

Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning

En endringsidés skjebne i møte med kommunehelsetjenesten

Ledererfaringer fra innføring og drift av pasientforløp

—

Inga Marie Nordstrand og Marit Nordstrand

Masteroppgave i organisasjon og ledelse i offentlig sektor (MPA), mai 2018

«Forandringens vinder blåser over offentlig sektor»

Kjell Arne Røvik, professor (i forelesning 5. oktober 2016)

Forord

Etter tre år med masterstudier på deltid står vi her, med masteroppgaven i hendene. Det har vært en fantastisk og lærerik reise, men samtidig også en krevende med seine kvelder med lesing av pensum og skriving av oppgave.

Vi har gjort denne reisen sammen. Vi har delt på pensumlitteraturen og skrevet referat til hverandre. Vi har jobbet sammen om arbeidskrav og innleveringer. Det siste vi har jobbet sammen om er denne masteroppgaven. Vi har samme foreldre, samme utdanning og vokst opp i samme hjem. Vår felles historie og dermed vår felles forståelse har gitt oss en tålmodighet for hverandres mangler og feil som har vært helt nødvendig i det arbeidet vi har lagt bak oss. I de siste tre årene har vi snakket utallige timer sammen på Skype, vi har diskutert og vi har skrevet mye. Å dele denne reisen med en søster har vært en reise fylt med respekt, kjærlighet, toleranse, mye latter og litt frustrasjon.



Vi har vokst opp omgitt av storslått natur på Skjånes på Finnmarkskysten. Dette gir en perspektiver på hvor stort, men også hvor lite noe kan være. Slik er det også med denne oppgaven. Den har tidvis tatt all vår oppmerksomhet og vært en viktig del av vårt liv. Samtidig er den bare en liten bit av vårt liv og i et stort perspektiv er den uendelig lite viktig.

Vi vil takke familien vår som har levd med oss i «storm og stilla» de siste tre årene. Vi vil også takke foreldrene våre som har lært oss at man kan få til alt om man bare forsøker. Takk til vår veileder Kjell Arne Røvik, som har gitt oss inspirasjon. Du har rodd oss i land og gitt oss redningsvest, sjekt og årer når vi har trengt det. Vi har vært heldige som har hatt deg som veileder. Takk til co veileder, datter og tantebarn Silje som har gått veien før oss, lest gjennom alt vi har skrevet og gitt konstruktive tilbakemeldinger. Vi hadde ikke greid dette uten deg og dine kunnskaper.

Dette studiet har vært spennende. Det å studere samtidig som vi er i jobb er utfordrende, men også svært lærerikt. Gjennom hele studiet har vi brukt eksempler fra egen arbeidshverdag som grunnlag for diskusjon eller for å finne praktiske eksempler på teoretiske betegnelser. Nåværende og tidligere kollegaer har derfor bidratt til at vi har kunnet reflektere og lære.

Marit Nordstrand Inga Marie Nordstrand

Sammendrag

Denne oppgaven handler om hva som kan skje når en kommune forsøker å innføre pasientforløp som metode for pasientoppfølging i helsetjenesten. Vi har sett på hvilke utfordringer ledere kan møte når endringer forsøkes implementert og vi ser på faktorer som kan ha betydning for at endringen skal bli vellykket.

Vi har vært studenter på en erfaringsbasert master i organisasjon og ledelse i offentlig sektor. Dette innebærer at vi i større grad en vitenskapelig baserte masterstudenter har hatt fokus på egne erfaringer fra arbeidslivet. Oppgaven er derfor preget av vår forforståelse og våre erfaringer.

For å forstå våre funn har vi brukt teoretiske forklaringsmodeller for hva som skjer når en ide skal innføres i organisasjonen. Vi har sett innføringen i lys av scenariene om rask tilkobling, frastøting og frikobling. I tillegg til en teoretisk tilnærming har vi brukt vår erfaringskunnskap som komplementerende forklaringer til våre funn.

Vi har operasjonalisert prosessen fra vedtak om pasientforløp, via forsøk på implementering og deretter drift. Kategoriene har gjort oss i stand til å se og vurdere hva som har skjedd med ideen og hvilke faktorer som har hatt betydning for å lykkes i en slik prosess.

Vi har hatt en hermeneutisk tilnærming til arbeidet og har valg tå ha semistrukturert intervju som metode. Dette har gitt oss innsikt i lederes opplevelse ved innføringen av pasientforløp.

Vi har intervjuet personer som i dag jobber som ledere i kommunehelsetjenesten. Da endringsideen ble innført hadde flere av informantene rolle som ledere og pådrivere for innføringen. De øvrige informantene var deltakere i endringsprosessen.

Vi har gjennom denne studien sett at områder som kompetanse, tid, personlige egenskaper, deltakelse, lederegenskaper, endringserfaring, kommunikasjon og forankring har betydning for hvordan pasientforløp finner vei inn i kommunehelsetjenestene.

Vi har avslutningsvis laget en oversikt over hva man kan lære at disse to kommunene.

Innhold

1 Innledning	1
1.1 Problemstilling.....	2
1.2 Bakgrunn for valg av oppgave.....	2
1.2.1 Om oss	4
1.3 Pasientforløp	5
1.3.1 Myndighetsdeltakelse	5
2 Teori om perspektiver, scenarier, ledelse og endringsledelse	8
2.1 Perspektiver.....	9
2.1.1 Det rasjonelle perspektivet	9
2.1.2 Det institusjonelle perspektivet	11
2.1.3 Det nyinstitusjonelle perspektivet	14
2.2 Scenarier.....	16
2.2.1 Rask tilkobling.....	16
2.2.2 Frastøting.....	17
2.2.3 Frikobling	18
2.3 Virusteori.....	18
2.4 Endringsteori	20
2.5 Ledelsesteori	22
3 Metode.....	24
3.1 Forskningsstrategi	24
3.1.1 Operasjonalisering.....	25
3.1.1.1 Scenariet rask tilkobling	26
3.1.1.2 Scenariet frastøting	26
3.1.1.3 Scenariet frikobling.....	27
3.1.1.4 Virusteorien	27
3.1.1.5 Operasjonalisering av variabler i planleggingsfasen	28
3.1.1.6 Operasjonalisering av variabler om implementering og drift av pasientforløp.....	29
3.1.1.7 Operasjonalisering av variabelen suksesskriterier	30
3.2 Forskningsdesign	32
3.2.1 Hvorfor intervju?	32

3.2.2	Vår erfaring og kunnskap om det empiriske feltet.	33
3.2.3	Forarbeid og utvalgelse av kommunene	34
3.2.4	Utvalgelse av informanter	36
3.2.5	Gjennomføring av intervju	36
3.3	Hvordan har vi analysert våre data?	37
3.4	Troverdighetskriterier	37
3.4.1	Pålitelighet (reliabilitet)	38
3.4.2	Gyldighet (validitet)	39
3.4.3	Overførbarhet (generalisering)	40
3.5	Etiske vurderinger	41
3.5.1	Ivaretagelse av taushetsplikt	41
3.6	Kritikk av metode	42
4	Empiriske funn	45
4.1	Implementering og drift av pasientforløp.....	45
4.2	Suksesskriterier	50
4.2.1	Lederkompetanse og lederegenskaper	50
4.2.2	Kompetanse	51
4.3	Kunnskap om avdelingen	52
4.4	Lederutfordringer	52
4.4.1	Tid	52
4.4.2	Deltakelse	53
4.4.3	Kommunikasjon	54
5	Analyse	55
5.1	Hvordan forløper implementeringsprosessen og hva blir utfallet?.....	55
5.2	Hvilke lederutfordringer ser man ved innføring av pasientforløp i kommunehelsetjenesten?.....	61
5.2.1	Tid	61
5.2.2	Deltagelse	65
5.2.3	Kommunikasjon	67
5.3	Hvilke suksesskriterier ser man ved innføring av pasientforløp i kommunehelsetjenesten?	70
5.3.1	Nøkkelpersoner	71

