovedsak vil støtte meg på Røviks (1998, 2007, 2016) translasjonsteori om oversetting. Det er imidlertid viktig å påpeke at jeg her anser teoriene innenfor det instrumentelle perspektivet og det skandinaviske nyinstitusjonelle perspektivet som komplementære, og ikke konkurrerende teorier. De kan derved også brukes «om hverandre» for å fokusere på, og forklare forskjellige deler av reformoppskriften og derav også problemstillingen i denne oppgaven. *Dette betyr at jeg i denne casestudien vil drøfte oversettelsesprosesser som rasjonelle- instrumentelle og institusjonelle prosesser.* Ut i fra de to perspektivene vil jeg videre utarbeide forventning til funn, jamfør min problemstilling. Men først vil jeg si litt om hva en reformoppskrift er.

### **3.1.1 Reformoppskrifter**

Organisasjonsoppskrifter eller reformidéer er oppskrifter eller idéer på hvordan organisasjoner i dag bør bli utformet, ledet og styrt (Røvik, 2007:16). Ifølge Røvik (2007) er

tilbudet av reformidéer stort og det har skjedd en idéeksplosjon ved tusenårsskiftet. Idéstrømmene er ifølge Røvik tilbudsrevet, ideologisk drevet og etterspørselrevet. Populære organisasjonsidéer er ifølge Røvik blant annet oppskrifter for prosedyrer, rutiner og prosesser i organisasjonene, oppskrifter på god ledelse, ”riktig organisasjonsstruktur”, god ”organisasjonskultur” og endring. Reformidéer er ifølge Røvik (1998) ikke fysiske gjenstander, de er immaterielle ideer. Og dette er viktig å merke seg når man skal se på implementering av en reformoppskrift. Den kan endres underveis, oversettes og omformes på sin reise via ulike organisasjoner, reisen inn i organisasjonen og i sitt møte med ledere og personell. Reformidéer kan også bli institusjonalisert. Dette betyr ifølge Røvik (1998) at reformoppskriften blir sett på som den mest riktige måten å organisere, lede og styre en organisasjon på. Implementering handler om å overføre innholdet i en reformidé inn i organisasjonen. Reformidéer kan utløse reformer. Det finnes en rekke ulike definisjoner på hva en reform er. I utgangspunktet relateres ordet reform til en potensiell forbedring. Formålet med en reform er å oppnå et bedre og kanskje et helt annet resultat enn det som er den nåværende tilstand (Berg- Sørensen, Howard Grøn, & Foss Hansen, 2011).

### **3.2 Instrumentelle teoriers forutsetninger**

Sentrale skoleretninger innenfor instrumentelle teorier om organisasjonsoppskrifters «livssyklus» er flere, bl.a. Taylor 1911, Fayol 1916, Weber 1924; 1947, Simon 1957 (Røvik, 1998). Hovedresonnementene i teorier innenfor dette perspektivet er klart instrumentelt rasjonelle, og bærer preg av en top- down- tilnærming. Dette betyr at organisasjoner er redskaper eller instrumenter for ledelsen for å oppnå best mulig resultater. For organisasjonsoppskrifter vil det i dette perspektivet ha betydning om hvorvidt oppskriften kan gi fortrinn, særlig med tanke på effektivitet. Det legges opp til en formell struktur, formelle roller, det ageres innenfor strukturelle rammer og det er målene til organisasjoner som skal legges til grunn ved utforming av organisasjonen (Davis & Scott, 2007). Dette kan innebære en rask tilkopling og en rask og uproblematisk implementering (Røvik, 2007). Organisasjonen adopterer reformidéen umiddelbart, da under sterk ledelse og styring, og vil ha en klar plan, diagnose, tidsskjema og nøye oppfølging med implementeringen.

Forutsetningen er at implementeringen blir iverksatt raskt, og reformidéen bør fremstå som et verktøy som kan tas hurtig i bruk (Christensen, Lægreid, Roness, & Røvik, 2004; Røvik, 1998).

Czarniawska og Joergens (1996) beskriver denne retningen som en planlagt innovasjon. Organisasjonens ledelse skal ved hjelp av rasjonelle teknikker oppdage beste praksiser i andre organisasjoner, og disse beste praksiser skal være lett å identifisere, hente ut og overføre til andre organisasjoner, altså dekontekstualisering. Forutsetninger for at dette skal kunne skje er imidlertid at dette gjennomføres som en streng rasjonell prosess, og at organisasjonens ledelse makter å gjenskape disse nye betingelsene på en nøyaktig måte i egen organisasjon (Røvik, 2007). Det legges opp til planmessig design ved formell organisasjonsstruktur, og organisasjonenes resultater kan påvirkes ved hjelp av organisasjonsdesign (Egeberg, 1992). Formell organisasjonsdesign, altså utforming av formell struktur er det hyppigste brukte redskapet med organisatoriske reformer (Berg- Sørensen et al., 2011).

Fra et instrumentelt perspektiv vil implementeringen skje gjennom en hurtig tilkopling. Betingelsene ved hurtig tilkopling er endring gjennom planmessig utforming av formell organisasjonsstruktur, den formelle strukturen kan være et potensielt instrument for både politiske og administrative ledere. Organisasjonsstrukturen kan benyttes som et verktøy for å sikre måloppnåelse, ved at den kan omgjøres etter behov for å forbedre ytelsen til organisasjonene (Davis & Scott, 2007). Dette gjør at organisasjonen selv kan være et redskap for måloppnåelse, slik som i pakkeforløpsreformen. Planlagte endringer kan komme fra direktorat, eller regjering som bestillinger til offentlige organisasjoner. For å iverksette reform og endringsprosesser kan det være aktuelt å ta utgangspunkt i topp-ledelsen og linjeledelsen, samt at overordnede myndigheter kan bruke organisasjonen som et redskap.

I instrumentelle implementeringsprosesser vil medlemmene i organisasjonene være rasjonelle i sin søken etter organisasjonsoppskrifter, medlemmene og ledelsen vil handle formålsrasjonelt. Når man formaliserer gjør man handlinger forutsigbare gjennom standardiseringer og reguleringer (Berg- Sørensen et al., 2011). Offentlige organisasjoner slik som sykehus, utfører oppgaver på vegne av samfunnet, og deres bestillinger er forankret i

politiske beslutninger. Organisasjonsoppskrifter vil derfor bli oppfattet som et redskap for eiere og ledelsen. Det vil også tilstrebes en problembetinget søken etter oppskrifter som passer til problemene som organisasjonen har til enhver tid, og oppskriftene avstemmes deretter til hverandre slik at organisasjonen fremstår som en rasjonell, planlagt og konsistent enhet (Røvik, 1998). Ledelse vil stå sentralt, og ledelsen antas å ha evner til både å ha politisk samt sosial kontroll. Alt av kommunikasjon vil skje gjennom formelle, hierarkiske kanaler, og styres av ledelsen.

For å implementere reformoppskrifter vil hierarkisk styring med en vertikal arbeidsdeling /samordning og koordinering være den mest nærliggende fremgangsmåten. Vertikal arbeidsdeling handler om å plassere arbeidsoppgaver og kompetanse slik at målene nås. Videre vil vertikal koordinering virke som prinsipp for hvordan ulike avdelinger og enheter samarbeider i hierarkiet. Virkemidler er blant annet å utarbeide formaliserte prosedyrer og stillingsinstrukser/ funksjonsbeskrivelser. Samtidig kan man ikke utelukke at det i deler av reformoppskriftens implementeringsprosess vil være behov for horisontal styring og opprettelse av en horisontal struktur med en prosessbasert tilnærming som inkluderer arbeidsdeling og koordinering. En horisontal arbeidsdeling med prosessprinsippet vil arbeidsoppgavene deles opp etter hvordan funksjonene skal fungere (Berg- Sørensen et al., 2011). For reformoppskriften pakkeforløp for kreft vil det kunne være behov for prosessbasert koordinering og oppdeling av arbeidsoppgaver i forløpene.

I instrumentelle implementeringsprosesser kan også en matriseorganisering som organisasjonsdesign benyttes for å sikre måloppnåelse. I en matrisestruktur rapporterer alle medarbeiderne til to enheter og to ledere samtidig. Dette betyr igjen av man er både hierarkisk ansvarlig og ansvarlig i relasjon til en tversgående enhet (Berg- Sørensen et al., 2011). Det å skape direkte, tversgående relasjoner mellom enheter nede i hierarkiet kan skape koordinering på tvers. Matrisestruktur kan være nyttig som et organisatorisk redskap for å skape relasjon og koordinering mellom enheter i organisasjonen som er avhengige av hverandre. Dette kan være et aktuelt virkemiddel i pakkeforløpsreformen, da oppskriften fra direktoratet faktisk forutsetter koordinering og samarbeid på tvers av organisatoriske

enheter og på tvers av fagmiljøene. Horizontal organisasjonsdesign som virkemiddel i implementeringsprosesser kan også være aktuelt i tilfeller der eksperter fra basisorganisasjonen involveres direkte i reformene, ved at de deltar i arbeidsgrupper eller at de gjennomfører egne organisasjons-endringer på oppdrag fra organisasjonsledelsen. Som jeg nevnte innledningsvis om bakgrunnen for pakkeforløpsreformen har fagmiljøene deltatt inn i arbeidsgruppene som har utarbeidet de ulike pakkeforløpsveilederne og diagnoseveilederne. De er således hentet ut fra basisorganisasjonen og har deltatt i formelle strukturer utenfor UNN.

Dersom implementeringsprosesser mislykkes i dette perspektivet kan det skyldes at ledelsen ikke har viet implementeringen tilstrekkelig oppmerksomhet, eller hvis det ikke er tilstrekkelig handlingskapasitet i enhetene i organisasjonen (Berg- Sørensen et al., 2011).

### **3.3 Skandinaviske nyinstitusjonelle teoriers forutsetninger**

Den skandinaviske nyinstitusjonalismen bygger på tankegods fra amerikansk ny-institusjonalisme bl.a Meyer og Rowan, 1977, Di Maggio og Powell, 1983,1991 ( Røvik, 2007) og har kritisert Selznick`s gammel- institusjonalisme, samt Di Maggio og Powell`s ny-institusjonalisme for deres fokus på stabilitet i organisasjoner istedenfor å fokusere på endringer (Scheuer, 2008). Med et hovedfokus på casestudier er det innenfor de skandinaviske nyinstitusjonelle skoleretningene utviklet en mer pragmatisk- empirisk tilnærming til hva som faktisk skjer med reformidéene når og etter at de er implementert i organisasjonene. Sentrale teoretikere innenfor dette perspektivet er bl.a. Latour (1986), Czarniawska & Joergens (1996), Czarniawska & Sevon (1996) og Røvik (1998, 2007, 2011, 2016).

Teorien om oversettelse av organisasjonsoppskrifter har sitt opphav i den franske samfunnsforskeren Bruno Latours teorier for spredning av idéer (Latour, 1986). Latours fokus på å studere forandring som lokale prosesser og beskrivelser av institusjonaliseringsprosesser har bidratt til utviklingen av ulike modeller for oversetting, og er videreført innenfor den skandinaviske nyinstitusjonalismen. Dette har videre bidratt til at Czarniawska



og Joergens utviklet sin idémodell i 1996 (Erlingsdottir & Lindberg, 2005). Czarniawska og Joergens (1996) idémodell beskriver de ulike trinnene i endringsprosesser, med særlig fokus på hvordan endringer skjer mellom organisasjoner og organisatoriske områder. De var de første på sitt felt innenfor den skandinaviske nyinstitusjonelle tradisjonen som brakte oversettelsesteori inn i institusjonelle studier, som et alternativ til diffusjonsmodeller og dekoplingsteorier frembrakt av amerikanske institusjonalister (Wæraas & Nielsen, 2016). Idémodellen bygger på tidligere teorier om translasjon og ANT (aktør- nettverk-teori), og kombinerer disse teoriene med skandinavisk nyinstitusjonalisme. Idéer beveger seg som ulike quasi-objekt, som merkelapper og manualer, og de som oversetter er aktive oversettelsesagenter i prosessene, ikke passive mottakere (Røvik, 2016). Oversettelsesprosessen som beskrives i idémodellen varierer i karakter avhengig av i hvilken del av idéens reise oversettelsen skjer, og fungerer således som et analytisk verktøy som fungerer som hjelp til å fange opp og beskrive detaljene i oversettingsprossene. Idéene kan materialiseres på ulikt vis, de kan tolkes og kommuniseres og fortolkes igjen slik at de kommer til uttrykk på et annet sett og på ulike sett (Czarniawska & Joergens, 1996).

Ifølge Røviks translasjonsteoretiske tilnærming (2007) søker organisasjonenes ledelser etter beste praksiser i andre organisasjoner, og overfører disse til egen organisasjon. Videre tilstrebes det en problembetinget søken etter oppskrifter som passer til problemene til organisasjonen. Kunnskapsoverføring som oversettelse er relevant, fordi oversettelse ifølge Røvik (2007) går lengre enn bare å implementere. Det handler om å identifisere en god praksis et sted, for så å overføre den til et annet sted. Siktemålet vil da være å kunne oppnå de samme resultatene på det nye stedet. Hovedresonnementet i Røviks (2007) *translasjonsteoretiske perspektiv* er at når reformidéer skal implementeres, skjer det ikke bare noe med organisasjonen, men det skjer også noe med idéen. Denne teorien legger opp til at idéer ikke er fysiske gjenstander, noe som igjen betyr at ideene kan omformes og oversettes når de innføres i organisasjonen.

### 3.3.1 Kontekstualisering

Kontekstualisering er ifølge Røvik (2007) hva som kan skje med reformidéene når de forsøkes implementert i organisasjoner, og effektene et forsøk på implementering kan forårsake. Implementering er viktig fordi det er først når idéen iverksettes og settes ut i livet at man finner ut om man oppnår ønsket gevinst. Implementering er vanskelig, fordi det finnes mange observasjoner og studier på at reformidéer ofte ikke blir implementert i kjernevirksomheten (Røvik, 2007). Ifølge Pfeffer & Sutton (2000) kan forskjell mellom prat og praksis og selve implementeringen føre til helt andre resultater enn det som opprinnelig var tiltenkt. Noen organisasjoner konsentrerer seg om å omgjøre kunnskap til handling, og ved å ha evnen til å gjøre dette kan organisasjonene vokse. Andre organisasjoner feiler på dette området og klarer ikke å oversette kunnskap til handling. Kontekstualisering dreier seg altså om kunnskap som skal settes inn, når reformidéer forsøkes tatt inn og implementert i organisasjonen, altså idéer som oversettes til praksis.

### 3.4 Implementering som oversetting

Som jeg var inne på innledningsvis i teorikapittelet er mitt teoretiske utgangspunkt i denne casestudien at implementeringsprosesser kan være både hierarkisk- instrumentelle oversettelsesprosesser ( top- down), eller institusjonelle oversettelseskjeder ( bottom-up), eller en kombinasjon av disse. Røviks ( 2007) translasjonsteori beskriver ulike mønstre i måten reformidéer oversettes på, kalt *oversettelsesregler*, samt fokuserer på hvem som er oversetterne og hvilke virkninger oversettelsen har i mottakende organisasjoner. I dette kapittelet vil jeg derfor se på og drøfte implementering som oversetting gjennom ulike oversettelsesregler og i ulike oversettelsesmoduser. Men først vil jeg se på *arenaene* for oversettelsen.

#### 3.4.1 Oversettelsesarenaene

Når reformidéer er ferdig på reisen kommer den inn organisasjonens kontekst, organisasjonens *arenaer*. Dette kan være ulike fagfelt, fagområder, organisatoriske enheter og/ eller fysiske og materielle strukturer.

Den hierarkiske oversettelseskjeden skisserer opp forventninger om hvordan en instrumentell oversettelsesprosess vil forløpe (Røvik, 2007). Denne har mye til felles med en rasjonell implementeringsprosess, og har sin bakgrunn i fra en rasjonalistisk- modernistisk tenkning. Forestillingen her er at implementeringsprosesser må drives frem gjennom bruk av overordnede føringer og myndighet. Røvik (2007) skisserer opp 5 ulike argumenter som den hierarkiske oversettelseskjeden bygger opp om og som er rasjonalistiske og relativt utbredte oppfatninger av hva som skjer og hvordan det skjer og når reformidéer skal implementeres. Disse er:

1) En klar top- down- tilnærming som innebærer at reformidéen initieres ovenfra, via toppledelsen. Oversettelseskjeden skjer vertikalt, og det kan være via regionale- og videre over til lokale enheter i offentlige virksomheter. Dette sammenfaller med pakkeforløpets implementeringsprosess, og vil i dette tilfellet bety Helsedirektoratet, det vil si eiere av helseforetakene og sykehusene, og videre toppledelsen som styrer implementeringsprosessen via linjeledelsen. Som Røvik skisserer: «*Den formelle hierarkiske autoriteten i toppen av virksomheten utgjør den viktigste kraften til oversettelse og spredning av idéen nedover og innover i sektoren i de enkeltvise organisasjonene og videre nedover i deres interne enheter*» (2007: 294).

2) Søking etter løsninger på et problem eller ulike utfordringer som organisasjonen står ovenfor, der idéer som tas inn vil være mulige verktøy for løsninger på disse problemene. Toppledelsen er den instansen som har den myndigheten som er nødvendig for å kunne søke opp, hente inn og ta imot løsninger på eventuelle lokale problemer som organisasjonene befinner seg i. Erlandsen sa i sin åpningstale at sykehusene hadde problem med å overholde ventetider for kreftpasienter (Regjeringen.no, 2014). Pakkeforløp vil være en løsning på et problem som oppstår.

3) Oversettelsen fremstår som en implementeringsprosess som er styrt fra sentralt hold, der detaljene i implementeringsprosessen ( type enheter, aktører og overordnede prosedyrer og føringer) blir styrt ovenfra. Dette betyr aktørene «nede i organisasjonen» ikke vil ha mulighet til å gjennomføre lokale endringer og tilpassede versjoner, og i den grad dette gjennomføres vil det være under kontroll og oppsyn fra toppledelsen slik at eventuelle

tilpasninger gjennomføres innenfor detaljer skissert top-down. Liten frihetsgrad for lokale oversettere til å tilpasse pakkeforløpet til egen enhet. Helsedirektoratet har utarbeidet en implementeringsplan som følger med pakkeforløpsbestillingen til sykehusene.

4) Kontekstualiseringsprosessen vil skje etappevis, der starten på implementeringsprosessen skjer på toppen av organisasjonen, og deretter vil implementeringen skje trinnvis og styrt nedover og «innover» i organisasjonen. Eller som Røvik selv sier: « *En versjon som er blitt oversatt og konkretisert på ett hierarkisk nivå, vil bli sendt nedover til neste underliggende nivå. Dette vil utløse aktivitet i det underliggende organet som foretar ytterligere oversettelser og tilpasninger av konseptet til lokale forhold*» ( Røvik 2007: 295).

5) Kontekstualiseringen av idéen som gjenstand for en prosess av både materialisering og konkretisering, der idéen gis mer og mer konkret innhold etter hvert som den tas inn og i bruk nedover i organisasjonen.

Den hierarkiske oversettelseskjeden bør iflg. Røvik både modifieres og suppleres, det er ikke alltid slik at det er i de vertikale linjene at oversettelsen styres. Det finnes også andre arenaer for oversettelsene samt andre aktører. Dog er det slik at pakkeforløpene som bestilling fort kan bære preg av å bli styrt gjennom en rasjonell implementeringsprosess. Særlig med tanke på at dette er en bestilling som er oppskriftsbasert og klart definert på forhånd fra Helsedirektoratet.

I følge Røvik (1992) kan reformoppskrifter *virkinger* i organisasjonene være både tvetydige og utydelige. Det kan for eksempel være uenighet mellom ulike aktører innad i organisasjonen. Uenigheten dreier seg da om hvordan virkningene skal oppfattes, tolkes, slik at effektene av reformoppskriften blir oppfattet som tvetydige. Dette kan føres direkte tilbake til aktørenes ulike posisjoner og interesser i organisasjonen. Pakkeforløp for kreft som reformoppskrift trer inn i sykehusets komplekse, organisatoriske strukturer, med mange ulike aktører og arenaer som involveres i implementeringsprosessen og som kan ha betydning for utviklingen av lokal forståelse og selve utfallet av implementeringen.

### 3.4.2 Regler for kontekstualisering

Røviks translasjonsteori (2007) setter fokus på uskrevne og skrevne *regler* i organisasjoner og organisatoriske kontekster for kontekstualiseringsprosessen og hvordan idéer skal tas inn og tas i bruk. Ifølge Røvik er det viktig å sette et fokus på dette området, både på bakenforliggende årsaker og om det er noen form for regularitet i oversettelsesreglene i kontekstualiseringsprosessen. Røvik skiller her mellom det han kaller *generelle innskrivningsregler* og *spesifikke oversettelses- og omformningsregler* (2007:301).

Kunnskapsoverføring sett i lys av et instrumentelt perspektiv viser at oversettelser mellom organisasjoner er regelbaserte prosesser (Røvik, 2016).

*” Med innskriving menes at en idé gjennom sosiale fortolknings- og meningsdannelsesprosesser utstyres med markører som knytter den til- og gjør den gjenkjennbar i en lokal kontekst”* (Røvik, 2007: 301).

Generelle innskrivningsregler kan oppstå når en ny idé oppstår og/eller trer inn i et nytt felt eller i en ny organisasjon/ organisatorisk kontekst. En ny idé vil da gå gjennom en prosess der den vil bli gjenstand for en tolking, og som videre kan føre til at idéen blir gjenkjennbar i sin egen lokale versjon. Røvik skiller mellom to typer innskrivningsregler, det han kaller «*regler for lokalisering*» og «*regler for tidsmarkering av idéer*» (Røvik 2007:301). I en prosess for *lokaliseringer av idéer* settes idéen inn i den lokale organisatoriske konteksten, der den etter hvert vil bli gjenstand for en identitetsskapende prosess som vil forme idéen inn i den lokale konteksten.

Ifølge Erlingsdottir & Lindberg (2005) kan idéer oversettes for å legitimere og forsvare praksisen på det feltet idéen føres inn i. «*Lokalisering kan betyda at det skapas «en lokal identitet» enligtt ett globalt konsept»* (Czarniawska, 2005; Røvik, 2007). Hva menes så med den lokale konteksten? Ifølge Røvik (2007) dreier det seg om alt fra lokale aktører til lokale myndigheter, ulike lokale oppfatninger («*slik gjør vi det her hos oss*»), lokale definisjoner og oppfatninger av ulike problem, tidligere kriterier for suksess eller fiasko og lokale steder. Når det gjelder *regler for tidsmarkering av idéer*, så har idéer med stor utbredelse ofte med seg ulike referanser til det Røvik kaller «*global eller internasjonal tid*». Dette er del av kontekstualiseringsprosessen som er særlig viktig for reformidéer, de vil på denne måten

kunne plasseres inn i den lokale tiden så vel som i en historisk tidshorisont og kontekst, og samtidig inn i et fremtidsbilde. I historikken eller fortiden til en reformidé vil det legges vekt på hva idéen bærer med seg av fortellinger om tidligere meritter, og dette vil videre ha betydning for historien til idéen når den tas inn i en ny organisatorisk kontekst og tidsramme. Innskrivningsreglene er noe jeg vil komme nærmere inn på i min studie av pakkeforløpene. Dette fordi pakkeforløpene er hentet ut fra en lokal kontekst i Danmark, og overført til lokal kontekst i Norge. Suksesshistorien fra sykehusene i Danmark kan ha betydning for hvordan reformoppskriften tas inn og forstås innenfor samme sektor og samme yrkesgrupper og profesjoner i UNN.

### **3.4.3 Oversettelsesreglene**

For å beskrive de ulike trinnene i reformoppskriftens kontekstualiserings- og oversettelsesprosess vil jeg benytte Røviks (2007: 308- 318) oversettelsesregler. Ifølge Røvik (2016) er det ikke nok studier som viser om oversettelsesreglene brukes med hensikt og overlegg, eller om disse bare følges automatisk, samt videre om bruk av oversettelsesreglene vil ha noe å si for utkommet av selve oversettelsen. Her kan translatørkompetansen være en avgjørende faktor. Jeg vil komme inn på dette fenomenet senere i oppgaven der jeg vil redegjøre for Røviks (2007) teori om translatørkompetanse.