5.3.2 Lederegenskaper	72
5.4 Kompetanse	74
5.4.1 Leders kompetanse	74
5.4.2 Ansattes kompetanse	76
5.4.3 Forankring og medvirkning.....	78
5.5 Veileder	81
5.6 Hva kan vi lære av to kommuner som har innført pasientforløp?	83
6 Avslutning.....	87
Litteraturhenvisning:.....	90
Vedlegg 1 Informasjon om undersøkelsen du har vært med på	93

Tabell 1 Forventinger til variabler i planleggingsfasen

Tabell 2 Forventinger til hvordan implementeringa gikk

Tabell 3 Forventninger til variabler om suksess

Modell 1: Den kronisk syke pasientens bevegelse mellom etater når de blir akutt syke

1 Innledning

Hva om kronisk syke pasienter kunne oppleve et sømløst behandlingstilbud fra helsevesenet. En behandling som tilpasses pasientens behov der han eller hun slipper å tilpasse seg helsepersonellens timeplan? I lys av medias beskrivelser av ulike pasientbehandlinger kan dette oppfattes som en utopi, eller i hvert fall som et svært ullent mål.

Dette var utgangspunktet for vår masteroppgave. I lys av samhandlingsreformen mål, hvor flere og flere pasienter skal overføres til kommunehelsetjenesten er behovet for endrede måter å jobbe på stort. Metoden pakkeforløp er ment å være retningsgivende for et sømløst behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. I kommunehelsetjenesten kalles denne metoden for pasientforløp. Vi har erfart at fokuset på pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten har vært stort. Blant annet har vi sett at sentrale politikere har vært opptatt av at pakkeforløp skal tas i bruk. Vi har ikke sett det samme fokuset på innføring av pasientforløp i kommunehelsetjenesten. Dette har forundret oss og vil hadde derfor et ønske om å sette fokus på kommunehelsetjenestens arbeid med systematisk oppfølging av pasienten. (St.meld. nr. 47 (2008–2009))

Fordi vi har studert offentlig ledelse har vi valgt å se innføring av pasientforløp i et lederperspektiv. I denne masteroppgaven vil vi derfor belyse hvilke utfordringer ledere i kommunehelsetjenesten kan møte ved innføring av pasientforløp. Vi ønsker å se på erfaring fra ledere som har forsøkt å innføre pasientforløp og se på hvilke utfordringer de har møtt i lys av teorier om implementering. Vi har tatt utgangspunkt i kommuner som har innført pasientforløp for en stund siden slik at vi også kan se implementeringen i et lenge tidsperspektiv.

Temaet vi skriver om er relevant i dagens kommunehelsetjeneste fordi det handler om fremtidens helsevesen og hvordan denne skal ivareta stadig flere kronisk syke og eldre pasienter. Det handler om å iverksette tiltak som er effektive samtidig som de skal tilfredsstillende krav som stilles til kvalitet, økonomi og ressursutnyttelse.

Vi har valgt to kommuner som har innført standardisert pasientoppfølging til hjemmeboende pasienter. Begge kommunene bruker systemet etter endt prosjektperiode. Ved å studere disse to kommunen ønsker vi å se på hvordan de har gjennomført implementeringen, hvordan er det i dag og hvilke utfordringer lederne har hatt ved i prosessene med innføring og oppfølging av pasientforløp. Vi vil også se om vi kan finne faktorer som eventuelt kan forklare suksess med innføring og drift av pasientforløp.

1.1 Problemstilling

Målet med oppgaven er å sette søkelyset på pasientoppfølging i kommunehelsetjenesten både for egen lærings del, men også som et bidrag til hvilke faktorer som kan forklare hvorfor reformer og ideer lykkes eller mislykkes i kommunehelsetjenesten.

Vi har valgt følgende problemstilling og tema i oppgaven:

Hva skjer når pasientforløp skal innføres?

Hva er lederes erfaring med innføring av pasientforløp i kommunehelsetjenesten?

For å belyse problemstillingen har vi myntet ut følgende forskningsspørsmål

- *Hvordan forløper implementeringsprosessen og hva blir utfallet?*
- *Hva kan vi lære av to kommuner som har innført pasientforløp?*
- *Hvilke lederutfordringer finner vi ved innføring av pasientforløp i kommunehelsetjenesten i to kommuner?*
- *Hva kan forklare variasjoner i vellykkethet?*

1.2 Bakgrunn for valg av oppgave

I 2012 ble samhandlingsreformen iverksatt (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Dette er en politisk initiert endring av helsetjenesten med mål om å oppnå bedre pasientoppfølging. Et av tiltakene

i samhandlingsreformen var at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skulle samarbeide bedre for å sikre at pasienten fikk helhetlige og integrerte tjenester både før og etter sykehusoppholdet. Ansvar for pasientoppfølgingen skulle i langt større grad overføres til kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skulle utføre punkttjenester, mens den helhetlige pasientoppfølgingen skulle overføres til kommunen. Dette satte krav til kommunehelsetjenesten om at de ulike profesjonene måtte jobbe bedre sammen slik at pasienten skulle få gode tjenester.

Kommunehelsetjenesten har tradisjonelt vært organisert i vertikale hierarkier. Samarbeid og samhandling krever at tjenesteutøverne jobber i horisontale team. Manglende samarbeid mellom tjenesteutøverne i vertikale hierarkiene kan tenkes å være delvis årsak til at det var behov for en samhandlingsreform.

I kjølvannet av samhandlingsreformen initierte Helsedirektoratet pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten. Pakkeforløp har som mål at pasienter skal få et sømløst behandlingstilbud når de får tjenester i sykehus. I lys av samhandlingsreformens føringer, har vi undret oss over at det har vært et relativt ensidig politisk fokus på pasientforløp i sykehus. Denne undringen har gjort at vi har ønsket å fordype oss i hvordan pasientforløp foregår i kommunen.

Det har vært nasjonale initiativ for flere ulike pasientforløp i spesialisthelsetjenesten, blant annet har det vært spesielt fokus på forløp i kreftbehandlingen. I forhold til kommunehelsetjenesten finner vi myndighetspålegg om aktørers samarbeid i lovverk og forskrift. Pasientforløp finner få nasjonale føringer for. Unntaket for dette finner vi i «Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» (Helsedirektoratet, 2017). Her beskrives forventinger om at kommunen i tillegg til og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten må tenke pasientforløp i forhold til oppfølging av pasienter med behov for rehabilitering og habilitering. Helsedirektoratet har i tillegg utarbeidet «Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov» (Helsedirektoratet, 2018) hvor pasientforløp beskrives som metode for å følge opp mennesker med store og sammensatte behov.

I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet sammen med kommunesektorens organisasjon (KS) iverksatt læringsnettverk hvor ca. 200 norske kommuner deltar for å lære om «gode pasientforløp». Hensikten med læringsnettverkene er å sikre at pasientenes behov for å møte helhetlige, koordinerte og trygge tjenester blir ivaretatt. Dette arbeidet er en videreføring av arbeidet som ble gjort i to læringsnettverk i perioden 2014-2015 (Folkehelseinstituttet, 2016 og KS, 2017).