### **Kopiering**

I en *reproduserende* oversettelsesmodus er kopiering hovedregelen for oversettelsen. Dette innebærer ifølge Røvik (2007: 308): «... å hente ut en praksis fra en kontekst, gi den en idemessig presentasjon, og så sette den inn i en ny organisatorisk kontekst på en slik måte at praksisen gjenskapes, d.v.s. blir utført i den nye konteksten med ingen eller meget få endringer». Når reformoppskriften kopieres vil dette henge nøye sammen med hvor reproduserbar reformoppskriften er, her er utgangspunktet den opprinnelige oppskriften med få eller ingen endringer. Trekkene ved det som skal oversettes vil ha betydning, samt reformoppskriftens kompleksitet. Dersom reformoppskriften er tydelig språkliggjort og bærer preg av stor grad av forankring i organisasjonen jo lettere er det å kopiere. Jo mer like de organisatoriske kontekstene er i det reformoppskriften oversettes fra og til det reformoppskriften oversettes til, jo større er sannsynligheten for at den kopieres, slik det er

tilfelle med pakkeforløpene. Videre vil en god presentasjon av idéen, som for eksempel en standardisert oppskrift lettere kunne kopieres og gjenskapes i en ny organisatorisk kontekst. Dette kaller Røvik (2007) praksisens eksplisitet. Røvik skriver følgende om dette:

*« The more explicit, less complex and less embedded a desired source practice, the more appropriate copying will be as a translation rule in knowledge transfer.....The less transformable the transferred knowledge, the more appropriate copying will be as a translation rule.....The more similar recipient and source contexts are on critical variables, the more appropriate copying will be as a translation rule” (Røvik 2016:12).*

Innenfor en instrumentell oversettelsesprosess vil det være stor sannsynlighet for at pakkeforløp for kreft, som en standardisert organisasjonsoppskrift, gjennomgår en reproduserende modus for oversettelse, der det legges vekt på kopiering. Reformidéer eller organisasjonsoppskrifter som likner prosedyrer, eller som i detalj beskriver hvordan oppgaver skal utføres vil altså kunne redusere en idéns omformbarhet. Dette kan man se i en studie gjort av Erlingsdóttir & Lindberg (2005) der de har studert oversettelsesprosessen av henholdsvis kvalitetssikring ( basert på en feltstudie gjort av Erlingsdóttir i 1999 ) og verdikjeder ( basert på en studie gjort av Lindberg i 2002 ) inn i den svenske hälso- og sjukvården. Reformen om kvalitetssikring ble hentet ut fra en modell i helsevesenet i England. Modellen, som ble kalt *Organisational Audit*, ble adoptert inn i arbeidet med kvalitetssikring i svensk helsevesen blant annet på grunn av at det engelske helsevesenet var relativt likt det svenske. Dette førte til at Sverige istedenfor å utvikle en egen modell for kvalitetssikring valgte å introdusere en ferdig løsning. Modellen fra England var ferdig utformet og utprøvd i England og ble en manual eller ferdig oppskrift på hvordan kvalitetssikringen skulle gjennomføres i Sverige. Ett av funnene som ble gjort i studien til Erlingsdóttir (1999) viste at idéen om kvalitetssikring ble tatt imot i svensk helsevesen som en ferdigpakket modell/ oppskrift, som de tilpasset de svenske forholdene. De mottakende organisasjonene opplevde idéen som en top- down prosess, at idéen kom og ble styrt ovenfra, og ble koplet til mål og overordnede føringer. Røvik (2007) viser til at kopiering ofte skjer i tilfeller der idéen er koplet til detaljerte prosedyrer, forankret i lover og forskrifter, eller der selve implementeringen og måloppnåelsen vil bli kontrollert og monitorert av

overordnede myndigheter. Også de organisatoriske trekkene ved omgivelser/ kontekst vil ha betydning for hvorvidt oversetterne velger å kopiere eller ikke. Dette er noe vi også gjenfinner i Erlingsdóttirs studie av kvalitetssikring, der Sverige hentet en ferdig modell fra England med begrunnelse av at det svenske helsevesenet var relativt likt det engelske. Hvor like organisasjonene er kan man måle med utgangspunkt i kultur, nasjonal kontekst, type organisasjon ( offentlig, privat, forening), og type arbeidsoppgaver som skal utføres i forhold til oppskriften.

### **Adderling og fratrekking**

I en *modifiserende modus* for oversettelse legges det vekt på en pragmatisk posisjon, der idéen kan gjennomgå en viss grad av endring, omforming og tilpasning. Dog bør man ta hensyn til det opprinnelige konseptet med idéen. Her opererer man med to typer hovedoversettelsesregler, som ifølge Røvik (2007) betegnes som henholdsvis *addering* (legge til noen elementer) eller *fratrekking* (trekke fra noen elementer i idéen). Addering innebærer ifølge Røvik (2007: 311): «... at en idemessig representasjon legges til noen elementer når den skal oversettes og overføres til en nye organisatorisk kontekst. Med *fratrekking* menes det motsatte». Regelen for addering innebærer at man legger til noe når man oversetter en idé, ved å gjøre det som innenfor translasjonsteorien kalles eksplisitering. Eksplisitering betyr at man tar det som er tydelig og originalt og gjør dette enda tydeligere i den oversatte versjonen. Det motsatte skjer ved fratrekking. Røvik illustrerer dette med følgende utsagn:

*«Medium dissimilarity between the recipient and source context facilitates a modifying translation mode, and inter alia, the application of omission and addition as translation rules» (Røvik, 2016:13).*

Addering og fratrekking skjer hele tiden i oversettelsesprosesser, men det kan ligge visse betingelser til grunn for hvorfor en av disse modifiserende reglene kommer til anvendelse. Ved en oversettelsesprosess der det oppstår en rasjonell- strategisk addering og fratrekking, kan dette begrunnes i rasjonelle prosesser, der for eksempel effektivitet, produktivitet, økonomisk gevinst eller annen tydelig måloppnåelse er fremtredende. Organisasjoners helt klare intensjoner for reformoppskriften, samt instrumentelle kalkulasjoner har stor



betydning. Man går ut i fra kalkulatoriske anslag over hvilken lokal versjon som gir best effektivitetsmessig uttelling. For pakkeforløpets vedkommende vil dette komme tydelig frem i bestillingen for monitorering og rapportering av resultater, der pakkeforløp for kreft kan bære preg av en rasjonell- strategisk addering og fratrekking grunnet den tydelige måloppnåelsen (gjennom kontroll ved monitorering) som vi finner i reformoppskriften og implementeringsplanen fra Helsedirektoratet.

Men det kan også tenkes at addering eller fratrekking skjer basert på andre forklaringer enn rent instrumentelle. Tilpasninger til lokale, institusjonelle forhold kan være nødvendige for at reformoppskriften skal få innpass og legitimitet. Det kan for eksempel tenkes at elementer av pakkeforløpsoppskriften må legges til noe eller trekkes fra noe for at den skal passe inn i organisasjonens allerede etablerte praksis, eller av rent faglige hensyn.

### **Omvandling**

I en *radikal* modus for oversettelse legges det vekt på at mottakende organisasjoner og oversetterne gir seg selv stor frihet til å utforme sin egen idé tuftet på andres praksiser eller idéer. Ifølge Røvik betyr dette at (2007: 315) ...» *Man innvilger seg rett til å ikke kopiere andres praksiser og oppskrifter, men snarere til å anvende dem som mulige inspirasjoner som så kan bli ingredienser og kan komme til uttrykk i lokale innovasjoner*». Regelen for oversettelse kalles her for *omvandling*, som betyr at idéen eller praksisen kan gjennomgå endringer både i innhold og form og medfører en grunnleggende endring av praksis eller av selve idéen. Omvandling «... en grunnleggende endring av en praksis og/ eller ide- gjerne både av form og innhold ...» (Røvik: 2007: 315). Her må oversetteren ha stor frihetsgrad og kunne ha mulighet til å omforme den versjonen som skal oversettes. Dette betyr at dersom det er store forskjeller mellom kilde- og målkontekst vil det være stor sannsynlighet for at omvandlingsmodus inntreffer. Som Røvik ( 2016:14) sier:

*«The more dissimilar recipient and source contexts are on critical variables, the more appropriate alteration will be as a translation rule» (Røvik 2016:14*

Reformidéens særegne trekk vil ha betydning for hvorvidt den kan omvandles, og selve implementeringsprosessen og måten den er organisert på vil ha betydning. Jo mindre

reformidéen er styrt av regler, lover og prosedyrer jo større er sjansen for at det kan skje en lokal tilpasning og omvandling. Jo mindre implementering er overvåket av eksterne myndigheter, jo større sjanse for en radikal endring eller transformasjon. For pakkeforløpet kan det muligens være liten sannsynlighet at denne omformingsmodusen gjelder, da pakkeforløp for kreft og resultatene etter implementeringen skal måles og rapporteres. Lindberg (2002) har gjennomført en feltstudie av oversettelsen av verdikjeder i det svenske helsesystemet. I Högsbo- prosjektet (deler av et overordnet kvalitetsprogram kalt Sjukvårdsprogrammet) skapte prosjektdeltakerne sin egen oppfatning av hvordan verdikjedene skulle utformes. Dette bidro til at de etter hvert oppfattet idéen om verdikjeder som en idé de selv hadde kommet på, og som de selv hadde tatt initiativet til. Dette til tross for at verdikjeder allerede var et etablert fenomen innenfor helsevesenet. Dette ble som Røvik (2007) kaller det, en lokal innovasjon, og oppfattet som egen idé. Trekkene ved det som skal overføres, innholdet i reformen eller idéen vil, kunne ha betydning for hvor sannsynlig det er at idéen omformes, og hvor omfattende denne omformingen vil være. Jo mer omformbar idéen eller praksisen er, desto høyere sannsynlighet for at en radikal oversettelse vil finne sted.

Samtidig kan man ikke utelukke at pakkeforløp som reformoppskrift som skal tas inn i et sykehus gjennomgår en omvandling. UNN som universitetssykehus er tradisjonelt sett en strek institusjon, som består av autonome, profesjonelle helseaktører. Dette kan bety at helseaktørene potensielt kan representere en nokså sterk motkraft til enkelte typer reformoppskrifter, som gjør at reformoppskriften må gjennomgå en radikal endring i innhold eller form for å oppnå legitimitet og innfri den eksisterende kompleksiteten som eksisterer i praksisfeltet.

#### **3.4.4 Translatørkompetanse**

Ifølge Røviks (2007) translasjonsteori vil moderne organisasjoner ha behov for translatørkompetanse. Røvik argumenterer med at translatørkompetanse er kritisk viktig for å kunne lykkes med idéoverføring, og betegner translatørkompetanse som en kritisk suksessfaktor. Videre kan det være slik at mislykket implementering ofte kan skyldes dårlig oversettelsearbeid. Dette er således en vanskjøttet kompetanse i moderne organisasjoner, og er en

knapp og kritisk ressurs (Røvik 2007: 320). Hovedfokus her er at moderne organisasjoner trenger noen med kompetanse til å oversette reformidéene slik at de passer inn i den konteksten de skal inn i. Ifølge Røvik (2007) er begrepet translasjonskompetanse lite brukt, og det finnes bare sporadiske eksempler på en opplæring av translatørkompetanse som bærer preg av systematikk og opplæring. For at oversetteren eller translatøren skal være kompetent bør denne ha kjennskap til og god kunnskap om oversettelsesreglene, og samtidig vite hvilken av oversettelsesreglene som bør benyttes i ulike situasjoner og kontekster (Røvik 2016).

Videre sier Røvik (2016) at overordnede myndigheter i detalj kan bestille implementering av gitte, standardiserte versjoner av organisasjonsoppskrifter, som skal implementeres i underordnede organisasjoner. I slike tilfeller, hvor oversettelsen er strengt regulert av overordnede myndigheter vil translatøren ha færre frihetsgrader til å endre og oversette oppskriften (Røvik 2011). Her vil myndighetene overvåke implementeringen, og bestille monitorering for å sikre måloppnåelse. I tilfellet med pakkeforløpene kan translatøren *både* være Helsedirektoratet, linjeledelsen og andre aktører i sykehuset.

Hva er så translatørkompetanse, eller kompetanse til å oversette organisasjonsoppskrifter og idéer? Røvik (2007) introduserer fire «dyder» for «den gode oversetter», dyder som den gode translatøren bør inneha. Jeg vil kort redegjøre for disse dydene, slik at jeg i studien kan se om jeg gjenfinner noen av disse i oversettelsen av reformoppskriften i UNN.

Ifølge Røvik (2007) må den gode oversetter for det første ha kjennskap og kunnskap om det som skal overføres og oversettes. Kunnskap om prosesser og prosesstankegang, samt evne til å kombinere og se på idéen ut i fra opprinnelseskonteksten og konteksten som idéen skal tas inn i er nyttig. Dette skaper grunnleggende kunnskap om selve idéen, og de mellomliggende variablene som påvirker og medvirker til at oversettelsesprosessen glir lettere. Områder og elementer der oversetteren bør ha kunnskap om i organisasjonen for at implementeringen skal lykkes er organisasjonens indre rammer, slik som aktørene, allerede eksisterende rutiner og prosedyrer og organisasjonens egne erfaringer med tidligere reformer og implementeringsprosesser. Innenfor dette feltet kan kimen til læring ligge, der oversetteren kan basere seg på organisasjonens tidligere erfaringer. Oversetteren bør også

ha kompetanse på det Røvik (2007) kaller sorteringskompetanse, som betyr kunnskap om praksisfeltet idéen skal innføres i, og kunnskap om hva organisasjonen trenger og har bruk for. Videre bør oversetteren ha kompetanse på det Røvik kaller konfigurasjonskompetanse. Med dette menes det at idéen som skal implementeres må tilpasses og konfigureres det som allerede finnes i organisasjonen, altså allerede eksisterende praksiser. Den gode oversetter må vise mot til å velge den oversettelsesregelen som er best tilpasset situasjonen og konteksten som organisasjonen eller enheten besitter.

De to siste av nødvendige dyder for den gode oversetter er ifølge Røvik tålmodighet og styrke. Det å implementere en reform eller idé handler om å skape virkninger innad i organisasjonen og skape endring. Oversettelse av organisasjonsidéer handler om å «translate into practice». Idéene tas inn i organisasjonen for at de skal skape tilsiktede effekter (Røvik 2007: 333). Imidlertid kan det tenkes tilfeller der idéen ikke fører til praksisendring, men kun består av prat, og dette kan føre til at implementering av reformer ikke lykkes (Brunsson, 2002). Idéer må først språksettes, før de deretter kan omskapes til en vedvarende og etablert praksis. Dette kan ta tid fordi idéen først må konkretiseres, justeres og konseptualiseres.

Fordi organisasjonsoppskrifter ofte er reformidéer innebærer det endringer innad i organisasjonen og reformidéen kan møte på motstand der ulike interesser, maktspill, forhandlinger og konflikter er medvirkende faktorer. Den gode oversetter vil i slike tilfeller ha bruk for en god porsjon styrke i tillegg til tålmodighet. Det å håndtere motstand, og å ha evnen til å «selge inn» idéen eller reformen på en slik måte at endringen blir til en meningsskapende prosess for aktørene i organisasjonen er en fordel. Røvik (2007: 335) kaller formen for motstand mot innføringen av reformidéer for inkompatibilitetsargumentene.

Organisasjoner kan bestå av komplekse system, for eksempel kunnskapsbedrifter som sykehus eller universiteter. Reformidéer som forsøkes tatt inn kan i denne typen institusjoner bli sett på som generelle og forenklede fremstillinger av kompliserte, etablerte praksiser. Røvik skiller her mellom det han kaller teknisk og verdimessig inkompatibilitet (2007: 336). *Teknisk inkompatibilitet* betyr at reformidéen som innføres virker for enkel i

forhold til den allerede eksisterende kompleksiteten som eksisterer i praksisfeltet, nedfelte og etablerte gode rutiner, prosedyrer og en nedfelt god praksis. *Verdimessig inkompatibilitet* innebærer at nye reformidéer kan støte på motstand i organisasjoner der et av de viktige formålene er å være verdibaserte, for eksempel sykehus. Motstridende ideologier kan skape motstand, for eksempel behandlingsetikk versus økonomiske hensyn. I slike tilfeller kan det være behov for at reformoppskrifter gjennomgår en radikal modus for oversettelse, og oversetteren kan i slike tilfeller nyttiggjøre seg av god kjennskap til denne regelen for oversettelse.

### **3.5 Oppsummering teorigrunnlag og forventning til funn**

#### **3.5.1 Forventning til funn i en rasjonell oversettelsesprosess**

Pakkeforløp for kreft implementeres i dette perspektivet som en streng, rasjonell og problembetinget prosess, med klart fokus på gjennomføring og måloppnåelse. Reformidéen hentes av politikerne og UNNs eiere inn til Norge som svar på et problem som er identifisert, det at kreftpasienter venter for lenge på utredning og behandling. Implementeringen vil basere seg direkte på erfaringene fra Danmark, samt en implementeringsplan fra Helsedirektoratet og er styrt strengt fra eiere som en bestilling til sykehuset og med høye krav om monitorering og måloppnåelse. Aktørene og arenaene for implementeringen er styrt i toppledelsen og gjennomføres i linjen, med høy grad av tilstedeværelse fra ledelsen og ledelsens representanter. Det forutsettes en vertikal, hierarkisk implementeringsprosess, men deler av oppskriften kan også styres gjennom en horisontal koordinering, ved matrise eller prosessbasert organisasjonsdesign. Implementeringen skjer som regelbaserte, rasjonelle prosesser. Oversettelsesmodusen vil skje gjennom kopiering. Roller og ansvar er avklart og etablert, og rutiner og prosedyrer etableres for å følge opp overordnede målsettinger. Høyt fokus på monitorering og rapportering oppover, og graden av implementeringssuksess vil basere seg mye på målbare resultater.

### **3.5.2 Forventning til funn i en skandinavisk nyinstitusjonell oversettelsesprosess**

Implementeringsprosessen oppstår etter ytre press fra omgivelsene, og i tilfellet med pakkeforløpet særlig fra politikere og eiere samt befolkningen. Reformoppskriftens innhold og intensjoner vil skape legitimitet i omgivelsene, og være meningsbærende symboler for de ansatte. Trekkene ved selve konseptet, idéen og trekk ved organisasjonsoppskriftens opprinnelse vil kunne ha betydning for oversettelsen og implementeringen i UNN, og kan medvirke til at de lokale forståelsene oppstår. Bruk av oversettelsesreglene vil være sentrale, samt arenaene og aktørene som oversetter og deres translasjonskompetanse. Forløpsledere og forløpskoordinatorer vil kunne være lokale oversettere i sykehuset.

Pakkeforløp for kreft er en standardisert organisasjonsoppskrift som fremkommer som en bestilling fra UNNs eiere, og oversettelsesmodusen kan derfor bære preg av kopiering som oversettelsesregel. Men den kan også bære et tydelig preg av en radikal modus, der reformoppskriften går inn i en lokal endringsmodus, og omvandles. Den lokale endringsmodusen vil ha betydning for forståelsen av oppskriften og hvordan den tas inn og i bruk i sykehuset.

Forventninger til funn illustreres i tabell 1.

Teoretiske retninger	Instrumentell	Skandinavisk ny-institusjonell/ oversettelsesteori
Oversettelsens faser i implementeringsprosessen		
<p><b>Forberedelsesfasen:</b></p> <p>Arenaer og aktører</p>	<p>Politikerstyrt krav og bestilling fra eiere (Helsedirektoratet). Rasjonell og problembetinget prosess med fokus på gjennomføring og måloppnåelse fra toppledelsen.</p> <p>Proessen forberedes og planlegges som en top-down-prosess.</p>	<p>Etter ytre press fra omgivelser, politikere og eiere (Helsedirektoratet) entrer reformoppskriften UNN.</p> <p>Behov i befolkningen skaper endringsbehov og legitimitet/eierskap hos både topp og mellomledelse og i fagmiljøene.</p>
<p><b>Innføringsfasen/ den lokale fasen</b></p> <p>De ulike aktørenes roller</p> <p>Organisering og arenaer</p> <p>Reformoppskriftens egenskaper og betydningen av denne</p> <p>Oversettelsesreglens betydning</p> <p>Betydningen av translatørkompetanse</p>	<p>Reformoppskriften innføres raskt. Aktørene og arenaene og organiseringen er i styrt i toppledelsen og gjennomføres i linjen.</p> <p>Kopiering som hovedoversettelsesregel.</p> <p>Organisasjonsdesign som virkemiddel for å sikre måloppnåelse. Det forutsettes en vertikal, hierarkisk implementeringsprosess, men deler av oppskriften kan også styres gjennom en horisontal koordinering, via enten prosess eller matriseorganisering.</p> <p>Implementeringen skjer som regelbaserte, rasjonelle prosesser.</p>	<p>Skaper forankring i sykehusets fagmiljø. Trekkene ved selve konseptet og trekk ved organisasjonsoppskriftens bakgrunn kan ha betydning for implementeringen.</p> <p>Oversettelsesreglene og bruk av disse vil ha betydning for etableringen av den lokale forståelse og forberedelse på endring i praksis, og alle oversettelsesreglene vil kunne ha betydning, da knyttet opp mot translatørens kompetanse og organisasjonens kontekstuelle og organisatoriske forhold.</p>
<p><b>Utfallet- fra reform til etablert praksis</b></p>	<p>Reformoppskriften er implementert. Roller og ansvar er etablert, og prosedyrer og stillingsinstrukser/funksjonsbeskrivelser etableres for å følge opp overordnede målsettinger. Høyt fokus på monitorering og rapportering.</p>	<p>Translatørens kompetanse og bruk av oversettelsesreglene gir en implementeringsprosess med en god lokal forståelse av reformoppskriften, praksis endres og nedfeller seg i UNN som en institusjonalisert standard.</p>

Tabell 1: Forventninger til funn sett i lys av teorigrunnlaget

## 4 Metode

### 4.1 Innledning

Jeg vil i dette kapitlet presentere hvilken metode og undersøkelsesdesign jeg skal benytte for å svare på oppgavens problemstilling. Ifølge Halvorsen egner en kvalitativ tilnærming seg godt som metode for å innhente data om meninger som ligger bak adferd og sosiale relasjoner (Halvorsen, 2008). Kvalitative metoder er metoder som kan kjennetegnes ved å være både fleksible, tilpasningsdyktige og dynamiske. Når man benytter kvalitativ metode så betyr dette ifølge Brinkmann & Tanggaard (2012) at man interesserer seg for hvordan noe gjøres, oppleves, sies og fremstår samt utvikles. Med andre ord å fortolke eller dekonstruere den menneskelige erfarings *kvaliteter*. En kvalitativ tilnærming vil derfor være relevant å benytte i min studie, fordi jeg har valgt å følge en implementeringsprosess der jeg også ønsker å finne forklaringer på deltakernes forståelse av implementeringsprosessen, hvordan aktørene opptre i ulike roller og på ulike arenaer, og hvordan de organisatoriske prosessene bidrar inn i utfallet av en implementeringsprosess. I følge Jacobsen (2005) fokuserer case studier på kontekst og samspillet mellom mennesker og kontekst. Videre kan case studier egne seg godt når man ønsker en dypere forståelse av en spesiell hendelse, samt når man ønsker å beskrive hva som er spesifikt med en organisasjon. Caset i denne oppgaven er organisasjonen UNN samt hendelsen.

Jeg vil i undersøkelsen og innsamling av empiri se på forberedelsesfasen og implementeringsfasen i UNN. I bestillingen fra Helsedirektoratet skulle pakkeforløpene implementeres trinnvis, første trinn 1.1.2015, andre trinn 1.5.2015 og tredje trinn 1.9.2015. Jeg har begrenset selve studien ved å se på implementeringsprosessen i et tidsforløp (fra høsten 2014- t.o.m. hele 2015 og frem til mai-2016). Helse Nord RHF hadde også en viktig rolle i implementeringsprosessen på regionalt nivå, og fikk i bestillingen fra Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide egne, regionale implementeringsplaner. Jeg vil ikke inkludere Helse Nords rolle og arbeid i forhold til implementeringen i min studie. De regionale prosessene ble gjennomført parallelt med de lokale prosessene i sykehusene, og noen av disse prosessene berører og involverer hverandre, fordi mange av pakkeforløpene



er regionale forløp på tvers av sykehus i regionene. Men jeg har vurdert det dithen at det vil bli for omfattende å inkludere Helse Nords rolle i denne studien. Dog kan det være at jeg kommer innom aspekter ved dette fenomenet, og dette vil da gjenfinnes i empiri og analysen.

## **4.2 Valg av undersøkelsesdesign og datainnsamling**

Det jeg ønsker å studere er et sosialt fenomen, der jeg vil tilstrebe å få en forståelse for hvordan implementeringsprosesser og oversettelser finner sted i en stor institusjon som UNN. Dette vil jeg gjøre gjennom å intervju noen av deltakerne som har vært involvert i implementeringsprosessen, slik at jeg kan få en dyp og grundig innsikt i prosessen og den lokale forståelsen av implementeringen, og endringer i organisering og praksis. I tillegg har jeg innhentet bakgrunnsmateriale og gjort en grundig dokumentanalyse, for å få et innblikk i prosessene før implementeringen i UNN, samt underveis i selve prosessen innad i UNN. Jeg har som ansatt i UNN hatt tilgang til organinterne dokumenter, såkalte primærdata. I tillegg til dette har jeg som ansatt i foretaket observert de interne prosessene. Det å gjøre en studie av en implementeringsprosess i et stort sykehus kan være omfattende, og jeg har derfor valgt å avgrense studien, både i tid og rom. Tidsmessig har jeg valgt å følge prosessen i UNN fra høsten 2014, videre til bestillingen av reformoppskriften ble sendt fra Helsedirektoratet og implementeringsåret 2015 frem til mai 2016.