Ser vi mot skolesektoren har det vært lite fokus og forskning på hva som skjer med reformideer i den norske skolen (Røvik, Eilertsen og Furu, 2014). Ser vi til kommunehelsetjenesten er vår erfaring at mangel på fokus og forskning gjelder der. Vi finner forskning om endringer i spesialisthelsetjenesten, men i forhold til kommunehelsetjenesten har vi funnet lite forskning som belyser hvordan implementering av nye ideer har forløpt.

Endringskompetanse trekkes frem som en svært viktig egenskap i hele organisasjonen, men også hos hver enkelt arbeidstaker (Jacobsen, 2012). I helsesektoren presenteres de ansatte stadig for nye krav til endringer og reformer. Bakgrunnen for disse kravene kan være mange. Politiske føringer, ny forskning og trender i tiden er noe som kan påvirke de krav som stilles til endringer. Målsettingene med de ønskede endringene varierer også. Økonomisk vinning eller et ønske om å tilfredsstille eksterne aktører kan være forklaringer som brukes for å gjennomføre endringer (Røvik, 2007).

1.2.1 Om oss

Marit har vært sykepleier i 27 år, har videreutdanning i psykiatrisk sykepleie og ledelse i helsesektoren. Hun har ledererfaring fra hjemmetjeneste og sykestue over mange år.

Inga Marie har vært sykepleier i 15 år, har videreutdanning i akutt og anestesisykepleie og har ulike emner innen ledelse. Hun har jobbet innen legevakt og spesialisthelsetjenesten og har ikke ledererfaring.

1.3 Pasientforløp

Helsedirektoratet (2018) definerer pasientforløp som: «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode». I denne står det videre at en svært viktig hensikt med å ha pasientforløp er å hindre at det oppstår unødvendige avbrudd i behandling og oppfølging av pasienten når pasienten overføres fra et behandlingsnivå til et annet eller når det er flere aktører som er involvert i behandlingen av pasienten. Virkemidler i så henseende er samhandling, koordinering og bruk av standardisert kunnskap. Pasientforløp handler med andre ord om at pasienten skal få nødvendig helsehjelp på en effektiv og planlagt måte uten unødige opphold i oppfølgingen på grunn av at de ulike profesjonene ikke jobber sammen (Helsedirektoratet, 2018).

Ulike begreper brukes om pasientforløp: pakkeforløp, sømløse tjenester og handler om det samme. I denne oppgaven bruker vi begrepet pasientforløp, men i direkte henvisninger til andre vil andre begreper kunne brukes. Pasientforløp bygger på ideen om prosessbasert organisering. Det vil ifølge Røvik (2007) si en rekke av handlinger eller aktiviteter som over tid gir resultater for organisasjonen. Pasientforløp er iverksatt for å gi et bedre tilbud til pasienten det vil si en måte å skape merverdi på.

1.3.1 Myndighetsdeltakelse

Helsedirektoratet har for en kort tid tilbake gitt ut en veileder i hvordan kommunene bør følge opp pasienter med sammensatte behov. Veilederen bruker helhetlig pasientforløp som grunnlag for hvordan de mener kommunen skal følge opp denne pasientgruppa. Vi har brukt veilederen for å se om denne kan gi oss svar på problemstillingene. Denne veilederen gir beskrivelser og råd til hvordan man kan følge opp pasienter med sammensatte og store behov, som gjør at de trenger mer oppfølging enn det vanlige systemet legger til rette for. Slik vi ser det er denne veilederen relevant for innføring av pasientforløp i kommunehelsetjenesten. Den henviser til veilederen om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator og utdyper

hvordan deler av kravene om individuell plan og koordinator skal brukes i kommunehelsetjenesten. Videre i oppgaven henviser vi til veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov når vi skriver veilederen.

Veilederen skal omfatte pasienter med flere utfordringer, som flere sykdommer, nedsatt funksjonsevne, rusmisbruk og andre utfordringer og er dermed relevant for pasienter i hjemmetjenesten. Det nevnes at disse pasientene ofte trenger hjelp fra både spesialisthelsetjenesten, men også fra kommunehelsetjenesten. Disse pasientene er ofte kronisk syke og vil ha behov for oppfølging fra kommunehelsetjenesten. Det kan bety at det er kommunehelsetjenesten som skal gi størstedelen av helsehjelpen. Veilederen er tydelig på at det anbefales å opprette tverrfaglige team som skal jobbe med å utrette et godt tjenestetilbud for disse pasientene. Disse teamene skal innebefatte alle tjenesteytere til denne pasientgruppen, både i kommunehelsetjenesten, i spesialisthelsetjenesten, i NAV og andre instanser. Veilederen nevner at disse teamene skal jobbe sammen ved at de skal ha fagutvikling sammen. Ifølge veilederen vil felles fagutvikling vil gi økt samhold i et samarbeidene team. Veilederen nevner flere ganger at øverste leder har ansvaret for gjennomføringen og innføringen av disse endringene.

Veilederen beskriver kompetanseheving som viktig og den setter fokus på viktigheten av å ha ansatte med kunnskap om faget de skal jobbe med.

Et kapittel i veilederen handler om Helhetlig pasientforløp, dette er et av ordene som brukes for det vi har kalt pasientforløp i hjemmetjenesten. Det fremkommer ikke om dette er et alternativ til de tverrfaglige teamene som beskrives tidligere i veilederen, eller om dette er en måte å organisere de tverrfaglige teamene.

Veilederen definerer fem kjennetegn ved helhetlig pasientforløp. Fire av kjennetegnene handler om samhandling mellom de involverte aktørene: kontinuitet, samarbeid, sømløshet og informasjonsdrevet tjenesteutøvelse. Det siste kjennetegnet er «pasientsentrert». Det vil si at det fokuserer på pasientens deltakelse i oppfølgingsprosessen.

Kontinuitet innebærer at de ulike tjenestene etterfølger hverandre og at tjenesteutøverne gjennom samhandling sikrer at det ikke oppstår unødvendig opphold eller avbrekk i oppfølgingen av pasienten. Samarbeid innebærer at de involverte tjenesteutøverne jobber målrettet sammen enten direkte tilstede hos pasienten eller indirekte gjennom muntlig og skriftlig kommunikasjon. Sømløshet innebærer både at tjenesteaktørene sikrer en god informasjonsflyt og at tjenesteutøvelsen utføres til rett tid. Informasjonsdrevet tjenesteutøvelse innebærer at det utveksles informasjon om pasienten slik at tiltak kan iverksettes på bakgrunn av kunnskap om pasientens tilstand og behov (Helsedirektoratet, 2018).

2 Teori om perspektiver, scenarier, ledelse og endringsledelse

I dette kapitlet vil vi presentere teori som vi har bygget oppgaven vår på. Først vil vi presentere perspektivene som har ligget til grunn for operasjonaliseringen. Disse er det rasjonelle, det institusjonelle og det nyinstitusjonelle perspektivet. Disse sees i sammenheng med scenariene som er rask tilkobling, frastøting og frikobling. Som en komplimenter teori til scenariene presenterer vi virusteorien. Den gir en forklaring på hva som kan skje med endringer i en organisasjon i et lengre perspektiv. For å gi et raskt innblikk i endringsledelse velger vi å presentere noen faktorer ved endringer og endringsledelse som vi mener er relevant for vår oppgave. Til sist presenterer vi et utvalg av ledelsesteori, som vi mener kan forklare funn i vår empiriske kontekst.

En organisasjon består av mennesker som på ulike måter utfører handlinger for å oppnå et bestemt mål. Etzioni (1982) definerer organisasjoner som «...et sosialt system som er bevisst konstruert for å realisere bestemte mål». Jacobsen og Thorsvik (1997) utdyper dette ved å beskrive ulike kjennetegn ved en organisasjon. I tillegg til mennesker og mål vil en organisasjon kjennetegnes ved at det er en organisasjonsstruktur, det vil være relasjon mellom menneskene i organisasjonen og det vil være et samspill mellom organisasjonen og omgivelsene (Jacobsen og Thorsvik, 1997). Dette kan ha betydning for hvorfor organisasjonen agerer som de gjør og hvorfor prosessene i en organisasjon ender som de gjør.

For å forstå og forklare hvorfor implementeringsprosessene har gått som de har gått velger vi å se disse opp imot flere ulike teoretiske perspektiver og scenarier. Vi har valgt å studere prosessene som har foregått i kommunene ut fra det rasjonelle, det institusjonelle og det nyinstitusjonelle perspektivet. Perspektivene har sitt utspring i tidligere forskning på organisasjoner og hvordan menneskene i organisasjonene har agert. Perspektivene har gjennom årene blitt nyansert og har fått noe endret innhold ettersom ny forskning har blitt gjort. Et slikt eksempel er hvordan March og Simons (1958) forskning på 50 tallet viste at mennesket ikke kun var rent økonomisk rasjonell, men handlet på bakgrunn av flere vurderinger enn den rent økonomiske. Dette stred mot datidens ide om det rasjonelle

perspektivet, hvor teorien sa at mennesker i en organisasjon agerte på rent økonomisk grunnlag. Simons (1957) videre teorier viste og at det var begrenset rasjonalitet i de valg som mennesker gjør, altså vi velger ut fra de alternativer som vi ser som aktuelle (Eriksson-Zetterquist, 2009).

Endringsteori er et stort fagfelt, men noen av de mer brukte teoriene rundt endringsledelse er teorier om frastøting, frikobling og rask tilkobling. Scenariene handler om hva som kan skje når en endringside møter organisasjonen og hvordan man kan se for seg at organisasjonen reagerer på den nye ideen (Røvik, 1998 og Christensen mfl., 2015).

2.1 Perspektiver

I organisasjonsteorien beskrives ulike teorier for hvordan vi kan se på og forklare organisasjonens atferd, hvordan omgivelsene påvirker organisasjonen og hvordan endringer kan gjennomføres i organisasjonen. Vi har valgt tre ulike perspektiver som brukes som analytiske verktøy. Vi har konkretisert hvilke faktorer vi forventer å finne i organisasjonene hvis de forskjellige perspektivene råder. Dette er beskrevet under avsnittet om operasjonalisering. Dette har vært en hjelp i arbeidet med å lage intervjumalen og i analysen av resultatene vi fant.

Fordi organisasjoner er i stadig utvikling og endring, vil de ulike perspektivene kunne brukes sammen for å forstå og forklare hva som skjer i organisasjonen.

Ordet perspektiv kommer fra latin og betyr «se igjennom» eller «se inn i» (Store Norske leksikon, 2018). Perspektiv gir oss en mulighet til å se de ulike faktorene på en viss avstand slik at man kan danne seg en bredere forståelse og se sammenhenger av de ulike faktorene.

2.1.1 Det rasjonelle perspektivet

Innenfor organisasjonslitteraturen finnes flere bidrag der organisasjoner er betraktet som instrumenter. En av de mest kjente er Taylor (1911) og hans teori om ledelse av produksjonsorganisasjoner, det han kaller scientific management (Christensen mfl., 2015).

Ser man en organisasjon i et rasjonelt perspektiv betraktes organisasjoner som et redskap eller et instrument for effektiv måloppnåelse. Uttrykket det instrumentelle perspektivet brukes synonymt med det rasjonelle perspektivet i organisasjonsteori (Christensen mfl., 2015). Kjernen i det rasjonelle perspektivet er at organisasjoner er bevisst sammensatt for å oppnå de mål og resultater som ledere og eiere har satt. Aktivitet og adferd i organisasjonene styres av organisasjonen struktur og et viktig element i denne teorien er effektiv ressursutnyttelse for å oppnå målsettinger.

Christensen mfl. (2015) hevder at fordi offentlige organisasjoner skal utføre oppdrag på vegne av samfunnet så kan disse organisasjonene sees på som redskaper eller instrumenter som brukes for å oppnå viktige samfunns mål.

I det rasjonelle perspektivet er den formelle strukturen et viktig virkemiddel for hvordan ledelse kan oppnå organisasjonens mål. Belønningssystemer og kontroll er viktige elementer i ledelsens oppfølging av organisasjonen. Menneskene har underordnet rolle og systemer og struktur er det bærende element i organisasjonen. Perspektivet forutsetter at omgivelsene er forutsigbare og stabile og ikke har større innvirkning på organisasjonens valg. Endringer gjøres når det er behov for det og som en planlagt prosess hvor de ulike alternativene er kjent og man velger det beste alternativet basert på de mål organisasjonen har.

I dette perspektivet tenker man at lederens egenskaper har liten betydning for det resultatet som oppnås. Lederen ansees også som et redskap for måloppnåelse. Det forutsettes en hierarkisk struktur med tydelig formelle posisjoner og at man ut fra dette vil se en autoritær lederstil. Det er strukturene i organisasjonen som former lederen og lederen bruker strukturene som verktøy, uavhengig av personlige trekk. Med denne forståelsen kan ledere enkelt byttes uten at dette får noen betydning for organisasjonene. De ansatte i organisasjonen er redskaper som brukes for å oppnå organisasjonens mål og enkeltpersoners atferd i organisasjonen har liten betydning for hvordan organisasjonen agerer (Christensen mfl., 2015).

I det rasjonelle perspektivet er det en forutsetning at ledere og ansatte handler rasjonelt eller logisk. Det antas at de ansatte velger det alternativet hvor man kan forvente størst

måloppnåelse (Christensen mfl., 2015). Dette åpner opp muligheten til å forutse hvordan en organisasjon vil reagere når en endring blir innført, fordi alle vil respondere rasjonelt og ta det rette valget. Samtidig erkjenner teorien at når det fattes beslutninger kan det være faktorer som reduserer organisasjonens muligheter til å ta det rette valget. Dette betegnes som begrenset rasjonalitet (Simon, 1957). Teorien tar her innover seg at en organisasjon ikke nødvendigvis har helt opplagte målsettinger og at det kan være utenforliggende faktorer som man ikke har kunnskaper om som har betydning for de valg man gjør. Teorien tar høyde for at organisasjoner er mer komplekse enn hva de tilsynelatende ser ut til og at dette har betydning for hva som blir utfallet av de beslutninger som fattes.

I dag erkjenner den rasjonelle teorien at mennesket i en organisasjon handler ut fra mange forventninger. Både forventninger skapt internt i organisasjonen og forventninger som omgivelsene har til en organisasjon. Men mennesket vil alltid gjøre valg ut fra en egosentrisk ide, om hva som egoet ser som alternativer til enhver tid. (Christensen mfl., 2015, Eriksson-Zetterquist, 2009).

2.1.2 Det institusjonelle perspektivet

Det institusjonelle perspektivet oppstod som en reaksjon på og et motstykke til en rasjonell systemforståelse. I dette perspektivet ser en at prosesser i en organisasjon blant annet må ta høyde for organisasjonens egenverdi som kultur, mennesker og normer (Scott og Davis, 2007). Man tenker at det i organisasjonen tilrettelegges for felles verdier og for en grunnleggende tillit i organisasjonen. Begrepene kulturelle perspektiv og naturlige perspektiv brukes også om dette perspektivet.