### **4.2.1 Observasjon**

Som ansatt i UNN gjennom flere år har mine observasjoner omkring UNNs fokus og arbeid med pasientforløp gått over flere år. Observasjonene har vært åpne og skjulte og ikke deltakende/ delvis deltakende. Dette er noe jeg har reflektert over og har en selvkritisk holdning til. Men dette har samtidig gitt meg en forforståelse som jeg mener kommer til nytte i denne studien. En observasjon kan være både strukturert og ustrukturert, og kan videre være vanskelig å bearbeide, men vil være med på å skape et fullstendig bilde av organisasjonen (Ringdal, 2007).

#### 4.2.2 Intervju

Intervju er ifølge Brinkmann & Tanggaard (2012) den hyppigst benyttede tilnærmingen til kvalitativ forskning. Det er en vanlig måte for å kunne tilegne seg kunnskap om menneskers meninger, opplevelser og holdninger på, og for å kunne få et godt innblikk i menneskelige opplevelser fra deres ståsted. Når jeg skal gjøre en undersøkelse av hvordan oversettelsen og implementeringsprosessen med pakkeforløp for kreft har vært i UNN finner jeg det svært nyttig å kunne utdype studien ved å innhente data og intervju noen av personene som har vært involvert i disse prosessene i sykehuset. Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte det som kalles et semistrukturert intervju. Dette er en fleksibel datainnsamlingsmetode, som egner seg for min undersøkelse, da jeg vil ha relativt få informanter. Og den egner seg spesielt siden jeg ønsker å få en forklaring på hvordan den lokale forståelsen av reformoppskriften oppstod, altså hvordan informantene tolker og forstår et fenomen (Ringdal, 2007). Jeg utarbeidet en intervjuguide som jeg delte opp tematisk i tre deler i henhold til fasene i implementeringsprosessen som jeg ønsket å undersøke. Studien er godkjent av NSD<sup>2</sup>. Jeg har også innhentet tillatelse fra administrerende direktør og klinikkjefer/ fagsjef. Selv om jeg ut i fra min rolle som ansatt i UNN har observert mange av hendelsene i forbindelse med implementeringsprosessen, har jeg tilstrebet å møte informantene med et åpent sinn.

Informantene jeg valgte ut besitter ulike roller i UNN, men jeg valgte likevel å benytte den samme intervjuguiden til alle informantene. Grunnen til dette er at intervjuguiden ble utformet på en slik måte at jeg kunne stille utdypende spørsmål og få utdypende svar ved flere av oppfølgingsspørsmålene. Samtidig ville jeg ivareta fleksibiliteten som et semistrukturert intervju gir. Informantene ble anonymisert, og alt av datamateriale ble anonymisert. Indirekte personopplysninger ble slettet etter transkribering. Intervjuene ble foretatt på mitt kontor i UNN, og hadde en god, åpen og tillitsvekkende tone. Etter at intervjuene var ferdig og jeg hadde transkribert alt intervjumaterialet satt jeg med ca. 150 tettskrevne sider med dybdeintervjuer, som gav meg en meget dyptgående innsikt og

---

<sup>2</sup> Personvernombudet for forskning- NSD- Norsk senter for forskningsdata AS

forståelse for implementeringsprosessens ulike sider i UNN. Dette var for meg en meget interessant erfaring, det å se at gjennom transkriberingen og ved analysen kunne hente ut informantenes ulike tanker, syn og involvering i på de ulike arenaene og i de ulike prosessene i sykehuset.

### **4.2.3 Dokumentanalyse**

Dokumentanalyse er en mye brukt metode i samfunnsvitenskapene og brukes til å avdekke prosesser, utviklinger og forandringer innenfor ulike organisasjoner. Metoden egner seg godt til å følge utviklinger over tid for et gitt undersøkelsesområde, gjerne i et historisk forløp. Metoden egner seg også godt å kombinere med intervju (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Når jeg har gjort dokumentanalysen har jeg innhentet og benyttet meg av både primære og sekundære dokumenter. Primære dokumenter er dokumenter som har sirkulert blant et avgrenset antall aktører, og da i et begrenset tidspunkt og som har vært i umiddelbar nærhet til situasjonen eller hendelsen som dokumentet refererer til (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Jeg har som ansatt i UNN hatt tilgang til interne, primære dokumenter via søk i UNNs saksarkivsystem ePhorte, søk på UNNs intranett, og ved å benytte søkeordet «pasientforløp», «pakkeforløp» samt «pakkeforløp for kreft». UNN er en organisasjon som er strengt regulert etter offentlighetsloven, og dokumentene som jeg har funnet og gjennomgått via mine søk i UNNs intranett, ville også ha vært tilgjengelige for meg uavhengig av om jeg var ansatt i sykehuset eller ikke. Men grunnet min tilhørighet til UNN har jeg hatt lettere tilgang til disse via intranettet og UNNs saksarkivsystem, og har derfor valgt å kategorisere dem som primærdokumenter, dog vil skillet mellom primære og sekundære dokumenter ikke vært veldig stort i denne studien.

Jeg har gjennomgått sakslistene og referat fra ledermøter, rapporter og utredninger, prosedyrer og funksjonsbeskrivelser og prosjektplaner samt annen relevant dokumentasjon.

Totalt har jeg i dokumentstudien gjennomgått 85 UNN interne og til dels omfattende dokumenter, se oversikt tabell 2.

Primærdokumentasjon UNN/ dokumenttype	Periode fra- til dato	Antall dokumenter
Møtedokument til direktørens ledermøte UNN	19.8-16.12.2014	14
Referat fra direktørens ledermøte UNN	19.8- 16.12.2014	14
E-post med vedlegg fra Helse Nord til UNN- nasjonal plan for pakkeforløp for kreft	3.11.2014	3
Referat fra klinikkledermøter UNN	20.8-10.12.2014	10
Oversendelse av pakkeforløp og diagnoseveiledere for brystkreft, lungekreft, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft, Helsedirektoratet	25.11.2014	3
Pakkeforløp for kreft Helsedirektoratet (brev og e-post)	19.12.2014	1
Workshop for Helse Nord RHF og UNN HF: Registrering og koding Pakkeforløp for kreft	20.1.2015	1
Pakkeforløp for kreft - implementering av 10 Pakkeforløp 1. mai Helsedirektoratet	26.1.2015	1
Kodeveiledning - pakkeforløp kreft	25.2.2015	1
Funksjonsbeskrivelser for forløpsleder og forløpskoordinator i kreftpakkeforløp UNN	14.4.2015	1
Møtedokument til direktørens ledermøte UNN	13.1- 7.4.2015	8
Referat fra direktørens ledermøte UNN	13.1- 7.4.2015	8
Referat fra klinikkledermøter UNN	1.1-1.4.2015	5
Prosjektbeskrivelse overordnet implementering av kreftpakkeforløp i UNN	14.4.2015	1
Referat konstituering overordnet implementeringsgruppe for kreftpakkeforløp UNN	14.4.2015	1
Referat Overordnet implementeringsgruppe for kreftpakkeforløp i UNN	12.5-24.11.2015	6

Oversendelse av Pakkeforløp for kreft – implementering 1. september HelseDirektoratet	3.6.2015	2
Referat Overordnet implementeringsgruppe for kreftpakkeforløp i UNN	26.1-12.4.2016	3
Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2016 UNN	17.6.2016	1
Plan for pasientforløpsarbeidet i UNN 2013-2018	15.1.2013	1

Tabell 2. Oversikt dokumentanalyse primærdokumenter UNN

I tillegg har jeg innhentet sekundære dokumenter. Disse gjenfinnes i referanselisten.

Sekundære dokumenter er dokumenter som er tilgjengelige for alle som måtte ønske det, altså offentlig tilgjengelige dokumenter. Jeg har benyttet søk på Internett, ved å søke på ordet «Pakkeforløp for kreft». Jeg har fortrinnsvis konsentrert mine søk i Regjeringen, Helse- og omsorgsdepartementets og HelseDirektoratets internettsider, samt i danske nettsteder for Sundhedsstyrelsen. Alle dokumentene som er gjennomgått har høy grad av troverdighet.

### 4.3 Utvalg

I følge Jacobsen (2005) vil utvalgsmetoden innenfor en kvalitativ tilnærming bli bestemt ut i fra hensikten med undersøkelsen. Ved bruk av kvalitativ metode hvor man har få informanter, vil det være naturlig å ha en strategisk utvelgelse av kandidatene for å få et representativt utvalg. Jeg har gjennom min rolle som ansatt i UNN kjennskap til de ulike aktørene og arenaene for reformoppskriften. Reformoppskriften pakkeforløp for kreft består av en bestilling til UNN gjennom av en implementeringsplan som omhandler 28 ulike pakkeforløp, alle for ulike krefttilstander. De ulike pakkeforløpene involverer mange forskjellige faggrupper, personer og enheter (klinikker, avdelinger, seksjoner og lokalisasjoner).

Jeg har valgt å se på implementeringsprosessen og oversettelsen slik den ble gjennomført *sentralt* i UNN, *samt* ved flere klinikker, avdelinger og derav også flere pakkeforløp. Arbeidet som ble gjennomført *sentralt* i UNN innbefattet implementeringsprosessen for *alle* de 28 pakkeforløpene som kom i den trinnvise bestillingen fra HelseDirektoratet. Når det gjelder prosessene inn i avdelingene for pakkeforløpene har studien sett på 7 ulike pakkeforløp, og innbefatter pakkeforløp fra alle tre trinn i bestillingen. Dette innebærer at jeg har fått innsikt

i oversettelsen og implementeringen fra flere ulike avdelinger og for flere ulike pakkeforløp, samt fra arbeidet som ble gjort fra et overordnet og sentralt hold i sykehuset i et tidsperspektiv på halvannet år. Dette har gitt meg et godt innblikk i flere sider ved implementeringsprosessen fra flere ulike arenaer og aktørers ståsted.

Jeg har gjennomført et strategisk, skjønnsmessig utvalg av informanter. Utvalget er gjort blant ansatte i UNN som har eller har hatt roller som har vært knyttet til implementeringsprosessen, på senternivå og på enhetsnivå (avdeling og det enkelte pakkeforløp). For å gjennomføre studien har jeg valgt å følge oversettelseskjeden, og har intervjuet ledere, forløpsledere og forløpskoordinatorer. I tillegg har jeg valgt å intervju personer i andre posisjoner sentralt i UNN, som har hatt roller i implementeringsprosessen (rådgivere og ledere). Totalt har jeg hatt 9 dybdeintervjuer. Jeg mener jeg har gjort et utvalg med en gruppe med informanter som kan si noe om problemstillingen i denne studien. Jeg har ikke foretatt dybdeintervju av aktører fra toppledelsen i UNN, og har benyttet funn fra dokumentstudien for å avdekke de *formelle, overordnede prosessene* og beslutningene som ble gjennomført av toppledelsen i sykehuset i forbindelse med pakkeforløpene.

Linjeledelse	Stab/ senterfunksjon	Forløpskoordinator	Forløpsleder
2	3*	2	2**

Tabell 3. Oversikt over informanter \*2 forløpsledere med lederansvar \*\*1 senterfunksjon med lederansvar

#### 4.4 Validitet og reliabilitet

Empiri, innsamlede data, bør tilfredsstillende to krav. Disse er for det første at empirien må være gyldig og relevant (valid), samt at den må være pålitelig og troverdig (reliabel) (Jacobsen, 2005). I tillegg er det viktig med en bevisstgjøring av at man måler det man faktisk tror man måler. Det som er relevant å merke seg er at vi gjennom valget av metode oppnår svar på det vi undersøker, samt at datainnsamlingsmetoden er egnet til den problemstillingen som ønskes undersøkt (Jacobsen, 2005).

Jeg har fokusert på å innhente informasjon som har direkte relevans til problemstillingen, ved å kategorisere, begrepsfeste og knytte de tematiserte spørsmålene i intervjuguiden opp mot teori og tidligere forskning. Det har vært viktig for meg å sikre at jeg undersøker det jeg har hatt til hensikt å undersøke og at det er samsvar mellom studien og det teoretiske rammeverket som jeg har benyttet (Halvorsen, 2008). Jeg har valgt et forskningsdesign og en metode som jeg mener gjør meg best i stand til å svare på forskningsspørsmålene. Jeg har gjennomføre en nøyaktig transkribering av intervjuene, og jeg har hatt en kritisk og refleksiv holdning til eget arbeid i intervjudelen, både gjennom observasjon og i dokumentundersøkelsen som er blitt gjennomført. Alle opplysninger som jeg har innhentet gjennom intervjuene er blitt behandlet fortrolig, og personvernet til informantene er ivaretatt i henhold til personvernombudets anbefalinger. Noen av informantene vil kunne være indirekte personidentifiserbare grunnet sin organisasjonstilknytning. Dette er noe som informantene har blitt opplyst om i informasjonsskrivet som de mottok før de takket ja til å stille til intervju. Selv om jeg har utarbeidet en relativt detaljert intervjuguide, har jeg hatt et bevisst forhold til at informantene kan snakke fritt og åpent omkring spørsmålene som jeg har stilt.

For å sikre en høy grad av pålitelighet har jeg hatt et fokus på å innhente tilstrekkelig informasjon gjennom intervju, samt dokumentstudier og observasjon slik at det kan festes tillit til studien. Alle dokumentene som jeg har gjennomgått har direkte relevans til problemstillingen i denne studien. Min allerede etablerte forforståelse for reformoppskriften pakkeforløp for kreft har gjort at jeg har utarbeide en intervjuguide som er vel gjennomarbeidet og gjennomtenkt. Dette er noe som det også legges vekt på i Brinkmann & Tanggaard (2012). Erfaringer i praksis viser at de beste intervjuer lages av intervjuere som har en omfattende kunnskap om det emnet de intervjuer om, på grunn av sin evne til da å stille de mest relevante og beste spørsmålene. Intervjuspørsmålene jeg har utarbeidet søker etter beskrivelser av fenomenene som jeg har skissert opp i problemstillingen og forventning til funn i studien. Den forforståelsen som jeg har gjennom min jobb i UNN vil derfor være naturlig preget av min erfaring fra arbeidet som rådgiver i UNN.

#### **4.4.1 *Forskningsetiske refleksjoner***

Jeg har i denne oppgaven valgt å forske på egen arbeidsplass. I denne sammenhengen har jeg vært svært bevisst på min dobbeltrolle. Det kan være vanskelig for de jeg har forespurt om å intervju til å si nei på min forespørsel siden jeg har et profesjonelt forhold til disse. Noen av de jeg har intervjuet er også kollegaer som jeg har samvirke med i det daglige. Jeg har derfor vært meget grundig i forkant og sendt informasjonsskriv og en forespørsel på e-post, slik at informantene har fått gjort en vurdering om de ønsker å stille til intervju eller ikke.

#### **4.5 *Kritikk av egen metode***

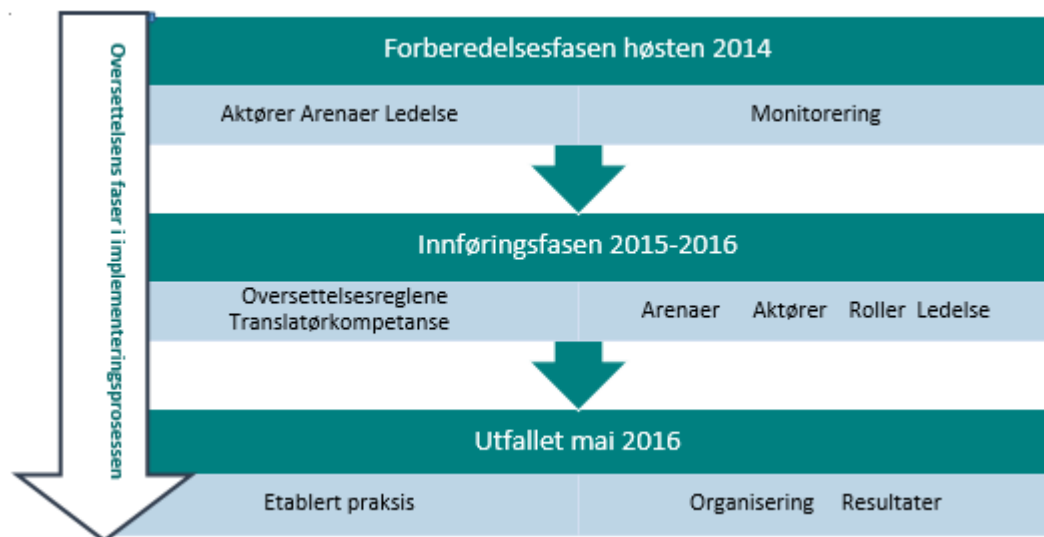
Jeg har i denne oppgaven gjennom observasjon, dokumentstudier og dybdeintervju forsøkt å gjenspeile implementeringsprosessen i sykehuset. Det kan være både fordeler og ulemper ved at jeg har forsket på min egen arbeidsplass. Jeg har vært inne på at min forforståelse kan være en fordel, men det kan også være en utfordring i å ha en virkelighetsoppfatning av sykehuset på forhånd. Dette kan påvirke både valg av informanter og valg av metode. Det kan også være en svakhet at jeg ikke kan garantere at jeg har fått innblikk i *alle* prosessene og all dokumentasjonen omkring implementeringen av pakkeforløpene i UNN. I analysen følger jeg problemstillingen som en prosessbasert historie, og det vil alltid kunne være sider i prosessen i et stort foretak som UNN som jeg ikke til det fulle får belyst. Videre ser jeg i etterkant av intervjuene og dette oppdaget jeg under transkriberingen, at jeg kunne vært enda mer aktiv lyttende i intervjusituasjonen. Min forforståelse og allerede etablerte kunnskap om pakkeforløpsoppskriften kan ha påvirket intervjuene, men i hvilken grad dette har påvirket i positiv eller negativ forstand er vanskelig å si noe om i etterkant. Det å gjennomføre mange dybdeintervju er en god erfaring som jeg har lært mye av.



## 5 Empiri og analyse

### 5.1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg presentere mine funn fra undersøkelsen samt presentere analysen. Jeg vil dele opp analysen i de tre fasene som jeg tidligere har skissert i min oppsummering av teorigrunnet, og som igjen er knyttet opp mot å svare på problemstillingen jamfør figur 3:



Figur 3. Oversettelsens faser i implementeringsprosessen

### 5.2 Forberedelsesfasen

#### 5.2.1 Aktørene, arenaene og ledelsen

Jeg har tidligere i denne oppgaven skissert bakgrunnen og prosessen for hvordan reformoppskriften pakkeforløp for kreft ble hentet som idé fra Danmark av politikerne og oversatt til norske forhold. Politikerne foretok en rasjonell, problembetinget søken etter en organisasjonsoppskrift som hadde lyktes i et annet land, men innenfor samme sektor. Ifølge Røvik (2007) kan reformidéer utløse reformer, altså potensielle forbedringer. Løsningen, pakkeforløpsreformen passet til de problemene som helsepolitikere i Norge hadde identifisert, der endringsbehovene i befolkningen og i omgivelsene skapte et press for å hente oppskriften og utløse reformen pakkeforløp, jamfør et nyinstitusjonelt perspektiv.

Helsedirektoratet opprettet etter bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2014 en nasjonal implementeringsgruppe som skulle utarbeide en nasjonal implementeringsplan for pakkeforløpene. Planen ble kalt *Nasjonale implementeringsplan for pakkeforløp for kreft* (Helsedirektoratet, 2014). Den nasjonale implementeringsgruppen som fikk i oppdrag å utarbeide planen bestod av deltakere fra Helsedirektoratet, de fire regionale helseforetakene, brukerrepresentanter og Den norske legeforening.

Implementeringsgruppen fikk i oppdrag å utarbeide en nasjonal plan for pakkeforløpene, bidra til planlegging av både nasjonale, lokale og regionale implementeringstiltak, samt å bidra i den nasjonale koordineringen i 2015. Formålet til den nasjonale implementeringsgruppen var også å være et kontaktledd mellom sykehusene, fastlegene og de andre sentrale aktørene i implementeringsfasen. Implementeringsplanen ble ferdigstilt i november-2014. Planen inneholdt omtaler om erfaringene fra Danmark, bakgrunnen for selve oppdraget, hvilke implementeringstiltak som skulle gjennomføres, samt implementeringsplan for monitoreringen og kodeverktøy. *Hovedmålene* i planen var:

*«... å sikre gode pasientforløp for kreftpasienter med rask diagnostikk og uten ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse og ventetid, å sikre et system for koding og monitorering av pakkeforløp for kreft er utviklet, etablert og iverksatt og implementering av pakkeforløp for kreft i spesialisthelsetjenesten og hos fastlegene i løpet av 2015».*

I tillegg til at planen inneholdt flere konkrete tiltak som skulle gjennomføres i 2015, inneholdt den også forslag som sykehusene kunne benytte i planleggingen av egen virksomhet med hensyn til implementeringen av pakkeforløpene.

Jamfør det instrumentelle perspektivet initieres reformer fra eiere, og sendes videre ned i organisasjonene med klare krav til formålsrasjonalitet. Behovet for å etablere en reformoppskrift som dette kan sies å være et redskap for sykehusenes eiere for å bidra til at man får gjennomført selve reformen, og for å sikre måloppnåelse. Reformoppskriftens planmessige entre gjennom en instrumentell prosess kan også ses på som en planlagt innovasjon (Czarniawska & Joergens, 1996). Helsedirektoratet utarbeidet implementeringsplanen, som blant annet var tuftet på de danske erfaringene med pakkeforløp. Ifølge Røviks translasjonsteoretiske tilnærming (2007) søker organisasjonenes

ledelser etter beste praksiser i andre organisasjoner, og overfører disse til egen organisasjon. Videre tilstrebes det en problembetinget søken etter oppskrifter som passer til problemene til organisasjonen. Kunnskapsoverføring som oversettelse er relevant, fordi oversettelse ifølge Røvik (2007) går lengre enn bare å implementere. Det handler om å identifisere en god praksis et sted, for så å overføre den til et annet sted. Siktemålet vil da være å kunne oppnå de samme resultatene på det nye stedet. I den nasjonale implementeringsplanen (Helsedirektoratet, 2014) var det skissert opp erfaringene fra Danmark som følger:

*...”Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner ga i 2012 ut en bredt anlagt forskningsrapport om implementering av pakkeforløp for kreft i Danmark. I rapporten peker ledere og fagfolk på følgende overordnede faktorer som spesielt avgjørende for suksess:*

- *En sterk toppledelse med klare mål og ufravikelige krav*
- *Et sterkt faglig fundament*
- *Tett oppfølging og villighet til at allokere nødvendige ressurser*
- *Politisk beslutning og oppmerksomhet*
- *Bakgrunnen var en politisk beslutning som involverte politikere i så vel regjering som regioner»*

Hovedutfordringer ved kunnskapsoverføring er å evne til å hente ut de beste praksisene, og sette dem inn i nye kontekster og samtidig klare å gjenskape de effektene som det er ønskelig å oppnå. Derfor sier Røvik (2007) at kunnskapsoverføring som oftest skjer ved en oversettelse, det vil si at reformidéene redigeres. Røvik (2007) skisserer fra et translasjonsteoretisk perspektiv også ulike innskrivningsregler for hvordan reformidéer entrer organisasjonen. I *regler for tidsmarkering av idéer* har idéer med stor utbredelse ofte med seg ulike referanser til det Røvik kaller «*global eller internasjonal tid*». Dette er del av kontekstualiseringsprosessen som er særlig viktig for reformidéer, de vil på denne måten kunne plasseres inn i den lokale tiden så vel som i en historisk tidshorisont og kontekst, og samtidig inn i et fremtidsbilde. Fokuset på pasientforløp intensiveres i hele Norden, og er i fokus både ved danske, svenske og norske sykehus. Pakkeforløp for kreft kan således

plasseres i lokal tid i Norge, videre inn i et fremtidsbilde som en måte å tenke pasientløp på som er bra for pasientene. I historikken eller fortiden til en reformidé vil det legges vekt på hva idéen bærer med seg av fortellinger om tidligere meritter, og dette vil videre ha betydning for historien til idéen når den tas inn i en ny organisatorisk kontekst og tidsramme jamfør en nyinstitusjonell oversettelsesprosess. Merittene i pakkeforløpets tilfelle var suksessen som Sundhetsstyrelsen fortalte at de oppnådde med de danske pakkeforløpene.

Helsedirektoratet sendte 21. mars- 2014 ut forespørsel til helseforetakene om at de skulle stille med deltakere til *arbeidsgruppene* som skulle utarbeide de 28 norske pakkeforløpene for kreft. Bestillingen av medlemmer til arbeidsgruppene ble sendt fra direktoratet via Helse Nord RHF til UNN. Arbeidsgruppenes mandat var på utarbeide pakkeforløpene for de ulike kreftformene *bygd på danske erfaringer* og de norske, nasjonale handlingsprogrammene for kreft. Det var til sammen 21 arbeidsgrupper som utarbeidet de 28 pakkeforløpene og diagnoseveilederne. UNN bidro med representanter i flere av arbeidsgruppene og hadde også med en representant i den nasjonale implementeringsgruppen. Dette var et forarbeid ble gjort som et grunnarbeid før selve implementeringen i UNN trådte i kraft og selve implementeringsplanen fra direktoratet ble utarbeidet. Tre av mine informanter hadde vært delaktige i forarbeidet som ble gjort gjennom arbeidsgruppene. Alle disse fortalte at forarbeidet hadde bidratt til en økt forståelse og forankring av reformoppskriften innenfor deres områder i sykehuset.

Problemene som var skissert opp i denne reformen var definert fra helsepolitikkerne og fra departementet. I følge trinn to i den hierarkiske oversettelseskjeden (Røvik, 2007) vil reformidéer introduseres fordi organisasjonene søker etter løsninger på et problem eller utfordring som organisasjonen står ovenfor. Reformidéer tas derfor inn som en løsning på disse problemene. Norske politikere mente at kreftpasientene ventet for lenge på avklaringer, og samtidig var det en helsepolitisk kampanje med bruk av begrepet «Vi skal være pasientens helsevesen» (Regjeringen.no). I følge Czarniawska og Joergens (1996) kan aktører i samfunnet bli tvunget til å ta hensyn til problemer som oppstår i samfunnet, og dette kan frembringe endring. Politikk og politisk spill er ofte arenaen for dette. Ville dette ha noen betydning for implementeringsprosessen i UNN? UNN som organisasjon hadde ikke

definert dette som et problem. Pakkeforløp for kreft kom som en ren *bestilling / oppdrag* fra eierne. En av mine informanter som er forløpsleder og som også var deltaker i en av arbeidsgruppene uttalte at:

*«Oppgaven vår som medlemmer av den nasjonale arbeidsgruppen var jo å gå gjennom forløpet, og si hva er det som er faglig begrunnet. Og så kan du jo si at fristelsen var jo da ganske stor til å holde bremsene på. Samtidig la jo direktoratet opp den danske modellen, og forsøkte å forklare hvorfor det er nødvendig å komme raskt i gang og ikke avvike vesentlig fra det. Og i det lå jo den helsepolitiske bestillingen. Og dermed så blei det nok med våre pakkeforløp som med andre at vi kom ganske nært når det gjaldt fristene ... Jeg vet ikke i hvilken grad den var tuftet på dansk suksess, men jeg tror den ville ha vært veldig vanskelig for dem, altså de ville ha havnet opp i utfordringer hvis de gav en bestilling til den norske spesialisthelsetjenesten som var vesentlig slakkere enn den danske var. Du kan si at fra departementets side så ville det ha vært veldig vanskelig å forklare for den politiske opinionen, hvorfor synes danskene, som har hatt gode resultater, hvorfor synes det de må ha sånne krav, mens for den norske befolkningen så synes de ikke servicen på det nivået».*

I instrumentelle implementeringsprosesser vil det ha betydning dersom organisasjons oppskriften kan gi fortrinn, og da særlig med tanke på effektivitet. I dette tilfellet vil prosessen bli preget av en instrumentell tilnærming, der departementet som organisasjon (forvaltning) skal være forvalter og iverksetter av de helsepolitiske avgjørelsene. Videre vil en bestilling skje i en vertikal styringskjede, jf. den hierarkiske oversettelseskjeden (Røvik, 2007). Samtidig er bestillingen også initiert etter ytre press fra omgivelsene. Dette kan være brukere, pasientorganisasjoner, jamfør en nyinstitusjonell tilnærming.

Oppdraget/ bestillingen av implementering av pakkeforløp for kreft ble sendt via Oppdragsdokument 2015 fra Helsedirektoratet til Helse Nord (Regjeringen.no, 2015). Helse Nord spisset oppdraget og sendte dette videre til UNN. *Overordnede mål* for 2015 var at UNN skulle sikre at:

- *Etablere flere standardiserte pasientforløp ihht nasjonale retningslinjer.*
- *Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 pst.*

- *Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp er 70 %.*
- *Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter har forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.*

Følgende styringsparameter ble beskrevet i Oppdragsdokumentet:

*Mål: Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp skal være 70 %. Skal rapporteres tertialvis. Første publisering er august 2015.*

*Mål: Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp skal være 70 %. Skal rapporteres tertialvis. Første publisering er august 2015.*

Styret og ledelsen i Helse Nord RHF fikk, og har fortsatt et ansvar for å følge med på kvalitetsindikatorerne som Helsedirektoratet publiserer og har ansvar for å iverksette eventuelle tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene. De regionale helseforetakene skal følges opp gjennom *Årlig melding*<sup>3</sup> som viser laveste og høyeste måloppnåelse på helseforetaksnivå for styringsparameterne<sup>4</sup>. Videre ble følgende skissert i Oppdragsdokumentet for 2015:

*«Oppfølging gjennom plan- og meldingssystemet skal gi departementet informasjon om måloppnåelse på helsepolitiske mål. Det regionale helseforetaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparameter meldes departementet når slike avvik blir kjent. I årlig melding skal det rapporteres på hvordan de regionale helseforetakene har fulgt opp Mål 2015 og Styringsparameter og rapporteringskrav 2015 ...»*

Selv om pakkeforløp for kreft er kun *normgivende* og ikke rettighetsfestet gjennom pasient- og brukerrettighetsloven, så stilte likevel helsepolitikkerne høye krav til implementering og måloppnåelse. Dette viser at reformoppskriften allerede på dette tidspunktet, *før selve*

---

<sup>3</sup> Unn sender årlig melding til Helse Nord. Helseforetaket rapporterer om måloppnåelse og hva som har blitt gjort for å innfri kravene som ligger i oppdragsdokumentet.

<sup>4</sup> <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/opp2hn.pdf>

implementeringsprosessen i sykehusene trådte i kraft, bar preg av en klar top- down-tilnærming, med en verktøybasert tankegang. Målene var initiert og forhåndsdefinerte av Helsedirektoratet, og bestillingen om måloppnåelse kom via Helse Nord RHF til sykehusets ledelse. Kravene til rapportering bar preg av at det lå forventninger om en rask og problemfri implementering, med høye krav til måloppnåelse allerede i 2015. Pakkeforløpet skulle være et verktøy som skulle tas hurtig i bruk. Dette er i tråd med instrumentelle teorier om implementering, og følgende sitat viser hvordan en av mine informanter gir uttrykk for nettopp dette: ...

*«Hvis det hadde vært sånn at et politisk dekret hadde vært etterlevd i det politiske helsevesen hver gang politikerne hadde sagt at nå vil vi at dere skal gjøre sånn, så hadde jeg trodd på det, men det er jo ikke det som er tilfelle. Når man ser på oppdragsdokumentene til de offentlige sykehusene, og man ser på hva slags bestillinger som ligger der og hva som blir etterlevd, så tror jeg at pakkeforløpsprosessen står i en særstilling, av en eller annen grunn. Den forsøkes etterleves med, kanskje ikke større entusiasme, men med større innsats i hvert fall. Og det som jeg tror er nøkkelen der er at vi rapporterer på det. Det betyr at du blir hengt ut i offentlighet hvis du ikke leverer på de kravene de har stilt».*

Fra UNN deltok én representant inn i den nasjonale implementeringsgruppen, og denne representanten ble høsten- 2014 ansatt som leder for en av UNNs fagavdelinger, Kvalitetsavdelingen. I løpet av høsten fikk denne avdelingen v/ leder ansvaret for å ivareta støttefunksjoner i forhold til implementeringen av pakkeforløpene i UNN. Bestillingen på implementering av pakkeforløpene kom fra Helsedirektoratet, via Helse Nord, og denne ble videre lagt til fagsjefen, som da var leder for en av senterfunksjonene i UNN.

Kvalitetsavdelingen er en avdeling i dette senteret. Ved å søke i UNNs arkivsystemer og gjennom informasjonen i intervju har jeg ikke funnet informasjon om at det høsten 2014 ble noen form for *formalisert* planlegging under ledelse og styring fra foretaksledelsen (toppledelsen) i UNN for implementering av pakkeforløpene. Ved gjennomgang av alle sakslistene og referat fra alle ledermøtene i direktørens ledergruppe i UNN høsten- 2014 (se tabell 2), har jeg ikke kunnet finne dokumentasjon på at pakkeforløp for kreft og implementeringsplaner var satt på agendaen. Dette noe overraskende funnet, eller

mangelen på funn i dokumentene, støttes av en av mine informanter, noe følgende sitat viser:

*«Jeg må bare si at, når jeg ser tilbake så var det dette som var for dårlig. Og den nasjonale gruppen sa at erfaringene fra Danmark er at det var utrolig viktig å ha ledelsesforankringa, ha toppledelsen med. Det var et onsdagsmøte i oktober 2014, der toppledelsen sier at dette er viktig og sånn, vi skal bli best og jeg vet ikke helt hva og det var det som ble gjort fra toppledelsen på forankring. Så det var på en måte viktig at det var sagt, men derfra til at det liksom ble laget noen organisering rundt det, dessverre så ble det ikke gjort. Og du kan gjerne si, at jeg kanskje etterspurte det, men det ble ikke gjort noe med det».*

En annen av mine informanter sa det slik:

*» det var veldig fokus på det og det var i media og store ord og sånn men jeg synes ikke det var kjempebra sånn ... de slapp bare ballen ned og så ... var det opp til oss å finne ut resten».*

Helsedirektoratet, på sin side, arrangerte et eget «Oppstartsmøte» for pakkeforløpene, med et regionalt møte for hele Helse Nord som fant sted i Tromsø 4. desember 2014, der implementering i sykehusene var hovedtema. Dette var noe som også var nedfelt i den nasjonale implementeringsplanen (Helsedirektoratet.no, 2014) der det stod at «...sentralt i å lykkes med implementering i sykehusene er ledelse og organisering av koordinering av pakkeforløpene...». Helseforetakene skulle selv utarbeide tilpassede implementeringsplaner (Helsedirektoratet, 2014). Ifølge Røvik (2007) er det den formelle, hierarkiske autoriteten i toppledelsen som utgjør den viktigste kraften til oversettelse og spredning av reformoppskrifter. Mine funn gjennom intervju og dokumentstudien viser at bestillingen ikke ble tatt inn og gjennomført som en hierarkisk, instrumentell implementeringsprosess, slik forventet. UNN tok imot bestillingen via fagsjefen, som sendte den til leder for Kvalitetsavdelingen og tiltak for implementering ble iverksatt uten formelle vedtak i toppledelsen og uten en formell plan for implementeringen i UNN. Det kan hende at fokuset på pakkeforløpene var tilstede i toppledelsen, og at toppledelsen observerte at det var prosesser igangsatt i sykehuset til tross for at de ikke hadde formelle vedtatte implementeringsplaner, og at dette medførte at toppledelsen «slo seg til ro» med dette. Det kan også hende at saken om implementering ble behandlet i stabsmøtet (formøtet for



direktørens ledermøter), men jeg har ikke hatt tilgang til dokumenter fra dette møtet i dokumentstudien. I lys av et nyinstitusjonelt perspektiv var det i tilfellet med pakkeforløpene fagfolkene i UNN som hadde deltatt i arbeidsgrupper og i den nasjonale implementeringsgruppen. Sykehus er organisasjoner med høy grad av spesialisert kompetanse og autonome medarbeidere. Pasientforløp var allerede forankret i UNN og reformoppskriften bar med seg trekk som støttet opp til forankring, legitimitet og engasjement i fagmiljøene, uavhengig av toppledelsens tilstedeværelse med autoritet og ledelse. En av mine informanter som også er forløpsleder støttet også mine funn og uttalte at han ikke hadde sett noen som helst form for formelle implementeringsplaner eller tiltak styrt fra toppledelsen i UNN i hele implementeringsperioden, og han hadde ikke savnet det heller. Han uttalte videre at han mente at det var den faglige forankringen og legitimiteten blant fagfolkene i sykehuset var det som var avgjørende for at prosessen skulle kunne gjennomføres og lykkes.

### **5.2.2 Monitoreringen**

En av utfordringene som Helsedirektoratet hadde var at det ikke fantes noen fullverdig oppskrift på var hvordan monitoreringen skulle foregå, samt hvordan kodeverktøyet skulle utvikles og fungere. Erfaringene fra Danmark ble fremhevet i den nasjonale implementeringsplanen, og skissert opp som følger:

*«I tillegg til resultatene fra evalueringen i 2012 har det i Danmark vært vektlagt at etter monitorering startet, har dette vært et viktig verktøy for oppfølging av egen virksomhet. Oppmerksomhet om, og bruk av monitoreringsresultater i drift fremheves som viktig».*

Monitoreringen var et viktig element i reformoppskriften, fordi den ville gi sykehusene mulighet til å følge måloppnåelsen. Den nasjonale implementeringsplanen (Helsedirektoratet.no, 2014) beskrev det slik:

*” Pakkeforløp for kreft skal monitoreres. Registrering av koder med månedlig rapportering til Norsk pasientregister (NPR) er en forutsetning for å være en del av pakkeforløpene”*

Sykehusene hadde og har fortsatt rapporteringsplikt til Helse Nord på styringsindikatorene, og den ville samtidig være et styringsverktøy for den enkelte avdeling, samt for sykehuset og

RHF-et. Problemet var at det ikke fantes IKT systemer som kunne ivareta dette. Ifølge implementeringsplanen så ville det ta normalt 1-2 år å gjøre større endringer i sykehusenes pasientadministrative system. Det var derfor besluttet at det skulle etableres en ordning der registreringen av forløpstidene og innlegging av koder skulle skje i skjermbildet som allerede var i systemet, for Helse Nord var dette det elektroniske pasientadministrative systemet DIPS<sup>5</sup>. Men for at dette skulle kunne utføres, måtte systemet først piloteres. I UNN var det tilfeldighetene som rådet. Leder for Kvalitetsavdelingen, som også var medlem i den nasjonale implementeringsgruppen, tipset en av representantene i direktoratet om at hun visste om en person i UNN som var meget kompetent på det pasientadministrative systemet. Direktoratet kontaktet denne personen, som takket ja til å pilotere løsningen med kodeverktøyet og registreringene. Dette inntrykket av at det var nokså tilfeldig hvordan arbeidet med monitoreringen kom i gang, støttes også av vedkommende, som fortalte meg at: ...

*«Nei, jeg husker ikke hvordan jeg fanget det opp men det er jo sånn som man sanser og så skjønner man at dette her er en sak som kommer til å bli større og større og det snakkes om det i alle fora uten at det blir konkret ... så for meg ble det konkret den dagen jeg fikk en telefon fra Helsedirektoratet som spurte om vi var villig til å pilotere ei kodeløsning som DIPS skulle utvikle og hvorfor den telefonen kom til meg er jeg ikke riktig sikker på men jeg greip den begjærlig».*

Jamfør et nynstusjonelt perspektiv er det ifølge Røvik ( 2007) kritisk viktig med translatørkompetanse for å kunne lykkes med idéoverføring. Moderne organisasjoner trenger noen med kompetanse for å oversette reformidéene. Her så jeg spor av «den gode oversetter» (Røvik, 2007) med dyder som; kunnskap om UNNs pasientadministrative systemer, evne til å kombinere og se på deler av reformoppskriften og konteksten og praksisfeltet som den skulle tas inn i, og kunnskap om hva sykehuset trengte og hadde bruk for å gjennomføre kodingen og monitoreringen.

---

<sup>5</sup> DIPS er et system for elektronisk pasientjournal

Som jeg har vært inne på innledningsvis under informasjon om caset UNN, så har det over flere år vært høyt fokus på utvikling av pasientforløp i sykehuset. En avdeling i en av klinikkene som har mange kreftutredninger startet allerede i 2004 med det som da ble kalt standardisert komprimert utredning, der de etablerte utredningspasientforløp for kreftpasienter etter danske modeller. En av mine informanter fra denne avdelingen utdypet dette og fortalte at:

*«... den modellen som vi hadde vi hentet fra Danmark for mange år siden så danskene har jo brukt dette i mange år, lenge før våre pakkeforløp kom. Så det er det eneste jeg har hørt om på noen møter som jeg har vært på lenge før pakkeforløpene kom er at det har fungert veldig bra, men jeg har ikke vært på noe plasser i Norge og sett hvordan de har gjort det der. Det eneste som endret seg var pakkeforløpsordet, for utredningene hadde vi jo hatt som SKUP, standardisert utredning der vi startet først for colon/ rektum i 2002 og så har det utvidet seg til øvre GI, sånn at det blei ikke noe endret på. Vi hadde faste timer på røntgen, faste dager for skopiutredninger og faste dager for timer».*

Personen som hadde fått oppdraget om kodepilotingen kontaktet denne avdelingen i november 2014, og spurte om de kunne tenke seg å være med i pilotingen av registrering av koder og utprøving av monitoreringen, og det ville de. Så da var pilotingen i gang i UNN. Igjen finner jeg en uformell start på oversettelsen i en translasjonsprosess som er langt fra det som kjennetegner en hierarkisk styrt implementeringskjede. Deler av reformoppskriften var til dels i bruk i UNN fra før, importert lokalt i deler av UNN allerede fra begynnelsen av 2000- tallet. Dette ble også bekreftet fra en annen av mine informanter som fortalte at pilotavdelingen for noen år tilbake hadde hatt besøk av daværende Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre, som hadde vært svært interessert i de standardiserte, komprimerte utredningsforløpene som avdelingen da hadde utviklet og implementert. Og i etterkant av besøket hadde min informant fått flere henvendelser fra byråkrater i helsedirektoratet som var interessert i informasjon om hvordan avdelingen hadde gjort det. Jeg vil ikke spekulere i om dette har hatt noen form for innflytelse på idéens opprinnelse, men synes det er et artig funn og tar det derfor med her fordi det kan ha betydning for forståelsen av nytte i fagmiljøene.

På spørsmål om hva som lå i føringene fra Helsedirektoratet og hva som skulle gjøres i piloteringen svarte en av informantene: ...

*«Ja, i form av generelle veiledere som var upresise og som skulle gjelde alle forløpene, og de mer spesifikke diagnoseveilederne knyttet til hver enkelt forløp, de kom jo mener jeg godt etter at vi var i gang å kode. Så vi hadde ikke så mye å støtte oss på. Og hvorfor de var så sent ute fra direktoratets side når det var en reform som de hadde arbeidet med lenge, nei det skjønner jeg ikke».*

Piloteringen i denne avdelingen i UNN resulterte i personen som først ble kontaktet av helsedirektoratet og initiativtakeren til piloteringen utarbeidet en manual som ble distribuert ut og benyttet i hele RHF-et ..... *«Ja, vi laget en manual rett og slett som ble distribuert til alle helseforetakene».*

Her ble det altså gjort et lokalt nybrots oversettelsesarbeid som munnet ut i en ny deloppskrift av selve reformoppskriften. Jeg finner en av oversettelsesdydene konfigurasjonskompetanse der kodeverktøyet tilpasses og konfigureres i de eksisterende praksiser i pilotavdelingen. Og oversetterne baserer seg på organisasjonens tidligere erfaringer i arbeidet, med høy grad av kunnskap om praksisfeltet, kalt oversetterens sorteringskompetanse (Røvik, 2007). Dette illustreres fra dette sitatet fra en av mine informanter som utdypet dette:

*«... vi var prøvesykehus, vi hadde en ressurs og vedkommende ble en kunnskapskilde nasjonalt. På hvordan dette skulle kodes og hvordan pakkeforløpene skulle registreres. ... så vi hadde da en tre måneders prøveperiode, og vi hadde da også før jul hadde vi en måned hvor vi var pilot. Men veldig mye var at vi registrerte og de to pasientforløpskoordinatorne på pilotavdelingen som også hadde skjönt hele opplegget og hadde veldig stor forståelse for hvordan dette skulle være, så de var tilsammen et sånt dream team som kunne teste ut*

*veldig mange løsninger, som ble da registrert rett inn i den nasjonale løsningen sammen med NPR<sup>6</sup>, og det var forbilledlig rett og slett».*

Røvik (2007) sier at bruk av oversettelsesreglene kan ha betydning for utkommet av selve oversettelsen. Når det gjelder arbeidet med monitorering og kodeverktøyet, så var dette en del av bestillingen der direktoratet ikke hadde en fullverdig oppskrift på hvordan dette skulle løses. Systemene for monitorering var ikke klare, og de nødvendige elementer var ei heller gjennomtenkt og planlagt i UNN for best mulig implementering og måloppnåelse.

Direktoratet la vekt på at denne delen av pakkeforløpsoppskriften var svært viktig, og at det hadde vært en medvirkende faktor for at Danmark hadde oppnådd det de ønsket med reformen. Den nasjonale implementeringsplanen beskrev ikke hvordan dette skulle utføres i sykehusene, kun hva som var forventet i forhold til målingene. Kodeoppskriften fra Danmark var således ikke det Røvik (2007) kaller reproduserbar. Danskene hadde oppnådd det de ønsket ved å monitorere og rapportere til sentrale myndigheter, men Norge måtte selv definere nye kodeveiledere, og kodeverktøyet var ikke på plass i sykehusene i Norge.

Røvik (2007: 308) sier videre at man ved *«å bruke en oversettelsesregel med kopiering så kan man hente ut en praksis fra en kontekst, gi den en idemessig representasjon og så sette den inn i en ny organisatorisk kontekst, da på en slik måte at praksisen gjenskapes»*. I tilfellet med monitoreringen ble idéen og praksisen hentet fra Danmark, men måtte tilpasses og utvikles i egne pasientadministrative systemer og med etablering av egne praksiser i UNN. Jeg hadde forventet større grad av kopiering i dette tilfellet, siden pakkeforløpsbestillingen var relativt standardisert. Men undersøkelsen min viser slik jeg har beskrevet at det her ble en form for *omvandling* (Røvik 2007) som ble benyttet som oversettelsesregel. Noen av reformidéens trekk ble tatt med fra danskernes erfaringer, men UNN måtte selv utarbeide en ny løsning, en lokal innovasjon. Den lokale translatøren omformet idéen eller deler av reformoppskriften til en lokal versjon, en manual som videre ble benyttet i hele RFH-et. Det å utarbeide prosedyrer eller manualer for hvordan arbeidsoppgaver skal gjennomføres kan også forklares i lys av det instrumentelle perspektivet, der formelle prosedyrer utarbeides

---

<sup>6</sup> Norsk pasientregister (NPR) inneholder opplysninger om alle pasienter som venter på eller har fått behandling i spesialist-helsetjenesten.

for å følge opp og sikre måloppnåelse. Men arbeidet i avdelingene forløp ikke problemfritt, slik en av forløpslederne uttalte: ...

*«Registreringene hadde et enormt fokus, og du får jo ikke rapportert det hvis du ikke registrerer det, og det blir rapportert slik det blir registrert. Det betyr at manglende etterlevelse av de påleggene man har blir veldig tydelig hvis du ikke gjør det. Og så det har hatt et veldig stort fokus. Og samtidig har det vært mange frustrasjoner fordi at det har vært uklarheter i hvordan det skulle registreres. Så ... nei. Det har vært ganske krevende».*

Translatøren hadde inngående kjennskap og kunnskap om det pasientadministrative systemet DIPS, som skulle benyttes for å kode og registrere pakkeforløpene. Grunnleggende kunnskap om allerede eksisterende rutiner og prosedyrer og verktøy legger en godt grunnlag for læring, jf. Røviks (2007) teori om den gode oversetter. Det var også høy grad av sorteringskompetanse hos flere av informantene, både i oversettelsesteamet og i pilot-avdelingen i form av en inngående kunnskap om det praksisfeltet som reformoppskriftens del om monitorering skulle føres inn i.

### **5.2.3 Bestillingen og oppdraget**

3. november 2014 ble den nasjonale planen for implementering av pakkeforløp for kreft sendt ut fra Helsedirektoratet, via Helse Nord til UNN. I løpet av 2015 skulle til sammen 28 pakkeforløp for kreft og diagnoseveiledere implementeres og i bestillingen var det beskrevet en trinnvis implementeringsprosess av de 28 pakkeforløpene. Helsedirektoratet startet ut med fire pakkeforløp som hadde et stort volum i pasientmengde. Den 1. januar 2015 var oppstart for de fire første pakkeforløp for kreft: *Pakkeforløp for brystkreft, prostatakreft, lungekreft og tykk- og endetarmskreft*. Pakkeforløpene som skulle implementeres fra 1. mai var: *Diagnostisk pakkeforløp, pakkeforløp for kreft i spiserør- og magesekk, testikkelkreft, blærekreft, nyrekreft, livmorhalskreft, livmorkreft, eggstokk-kreft, hode- halskreft og for lymfomer*. Pakkeforløpene som skulle implementeres fra 1. september var: *Pakkeforløp for kreft hos barn, skjoldbruskkjertelkreft, hjernekreft, galleveiskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, kronisk lymfatisk leukemi, primær leverkreft, nevroendokrine svulster, fjøflekkreft, peniskreft, sarkom, akutt leukemi og metastaser med ukjent utgangspunkt*.

25.11.2014 ble pakkeforløpsbeskrivelsene og diagnoseveilederne sendt fra Helsedirektoratet for de 4 første pakkeforløpene. Tittel på oversendelsen var: «*Oversendelse av pakkeforløp og diagnoseveiledere for brystkreft, lungekreft, prostatakreft og tykk og endetarmskreft*». Det ble i tillegg sendt ut e-post fra Helsedirektoratet v/ prosjektdirektør Anne Hafstad 19.12.2014 der hun ønsket foretakene lykke til med implementeringen. Brevet illustrerte direktoratets tydeliggjøring av bestillingen, og forsterket inntrykket av en top-down- styrt implementeringsprosess fra direktoratets side sett i lys av et instrumentelt perspektiv.