En viktig beskrivelse innenfor denne tenkningen er det som kan betegnes som en klassisk institusjonell retning, hvor man ser organisasjon som en institusjon på bakgrunn av de ansattes sosiale behov og omgivelsenes påtrykk (Scott og Davis, 2007, Selznick, 1949). Dette perspektivet baseres på at mennesket har en betydelig rolle i hvordan organisasjoner fungerer. Teoriene om dette perspektivet stiller også spørsmål ved den målklarheten som det rasjonelt

perspektiv bygger på. Det forklares med at medlemmene i organisasjonen over tid, gjennom samhandling skaper en virkelighet som danner standard for hvordan arbeidet gjennomføres og hvordan medlemmene i organisasjonen skal handle. Dette fører til at ingen organisasjon er lik og at enhver organisasjon har et særpreg som er unikt for organisasjonen (Røvik, 1992). Dette gir et svar på spørsmål som hvem er vi, hvem skal vi være, hvilke røtter har vi og hva er organisasjonens særpreg og egenverdi (Kvåle og Wæraas, 2006). Organisasjonen vil over tid preges av sosialt oppståtte regler og normer og vil derfor kunne fremstå som helt spesiell med en identitet som kan være vanskelig få innsikt i for utenforstående.

Det viktigste kjennetegnet ved et institusjonelt perspektiv er vektleggingen av de sosialt skapte handlingsreglene for å forstå fenomener i en organisasjon (Røvik, 1992). Institusjonalisering innebærer at organisasjoner over tid utvikler et spesielt preg, en lokal og særegen identitet og uformelle normer som blant annet fører til at betydningen av den formelle delen av organisasjonen reduseres tilsvarende (Christensen mfl., 2015 og Scott og Davis, 2007). Den institusjonelle organisasjonen vurderes som kompleks og lite fleksibel og tilpasningsdyktig overfor nye krav. Perspektivet tilfører samtidig nye og nødvendige egenskaper som gjør at organisasjonen både kan løse oppgaver bedre og fungere bedre som sosialt fellesskap (Christensen mfl., 2015). På individnivå handler dette om sosialisering: En fase ethvert nytt organisasjonsmedlem må igjennom, for på den måten å forstå og ta inn over seg de verdiene og normene og de sosialt skapte handlingsreglene som fins i institusjonen (Berger og Luckmann, 1966).

Innenfor en institusjonell handlingslogikk oppdages mål underveis, og det utvikles gradvis uformelle normer, verdier og identiteter. Når en formell organisasjon over tid utvikler uformelle måter å fungere på som ikke direkte er relatert til oppgavene som utføres, beskrives det som institusjonelle trekk (Selznick, 1997).

I dette perspektivet kan en se at en institusjon har verdi i seg selv utover verdien av de oppgavene som utføres. Mål blir å betrakte som mer uformelle og kan bidra til å fremme kulturelle trekk i organisasjoner. Mål oppdages og utvikles gradvis i en naturlig prosess hvor en

organisasjon samtidig tilpasser seg påvirkninger både utenfra og innenfra. Uformelle mål virker sammen med de formelle mål uten at formelle mål har stor betydning for adferd. Samtidig kan uformelle mål også virke til å øke spenninger innad og undergrave de formelle målene. Et hovedpoeng i perspektivet er at mål ikke er utarbeidet i forkant, og ikke kan designes eller forhandles om. En er videre fokusert på de indre sosiale effektene av de uformelle målene og er skeptiske til de instrumentelle virkningene av de formelle målene (Christensen mfl., 2015).

Endring innenfor dette perspektivet sees på som naturlige utviklingsprosesser der organisasjonen gradvis tilpasser seg indre og ytre omgivelser (Selznick, 1949). Organisasjon blir å betrakte som en organisme som vokser og gror, og kultur blir å betrakte som noe en institusjon er. Videre kan en se for seg at omgivelsene oppfattes som en trussel og oppleves som «fiender». Fordi organisasjonen ønsker å bestå forsøker en å spille på lag. Utvikling skjer ikke like raskt som ut fra et rasjonelt perspektiv. Endring tolkes som gradvise og tidkrevende prosesser med kulturen som fokus for endringsprosessene.

Røvik (1992) hevder at en institusjonell identitet skapt av sosiale handlingsregler gjør en organisasjon robust overfor krav om omfattende og raske endringer. Organisasjonen blir oppmerksom på motstand mot endringer og at endringer er vanskelig å styre. De formelle strukturene har mindre betydning for hvordan organisasjonen fungerer og det er på de uformelle arenaene i organisasjonen at organisasjonens liv foregår.

Selznick (1949) peker på nødvendigheten av å forstå de sosiale sammenhengene, altså normer og regler på den uformelle arenaen for å forstå organisasjonen. For å ta hensyn til det bestående må store reformer innføres over tid uten for mye hastverk. I en institusjonell tilnærming vektlegges kognitive, normative og regulative strukturer som grunnlag for stabilitet og mening med sosial adferd (Scott og Davis, 2007).

Lederen blir i dette perspektivet betraktet som viktigere enn i det rasjonelle perspektivet. Ledelse dreier seg om mellommenneskelige forhold innenfor de formelle, strukturelle og institusjonelle rammene. Dette gir muligheter for handling, men også klare føringer og begrensninger. Ledelse vil i hovedsak være rettet inn mot sosial sosialisering. Ledelse vil baseres

på tradisjoner og fellesskap, overlevelser, læring og personlig utvikling (Christensen mfl., 2015).

I det institusjonelle perspektivet har mennesket og enkeltpersoner en langt større betydning. Teorien åpner opp for at de ansatte påvirker hvordan organisasjonen agerer og håndterer endringer. I dette perspektivet vil også leders personlige trekk og egenskaper spille en viktig rolle for hvordan en endring kan vise seg.

Generelle ledertrekk har stor betydning i et institusjonelt perspektiv. Eksempler på trekk kan evnen til å fremstå som troverdig eller være evnen til å få tillit. Videre vil det å gå foran med et godt eksempel og å kunne spille på spenninger og motsetninger være viktige lederegenskaper. Selznick (1957) beskriver dette som statsmannskunst.

2.1.3 Det nyinstitusjonelle perspektivet

Med utgangspunkt i den institusjonelle tilnærmingen har en etter hvert endret syn på hvordan og hvorfor mennesker i organisasjoner gjør som de gjør (DiMaggio og Powell, 1991).

I det nyinstitusjonelle perspektivet trekkes faktorer som symboler, tradisjoner, verdier og holdninger inn i forståelsen av den menneskelige adferden. Christensen mfl. (2015) betegner dette perspektivet som et myteperspektiv. De forklarer at *myter* skapes ved at sosiale normer fra omgivelsene former organisasjonen. Dette perspektivet omtales også som et åpent perspektiv.

En grunntanke i det nyinstitusjonelle perspektivet er forståelsen om at en organisasjon befinner seg i såkalte institusjonelle omgivelser, hvor den møter sosiale normer for hvordan den bør være utformet og hvordan den skal agere (Meyer og Rowan, 1977). For å forstå organisasjonen må man derfor også forstå hvilke omgivelser den er i.

Mål sees på som betydelig mer ustabile enn i de andre perspektivene. Med bakgrunn i dette perspektivet utvikles og bestemmes mål ut fra eksterne situasjoner og press fra omgivelsene.

Det vektlegges at mål som formuleres har symbolsk karakter og målene har til hensikt å styrke den eksterne legitimiteten. Slike symbolske mål kan virke sammen med både formelle og uformelle mål, og enten hemme eller fremme virkningene av disse (Christensen mfl., 2015).