### **5.3 Innføringsfasen/ den lokale fasen i sykehuset**

#### **5.3.1 Det uformelle oversettelsesteamet**

1. januar 2015 skulle altså de fire første og største pakkeforløpene implementeres. Fortsatt forelå det ingen formelle implementeringsplaner fra foretaksledelsen i UNN, og ingen top-down- tilnærming jamfør et instrumentelt perspektiv. Men leder fra Kvalitetsavdelingen hadde allerede startet med å bygge opp sitt eget, uformelle team, som jeg velger å kalle *oversettelsesteamet*. Først ble, som jeg var inne på tidligere, en rådgiver fra en av klinikkene med i arbeidet, som initiativtaker og leder av piloteringen for koding og monitorering. Videre koplet en av UNNs *pasientforløpskoordinatorer* seg på. Hun fortalte selv at hun fikk en rolle i å koordinere pakkeforløpene, etter eget initiativ og med støtte fra sin egen leder. Under intervjuet fortalte hun meg følgende, igjen en uttalelse som illustrerer og bekrefter den uformelle translasjonsprosessen:

*«Jeg kom inn i det arbeidet med implementeringen av pakkeforløp for kreft rundt mars-2015. De første pakkeforløpene ble implementert 1. jan-2015, og i løpet av den høsten så ble det klart for oss at vi hadde ganske sånn dårlig tid på å få det gjort og så var det Kvalitetsavdelingen, jeg jobbet ikke i Kvalitetsavdelingen, men det var Kvalitetsavdelingen som fikk et slags koordineringsansvar, det var hun som var kvalitetsleder, så jeg ble på en måte i kraft av å være pasientforløpskoordinator invitert med på et møte som Helsedirektoratet hadde. Et sånt intromøte om disse pakkeforløpene, og derifra så tilbød jeg*

*meg rett og slett, jeg sa til kvalitetslederen at hvis du trenger hjelp så må du si ifra. Og hun trengte hjelp ... jeg tenkte at hvis dette skulle bli gode pasientforløp, dette var jo pasientforløpsarbeid, så måtte jeg bli involvert så jeg tenkte at her skiter vi i hvem som er ledelsen og hvem som er hvor, her må vi jobbe i lag og ...».*

Informanten fortalte om sin bakgrunn, og fortalte om sin kunnskap om pasientforløp etter å ha arbeidet med dette i mange år. Hun var en av de første i Norge som hadde vært med på å utarbeide et pakkeforløp, noe dette sitatet viser:

*«... Jeg tror kanskje jeg kan si at jeg var den første i dette landet som kan påta meg ansvaret for å ha innført et pakkeforløp i det hele tatt. ... vi så til Danmark. Det vil si, fagfolkene som jeg jobbet sammen med så til Danmark, thorax kirurgene hadde vært der og sa herregud, det der får vi også til så jævlig bra, hva er grunnen til at ikke vi kan gjøre det samme her. Og det samme sa lungelegen, så da fant vi ut at da prøver vi det. Så kikket til Danmark og fikk konsulenthjelp fra Danmark og lagde pakkeforløp og etter at vi hadde gjort det så kom det faktisk noen ministre hit og fikk presentert pakkeforløp for kreft og så har det, vel, hvordan det har foregått prosesser utenfor UNN det vet jeg ikke, men da har vi nå fått et regjeringsskifte med parti som har bestemt seg for at dette skal vi gjøre. Og de har helt bevisst sett til Danmark først og så tatt det over til Norge ...».*

I stramt styrte hierarkiske top- down- prosesser gis det mindre rom for å tenke nytt og finne opp nye ting. Det viste seg etter hvert at jeg gjorde flere funn hos både pilotavdelingen og denne avdelingen i UNN som viste høy grad av innovativ tankesett, altså tidligere prosesser i UNNs fagmiljøer som bar preg av innovasjon, rom for nye tanker og utvikling av nye løsninger. Informanten hadde også satt seg inn i bakgrunnen for pakkeforløpene i Danmark og fortalte meg at:

*«Ja, jeg har lest litt dokumenter, det kan jeg si at jeg har satt med ned og lest litt dokumenter fra Sundhetsstyrelsen, skrevet av fagfolk i Danmark, som har beskrevet, eller altså har beskrevet hele prosessen og problemstillingene de har vært en del av ...».*

Jeg finner her høy grad av det Røvik (2007) fremhever om oversetterkompetanse. Det er viktig for den som skal oversette å ha evne å se idéen ut i fra opprinnelseskonteksten, konteksten som idéen skal inn i, og å inneha kunnskap om selve idéen. Her gjenfinner jeg



også det Røvik (2007) kaller sorteringskompetanse. Flere av informantene stadfestet at de kjente godt til praksisfeltet som pakkeforløpene skulle inn i. Leder for oversettelsesteamet fortalte det fra sitt ståsted:

*«Så det gikk jo på at jeg etablerte min egen gruppe, ved å finne de ressurspersonene som jeg fant ut kunne hjelpe til ..... Så vi etablerte et slags hovedkvarter, vi to. Og så kom forløpskoordinatoren inn etter hvert. Det var altså vi tre som var et slags operativt team ... Og de fant jeg egentlig litt sjøl, så vi bygde oss opp på grunnplanet. Og med egentlig veldig spesifikk og godt egnet kompetanse. Med kodekompetansen, med pasientforløpskompetansen og med min fagkompetanse så sann sett tror jeg ikke det kunne blitt et bedre team om noen skulle oppnevnt oss».*

Her finner jeg ingen dokumentert grad av formell ledelse og styring fra toppledelsen, ingen vertikal, hierarkisk oversettelse eller plan for implementering, og ingen spor av rasjonelle teknikker eller prosesser styrt fra toppledelsen. Den strenge, rasjonelle prosessen glimter med sitt fravær. Jeg hadde forventet å finne at toppledelsen spilte en mye mer aktiv og formell rolle på dette tidspunktet når denne store reformen kom til UNN. Men jeg har gjennomgått referatene fra møter i klinikkledelsene i begge klinikkene i UNN som startet ut med de fire første kreftpakkeforløpene. Her har jeg funnet flere saker i klinikkledermøter der kreftpakkeforløpsarbeidet var satt på møteagendaen, både i forhold til generell informasjon om pakkeforløpene, organisering av pakkeforløpsarbeidet, roller, ansvar og organisering av roller og ansvar på tvers av lokalisasjoner. Jeg har også fått informasjon fra flere av mine informanter fra ledelsen i en av klinikkene om at klinikkledelsen hadde fokus på dette, og fulgte opp prosessene i klinikken. Dette betyr at selv om det ikke på dette tidspunktet var synlige, dokumenterbare prosesser i toppledelsens arbeid med implementeringen, så arbeidet lederteamene og lederne/ klinikerne ute i klinikkene og avdelingene med å implementere. Jeg har ikke funnet noen form for formelle implementeringsplaner eller beskrivelser hos klinikkene, men har funnet at klinikkledelsene og avdelingsledelsene likevel arbeidet med å implementere reformen, via referat fra møter samt at dette har kommet frem i intervjuene.

Røvik (2007) beskriver hvordan den formelle hierarkiske autoriteten i toppen av virksomheten utgjør den viktigste kraften til oversettelse og spredning av reformoppskrifter, både nedover og innover i organisasjonen, og ned i organisasjonens interne enheter. I tråd med en rasjonell implementeringsprosess tok klinikklederteamene og avdelingsledelsene et ansvar, men spor av toppledelsens overordnede styring finner jeg ikke i formalisert dokumentasjon i januar- april 2015. Toppledelsen fulgte med fra sidelinjen etter at oppdraget var oversendt klinikkene og avdelingene. Og klinikkledelsene ligger på nivå under toppledelsen, og har eget ansvar for å iverksette bestillinger fra Oppdragsdokumentet som kommer fra RHF-et.

I tilfellet med *oversettelsesteamet* kan jeg ikke gjenfinne aspekter fra et instrumentelt perspektiv, der man kan forvente at «*en versjon som er blitt oversatt og konkretisert på ett hierarkisk nivå, vil bli sendt ned til neste underliggende nivå*» (Røvik, 2007: 295). Det jeg finner er en uformell organisering av engasjerte aktører i UNN. De danner selv en lokal prosess, og de er uformelle og aktive lokale oversettere som griper reformidéen og dens innhold og ønsker å tilpasse den til UNN. Kvalitetslederen har fått i oppdrag fra sin sjef å etablere støttefunksjoner i implementeringsprosessen, men i dette tilfellet er det oversettelsesteamet som selv leder og driver prosessene. Dette arbeidet gjennomføres samtidig og på siden av og i samarbeid med de formelle prosessene som skjer i de to klinikkene som startet ut med de fire første pakkeforløpene. *Oversettelsesteamet* blir aktive oversettelsesagenter i en lokal prosess, og ikke passive mottakere gjennom en top- down-styring (Røvik, 2016). Dette er i tråd med en nyinstitusjonell tilnærming og jeg gjenfinner en direkte link til en translasjonsteoretisk tilnærming. Ifølge Røvik (2007) vil organisasjoner trenge noen med kompetanse for å lykkes med idéoverføring. Den første translatøren tok tak i utviklingsarbeidet og testingen av koderegistreringen og monitoreringen, et element som var en viktig brikke i pakkeforløpsoppskriften. Hun koplet på en av avdelingene i egen klinikk, som bidro i det viktige arbeidet med å pilotere koderegistreringen og monitoreringen. Her deltok også to helsesekretærer som etter hvert fikk roller som forløpskoordinatører. De bidro også inn i oversettelsen av kodearbeidet. Så kom etter hvert pasientforløps-koordinatøren inn fra sidelinjen, som på eget initiativ «meldte seg på» i

prosessen. Og med seg i bagasjen hadde hun en solid Lean kompetanse som hun benyttet til det fulle. Leder for oversettelsesteamet fortalte litt om tilfeldighetene som hadde rådet: ...

*«Det var nokså åpenbart, når jeg etter hvert begynte å skjønne hva disse pakkeforløpene gikk ut på, så var det jo nokså åpenbart at man måtte skifte fokus på hva pasientforløp egentlig handler om. Og det å være med i den nasjonale gruppen gjorde at jeg fikk litt innsikt i hva de andre holdt på med. Og skjønte at noen ikke hadde skjønnet hva det dreide seg om, og noen hadde skjønnet det. Så var det vel en i den nasjonale gruppen ... som tipset meg og sa at dere har jo en som er veldig god på akkurat dette oppe hos dere, og vi får det ikke til på Ahus, men snakk med henne, for dere har mindre forhold osv. Så litt sånne tilfeldigheter gjør at man får det til. Og så spurte jeg om hun hadde tid til å snakke med meg, og hun kom med masse planser og fortalte meg hva pasientforløp var, så jeg fikk jo da en privatundervisning for å si det sånn og jeg skjønte jo da at dette her var absolutt veien vi måtte gå. Så da vi begynte med møtene med faggruppene som skulle ha ansvar i hver avdeling så var det pasientforløpskoordinatoren som fikk fortelle at vi må ta det derfra og dit og ikke miste stafettspinnen underveis. Så det ble for meg helt åpenbart at det var sånn vi måtte gjøre det her».*

Pasientforløpskoordinatoren fortalte i intervjuet at hun bevisst hadde benyttet Lean som forbedringsmetodikk i arbeidet med implementeringen. Dette var for meg veldig interessant, fordi ingen av de andre jeg intervjuet hadde observert at det var Lean metodikk som ble benyttet i arbeidet. Dette kan bety at Lean som forbedrings- og prosessverktøy er blitt en institusjonalisert oppskrift i UNN. Pasientforløpskoordinatoren fortalte meg om hvordan hun gjorde det: ...

*«Jeg brukte det helt bevisst fra første gangen vi fikk være med på infomøtet om pakkeforløpene så tok vi opp to eller tre foiler om Lean. Og utrolig mye handler om å legge vekt på noen prinsipper ... i denne sammenhengen var det 4 prinsipper, FOUR RULES IN USE heter det. Fire grunnregler som handler om å avklare roller og ansvar, avklare overgangene i forløpene, bli enig om flyten, få det til å flyte og så jobbe kontinuerlig med å forbedre det. Det var de 4 knaggene vi hang det på, og det var ...vi tenkte hele tiden på at vi skal få til det, det skal være tydelig med roller og ansvar, det skal ikke være til å misforstå, alle skal vite hva*

*som skjer når og hvorfor, og da oppdaget vi at når noe blir gitt ansvaret sånn, i en avdeling, en forløpsleder for eksempel, så tar de rollen og så gjør de det, for det er tydelig for dem at dette....og så tror jeg tydelig at de så at det var nyttig for pasientene, de pasientene som de hadde fra før av og som de hadde mellom hendene hver dag, at dette blir bra for dem, og det tror jeg er motivasjon».*

I Røviks (2007) translasjonsteori står begrepet translatørkompetanse sentralt.

Translatørkompetanse er en kritisk viktig faktor for å kunne lykkes når man skal overføre reformoppskrifter. Translatørkompetanse som en kritisk suksessfaktor. Røvik sier videre at det er funnet kun sporadiske eksempler på at organisasjonene gjennomfører en systematisk opplæring av translatører. Jeg fant i oversettelsesteamet tre personer som alle hadde en form for translatørroller, samt de to pasientforløpskoordinatorene som var med i piloteringen av kodingen. Dette gjorde at jeg måtte ta et lite sidespor i undersøkelsen min, og se konkret på hva UNN gjorde i forhold til å bygge denne kompetansen. UNN har vedtatt en strategi for bruk av Lean som metodikk i pasientforløpsarbeidet. I saksarkivet ePhorte fant jeg «Plan for pasientforløpsarbeidet i UNN 2013- 2018» ( se tabell 2) , der strategien var som følger: «*Vi skal ha en helhetlig tilnærming til kvalitetsforbedring gjennom bruk av Lean metoden*». I planen er det beskrevet bakgrunnen for hvordan UNN allerede fra 2008 startet med å benytte Lean som metode i pasientforløpsarbeid, og hvilke strategier som er lagt i sykehuset for Lean som metode. UNN har bygget opp en solid kompetanse på bruk av Lean gjennom tre hovedkategorier: Lean filosofi, Lean ledelse og teknikker for kontinuerlig forbedring og Lean prosessledelse. UNN har etablert opplæringsprogrammet for ansatte som skal lære seg metodikken og det er etablert nettverk for interne Lean konsulenter i foretaket for erfaringsutveksling. UNN har ansatt personell i dedikerte pasientforløps-koordinatorstillinger, som har ansvar for å fasilitere og koordinere pasientforløpsarbeidet i UNN. Pasientforløpskoordinatorene sørger for organisering av opplæring i Lean. En av mine informanter var ansatt som pasientforløpskoordinator i UNN, og hadde vært med på å bygge opp bruk av metodikken i UNN.

*Oversettelsesteamet* tok tak i pakkeforløpsreformen, og startet ut arbeidet med å tilpasse reformoppskriften til de lokale forholdene og den lokale konteksten i UNN. I følge Røvik (2007) må den gode oversetter ha kjennskap og kunnskap om det som skal overføres og

oversettes. Kunnskap om prosesser og prosesstankegang, samt evne til å kombinere og se på idéen ut i fra opprinnelseskonteksten og konteksten som idéen skal tas inn i er nyttig. Dette skaper grunnleggende kunnskap om selve idéen, og de mellomliggende variablene som påvirker og medvirker til at oversettelsesprosessen glir lettere. Flere av de som var i oversettelsesteamet hadde meget god kunnskap om prosesser og prosesstankegang. De hadde også mye og god kunnskap om reformoppskriftens opprinnelse samt deler av den konteksten som reformoppskriften skulle inn i. Dette er helt i tråd med en translasjons-teoretisk tilnærming.

Det første de skulle ha på plass var koderegistreringen og monitoreringen. Det ble gjennomført en egen 2- dagers workshop (Workshop, 20.1.2015) for hele det regionale helseforetaket som ble utarbeidet og ledet av to av de som var i oversettelsesteamet. Igjen dro *det uformelle oversettelsesteamet* prosessene, både i sykehuset og i Helse Nord. Workshopen ble avholdt i januar- 2015, og bestod av casearbeid og eksempler på hvordan kodingen skulle gjennomføres. I dette tilfellet ble oversetting gjennomført på en oversettelsesarena som en workshop. Flere av informantene nevnte denne workshopen som nyttig. Oversettelsesteamet tok videre tak i å utforme de ulike funksjonene som var beskrevet i den nasjonale implementeringsplanen. UNN skulle, slik den nasjonale implementeringsplanen beskrev, etablere ordninger med *forløpskoordinatorer* og *forløpsledere*.

### **5.3.2 Forløpskoordinatorrollen**

I den nasjonale implementeringsplanen var det beskrevet at sykehusene skulle etablere ordningen med forløpskoordinatorer. Idéen med forløpskoordinatorer var hentet direkte etter modellen fra Danmark. Implementeringsplanen (Helsedirektoratet, 2014) beskrev det slik at:

*«Oppgaven til forløpskoordinatorerne er å sikre et forløp uten unødig ventetid for hver enkelt pasient. Det forutsetter grundig kjennskap til pakkeforløpet og til det pasientadministrative systemet (PAS) .... Forløpskoordinator bør delta i de tverrfaglige møtene når disse avholdes.*

*Det kan vurderes om forløpskoordinatoren skal koordinere og innkalle til tverrfaglig møte (MDT). ... Koordinatoren skal ha myndighet og kompetanse til å bestille undersøkelser på egen avdeling i henhold til det eller de pakkeforløpene koordinator arbeider med. Koordinator skal ha myndighet og kompetanse til å bestille og endre tider på andre avdelinger ... Det anbefales at forløpskoordinator får et særskilt ansvar for å sikre at koding blir gjort og er korrekt».*

Dette var en helt ny rolle/ funksjon som ikke hadde vært etablert i UNN tidligere. Avdelingen, som jeg heretter velger å kalle *pilotavdelingen* var den avdelingen som piloterte kode-verktøyet i UNN og som allerede hadde etablert standardiserte pasientforløp. *Pilotavdelingen* ble også i tilfellet med etablering av forløpskoordinatorrollen et forbilde for hvordan rollen skulle etableres i UNN. *Pilotavdelingen* hadde på dette tidspunktet to personer som var ansvarlig for å sette opp timer, bestille røntgen og sette opp operasjonsprogrammet. Som en av mine informanter uttalte:

*«Sånn sett så ble de jo en slags rollemodell for hvordan vi ønsket å ha det ellers ... så vi brukte dem faktisk ganske mye».*

Jeg ser her til viss grad bruk av oversettelsesregelen med en intern form for *kopiering* (Røvik, 2007). *Pilotavdelingen* hadde en allerede eksisterende praksis med både etablerte, standardiserte pasientforløp og en etablert praksis med dedikerte personer som hadde et delegert ansvar for flere av områdene som ble beskrevet i oppskriften på forløpskoordinatorrollen fra direktoratet. *Oversettelsesteamet* fanget opp dette, og brukte en bevisst *kopieringsmodus* for å overføre erfaringene inn i det videre arbeidet med å definere og konkretisere hva forløpskoordinatorrollen skulle være i UNN. Dog var det mye nytt som også måtte implementeres i *pilotavdelingen*. Dette sitatet fra en av informantene fra *pilotavdelingen* som fikk rollen som forløpskoordinator illustrerer dette:

*«Det har aldri vært noen bruksanvisning om hvordan pakkeforløpene skulle tas i bruk, det har vært noen sånne vage føringer og så har vi lest oss frem og så har vi hatt samarbeid med andre i klinikkledelsen om at ... ja ... hvordan vi skulle løse det her og vi har funnet opp veldig mye. Sånn at når de andre forløpene startet opp så hadde de, vel da hadde jo vi gjort grunnjobben. Så de fikk jo opplæring hos oss, vi fikk jo aldri noen opplæring. Det var ingen*

*føringer fra Helsedirektoratet om hvordan man skulle gjøre det ... på kodingen og på mange ting ... for de sa jo bare at sånn skal det være, det skal være så mange dager fra det til det, men det var ikke noe konkret utover det, man har jo måttet gå veien sjøl og lagt en plan».*

Flere av informantene i oversettelsesteamet bekreftet dette og fortalte om prosessen, noe dette sitatet fra en av informantene er et eksempel på:

*«Det var vi som hadde ansvaret for alt ... Men det at departementet så omhyggelig sa at koordinator skulle ha makt og myndighet, det var overtydelig i det som kom derfra og det var det vi prøvde å få til, at den som hadde koordinatorrollen skulle ha mulighet til å booke og bestemme og dermed frata det som gjerne litt hadde vært legenes rolle før og vi så jo at i praksis var jo disse rollene allerede gitt i det ... forløpet. De som var koordinatører der hadde vel nesten hatt den makten og myndigheten forut for pakkeforløpene. Det var de som egentlig satte opp, bestilte, booket timer, satte opp på operasjonsprogrammet, så sånn sett ble jo de en slags rollemodell for hvordan vi ønsket å ha det ellers. Så vi brukte dem faktisk ganske mye».*

Oversettelsesteamet utarbeidet funksjonsbeskrivelse for forløpskoordinatoren i UNN. På spørsmål om hva denne var tuftet på, fremkom det i intervjuene at funksjonsbeskrivelsen ble laget som en hjemmesnekret beskrivelse, der det ble funnet en helt egen måte for hvordan forløpskoordinatorrollen skulle praktiseres i UNN. Rollen ble definert ut i fra hva som skulle gjøres, hvorfor, hvordan og med en avklaring av når ansvaret skulle starte og når det skulle slutte. Funksjonen innebar også ansvaret for koding av forløpene. Å utarbeide funksjonsbeskrivelser tuftet på egen vurdering og med høy grad av oversettelseskompetanse bærer preg av en translasjonsteoretisk tilnærming, men samtidig er funksjonsbeskrivelser nyttige styringsverktøy i rasjonelle implementeringsprosesser. Her ser jeg forklaringsvariabler både i et translasjonsteoretisk og et instrumentelt perspektiv.

### **5.3.3 Forløpslederrollen**

Bestillingen og den nasjonale implementeringsplanen inneholdt også krav om at det i alle de 28 pakkeforløpene skulle etableres en funksjon som *forløpsleder* for hvert enkelt

pakkeforløp. Den nasjonale implementeringsplanen (Helsedirektoratet, 2014) definerte forløpsrollen slik:

*«Det anbefales å etablere en forløpsansvarlig lege for hvert pakkeforløp i hvert sykehus, i tillegg til forløpskoordinator(ene). Det er naturlig at avdelingsleder ved aktuell avdeling er forløpsansvarlig lege, med faglig ansvar for at organisering av pakkeforløpet ...»*

Flere av legene som etter hvert fikk tildelt roller som forløpsansvarlige hadde vært med i de nasjonale arbeidsgruppene og hadde vært med på utarbeidelsen av pakkeforløpsveilederne. *Oversettelsesteamet* utarbeidet i dette tilfellet også en egen funksjonsbeskrivelse for forløpslederne i UNN. Denne var tuftet på de nasjonale handlingsprogrammene for kreft, samt føringene fra direktoratet.

#### **5.3.4 Fra uformelt til formelt oversettelsesteam, toppledelsen kommer på banen**

Mine funn så langt kan tyde på at de som dro prosessene, samlet fagmiljøene, og startet arbeidet med å oversette reformoppskriften fra forberedelsesfasen høsten – 2014 og frem til april- 2015 var det uformelle *oversettelsesteamet*, i samarbeid med de to klinikkene som hadde ansvar for de fire første pakkeforløpene. Det ble utarbeidet funksjonsbeskrivelser for forløpskoordinator og forløpslederrollen, kodingen og monitoreringen var utviklet og igangsatt, og etablering av tverrfaglige arenaer og involvering av fagmiljøene for de fire første pakkeforløpene var kommet i gang. Her gjenfinner jeg ikke en høy grad av instrumentell tilnærming internt i UNN med en sterk styring og top-down- ledelse, noe som jeg hadde forventet ville foreligge i utgangspunktet før studien. Jeg hadde også forventet å finne en større grad i bruk av oversettelsesreglen kopiering, siden reformoppskriften var både tydelig språkliggjort fra direktoratet og det at de organisatoriske kontekstene i det reformoppskriften var oversatt fra var like system som det reformoppskriften skulle oversettes til. Pakkeforløpsoppskriften ble også presentert som en standardisert oppskrift. I stedet fremkommer det en klassisk oversettelse i en modifierende modus (Røvik, 2007), med både momenter av *adding* og *fratrekking*. Det ble lagt til flere nye momenter til pakkeforløpsoppskriften gjennom en rasjonell- strategisk adding der blant annet utarbeidelsen av kodeverktøyene var sentrale bidragsytere for en tydelig måloppnåelse. Translatørkompetansen i UNN ble også benyttet til det fulle.



Men så kom toppledelsen på banen for fullt. 7.4.2015 ble det i direktørens ledergruppe i UNN (Referat fra direktørens ledergruppe 7.4.2015) fremmet beslutningssak med følgende tittel: ” Pakkeforløp for kreft- avklaring av ansvar og roller-funksjoner for implementeringsgruppe, forløpsledere og forløpskoordinatorer”. I saken som ble fremmet til direktørens ledergruppe fra fagsjefen i UNN ble det skissert opp at innføringen av pakkeforløpene i UNN forutsatte både «en overordnet koordinering av forløpene på tvers av klinikkene, samt detaljerte planer for oppfølging av forløpene». Videre ble det anbefalt at det skulle opprettes en overordnet implementeringsgruppe i UNN som skulle ha myndighet til å løse flaskehalsen i pakkeforløpene. I saksfremlegget ble det fremlagt en tydelig avklaring av senternes, klinikkens og avdelingens oppgaver i forhold til pakkeforløpene og det ble også fremhevet behov for en *overordnet ledelse* for pakkeforløpene. Dette er noe man kan forvente ut i fra et instrumentelt perspektiv. Saken inneholdt momenter som at ...

*” UNN- HF må etablere en ordning hvor det kan utøves helhetlig ansvar på tvers av klinikker. Dette krever en ordning som sørger for at linjeansvaret fra direktøren til de klinikkene som er involvert i pakkeforløpene kan ivaretas”.*

Videre stod det at: ...

*” Det anbefales derfor at det etableres en overordnet implementeringsgruppe for pakkeforløp der felles eller spesielle problemstillinger som krysser linjeledelse mellom flere klinikker tas opp og løses”.*

Ledermøtesaken tok også med innstilling til vedtak om godkjenning av funksjonsbeskrivelsene for forløpskoordinator og forløpsleder i UNN som oversettelsesteamet hadde utarbeidet. Saken ble vedtatt og forankret i toppledelsen, og klinikkjefene fikk tildelt det øverste ansvaret i sin klinikk og skulle sørge for at:

*» Funksjonen som forløpsleder for hvert av de respektive pakkeforløpene blir tillagt en egnet person når det er avgjort hvilken klinikk/ avdeling det er som skal ha forløpsansvaret. Det utnevnes en forløpskoordinator og at disse gis tilstrekkelige fullmakter og myndighet i henhold til oppdragsdokumentene. Har ansvar for at det gis tilstrekkelig opplæring i*

*tjenestekodeverket og i registreringsprosedyrene i DIPS. Sørge for at alle lokalisasjoner i UNN ivaretas i forløpsmodellen»*

Deretter ble det bestemt at bestillinger skulle gå via klinikkjefene til avdelingslederne. Avdelingsleder fikk i oppdrag på vegne av klinikkjef å utnevne forløpsleder for de pakkeforløp som avdelingen skulle ivareta. Forløpslederne skulle være på plass i god tid før pakkeforløpene startet, for å sikre ledelse av planleggings- og opplæringsarbeidet i forbindelse med hvert enkelt pakkeforløp. Sentraene i UNN fikk tildelt ansvar for bistand og støtte til klinikkene i innføringen av pakkeforløpene. Det ble også etter vedtaket i foretaksledelsens møte 7.4.2015 gjort en formell etablering av *Overordnet implementeringsgruppe i UNN*, som ble ledet av assisterende direktør, og der alle klinikkjefer som hadde kreftpakkeforløp i sine klinikker var medlemmer. *Det uformelle oversettelsesteamet* ble etter vedtak i den overordnede implementeringsgruppen nå gitt myndighet og ble et *formelt oversettelsesteam*, med en formell forankring i en prosjektbeskrivelse. Prosjektformålet var å ...

*” strukturere arbeidet med å implementere pakkeforløpene på UNN”.*

Prosjektformålet var å ...

*” organisere kompetanse og støtte til å beskrive, kode og forbedre kreftpakkeforløpene for forløpsledere og forløpskoordinatorer”.*

Prosjektet ble organisatorisk forankret i Kvalitetsavdelingen i Fag- og forskningssenteret i UNN, men beslutninger skulle knyttes til den overordnede implementeringsgruppen. Teamet i prosjektet ble organisert slik:

Teamet er satt sammen fra ulike klinikker/sentre for å bistå forløpsledere og pasientforløpskoordinatorer i sitt arbeid med å forberede, implementere og forbedre forløpene slik:

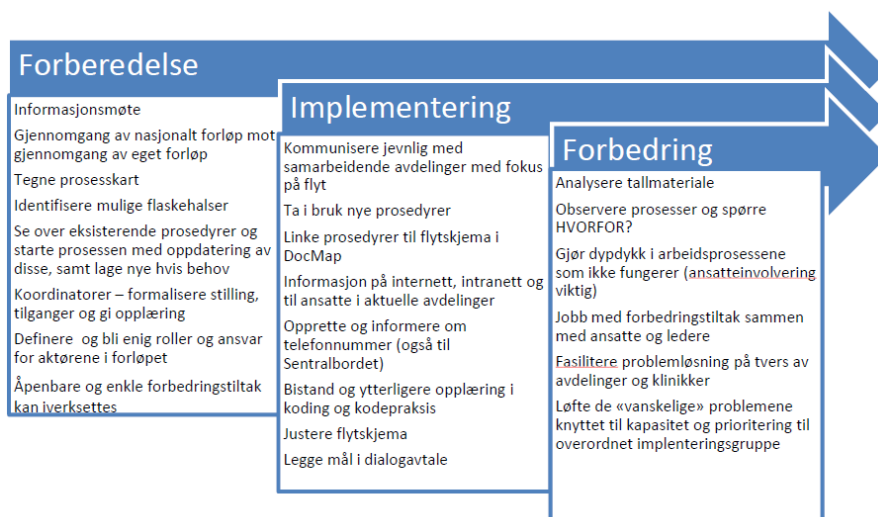


Figur 4. Oversikt over teamets arbeidsoppgaver knyttet til kreftpakkeforløpene i UNN. Kilde: Prosjektbeskrivelse overordnet implementering av kreftpakkeforløp ved UNN 14.4.2015

Implementeringsplanen beskrev videre prosessene og oppgavene som skulle gjennomføres for at kreftpakkeforløpene skulle bli forutsigbare med god flyt. Hovedarbeidsoppgavene i det som jeg nå velger å kalle *det formelle oversettelsesteamet* var å bidra med kompetanse og støtte til avdelingene som skulle innføre pakkeforløpene. Prosjektet skulle ha en varighet fra 15. april 2015 – 1. mai 2016. Arbeidsoppgavene ble beskrevet slik:

*«Kartlegge og beskrive prosesser, roller og ansvar for hele forløpet gjennom prosesskart, funksjonsbeskrivelser og administrative prosedyrer. Produsere og publisere informasjon om Kreftpakkeforløpene i UNN til følgende målgrupper: Pasienter og pårørende, ansatte i UNN, øvrige helseforetak og privatpraktiserende spesialister, fastleger. Bidra til god kodekvalitet gjennom opplæring og oppfølging av pasientforløpskoordinatorene. Samt være pådrivere for utvikling av forbedrede tekniske løsninger for koderegistrering (i DIPS). Fasilitere problemløsning på tvers av klinikkene i samarbeid med forløpslederne. Organisere og arrangere jevnlig nettverkssamlinger for pasientforløpskoordinatorene i UNN med mål om å skape en arena for læring, erfaringsutveksling og samarbeid. Fasilitere og veilede forbedringsarbeid med mål om bedre prosessflyt».*

Videre ble prosessene og arbeidsoppgavene som skulle gjennomføres beskrevet i kronologisk rekkefølge som vist i denne figuren:



Figur 5. Prosess for kreftpakkeforløps- implementeringen i UNN. Kilde: Prosjektbeskrivelse overordnet implementering av kreftpakkeforløp ved UNN 14.4.2015

Implementeringsplanen og vedtakene fra foretaksgruppen viser at de *formelle*, ledelsesmessige føringene og beslutningene nå var kommet på plass i UNN, likeså den *formelle* forankringen blant klinikkjefene og direktørene. Implementeringsplanen og vedtakene i foretaksgruppen i UNN ble iverksatt helt i tråd med det instrumentelle perspektivet, der aktørene og arenaene for implementeringen ble i styrt i toppledelsen og gjennomført i linjen. Vedtaket ble meget raskt igangsatt, og planlagt som en vertikal, hierarkisk styrt prosess. Ledelsen ble sentral aktør og skapte en egen arena for kontroll med implementeringsprosessen, gjennom opprettelse av den overordnede implementeringsgruppen. Til sammen danner dette et bilde som er et meget interessant funn, nemlig at den hierarkisk instrumentelle iverksettingsstrategien ble etablert langt ute i prosessen, og kom som følge at et opplevd behov for bedre koordinering og forankring top- down. Dette illustreres gjennom en av mine informanter fra oversettelsesteamet som uttalte.....

*” Men så etter hvert når vi fikk implementert den overordnede implementeringsgruppen så synes jeg at alt ble veldig mye bedre. Da synes jeg det ble forståelse for at sånn måtte det være og der møtte jo assisterende direktør og der var jo alle klinikkjefene som hadde pakkeforløp måtte møte, det var en veldig tydelig bestilling og direktøren var jo også innom, og sa at resultatene fra pakkeforløpene skulle meldes i virksomhetsrapporten og vi hadde det oppe på hvert eneste kvalitetsutvalgsmøte så måtte jeg komme med rapport. Så det ble*

*veldig løftet ... og vi sprang rundt for å overbevise alle om at dette måtte de ta alvorlig, vi gjorde det jo bra, de fire første pakkeforløpene gikk jo veldig bra for at vi hadde jobbet som noen "småterriere", men da var det jo foran oss at vi skulle ha, ja, jeg vet ikke hvor mange det blei, 28,- vi hadde da 24 forløp til som skulle implementeres, og vi kunne ikke holde på samme viset ... da ble det litt mer klart at trykket måtte komme ovenfra og da hadde vi en mye lettere jobb».*

Flere av informantene sa at hele prosessen med pakkeforløpene ble betydelig bedre etter at implementeringsplanen for pakkeforløpene ble formelt løftet og besluttet i toppledelsen, samt at det ble etablert en overordnet implementeringsgruppe. Og like etter at de formelle, overordnede implementeringsplanene var på plass i sykehuset, skulle trinn II i implementeringsplanen fra Helsedirektoratet iverksettes, med 10 nye pakkeforløp fra 1. mai 2015. Videre skulle de siste 14 pakkeforløpene implementeres fra 1. september 2015.

### **5.3.5 Arenaene, aktørene og praksisendringen**

Alle informantene som hadde fått tildelt rollen som forløpskoordinator hadde kjennskap til begrepet pasientforløp fra tidligere, og hadde arbeidet med pasientforløp. Men selve reformoppskriften pakkeforløp for kreft var i utgangspunktet ukjent for forløpskoordinatorerne før den kom til sykehuset. For flere av de ansatte som fikk tildelt roller som forløpskoordinatorer medførte koordinatorfunksjonen store endringer i måten de arbeidet på. Flere av informantene som hadde fått forløpskoordinatorrollen hadde ikke lest eller mottatt funksjonsbeskrivelse for stillingen. Flere sa at det tok en stund før de så hva det innebar å ha en sånn rolle, og at de skjønnte hvordan det skulle gjøres. Mange følte at de fikk mye ansvar og følte seg alene i rollen som forløpskoordinator. Den første tiden ble av flere av informantene beskrevet som om at det bare var kodingen som var det viktigste. Utfordringene bestod blant annet av hvordan noen av pakkeforløpene skulle registreres og kodes. Selv om kodeverktøyet var pilotert i en av avdelingene i UNN og det hadde vært undervisning, så tilkom det problemer av andre årsaker, blant annet sa flere av informantene at arbeidet med registreringen av pakkeforløpene ble svært kaotisk, selv om det i de fleste tilfellene ble en avklaring etter hvert. Problemene omhandlet kommunikasjon mellom forløpsleder og forløpskoordinator på hvilke pasienter som skulle starte opp i

pakkeforløp, og hvordan kodene skulle registreres. En av informantene fortalte at legene i avdelingen ikke var oppmerksomme på hva som var pakkeforløp, og derved fikk ikke koordinatoren gjort sin del av jobben med koderegistreringen og den videre oppfølgingen. Beskjeden om pakkeforløp kom ikke frem og betingelsene for at det skulle settes pakkeforløp var ikke like mye forstått hos noen av legene, de gjorde det bare på ifølge en informant på «*gammelmåten*». Også i forhold til samarbeid med andre sykehus var det utfordringer. Der pakkeforløpene hadde startet et annet sted enn i UNN så ble det utfordringer med å kommunisere med den andre parten. Flere av mine informanter fortalte om slike problemer, noe dette sitatet er et eksempel på:

*«Det var vel sånn at koordinatorfunksjonen ble forstått veldig forskjellig fra forskjellige foretak da man begynte, man hadde to forskjellige verdener. Det tok veldig lang tid før vi kom frem til en sammenliknbar måte å gjøre det på ...».*

Innad i UNN var det også ulike yrkesgrupper som fikk tildelt rollen som forløpskoordinator. Noen steder var det sykepleiere og andre steder var det helsesekretærer som fikk tildelt funksjonen. Dette gjorde at mange av arbeidsoppgavene i forhold til å fylle rollen ble løst ulikt internt i UNN slik dette sitatet fra en av informantene i oversettelsesteamet illustrerer:

*«Og det har delt seg i at på en måte at der vi ser at det er sekretærer som tar koordinatorrollen så er de mye mer teknisk tilnærmet og ønsker ikke mange ganger å ta ansvaret som forløpskoordinator, de har på en måte ikke det perspektivet, mens der vi har sykepleiere så ser de mye fortere hele bildet og tar pasientens ståsted».*

Delen av reformoppskriften som omhandler forløpskoordinatorens rolle har i dette tilfellet vært gjenstand for det Røvik (2007) kaller en identitetsskapende prosess, der lokaliseringen av forløpskoordinatorrollen er blitt løst ulikt, og derved kommer til ulike uttrykk og ulik praksis alt etter hvem som besitter rollen og ut i fra lokal tolkning. Ifølge Røvik er den lokale konteksten av stor betydning, «*slik gjør vi det her hos oss*».

Når reformidéen entrer sykehusets kontekst kan reformens *virknings* i organisasjonene være både tvetydige og utydelige ( Røvik, 1998). Det kan for eksempel være uenighet mellom ulike aktører innad i organisasjonen. Uenigheten dreier seg da om hvordan

virkningene skal oppfattes, tolkes, slik at effektene av reformoppskriften blir oppfattet som tvetydige. Dette kan føres direkte tilbake til aktørenes ulike posisjoner og interesser i organisasjonen. Dette fenomenet ser man også tydelig i denne studien. For eksempel var en annen av utfordringene som oversettelsesteamet og den overordnede implementeringsgruppen støtte på hvilke områder i løpene funksjonen skulle ivareta i forhold til pakkeforløpet, og en tydeliggjøring av roller og ansvar. I henhold til et instrumentelt perspektiv ble det i referat fra den overordnede implementeringsgruppen 9.5.2015 beskrevet at:

*«Tilbakemelding fra ansatte i Harstad og Narvik tyder på det er behov for mer informasjon om pakkeforløpene. Det er behov for å definere roller og ansvar for de som jobber med pasienter i pakkeforløp der. Forløpskoordinatorerne er fortsatt de som er utnevnt i Tromsø. Prosjektleder får delegert ansvar for å jobbe med å administrative prosedyrer som beskriver arbeidsdeling og roller i Harstad og Narvik i samarbeid med forløpsledere og kliniksjefer. I arbeidet med alle forløp må det diskuteres eksplisitt hvordan forløpene i UNN (Tromsø, Harstad og Narvik) skal håndteres og sikre at de aktuelle kollegaer lokalt i Harstad og Narvik involveres».*

Dette ble også bekreftet fra flere av informantene. UNN er 3 sykehus, med lokalisasjoner i Tromsø, Harstad og Narvik og det var ifølge informantene en stor utfordring. Det å få ansatte til å skjønne at UNN faktisk er 3 sykehus, men én gjennomgående faglig ansvarlig enhet. Et pakkeforløp for en kreftpasient kan omfatte flere avdelinger, samt lokalisasjoner. For eksempel kan et pakkeforløp for tykktarmskreft starte ved en lokalisasjon i Harstad ved første utredning, videre skal pasienten til en behandlingsavdeling i Tromsø for videre utredning og videre til Kreftavdelingen for å få medikamentell behandling før pasienten skal tilbake til en behandlingsavdeling for å bli operert. En av de viktigste funksjonene for pasientforløpskoordinatoren var å sikre at pasienten kom gjennom dette forløpet innenfor de fastlagte fristene. Her måtte UNN tenke helt nytt. En av informantene fra oversettelsesteamet beskrev prosessen slik:

«.. Vi måtte lage vårt eget, for det som stod fra departementet var relativt rundt, og ikke egnet for lokale forhold ... vi jobbet mest opp mot koordinatorene for å definere rollene ... og vi så at suksessen eller muligheten til suksess lå mest i koordinatorrollen».

Det kom også klart frem i intervjuene at de organisatoriske skillene kom tydelig frem som et hinder i å tenke forløp og prosess på tvers. Det var en utfordring å få til en felles forståelse for at forløpskoordinatorrollen skulle defineres som en koordinator for en pasient i ett forløp. Dette betød at forløpskoordinatorrollen i UNN ble utviklet og definert av oversettelsesteamet som en *tverrgående* funksjon, med ansvar og myndighet for oppfølging og kontroll av pasientforløpet på tvers av *både* klinikker, avdelinger, seksjoner og lokalisasjoner. Funksjonen ble en form for matrisefunksjon i UNN. Dette samsvarer med en instrumentell tilnærming, med en horisontal form for organisasjonsdesign, der matriseorganisering benyttes som for å sikre måloppnåelse. Matrisestruktur kan jamfør et instrumentelt perspektiv være nyttig som et organisatorisk redskap for å skape relasjon og koordinering mellom enheter i organisasjonen som er avhengige av hverandre. Dette betyr igjen av man er både hierarkisk ansvarlig og ansvarlig i relasjon til en tversgående enhet (Berg- Sørensen et al., 2011). Det å skape direkte, tversgående relasjoner mellom enheter nede i hierarkiet kan skape koordinering på tvers. For å få dette til måtte de som var ansvarlige for innkomne henvisninger for pakkeforløp for kreft tenkte og handle på en helt annen måte enn det som allerede var en etablert praksis i UNN.

En av deltakerne i oversettelsesteamet reiste til Harstad og Narvik for å arbeide med implementeringen og defineringen av rollene der sett opp imot rolleavklaringen i Tromsø. Leder for *oversettelsesteamet* illustrerte dette godt med denne beskrivelsen:

«Vel, det er jo en mutter og en skrue som skal passe i hop, så det var nok nyttig at det var en *translatør* imellom, for å få en felles forståelse for at dette var ett pasientforløp for en pasient. Og så var det slik at vi hadde en overordnet koordinator for ett forløp, men så var det slik at Harstad og Narvik skulle ha en koordinator for Harstad og Narvik, men vi ønsket å ha som prinsipp at det var en som skulle ha ansvar for hele forløpet, så vi opprettet en tredje funksjon som vi kalte **pakkeforløpssekretær**. Det var en egen rolle som vi måtte definere for å være lokalt stedsansvarlig rett og slett og det løste på en måte det».



Det ble etter hvert også behov for en nærmere spesifisering av hva *pakkeforløpssekretæren* skulle gjøre. Dette kom frem i referat fra den overordnede implementeringsgruppens møte i UNN (referat 4.9.2015) som beskrev følgende: «*Hovedformålet med forløpssekretærrollen er å sørge for at ansvar er klart definert i arbeidet med pasienter som kommer inn i pakkeforløp i UNN og at kommunikasjonen med forløpskoordinatorerne er så enkel som mulig. Den viktigste oppgaven for forløpssekretær er å følge med på, etterspørre og kode oppstart av pakkeforløpene i UNN Harstad, Narvik og Tromsø. Avgrensning av videre ansvar for pakkeforløpene mot forløpskoordinatorerne er beskrevet i egne administrative prosedyrer for hvert forløp*».

Her gjorde jeg flere interessante funn. For det første ble de organisatoriske skillene en stor utfordring for implementeringen. For det andre utarbeidet UNN en egen funksjonsbeskrivelse for forløpskoordinatorrollen, med en tversgående matrisefunksjon, tuftet på prinsipper fra prosesstankesettet i Lean. For det tredje fant oversettelsesteamet opp en tilleggsrolle som ikke var nevnt i implementeringsplanen fra direktoratet, kalt *pakkeforløpssekretær*. Dette ble utdypet av pasientforløpskoordinatoren med følgende utsagn:

«*Sånn at utad så finnes det en koordinator for ett forløp og det er fordi det skal være enkelt for pasienter og for fastlegen. Den er her i Tromsø for alle, men så har vi sagt at da lager vi likevel forløpssekretærer i Harstad og Narvik, de har en definert rolle i forhold til oppstart av pakkeforløpet og kommunikasjon i forhold til forløpskoordinatorerne, og hvilke pasienter, de har avtalt seg imellom hvem gjør hva*».

Det kan synes som om *oversettelsesteamet* fortsatt hadde en relativt stor frihetsgrad i å forme rollene for de viktige funksjonene som er med i pakkeforløpsbestillingen. Disse rollene ble formet i samarbeid med aktørene, de som skulle besitte forløpskoordinatorfunksjonene i avdelingen som først starter ut med pakkeforløp. I tillegg fremkom det i intervju med leder for pilotavdelingen at de hadde vært aktivt deltakende i utforming av forløpskoordinatorrollen og funksjonsbeskrivelsene. Ifølge Røvik (2007) benyttes det ulike regler i organisasjoner og i de organisatoriske kontekstene for hvordan reformoppskrifter skal tas inn og tas i bruk. I dette tilfellet ser vi en at det benyttes generelle innskrivningsregler, der

deler av reformoppskriften, opprettelse av funksjon som forløpskoordinator gjennomgår en lokal tolkning og en identitetsskapende prosess, hvor rollen formes inn i den lokale konteksten i UNN, da tilpasset de organisatoriske utfordringene i sykehuset. Igjen ser vi også at oversettelsesreglene benyttes både i etablering og konkretisering av forløpskoordinator og forløpssekretær, gjennom en modifierende modus med trekk av både addering og fratrekking.

Det fremkom også fra alle informantene at *oversettelsesteamet* på eget initiativ opprettet det de kalte for nettverksmøter. Målgruppen var alle ansatte som hadde fått tildelt roller som forløpskoordinatorer og forløpssekretærer. Formålet med nettverksmøtene var opplæring, oppfølging og avklaring av ulike utfordringer som forløpssekretærene hadde. En fra oversettelsesteamet forklarte følgende: ...

*«Vi prøvde å gi koordinatorene utdanning, kursing og kompetanse slik at de selv følte at de mestret oppgavene og vi hadde jevnlige koordinatortreff der vi hadde ca. 2 timers undervisning slik at de ble trygge i rollen sin og visste hva de skulle gjøre. De ble veldig flinke, de koordinatorene våre. Og det at til disse koordinatortreffene så inviterte vi avdelingsledere, altså den formelle linjen og forløpslederne, men jeg må si at det var litt tynt oppmøte, det var noen som kom og det var veldig nyttig, men det kom ikke så mange ...».*

Flere av informantene som hadde deltatt i møtene fortalte at dette var nyttige møter, og fungerte som en god opplærings arena gjennom hele implementeringsprosessen. Men linjeledelsen og forløpslederne møtte ikke i stor grad opp i et forum som var viktig i implementeringsprosessen. Dette vitner ikke om høy grad av rasjonell styring. Videre fortalte en av informantene at det å få avdelingene med på å faktisk flytte arbeidsoppgaver hadde vært veldig utfordrende. Det å gi rom for at forløpskoordinatorer fikk nye og til dels omfattende og arbeidskrevende roller i avdelingene krevde en omregulering av hvem som gjorde hva. Dette var vanskelig å få til flere steder. Dette funnet bærer ikke preg av en rasjonell streng ledelse innad i enhetene, med stort fokus på innføring av nye prosedyrer og rask endring. Ifølge Røvik (1992) kan reformoppskrifters virkninger i organisasjonene være både tvetydige og utydelige. Det kan for eksempel være uenighet mellom ulike aktører innad i organisasjonen. Uenigheten dreier seg da om hvordan virkningene skal oppfattes, tolkes,

slik at effektene av reformoppskriften blir oppfattet som tvetydige. Dette kan føres direkte tilbake til aktørenes ulike posisjoner og interesser i organisasjonen

Andre informanter uttrykte overraskelse over at det egentlig hadde gått så bra som det hadde gjort til slutt. Noen mente at den tekniske tilnærmingen i forhold til koding og registrering tok for mye plass, og at pasientforløpsperspektivet ikke fikk like stor plass i rollen. Jamfør det instrumentelle perspektivet var funksjonsbeskrivelsen for forløpskoordinatorerne utarbeidet, og opplæringen var etablert gjennom nettverksmøter og workshops. Men den lokale forståelsen for pakkeforløpsreformen ble oppfattet ulikt både blant aktører innad i sykehuset og mellom sykehusene. I følge Czarniawska and Joergens (1996) idémodell beveger idéene seg mellom ulike organisasjoner og praksiser, og blir derved gjenstand for ulike tolkninger. Når like organisasjoner får samme bestilling fra helsedirektoratet på samme tid, og den lokale oversettelsen av bestillingen blir forskjellig fra sykehus til sykehus, så kan det oppstå problemer når de interne og eksterne aktørene skal samhandle om samme reformoppskrift. Idéene kan materialiseres på ulikt vis, de kan tolkes og kommuniseres og fortolkes igjen slik at de kommer til uttrykk på et annet sett og på ulike sett (Czarniawska & Joergens, 1996). Dette kan forklare fenomenet med de noen av problemene som forløpskoordinatorerne støtte på, og er i tråd med et nyinstitusjonelt perspektiv. Praksisen med forløpskoordinatorrollen ble etablert ulikt mellom sykehus som skulle samhandle om et kreftpakkeforløp som går på tvers av helseforetak. En av mine informanter fortalte at det noen steder ble etablert roller som ikke ivaretok hele pasientforløpet, og med en helhetlig prosessgrunntanke slik UNN hadde gjort det.