Ledelse i dette perspektivet kan på den ene siden bli sett på som passiv som følge av naturlige prosesser, idet en må forholde seg til signaler utenfra. Prosessene i omgivelsene er viktigere, og gir mindre rom for utøvelse av lederskap enn fra både en instrumentell og en institusjonell tilnærming. På en annen side kan ledelse dreie seg om å være mer bevisst og aktivt skille mellom myter og handling, og på den måten inspirere innad og gi en retning og profil utad (Christensen mfl., 2015). Dette kan innebære at lederen får en mer aktiv rolle som inspirator.

Endringer i dette perspektivet kommer fra generelle legitimerede ideer, standarder eller oppskrifter på hvordan organisasjoner skal agere for å overleve. Endringer i organisasjonen skjer fordi det skjer endringer i omgivelsene. For organisasjonen vil det å overleve og bevare legitimitet være helt avgjørende og endringer vil være knyttet til denne målsettingen. Endringer vil derfor være et svar på ytre press og krav til tilpasning. Endring og endringsprosesser i dette perspektivet fokuserer mer på hvordan organisasjonsoppskrifter blir adoptert, og mindre på hvordan de blir utviklet og formidlet (Christensen mfl., 2015 og Røvik, 1992). Man vektlegger å gi et inntrykk av at strukturer og prosedyrer stemmer overens med oppfatninger om hva som er rasjonelt, rimelig og moderne for å oppnå legitimitet i omgivelsene. Forventninger fra omgivelsene fører til at en organisasjon må forholde seg til normer for organisasjonsutforming og forsøke å tilpasse seg disse og reflektere dem utad, selv om de ikke nødvendigvis gjør virksomheten mer effektiv. Den formelle strukturen avpasser og endrer seg altså etter press i de institusjonelle omgivelsene i form av nye krav, verdier og normer. Et overordnet mål blir derfor å sikre organisasjonen legitimitet og kontinuitet i omgivelsene, og at den dermed fremstår som moderne

2.2 Scenarier

2.2.1 Rask tilkobling

Røvik (1998 og 2007) viser til det rasjonelle perspektivet i organisasjonsteorien når han beskriver antakelsen om rask tilkobling av organisasjonsidéer i en organisasjon. I det rasjonelle perspektivet forutsettes det at organisasjonens medlemmer handler rasjonelt og at ledelsen bruker den organisasjonsidéen som oppfattes å passe best til det aktuelle området. Ledelsen planlegger, kontrollerer og bruker sin makt for å implementere idéen i organisasjonen, og implementering blir ensbetydende med installering (Scott og Davis 2007, Røvik 2007).

Organisasjonen sees på som et verktøy som er konstruert for å oppnå et mål og man ser for seg en uproblematisk og rask implementeringsprosess. Organisasjonen som et verktøy legger derfor til grunn et optimistisk syn på implementering av organisasjonsoppskrifter, det skjer en rask tilkobling.

Med utgangspunkt i rask tilkobling kan man tenke seg at endringen er et nokså ferdigutviklet redskap når den tas inn i organisasjonen (Røvik, 2007). Med dette perspektivet ansees endringer som en planlagt prosess og det er få eller ingen tilfeldigheter både i forhold til hvorfor endringer iverksettes og hvordan de iverksettes. Leder har en sentral rolle i endringsprosessen og er den rasjonelle aktør som tar beslutninger ut fra rasjonell forståelse og analyse av hva som fungerer best for organisasjonen.

Det ligger en positiv undertone i teorien som tilsier at forutsatt at organisasjonsidéen implementeres riktig, vil organisasjon tidlig høste resultater fra styringsprinsipper, rutiner og aktiviteter (Røvik, 1998). Dette underbygges av at denne retningen betegnes som et «optimistisk scenario» i den rasjonalistiske managementtradisjonen (Røvik, 1998).

Ut fra det rasjonelle perspektivet blir holdninger og handlinger påvirket av organisasjonens formelle strukturer. Menneskene i organisasjonen er kun brikker som brukes til å oppnå bestemte mål. Ved en rask tilkobling kan man forvente å finne få tegn til motstand blant de ansatte. I den grad det oppstår motstand mot endringen, vil ledelsen enten forsøke å

overkomme det ved å argumentere logisk og rasjonelt ovenfor de ansatte, og i tilfeller der motstanden øker slik at reformen kan bli truet, vil ledelsen ha tilstrekkelig autoritet og makt til å likevel iverksette de planlagte tiltakene. Spor av de endringer som iverksettes vil relativt fort ses i organisasjonen i form av at endringene er synlige gjennom de ansattes handlinger (Røvik, 1998 og Røvik, 2011).

2.2.2 Frastøting

I det institusjonelle perspektivet ansees organisasjoner som bærer av kulturelle forhold. Organisasjonene er komplekse og motstandsdyktige mot endringer (Røvik, 1998). Verdier og normer bygd opp over tid er viktige for organisasjonens atferd, og for å finne ut av dem, må man følgelig ta i betraktning organisasjonens historie. Atferd på bakgrunn av verdier og normer kan derfor være vanskelig å endre.

I en endringsprosess vil man i dette perspektivet forvente at det skjer en frastøting av de nye ideene som dukker opp. Antakelsen om frastøting tar utgangspunkt i den komplekse organisasjon og at endringer kan være innviklet. Likevel kan de justeres og utfordres, men da over en lang tidshorison.

Røvik (1998) hevder at det fortrinnsvis er oppskrifter som er kompatible, dvs. nokså like, med det tekniske og verdimesige forhold i organisasjonen som kan trenge inn i organisasjonen. Ut fra dette må endringen passe til organisasjonenes praksis, verdier og normer.

Christensen mfl. (2015) viser til utfordringer rundt verdigrunnlaget ved å si at det skjer en frastøting, motstand eller treghet når vedtak ikke passer med de uformelle normene, oppfatningen og tradisjonene som har dominert i organisasjonen over tid.

I utgangspunktet vil endringen bli innført, men av ulike årsaker vil den ikke fungere i praksis og etter hvert vil den bli frastøtt.

2.2.3 Frikobling

Frikobling er utledet fra det ny-institusjonaliserte organisasjonsperspektivet. Utgangspunktet er at endringer tilsynelatende blir innført på grunn av press fra omgivelsene.

Ved frikobling vil organisasjonens omgivelser for eksempel kunder, politikere, pasienter etc. forvente at organisasjonen tar i bruk nye handlingsmønstre fordi dette oppfattes som det riktige å gjøre. Dette kan komme i strid med grunnleggende måter å handle på eller føre til en mindre effektiv organisasjon og dermed være til hinder for at organisasjonen kan fungere optimalt. Organisasjonen kan dermed få en legitimitetskonflikt som løses ved at man utad uttrykker at organisasjonsidéen er innført. Organisasjonen fremstår dermed som endringsvillige og moderne. På innsiden derimot er organisasjonsidéen ikke iverksatt slik det uttrykkes til institusjonens omgivelser. Det er med andre ord ikke samsvar mellom det som kommuniseres til omverden og det som skjer i det daglige arbeidet i organisasjonen (Røvik, 1998). Man vil se at de ansatte agerer som at de har tatt inn over seg endringen men i praksis forholder de ansatte seg ikke til dette.