Ansvars- og rollefordelingen for pakkeforløpene var også som nevnt tidligere gjenstand for behandling i den *overordnede implementeringsgruppen*. Etter at implementeringsgruppen kom på plass, ble det på gruppens første møte 14. april 2015 gjort avklaringer i forhold til pakkeforløpene som skulle implementeres fra 1. mai og fra 1. september og der hvert pakkeforløp ble tildelt en klinikk, avdeling, forløpsleder og forløpskoordinator. Dette samsvarer med en hierarkisk oversettelsesprosess, der kontekstualiseringsprosessen skjer etappevis, med en start på toppen av sykehuset og deretter en trinnvis og styrt prosess nedover i sykehuset. Videre ble det satt et fokus på ressurs- og støttefunksjonene i implementeringsprosessen, der flere senterfunksjoner fikk tildelt roller som støtte i blant

annet kodeverktøyene. Implementeringsprosessen ble nå styrt gjennom en hierarkisk vertikal styringskjede, men samtidig med en bottom- up tilnærming, der problemer som dukket opp underveis ble løftet inn i den overordnede gruppen for avklaring, beslutninger og iverksetting. Den overordnede implementeringsgruppen hadde i alt 7 møter i 2015, og 3 møter i 2016.

I den nasjonale implementeringsplanen (Helsedirektoratet.no, 2014) ble det også beskrevet hva som skulle gjennomføres i sykehusene i forhold til etablering **av tverrfaglige / multidisiplinære team (MDT)**, ett for hvert pakkeforløp. Ansvar for å opprette disse teamene lå på forløpsleder. Bestillingen var skissert slik at: ...

*” I det enkelte Pakkeforløp for kreft beskrives en organisering der avgjørelser om behandling tas i tverrfaglige team/ multidisiplinære team, såkalt MDT-møter. Anbefalingene om tverrfaglige team bygger på de nasjonale handlingsprogrammene for kreft som har mer eller mindre detaljerte beskrivelser av organisering med tverrfaglige team. I noen tilfeller kan behandlingsavgjørelser tas av én lege med behandlingsansvar, men det skal tilstrebes at slike beslutninger primært tas i tverrfaglige team/MDT som anbefalt i de ulike handlingsprogrammene ...».*

Det måtte etableres tverrfaglige team (MDT) for hvert av de 28 pakkeforløpene. For å få dette til måtte leder for det nå *formelle oversettelsesteamet* ta initiativet og sende bestilling om oppnevning av *forløpsleder* til klinikkjefen i den klinikken der hvert enkelt pakkeforløp skulle implementeres. Selv om ansvaret for å etablere MDT team og møter lå i klinikkene og i avdelingene, så kom initiativet og bestillingen fra oversettelsesteamet. Det måtte opprettes en felles **arena** for samhandling.

Flere av informantene bekreftet at det å etablere tverrfaglige team med en felles forståelse for hva pakkeforløpene krevde ikke var like lett i alle tilfellene. Det var mange aktører som skulle samles, alle fra ulike arenaer i sykehuset. Men det viste seg at når først bestillingen ble sendt ut til de ulike miljøene med krav om deltakelse, så møtte de ulike fagfolkene fra avdelingene, både røntgen og patologer stilte opp i alle møtene, i tillegg til forløpslederne og forløpskoordinatorene. Dette vitner om at bestillingen via klinikkjefene og avdelingslederne skapte en god forankring og oppfølging blant de ansatte, helt i tråd med en rasjonell

styrt top- down- prosess. I tillegg måtte for eksempel Røntgenavdelingen stille med store ressurser for å imøtekomme kravene i pakkeforløpsveilederne i forhold til utredning. Det samme gjaldt patologene, som hadde svært korte frister for å klargjøre prøvesvar. En av forløpslederene sa at oppfølgingen av pakkeforløpene var krevende å følge opp, men at hans rolle som forløpsleder var viktig for å påse at fokuset vedvarte:

*«Så dette krever en kontinuerlig oppstramming og fokus for at man skal klare å holde de til dels kunstige, korte ventetidene. At folk er bevisst på det. For ellers bruker folk alminnelig fornuft, og klinisk skjønn, til syvende og sist koker mange ting ned til det. Og da vil pakkeforløpene tidvis fremstå som ganske underlig. Så man må ha et fokus på at du må respektere den politiske bestillingen og som forløpsleder er det min rolle å ivareta dette».*

Forløpslederene som jeg snakket med fortalte at det hadde vært nyttige prosesser, der det å samle fagmiljøene hadde bidratt til en god forståelse på tvers av fag og avdelinger. Noen avdelinger hadde allerede etablert ordninger med tverrfaglige team, dette var også tilfelle i *pilotavdelingen*. En av mine informanter fra oversettelsesteamet beskrev prosessen slik: ...

*” Det var jo de fire første største forløpene som skulle først i gang. Og vi famlet, det må vi jo si, vi hadde jo ikke en veldig åpenbar og klar plan, men det var klart at vi måtte jo finne ressurspersonene innenfor dette fagfeltet og identifisere hvem er det som vil disse forløpene innenfor de aktuelle avdelingene og skjønne at dette er ikke en avdeling, men dette er pasientene som skal bevege seg rundt. Og hvor er det pasienten kommer inn, kommer inn på utredning, de skal videre til kirurgisk behandling eller onkologisk behandling eller videre til onkologisk behandling, slik at vi måtte bare få tak i alle”.*

En annen fra oversettelsesteamet forklarte det slik:

*” Det vi gjorde da for å få dette avklart, for det visste vi ikke helt da hva de trengte så vi tok og samlet fagmiljøene rundt et oppstartsmøte, det vil si at det var folk fra røntgen, fra patologen, fra de kliniske avdelingene som var involvert, og oss og så satte vi oss ned og så tok vi utgangspunkt i det nasjonale pakkeforløpet og så sa vi hva betyr dette for oss? Hvordan blir dette da i forhold til oss, hva må vi endre, og så valgte vi å for de aller fleste å tegne et flyt skjema, visualisere pasientflyten, med den hensikt at alle skulle ha den samme*

*virkelighetsforståelsen. Så da hadde vi punkt 1- det nasjonale pakkeforløpet, og så hadde vi punkt 2- flytskjema for hvordan det skulle være hos oss og det ble et kjempegodt utgangspunkt for å diskutere der det kunne være uenigheter ..... Så vi fikk på en måte diskutert oss gjennom de kritiske punktene, for å få en omforent forståelse av når starter pakkeforløpet, hvem starter det, hvis vi starter det der, hvem overtar da stafettpinnen ...».*

I følge flere informanter gikk etableringen av forløpsleder og etableringen av tverrfaglige team (MDT) relativt greit. En fra oversettelsesteamet utdypet dette med følgende utsagn:

*” ... det var det som var litt av beskjeden oppover, at forløpslederne skulle oppnevnes av klinikkjefnivå. Vi sendte bestillingen via fagdirektøren og oppover, og vi tenkte at sånn må det være ... jeg kan ikke sende noen, det må sendes ut i det rette hierarkiske nivået. Og noen fag, noen tok vel imot sin bestilling om å være leder, men det var kanskje ikke alle som tok imot konsekvensen av å være leder sånn umiddelbart”.*

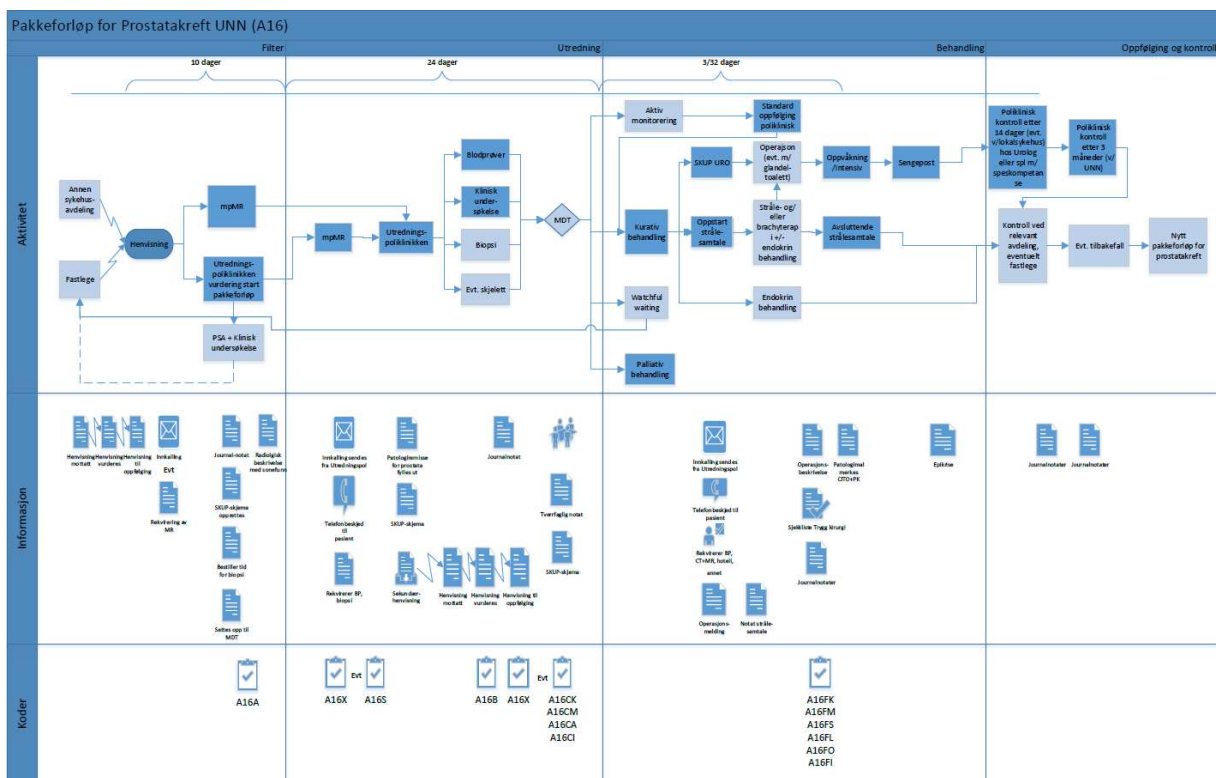
Noen av informantene sa at etableringen av MDT teamene gikk over all forventning, men ikke i like stor grad alle stedene. Dette bekreftes fra en fra oversettelsesteamet som uttalte følgende:

*«...så vi møtte jo noen holdninger da som vi ikke bare klarte å argumentere mot som veldig overraskende for oss...men når dette da kom i gang så var jo dem de første til å møte og syntes at dette var bra, da kunne de treffe alle sine kollegaer, da så de nytten, der var det stråle, der var det kirurg, der var det røntgen, alle på en gang og så ble de ferdige istedenfor at de måtte springe rundt for å snakke med en og en og brukte gjerne en hel uke for å diskutere denne pasienten...så dette med å få til tverrfaglige møter i alle disse, der det før hadde vært formalisert for noen få faggrupper var veldig bra».*

Røvik (2007) sier at det er nødvendig å sette fokus på om det er noen form for regelmessighet ved bruk av regler for oversettelse i selve kontekstualiseringsprosessen. I tilfellet med oversettelsesteamets fokus på arbeidet med pakkeforløpene finner jeg aspekter av Røviks innskrivningsregler der han skiller mellom to typer, det han kaller «regler for lokalisering» og «regler for tidsmarkering av idéer» (Røvik 2007:301).

I en prosess for lokaliseringer av idéer settes idéen inn i den lokale organisatoriske konteksten, der den etter hvert vil bli gjenstand for en identitetsskapende prosess som vil

forme idéen inn i den lokale konteksten. Den lokale konteksten var de ulike pakkeforløpene ulike sammensetninger av fagfolk. Resultatene etter opprettelsen av MDT møtene var at det ble utarbeidet detaljerte prosesskart/ flytskjema som beskrev i detalj alle trinnene i hver enkelt pakkeforløpsoppskrift, med hvilke aktiviteter som skulle gjøres, hvem som hadde ansvaret, hvordan informasjonen skulle være og hvordan trinnene i prosessen med pakkeforløpet skulle registreres og kodes. Prosesskartet i figur 6 viser kompleksiteten i ett enkelt pakkeforløp, og arbeidet som ble gjort av oversettelsesteamet i samarbeid med forløpsleder og MDT temaet for å kartlegge prosessene og planlegge et enkelt pakkeforløp i UNN. Dette er en klassisk oversettelse, der translatøren har vært et viktig bindeledd mellom reformoppskriften pakkeforløp for kreft og de ulike aktørene fra de ulike arenaene i UNN. Både forløpslederne og de andre fagfeltene fra flere ulike avdelinger og klinikker bidro også inn i oversettelsen, med deltakelse, involvering, kunnskap og forankring.



Figur 6. Ferdig utarbeidet prosesskart over et ferdig designet pakkeforløp i UNN ( Kilde: UNN internt flytskjema)

Pakkeforløpene krevde økt ressursbruk, blant annet for Diagnostisk klinikk som skulle bistå med fagpersonell i alle MDT møtene, samt at pakkeforløpene medførte et økende antall prøver til patologen, og økende grad av bestillinger til røntgen. Dette presset ressursene.

Likevel oppgav alle mine informanter som hadde deltatt i planleggingsmøtene at det var godt oppmøte og god bistand fra disse fagområdene inn i pakkeforløpsimplementeringen. Dette bærer preg av at det var en god forståelse og forankring i fagmiljøene og blant lederne for å få dette til.

Etter hvert som implementeringen skred frem oppstod det ulike problemer. Noen knyttet seg til manglende koding i enkelte forløp, og uklarheter i forhold til forløpskoordinatorrollen. Andre problemer som dukket opp underveis var oppløsning av flaskehals, og i noen forløp var det rom for prosessforbedringer. Dette var noe som ble bekreftet fra mine informanter. Noen avdelinger arbeidet ustrukturert og adhoc og manglet en ledelse som tok tak underveis i implementeringen. Dette gjorde at noen forløp i begynnelsen ikke oppnådde de forventede målene slik bestillingen var fra direktoratet, slik en av informantene fra oversettelsesteamet bekreftet med følgende utsagn ...

*«Det var litt sånn at de var positive når det var møter men så skjedde det ingenting etterpå, men det er på en måte sånn. Vi var jo på en måte bare støtte og hjelpemiddel og som dette så mener jeg vi fikk det til ganske godt etter hvert ... og så er det på en måte da, javel ... da må man bestemme om man vil det eller ikke, det er ikke mer vi kan gjøre egentlig ... så det blir jo på en måte ... og så er det jo sjefer over der som bestemmer og hvis du ikke får gjort alt så ... og så er det noen som sier: det er greit at du lar være å gjøre dette».*

Disse ulike utfordringene var også tema i den overordnede implementeringsgruppen. Ved gjennomgang av alle referat fra møtene ser jeg at utfordringene underveis i prosessene i avdelingene ble løftet opp til den overordnede implementeringsgruppen. Blant annet ble det lagt frem en egen sak om administrative prosedyrer for pakkeforløpene på ett av møtene høsten- 2015 ( 29.9.2015). Det ble besluttet at det var ytterligere behov for å avklare roller og ansvar, samt å avdekke konkrete prosessforbedringsområder. Videre skulle det gjennomføres kompetanseheving for forløpskoordinatorne.

Kommunikasjonsavdelingen ble koplet inn for å legge ut god pasientinformasjon på UNNs Internettisider om pakkeforløp for kreft. Sentraene var koplet inn, og det formelle



oversettelsesteamet arbeidet ut mot klinikkene, og fagmiljøene etter bestillinger fra den overordnede implementeringsgruppen og i samarbeid med klinikkjefer og ledere.

Helsedirektoratet fulgte også opp sin top- down- strategi, og arrangerte en erfaringskonferanse i Tromsø 16. oktober 2015, der tema var oppfølging av pakkeforløpsarbeidet i UNN og Helse Nord. Dette var en konferanse med formål å utveksle erfaringer og å ta opp ulike flaskehalsar som var tilkommet i forløpene. På denne konferansen var det et godt oppmøte fra forløpskoordinatorerne i UNN.

#### **5.4 Utfallet- fra reform til etablert praksis**

Det var mange pakkeforløp som skulle inn i sykehuset, og selv om prosessene etter hvert ble ledet og styrt ovenfra gjennom hierarkiske ledelsesnivåer, så var det mange aktører og arenaer som skulle finne veien til samhandling og endre sine måter å arbeide på i horisontale, tversgående arbeidsprosesser. Noen av lederne jeg intervjuet fortalte at det var utfordrende å etablere samarbeidsarenaer utenom egen enhet, der målet var å få til et optimalt samarbeid. Det kom frem at det skapte uro der de måtte innføre endringer i arbeidsmåter og rollefordelinger, og der folk måtte gjøre ting annerledes. Noen av mine informanter kalte det «*ustruktur i systemet*», og andre savnet en tydeligere ledelse fra forløpsledersiden.

Det var også en utfordring at reformen var såpass ressurskrevende, da på flere områder. I forhold til ressurskravene fremkom det at personell hadde gitt tilbakemeldinger til sine ledere at de fikk pålagt arbeidsoppgaver på toppen av det de allerede hadde, mange hadde opplevelsen av at de bare fikk enda mer å gjøre og dårligere tid. Dette var særlig tilfelle hos de som måtte ta rollen som forløpskoordinatorer. Kodingen og registreringen var ressurskrevende, og gikk på bekostning av andre arbeidsoppgaver. Også det pålagte ansvaret kunne være merkbart. Samtidig fortalte informantene at det «hadde gått seg til» etter hvert, og at de hadde fått gode, etablerte praksiser for hvordan de skulle følge opp pakkeforløpene. Flere av informantene fortalte at det å rydde i pasientforløpene gjennom å etablere pakkeforløpene gav merverdi. Det å etablere MDT møter gav rom for flere tverrfaglige diskusjoner om hver enkelt pasient, og det ble etter hvert etablert hyppigere MDT møter, med flere deltakere. Det ble også fremhevet at det som i utgangspunktet kunne

virke som veldig ressurskrevende, på sin måte også var tidsbesparende fordi fagfolkene hadde en faste tverrfaglige arenaer der de kunne diskutere pasientene, og slapp da å bruke tid på å lete etter andre fagfolk og vente på avklaringer. Pakkeforløpene bidro også til en forutsigbarhet og planmessig struktur som ikke hadde vært like godt etablert i alle klinikkene tidligere. Som en av mine informanter uttrykte det:

*«Men at vi har hatt veldig godt av å rydde på vårt interne forløp, det tror jeg har vært veldig nyttig for oss, og at vi har lært å snakke sammen og samhandle, forståelsen av hvordan røntgen må ha det og patologen og at de jobber sånn som de gjør ... og hvis vi skjønner at det tar 5 dager for en patolog å få analysert det svaret, fargeprosesser tar tid ... så hvis vi skal få svaret så må vi planlegge det ... vi har hatt kjempegodt av å finne ut av hvordan dette er».*

Samhandlingen med forløpsleder var god, og de hadde god forankring hos egne ledere. Begge forløpskoordinatorene som jeg intervjuet og begge forløpslederne anså pakkeforløpene i sine enheter som implementert. Forløpskoordinatorene bidro meget godt inn i alle pakkeforløpsprosessene, slik leder for oversettelsesteamet uttrykte det

*... «Så kan jeg ikke få fullrost nok at grunnen til at det har gått så bra er altså forløpskoordinatorene, det er der arbeidet og den største innsatsen har vært og forståelsen for at dette skulle gjøres».*

For den gode oversetter er det en fordel dersom oversetteren innehar kunsten i å håndtere motstand, og det å ha evnen til å «selge inn» idéen eller reformen på en slik måte at endringen blir til en meningsskapende prosess for aktørene i organisasjonen. Røvik (2007: 335) kaller formen for motstand mot innføringen av reformidéer for inkompatibilitetsargumentene. Organisasjoner kan bestå av komplekse system, og være kunnskapsbedrifter slik som UNN, der reformidéer som forsøkes tatt inn kan bli sett på som generelle og forenklete fremstillinger av kompliserte, etablerte praksiser. Dette er ikke noe som jeg direkte kan gjenfinne i tilfellet med pakkeforløpsreformen. Men Røvik (2007) opererer også med det han kaller verdimeslig inkompatibilitet, noe som innebærer at nye reformidéer kan støte på motstand i organisasjoner der et av de viktige formålene er å være verdibaserte, for

eksempel sykehus. Motstridende ideologier kan skape motstand, for eksempel behandlings-etikk versus økonomiske hensyn. Flere av informantene sa at pakkeforløpene og det intense fokuset på å innfri forløpstidene gjorde at andre pasientgrupper som ventet på operasjoner måtte vente lengre, og at dette var et ressursproblem i sykehuset. Det enorme fokuset på pakkeforløpene gjorde at andre pasientgrupper ble forskjøvet i systemene. Gjennom intervjuene fremkom det utsagn om dette temaet fra flere av mine informanter. En uttrykte det slik ...

*«Disse pasientene får på en måte en rød løper i systemet som fortrenger noen andre».*

En annen fortalte det slik:

*«Ja, de blir jo flyttet på så langt det er medisinsk tilrådelig, og det er jo på grensen. Det er ikke bra at vi skal skyve på dem, vi skyver foran oss veldig syke pasienter med mye mer symptomer og sykdom enn det en kreftpasient kan ha, det er hverdagen. Og de kommer ofte inn som øyeblikkelig hjelp og blir operert på natten og det er ikke gunstig. Og de har null livskvalitet, de går hjemme og er sykemeldt og da kan man tenke ... hvor samfunnsøkonomisk er det ... familielivet ... alt blir påvirket. Så det er ikke bra at vi ikke har plass til å operere de pasientene».*

En av mine informanter som også er leder bekreftet dette med følgende utsagn:

*«Og vi kan jo drømme om god logistikk og planlegging og sette av ressurser til det, men på en måte når leveringen ikke kommer så sliter vi enormt og da gir det gjerne en korthuseffekt slik kabalen rakner, og vi sliter med operasjonskapasiteten».*

Jeg velger å kalle dette funnet for ett «bifunn» i denne studien. Samtidig mener jeg det er viktig å ta dette med, da det illustrerer at politikerstyrte top- down- prosesser kan gi uønskede ringvirkninger og at nye flaskehalsen kan oppstå internt i systemene som skal iverksette og håndtere de politiske beslutningene og bestillingene.

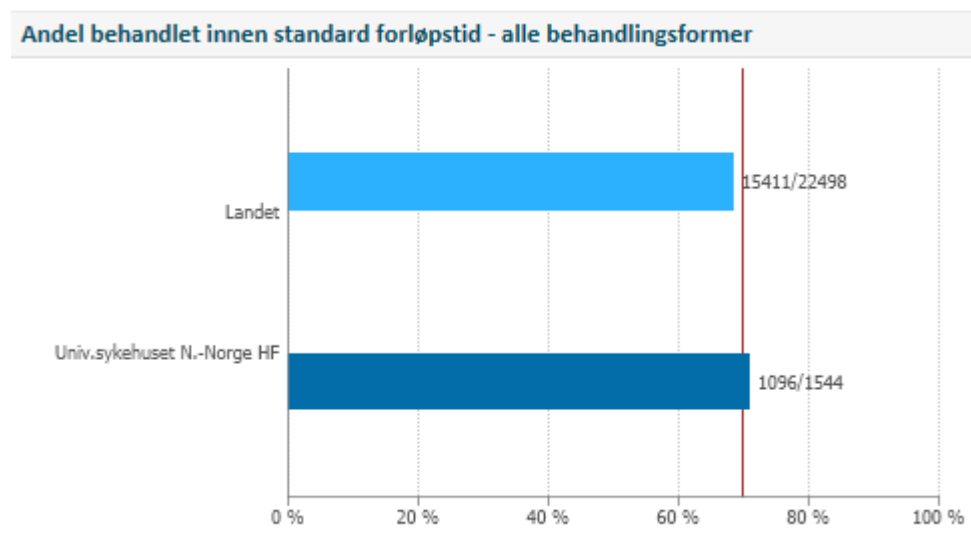
UNN etablerte også et verktøy for å følge opp monitoreringen av pakkeforløpene. Først utviklet sykehuset et eget kvalitetsstyringssystem kalt UNN-KIS, og etter hvert ble monitoreringen fulgt opp via et ledelses- styringssystem for hele Helse Nord (Helse Nord

LIS). I dette arbeidet hadde rådgiveren fra oversettelsesteamet en sentral rolle, og oversettelseskompetansen ble benyttet til det fulle. Gjennomgangen av alle referatene fra den overordnede implementeringsgruppen samt informasjon fra intervjuene viser også at når den overordnede implementeringsgruppen først var etablert så fungerte den godt med en tett oppfølging og styring av de ulike prosessene i implementeringsprosessen i UNN. Klare ansvarslinjer ble etablert, og informantene fra oversettelsesteamet og forløpslederne sa at dette gjorde arbeidet enklere. Som en av mine informanter så tydelig uttalte:

*«Jeg tror det er underkjent hvor viktig det er med ledelse i sånne her sammenhenger, å ha gode ledere ...».*

Samtidig var oversettelsesteamet involvert hele veien og dro prosessene i alle pakkeforløpene. Dette støtter mitt teoretiske utgangspunkt der jeg anser teoriene innenfor det instrumentelle perspektivet og det skandinaviske nyinstitusjonelle perspektivet som komplementære, og ikke konkurrerende teorier.