2.3 Virusteori

Røvik (2007 og 2011) bruker metaforen virus for å forklare hva som skjer når endringside finner vei i organisasjonen. Ifølge denne teorien kan endringsideer sammenlignes med virus på flere ulike måter. Endringer og virus kan ha lik form og innhold det vil si at de ser og opptre likt. De spres på lik måte, det kan oppstå forsvar mot det som kommer utenfra og at det kan ta tid før man kan se endringer eller symptomer. Videre kan virus og endringer sammenlignes ved at de kopieres, reproduseres og endres og at viruset eller endringen stopper og opp før den igjen beveger seg. Røvik (2011) hevder at denne teorien kan gi en bredere og mer variert forklaring enn tradisjonelle teorier på endringsideers skjebne. Virusteorien gir en forklaring på hvordan en ide kan bli presentert i en organisasjon, for så å bli forkastet, men for så å bli innført etter noen år, enten i original eller endret form (Christensen mfl., 2015).

Viruset og endringsideens form og oppførsel kan sammenlignes ved at de ofte er enkle i sin form. Videre har de ofte en innpakning eller et skall. I vårt tilfelle blir skallet kalt pasientforløp. Røvik (2007 og 2011) trekker også frem at opprinnelse kan være et annet fellestrekk.

Måten virus og endringsideer forflytter seg på kan beskrives som smitte. Det vil si at spredningen skjer ved at viruset eller ideen forflytter seg direkte eller indirekte kontakt mellom personer. I forhold til endringsideer handler dette om at ideen blir videreformidlet gjennom de personene som har hørt om eller tatt del i endringsprosessen.

Både virus og endringsideer kan bli møtt med forsvar. Det betyr at det mobiliseres motstand mot at endringen eller viruset skal få innpass. Røvik (2007) beskriver to ulike former for forsvar. Det ene er indre forsvar som handler om at når ideen møte organisasjonen kan den bli møtt med at den ikke passer inn i forhold til praksis eller innarbeidede rutiner eller at ideen er i strid med personer eller gruppers interesser. Det ytre forsvaret handler om at det ikke er samsvar mellom ledelsesmessige ønskede endringer og det utøvende ledd. Dette kan medføre at en ledelsesinitiert endringsprosess ikke finner veien inn i organisasjonen.

Endringsideer og virus bruker tid på å finne seg til rette i henholdsvis organisasjonen eller organismen. Dette innebærer at fra en endringside blir presentert for organisasjonen til man kan se at endringen faktisk skjer så tar det noe tid. Dette kan forklares med at endringsideen trenger en modningstid før den kan tas i bruk.

Symptomer kan i lys av virusteori bety effekter av endringene. Dette betyr at endringsideer, på samme måte som virus viser seg gjennom kjennetegn eller symptomer. Dette kan vise seg gjennom endring i språket, ved at man tar til seg ord eller uttrykk. Dette fører ikke nødvendigvis til endring i oppførsel, men kan være et tegn på at ideen blir tatt opp som en del av organisasjonens kultur.

Kopiering, reproduksjon og mutasjon referer til at det endringsideen kan tas opp av organisasjonen som den er, gjenoppstår som en ny utgivelse av seg selv eller som en endret versjon av seg selv. Dette kan bety at endringsideen blir tatt direkte inn i organisasjoner uten at

ideen blir endret eller ideen kan også endres og tilpasses slik at den passer inn i den nye organisasjonen.

Ved inaktivering og reaktivering vil man se at endringsideen ikke finner sin plass i organisasjonen, men dukker opp på et senere tidspunkt. Endringen blir tilsynelatende forkastet, men man vil ta den i bruk på et senere tidspunkt.

2.4 Endringsteori

Endringsteori er et stor fag. Vi har tatt med oss enkelte deler av endringsteori for å forklare og forstå fenomener og funn.

Endring og forandring i organisasjoner er ifølge Busch og Vanebo (2000) helt nødvendig for at organisasjonen skal følge ytre krav eller unngå å komme i utakt med omgivelsene. Noen endringer skjer ved at man i det daglige gjør justeringer som er av betydning for organisasjonens, mens andre endringer handler om å gjennomføre store endringer på vesentlige områder i organisasjonen.

Endringer i organisasjonen vil i mange tilfeller handle om å gå fra en trygg og forutsigbar hverdag til en uoversiktlig og usikker arbeidstilstand (Jacobsen, 2012). Kirkhaug (2015) hevder at forventninger til ledere i uoversiktlige situasjoner er at de søker å gjenopprette orden og oversikt. Dette kan gjøres ved at lederen tydeliggjør de faktorene som har betydning for organisasjonens eksistens. Eksempler på faktorer kan være klargjøring av intensjoner, utarbeiding av retningslinjer, tydeliggjøring av målsettinger og strategier (Kirkhaug, 2015).

I helsesektorene er det gjort undersøkelser som viser at helsepersonell utsettes for mange endringer i sin arbeidshverdag. Til dels er endringene av en slik karakter at de kan betegnes som inngripende i den ansattes livssituasjon (Bernstrøm, 2014). Hvis endringer ikke fungerer i praksis gir dette en læring i negativ forstand om at endringer i liten grad fungerer og de ansatte konkluderer med at det ikke er nødvendig eller hensiktsmessig å engasjere seg i nye endringer. Dette kan videre føre til en «selvoppfyllende profeti» ved at ingen har tro på nye endringer og

dermed er det ingen som iverksetter de planlagte endringene (Amundsen og Kongsvik, 2016). Dette kan kalles endringskynisme. Ifølge Amundsen og Kongsvik (2016) kan stort endringspress kan føre til at ansatte blir likegyldige til nye endringer. Utryggheten og kaoset som oppstår ved innføring av endring kan være en positiv driver for at endringsprosessen gjennomføres. Dette kan komme av at organisasjonen er utenfor «komfort-sonen». Dette beskrives som en indre kontekst eller en kultur som betinger endringsvilligheten i organisasjonen (Jacobsen, 2012).

Endringsprosesser starter ved at en eller flere personer ønsker en endring i organisasjonen. Disse aktørene kaller Jacobsen (2012) for endringsagenter. Dette er i utgangspunktet endringsagentene som initierer en endringsprosess, men det kan også være de samme personene som er pådrivere av implementeringsprosessen. I vårt materiale betegner vi disse personene som nøkkelpersoner fordi vi mener at de har hatt nøkkelroller. Noen av disse nøkkelpersonene har initiert endringen og de har hatt viktige roller for å få endringen implementert i organisasjonen.

Tidsperspektivet er en viktig del av endringsprosessen. Endringer i organisasjonen skjer ikke plutselig, men foregår som en prosess over tid. Det kan tenkes at endringsprosjekter som involverer mange ulike enheter vil ta lengre tid enn endringer som bare er internt i en enhet. Videre vil prosesser som skal endre kulturelle forhold ta lengre tid enn endringer som påvirker struktur, strategi og systemer. Endringer i kulturen i organisasjonen kan bare skje over tid og man må sikre opplæring, utdanning og sosialisering av organisasjonens medlemmer. (Jacobsen, 2012).

Endringskapasitet handler om organisasjonens evne til å gjennomføre endringer samtidig som at vanlig drift pågår (Jacobsen, 2012). Endringskapasitet handler med andre ord om hvordan organisasjonens medlemmer klarer å stå i og håndtere en endringsprosess samtidig som daglig oppgaver blir gjennomført. Jacobsen (2012) viser til Meyer og Stensaker når han beskriver ulike måter å skape endringskapasitet. En av disse måtene er å utvikle endringsressurser. Dette skjer blant annet gjennom å utvikle endringskompetanse hos ledere og endringsagenter. Endringsagenter beskrives som personer som gjennom erfaring og kompetanse om endringsledelse fungerer som iverksetteres av endringer (Jacobsen, 2012).