Ble så de overordnede målene fra Helsedirektoratet innfridd i sykehuset? Jeg har gjennomgått resultatene fra Kvalitets- og virksomhetsrapporten i UNN per mai- 2016 som viser at UNN innfridde de overordnede målsettingene på pakkeforløpene. Dette er illustrert i grafisk fremstilling som jeg har hentet ut fra Helse Nord LIS styringsportal (tall fra mai-2016).



Tabell 4. Andel pasienter behandlet innen standard forløpstid (Kilde: Helse Nord LIS)

Resultatene sammenfaller med svarene der alle informantene så på sine pakkeforløp som ferdig implementert, og viser samtidig at dersom man sammenlikner UNN med resten av landets sykehus, så er resultatene gode over hele landet.

## 6 Oppsummering og konklusjon

Jeg har i denne oppgaven fortalt proseshistorien om hvordan reformoppskriften pakkeforløp for kreft ble oversatt og implementert i UNN slik den har fremkommet i min studie.

Første ledd i problemstillingen omhandlet hvordan pakkeforløpet ble oversatt og implementert i UNN. For å svare på det første leddet av problemstillingen har jeg sett på forberedelsesfasen, innføringsfasen og utfallet av implementeringsprosessen. Mine funn viser at implementeringsprosessens forløp var i tråd med både skandinaviske ny-institusjonelle teorier og i tråd med instrumentelle teorier. Reformoppskriften ble i utgangspunktet bestemt politisk i departementet og så styrt fra Helsedirektoratet gjennom en rasjonell top- down- bestilling til sykehuset. Helsedirektoratet gjennomførte et forarbeid og sendte ut en bestilling som er i tråd med det instrumentelle perspektivet. Idéen ble hentet fra Danmark, oversatt i Helsedirektoratet og sendt som bestilling til sykehusene som svar på et krav fra omgivelsene. Bakgrunnen lå i et behov i befolkningen og hos folkevalgte politikere om at kreftpasienter ikke skulle vente unødige lenge for å få svar på om de hadde kreft og oppstart for behandling dersom de hadde kreft. Altså er denne delen av implementeringsprosessen også i tråd med en institusjonell tilnærming. Idet reformen ble initiert ovenfor, og gjorde sin entre i UNN ble den tatt inn og satt i bruk av aktører «nede» i organisasjonen, som igangsatte en lokal oversettelse med et høyt engasjement, med høy grad av translatørkompetanse og med bruk av oversettelsesreglene ( Røvik, 2007). Hvorvidt oversettelsesreglene ble brukt med hensikt eller ikke har jeg ikke klart å avdekke.

Andre ledd av problemstillingen omhandlet utfallet av implementeringen og hva som kan forklare utfallet. Var UNNs årelange tradisjon og satsning på Lean og pasientforløp medvirkende til at prosessen gled fremover, selv om den formelle, hierarkiske og strenge

top- down- ledelsen manglet i begynnelsen? Ja, mine funn viser at dette hadde stor betydning. UNN hadde en lang tradisjon med et høyt fokus på pasientforløp og i å designe egne pasientforløp. UNN hadde samtidig bygget opp en solid kompetanse i bruk av Lean som prosess- og forbedringsverktøy som også ble benyttet i pasientforløpsarbeidet.

Pilotavdelingen på sin side hadde årelang tradisjon med sine standardiserte utrednings pasientforløp og tverrfaglige møter. Videre ble det i implementeringsprosessen i UNN innført horisontale arbeidsprosesser, der blant annet forløpskoordinatorene arbeidet på tvers av avdelinger og fagområder. Det ble også, ved hjelp av Lean prinsippene utarbeidet prosesskart over pakkeforløpene i UNN, noe som var et godt hjelpeverktøy for å visualisere målingspunktene og aktivitetspunktene i pakkeforløpene. Pasientforløp var også forankret i fagmiljøene, og fagmiljøene hadde bidratt inn i arbeidsgruppene i forberedelsesfasen.

Noe av det jeg fant som også var veldig interessant var at de fleste av mine informanter *ikke* hadde oppfattet at det ble benyttet Lean som verktøy i prosessarbeidet som ble gjennomført. Dette kan tyde på at bruk av Lean er blitt en institusjonalisert standard i sykehuset. Lean verktøyet var tidligere implementert i sykehuset og bidro direkte inn i oversettelsesprosessen.

Bruk av translatørkompetanse ( Røvik, 2007) var en medvirkende og viktig faktor til et godt utfall av implementeringen. Første del av implementeringsprosessen ble gjennomført som en oversettelse med høy grad av translatørkompetanse, med en aktiv, uformell involvering av lokale translatører som alle innehadde ulike dyder for «den gode oversetter» (Røvik, 2007). Videre ble prosessen ifølge mine funn betydelig forbedret når toppledelsen kom på banen med etableringen av en formell arena for beslutning, styring og samhandling. *Den formelle, hierarkiske implementeringskjeden ble supplert med og koplet opp mot den uformelle translasjonsteoretiske oversettelseskjeden.* Funn i dette caset viser at instrumentelle, hierarkiske top-down- prosesser kan være og er like avgjørende og medvirkende som en nyinstitusjonell oversettelse for en vellykket overføring av reformoppskrifter og praksisendring dersom disse benyttes sammen og/ eller om hverandre i *ulike deler* av implementeringskjeden.

Dog er rekkefølgen i implementeringsprosessen i dette caset veldig interessant. Den hierarkiske top- down- styringen internt sykehuset ble formelt etablert en god stund *etter* at den translasjonsteoretiske oversettelseskjeden ble aktivert og implementeringsprosessen hadde startet opp, og nærmest i omvendt rekkefølge av hva man kan forvente både ut i fra den hierarkiske oversettelseskjeden (Røvik, 2007) og en instrumentell hierarkisk implementeringsprosess.

Var det da noe ved reformoppskriftens egenskaper og dens opprinnelse som bidro inn i implementeringsprosessen? Vel, ingen av de jeg intervjuet mente at oppskriftens opprinnelse hadde *direkte betydning* for selve implementeringen i UNN. Alle informantene kjente til bakgrunnen og at dette var en idé som politikerne hadde hentet fra Danmark. Forarbeidet som direktoratet hadde gjort med å tegne forløpene og designe forløpstidene ble ansett som viktig, men i forhold til hvordan UNN hadde tatt reformoppskriften inn og i bruk ble opprinnelseskonteksten ikke ansett som viktig for implementeringen. Dog hadde flere av avdelingene, slik jeg var inne på tidligere, innført pasientforløp tuftet på nettopp danske erfaringer. Og i tillegg mener jeg å ha identifisert fra dokumentstudien og ut i fra dokumentasjonen fra Helsedirektoratet at det grundige oversettelsesarbeidet som ble gjort i Helsedirektoratet, både av den nasjonale implementeringsgruppen og av arbeidsgruppene bidro sterkt til at sykehuset kunne implementere reformen.

Hvilke konkrete endringer i organisering og i praksisfeltene medførte oversettelsesprosessen og implementeringen for aktørene på UNNs ulike arenaer? I sykehuset ble det opprettet nye funksjoner kalt pakkeforløpskoordinator, forløpssekretær og forløpsleder. Både for forløpskoordinatorne og forløpssekretærene ble det mange nye og utvidede ansvarsområder, nye arbeidsoppgaver og en annen organisering der horisontale arbeidsprosesser og en tilnærmedesvis matriseaktig organisering ble gjennomført og implementert. For aktørene som fikk tildelt roller som forløpsledere ble fokuset at de måtte sikre at MDT møtene ble gjennomført, og for den tverrfaglige samarbeidet ble det opprettet nye samarbeidsarenaer gjennom MDT møtene.

Innledningsvis viste jeg til Jacobsens ( 2004: 23 ) definisjon av endring, der endring kan defineres som: « *En organisasjon har endret seg når den utviser ulike trekk på (minst) to ulike*

*tidspunkt*», eller som Jacobsen presiserer sin definisjon ytterligere som: « *Endring...er en empirisk observasjon av forskjeller i form, kvalitet eller tilstand over tid i en organisasjon*» (Jacobsen, 2004:23). Jeg mener at jeg gjennom denne casestudien har påvist endring på alle disse punktene. UNN har gjennomført endringer på flere arenaer og for flere aktører og implementert pakkeforløp for kreft som reformoppskrift. De overordnede målsettingene ble nådd, og sykehuset kunne rapportere til sine eiere at utredningsforløpene for alle de 28 pakkeforløpene for kreft innfridde de overordnede målene.

Temaet for denne masteroppgaven har vært reformer i sykehussektoren. UNN nådde målsettingene for pakkeforløpene, og generelt rapporterer sykehusene i Norge om bedre logistikk og samhandling etter pakkeforløpsreformen (Dagensmedisin, 2016). Dette kan bety at reformer virker. Og med økende grad av oppmerksomhet omkring høy kvalitet i helsetjenester for befolkningen, er min antakelse at fokuset på pasientforløp vil intensiveres i årene som kommer. I Danmark er de nå i gang med å videreutvikle de standardiserte pakkeforløpene, der tanken er at pasienten skal være enda mer i fokus i behandlingsforløpene (Dagensmedisin, 2016). Tradisjon tro vil de norske politikerne fange opp dette, eller sykehusene og fagmiljøene vil selv ta initiativ til ytterligere endringer og forbedringer i sine pasientforløp, slik det har vært og er tradisjon for i flere av UNNs fagmiljø. Denne studien kan forhåpentligvis bidra til en tydeliggjøring av hvordan implementering av store reformer bør planlegges, styres og gjennomføres, og at implementering som oversettelse der tydelig ledelse sammen med de lokale translatørens deltakelse og involvering gjør at slike prosesser kan gli lettere.

## **6.1 Videre forskning**

Jeg har, som jeg redegjorde for i metodekapittelet, ikke tatt med og drøftet mine funn som gjaldt de regionale prosessene i Helse Nord og koordineringen av implementeringen i de regionale *kontra* de lokale prosessene. Det kunne derfor vært interessant å gjøre videre forskning som ser på koordinering av regionale kontra lokale implementeringsprosesser i offentlig sektor. Det kunne også være interessant å se på store reformers ringvirkninger i offentlige organisasjoner, som ser på utfallet utover selve implementeringsprosessen, og da i et noe lengre tidsperspektiv, og spesielt med henblikk til ressursbruk og betydningen for



brukere. Videre var jeg inne på at Lean ifølge mine funn synes å ha blitt en institusjonalisert standard i UNN. Videre forskning kunne vært å se på hvordan allerede implementerte organisasjonsoppskrifter slik som Lean har materialisert seg og bidrar inn i implementeringsprosesser av *nye* organisasjonsoppskrifter.

## 7 Referanseliste

- Andersen, H., & Rovik, K. A. (2015). Lost in translation: a case-study of the travel of lean thinking in a hospital. *BMC Health Serv Res*, 15, 401. doi: 10.1186/s12913-015-1081-z
- Andersen, H., Røvik, K. A., & Ingebrigtsen, T. (2014). Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. *BMJ OPEN*.
- Berg- Sørensen, A., Howard Grøn, C., & Foss Hansen, H. (2011). *Organisering av den offentlige sektor. Grundbog i offentlig forvaltning*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2012). *Kvalitative metoder- empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brunsson, N. (2002). *The Organization of Hypocrisy: Talk, Decisions and Actions in Organizations*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P. G., & Røvik, K. A. (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Czarniawska, B. (2005). *En teori om organisering*. Lund: Studentlitteratur.
- Czarniawska, B., & Joergens, B. (1996). Travels of Ideas. In W. d. Gruyter (Ed.), *de Gruyter Studies in Organization: Translating Organizational Change* (pp. 13-48). Berlin: Walter de Gruyter.
- Czarniawska, B., & Sevon, G. (1996). Introduction. In B. Czarniawska & G. Sevon (Eds.), *de Gruyter Studies in Organization: Translating Organizational Change* (pp. 1-12). Berlin: Walter de Gruyter.
- Dagensmedisin. (2016). Danmark lager "pasientens kreftpakke"  
<http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/10/27/danmark-lager-pasientens-kreftpakke/>.
- Davis, G. F., & Scott, R. W. (2007). *Organizations and Organizing. Rational, Natural, and Open System Perspectives*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Egeberg, M. (1992). Konstruktiv Statsvitenskap og Forvaltningspolitikk. *Universitetet i Oslo; Notat, Institutt for statsvitenskap*.
- Erlingsdottir, G., & Lindberg, K. (2005). Att studera översättningar; Två idéers resor i den svenska hälso- og sjukvården. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 7, 27-52.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet*. Oslo: J.W.Cappelens Forlag as.

- Helsebiblioteket.no. (2010). Behandlingslinjer  
<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/samhandling/metoder-og-verkt%C3%B8y/behandlingslinjer>. Retrieved 21.6.2016, 2016
- Helsedirektoratet. (2014). Implementering av pakkeforløp for kreft: Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015  
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-plan-for-implementering-av-pakkeforlop-for-kreft-20142015>. Retrieved 29.4.2015, 2015
- Helsenorge.no. (2016). Kvalitetsindikatorer <https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Dashboard.aspx?TF1=1079>. Retrieved 9.11.2016, 2016
- Jacobsen, D. I. (2004). Endringsprosessen- tid, oversettelse og motstand  
*Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansans S.: Høyskoleforlaget.
- Latour, B. (1986). The Powers of Association. In L. J (Ed.), *Power, Action and Belief*. London: Routledge and Keegan Paul.
- Patientforløp, S. (2015). Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet  
<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/kræft/task-force-for-patientforloeb>. Retrieved 12.11.2015 kl. 15.14, 2015
- Pfeffer, J., & Sutton, R. I. (2000). *The knowing- Doing Gap*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Regjeringen.no. Sykehustalen 2015 v/ Helse- og omsorgsminister Bernt Høyre  
<https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/sykehustalen-2015/id2357828/>. Retrieved 29.4.2015
- Regjeringen.no. (2013a). Innst. 451 S  
<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2012-2013/inns-201213-451.pdf>. Retrieved 26.5.2015
- Regjeringen.no. (2013b). Sammen mot kreft- nasjonal kreftstrategi  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen---mot-kreft/id728818/>. Retrieved 5.9.2016 13.13, 2016
- Regjeringen.no. (2014). Åpning, oppstartsmøte pakkeforløp for kreft  
<https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/Apning--oppstartsmote-pakkeforlop-for-kreft/id758353/>. Retrieved 26.5.2015, 2015

- Regjeringen.no. (2015). *Oppdragsdokument 2015 Helse Nord*  
<https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/opp2hn.pdf>.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Røvik, K. A. (1992). *Den "syke" stat: myter og moter i omstillingsarbeidet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røvik, K. A. (1998). *Moderne organisasjoner: Trender i organisasjonstenkingen ved Tusenårsskiftet*. Oslo- Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og Translasjoner: Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røvik, K. A. (2011). From fashion to virus: An alternative theory of organizations' handling of management ideas. *Organization Studies*, 32(5), 631-653.
- Røvik, K. A. (2016). Knowledge Transfer as Translation: Review and Elements of an Instrumental Theory. *International Journal of Management Reviews*, n/a-n/a. doi: 10.1111/ijmr.12097
- Scheuer, J. D. (2008). Convergent and Divergent Processes of Change in Organizations- Exploring Change as Translation in the Encounter if Idea and Practice. In J. D. Scheuer & S. Scheuer (Eds.), *Anatomy of Change: a Neo- Institutional Perspective*. Frederiksberg, Copenhagen: Business School Press.
- Sundhedsstyrelsen. (2016). Beskrivelser af og indgange til pakkeforløb på kræftområdet, <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/pakkeforloeb/beskrivelser>
- Retrieved 5.9.2016 14.23, 2016
- Universitetssykehuset, N.-N. H. (2016, 16.6.2016). Universitetssykehuset Nord Norge [https://unn.no/Documents/Om%20oss/Strategisk%20utviklingsplan\\_endelig%20version.pdf](https://unn.no/Documents/Om%20oss/Strategisk%20utviklingsplan_endelig%20version.pdf). Retrieved 16.6.2016 kl. 12.40, 2016
- Wæraas, A., & Nielsen, J. A. (2016). Translation Theory 'Translated': Three Perspectives on Translation in Organizational Research. *International Journal of Management Reviews*, n/a-n/a. doi: 10.1111/ijmr.12092

## **Øvrige interne dokumenter**

Kvalitets- og virksomhetsrapport mai-2016 17.6.2016

Pakkeforløp for kreft Helsedirektoratet (brev og e-post) 19.12.2014

Plan for pasientforløpsarbeidet i UNN 2013-2018 15.1.2013

Prosjektbeskrivelse overordnet implementering av kreftpakkeforløp i UNN 14.4.2015

Referat direktørens ledergruppe 7.4.2015

Referat Overordnet implementeringsgruppe kreftpakkeforløp i UNN 14.4.2015

Referat Overordnet implementeringsgruppe kreftpakkeforløp i UNN 9.5.2015

Referat Overordnet implementeringsgruppe kreftpakkeforløp i UNN dato 9.6.2015

Referat Overordnet implementeringsgruppe kreftpakkeforløp i UNN dato 4.9.2015

Referat Overordnet implementeringsgruppe kreftpakkeforløp i UNN dato 29.9.2015

Workshop for Helse Nord RHF og UNN HF: Registrering og koding Pakkeforløp for kreft  
20.1.2015

## Vedlegg

### Intervjuguide

#### Bakgrunnsinformasjon om informant

1. Hva er din stilling/ rolle i UNN?
2. Hvor lenge har du hatt denne stillingen?
3. Har du vært med på pasientforløpsprosjekter tidligere, i UNN eller andre steder; Har du erfaringer med liknende prosjekter fra tidligere?
4. Hva er din erfaring med slike prosjekter;
5. Førte de til endringer; var det gode prosesser; var prosjektene vellykket; hvorfor/hvorfor ikke
6. Hva slags utdanning har du (også tilleggsutdanning utover profesjonsutdanningen)
7. Arbeidserfaring fra unn og andre steder?

#### Forberedelsesfasen

8. Kjenner du til om det ble gjennomført noen form for *forarbeid FØR* pakkeforløpene skulle implementeres fra 1.1.2015?
9. Kom det personer utenfra UNN og presenterte konseptet?
  - a. Hvis JA: hvem var disse personene, fra andre sykehus, HOD, HN, konsulenter, annet; ble det foretatt studieturer til andre sykehus; hvor/hvilke sykehus/hvorfor/hvem reiste/var du med; ble det formidlet noe skriftlig informasjon om konseptet, hvorfra og hvem hadde utarbeidet denne skriftlige informasjonen
15. Ble det utarbeidet skriftlig informasjon om konseptet internt i unn, av hvem, hvordan ble informasjonen formidlet og brukt; er noe av denne skriftlige informasjonen tilgjengelig nå, kan jeg få kopi/tilgang til denne skriftlige informasjonen, hvem kan jeg snakke med for å få denne informasjonen?
10. Vil du si det var god oppslutning om pakkeforløp for kreft; i hele org; i visse grupper, og ikke andre; hvorfor god/middels/dårlig oppslutning, tror du?

## Innføringsfasen/ den lokale fasen

11. Kjenner du til hvilke sentrale føringer som har vært lagt til grunn *før* implementeringen startet i UNN?
  - a. Hvis ja- er det etter din mening noe ved *bakgrunnen* som har hatt innvirkning på hvordan bestillingen er tatt inn og tatt i bruk i sykehuset?
12. Kjenner du til om det vært utarbeidet overordnede målsettinger i UNN i forhold til pakkeforløpene?
  - a. Hvis ja- vet du hva disse består av? (Stikkord: forventinger, rolleavklaring, rollefordeling, ansvar)
13. Hvem har etter din kjennskap vært de sentrale aktørene i sykehuset for å få pakkeforløpene implementert?
  - a. Har det vært en styring av toppledelsen i dette arbeidet? Hvordan har oppslutningen rundt innføringen av pakkeforløpene vært blant lederne i UNN; toppledelsen, avdelingsledere, seksjonslederne mv? Hvorfor dårlig/middels/god
14. Hvordan har ansvarsfordelingen i forhold til implementeringen vært organisert?
15. Har personell «nede» i organisasjonen vært involvert i oppstarts/ innføringsfasen; hvordan har oppslutningen om dette vært” nede” i organisasjonen? Hvorfor dårlig, middels, god?
16. Har du opplevd begrensninger eller hindre fra ditt ståsted i implementeringsfasen?
  - a. Hvis ja- hvilke?
  - b. Har det har vært tilstrekkelig med ressurser i form av personell, tid, materiell; har tempo vært bra (for høyt, passelig, bra); har omfanget vært passelig, for stort, for lite (flere prosjekter samtidig, store deler av organisasjonen berørt samtidig?); har dere hatt kapasitet til å følge opp alle sider ved prosjektet (-ene) (tempo/omfang→intensitet; høy intensitet er kapasitetskrevede);
17. Har du vært eller har du kjennskap til om det har vært andre hindre underveis?

18. Kjenner du til om det har vært brukt verktøy eller ulike «metoder» i innføringsfasen i UNN, f.eks. forbedringsteknikker, forbedringsverktøy, implementeringsteknikker, prinsipper osv.?

### Praksisfasen/ utfallet

19. Har det etter det du kjenner til vært behov for endringer i måten avdelingene eller de ulike fagmiljøene samarbeider på?
- a. Hvilke endringer? (Stikkord: organisatorisk, i daglig praksis, samhandling)
20. Har du vært personlig involvert i direkte arbeidsprosesser knyttet til pakkeforløpene?
- a. Hvis ja- har pakkeforløp for kreft medført endringer i måten du arbeider på personlig?
- b. Har dette vært meningsfullt for deg?
21. Etter det du kjenner til- har UNN hatt personer/ personell som har hatt spesifikke «roller» i forbindelse med implementeringen?
- a. I så fall- hvilke roller og hvordan har disse rollene etter det du kjenner til utspunnet seg?
- b. Har du selv vært i en aktiv rolle i denne sammenhengen?
22. Har pakkeforløpene etter din mening blitt implementert i UNN?
- a. Hvis ja- har dette vært lett å innføre?
- b. Hvilke suksesskriterier og faktorer har vært medvirkende til at dette har blitt sånn?
23. Kjenner du til om det gjennomføres noen form for målinger for å sikre at pakkeforløpene følges?
- a. Har du noen rolle i forhold til dette og hvordan har denne rollen kommet til og utviklet seg?
- b. Brukes målingene til å justere pakkeforløpene og praksis?
- c. Hvordan er resultatene på disse målingene (gode, dårlige, ingen endringer); hvorfor?
24. Tror du pakkeforløp for kreft som oppskrift er noe som gir høy grad av mening og legitimitet i og utenfor UNN?



a. Hvis JA- hvorfor? Faktorer?

b. Hvis NEI- hvorfor ikke?

Hvilke faktorer tror du har vært medvirkende til at dette ikke har gått slik?

25. Har pakke forløpene ført til forbedringer i behandlingen for disse pasientene; hvilke (pasientopplevelser; kvalitet/behandlingseffekt/produktivitet/større kapasitet/behandlingstid)?
26. Har pakkeforløpene ført til at noe er blitt dårligere, negative konsekvenser, etter din mening?
27. Har implementeringen av pakkeforløpene ført til endringer som ikke var planlagt/forutsett/uintenderte konsekvenser; hvilke; hvorfor har dette skjedd, tror du?
28. Har du andre ting du ønsker å si som jeg ikke har spurt deg om?



Even Nerskogen  
Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging UiT Norges arktiske universitet  
Postboks 6050 Langnes  
9037 TROMSØ

Vår dato: 10.06.2016

Vår ref: 48685 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

48685	<i>Som et ekspresstog inn i helsevesenet. En kvalitativ casestudie av en reformoppskrifts reise og inntreden i norsk helsevesen</i>
Behandlingsansvarlig	UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Even Nerskogen
Student	Ingrid Lernes Mathiassen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.11.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Agnete Hessevik

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*