2.5 Ledelsesteori

Denne oppgaven er skrevet i et lederperspektiv. Forståelsen av hva ledelse innebærer er derfor essensielt for at vi skal kunne vurdere de funnene vi har gjort. Vi velger å se ledelse og lederskap i et endringsperspektiv.

Ledelse har mange ulike definisjoner. Vi bruker Jacobsen og Thorsvik (1997) forståelse av ledelse. De trekker frem tre sentrale aspekter ved ledelse:

- 1) En rekke handlinger som utøves av en eller flere personer.
- 2) Handlingen har som hensikt å få andre personer til å gjøre noe.
- 3) Handlingen har til hensikt å oppnå mål. (Jacobsen og Thorsvik, 1997).

Jacobsen (2012) hevder at ledelse er spesielt viktig i endringsprosesser. Dette begrunner han med at i endringsprosesser vil det etablerte og stabile brytes opp og utfordres. Dette øker betydningen av personer som kan fatte beslutninger utenfor det etablerte, være visjonær og ha evnen til å lage orden i en kaotisk hverdag (Jacobsen 2012).

Siden atferd er et sentralt begrep i deler av den teoretiske forståelsen av lederskap er det nærliggende å tenke at personlige trekk hos lederen påvirker lederens atferd. Dette underbygges av Grund (2006) som hevder at god ledelse er dypt personlig.

Ifølge Kirkhaug (2015) er det forskningsmessig uklart om lederes personlige egenskaper eller trekk har betydning for suksess som leder. Han viser til Stogdills analyse av 124 trekkstudier hvor konklusjonen var at det ikke er empiriske funn som kunne påvise sammenheng mellom trekk og suksess (Kirkhaug, 2015). På den andre siden viser han til forskning som underbygger påstanden om at visse ledertrekk har betydning for ledersuksess og ledereffektivitet. Han skriver blant annet om Yukl som har skrevet om ulike personlige egenskaper som synes å ha sammenheng med ledereffektivitet på en rekke områder i arbeidslivet. Disse egenskapene er: Høyt energinivå, selvsikkerhet, kontrollorientering, følelsesmessig modenhet, personlig integritet, sosialisert maktmotivasjon, presentasjonsorientering og lite behov for tilhørighet og vennskap på jobben (Kirkhaug, 2015).

Lederskap omhandler forholdet mellom lederen og medarbeiderne (Kirkhaug, 2015). Martinsen (2005) mener det er forskjell på ledere er orientert mot mennesker og de ledere som er mer opptatt av oppgavene og av ytre belønning.

Kommunikasjon i et lederperspektiv tjener til flere ulike funksjoner. En funksjon er at kommunikasjon gir mulighet for at lederen kan kontrollere ansatte. En annen funksjon er leders mulighet til å påvirke prosesser. Disse områdene kan handle om at leder er satt i en rolle som handler om å bruke ulike virkemidler for å oppnå et eller flere mål. Ledere er gjennom sin funksjon og rolle satt til blant annet ta beslutninger, fastsette mål og iverksette nødvendige endringer. Dette er faktorer som gir makt til leder (Kirkhaug, 2015).

Erlie (2003) påpeker at den interne kommunikasjonen er avgjørende for å lykkes i endringsprosesser.

3 Metode

I dette kapittelet presenterer vi forskningsdesign og den metoden vi har valgt for å kunne svare på problemstilling og forskningsspørsmål. Vi vurderer også fordeler og ulemper med metoden og en vurdering av forskningsetikken. Dette gjør vi for å gi leseren en gjennomgang av vår arbeidsmåte og for å belyse begrensinger og muligheter til å bruke våre funn i annet arbeid.

Vår problemstilling er:

Hva skjer når pasientforløp skal innføres?

Hva er lederes erfaring med innføring av pasientforløp i kommunehelsetjenesten?

For å belyse problemstillingen har vi myntet ut følgende forskningsspørsmål

- Hvordan forløper implementeringsprosessen og hva blir utfallet?
- Hva kan vi lære av to kommuner som har innført pasientforløp?
- Hvilke lederutfordringer ser man ved innføring av pasientforløp i kommunehelsetjenesten?
- Hvilke suksesskriterier ser man ved innføring av pasientforløp i kommunehelsetjenesten, med andre ord, hva kan forklare variasjoner i vellykkethet?

3.1 Forskningsstrategi

Valget av forskningsstrategi gir oss et utgangspunkt i hvilken metode vi skal bruke. Blaikie (2010) beskriver fire ulike forskningsstrategier, som gir retning ut fra hvilket forskningsspørsmål som skal besvares.

Induktiv forskningsstrategi viser veien fra data til teori. Denne strategien brukes på “hva-spørsmål” og den beskriver det sosiale livet. Den deduktive forskningsstrategien viser vei fra teori til empiri. Denne strategien brukes på “hvorfor-spørsmål” og den søker sammenheng mellom ulike konsepter. Retroduktiv og abduktiv forskningsstrategi forsøker begge å besvare

“hvordan-spørsmål”. Retroduktiv forskningsstrategi viser vei til hvordan man kan forklare et fenomen ved å se på underliggende strukturer og mekanismer, som ofte ikke er synlig ved direkte observasjon. Abduktiv forskningsstrategi vil forklare og forstå en sosial verden, hvor aktørenes oppfattelse av virkeligheten og deres konseptualisering og forståelse gir forklaring på fenomenene som vil belyses (Blaikie, 2010).

Vår problemstilling er en blanding mellom et “hva-spørsmål” og et «hvordan spørsmål». Vi vil belyse hva som har skjedd med pasientforløp i kommunene, hvordan lederne har opplevd innføringen og hvilke utfordringer de har møtt på. Dette leder oss mot en blanding av en induktiv og en abduktiv forskningsstrategi.

En ytterligere spesifisering av abduktiv forskningsstrategi er slik Danemark (1997) beskriver. Han mener at ved abduksjon kan man bruke en tenkt sammenheng eller mønster å tolke og rekontekstualisere disse. Dette gjør at man kan forstå noe på en ny måte ved å se det fra flere sider. Vi mener at denne forklaring av abduksjon kan åpne rom for at vi som forskere kan lære av de prosessene vi studere og overføre kunnskap til andre områder.

3.1.1 Operasjonalisering

I operasjonaliseringen har vi valgt å se på hva som skjedde med ideen i lys av scenariet om frastøting, rask tilkobling og frikobling. Som nevnt tidligere er disse scenariene knyttet opp til institusjonelt -, nyinstitusjonelt - og rasjonelt perspektiver. Operasjonaliseringen gir oss et utgangspunkt i søken etter hva som har skjedd med pasientforløp når det er innført i kommunene. Vi vil først presentere hva vi ser for oss kan skje i de ulike scenariene, i den videre operasjonaliseringen ser vi på faktorer som vi mener kan definere om implementeringen av endringen har vært en suksess.

Vi har valgt å knytte operasjonaliseringen av perspektiver og scenarioer til overskriftene implementering og drift av pasientforløp. Videre har vi sett på suksesskriterier, dette er faktorer som ikke knyttes direkte opp mot scenariene om rask tilkobling, frikobling og frastøting.

Suksessfaktorene er koblet på en skala fra høy til lav, disse er ment som et verktøy for å vurdere om viktige aspekter i gjennomføringen av pasientforløp er gjennomført.

3.1.1.1 Scenariet rask tilkobling

Ved rask tilkobling av en endringside vil vi forvente å finne en entusiastisk gruppe med arbeidere som brenner for ideen. Ideen er forankret på administrativt, politisk og medarbeider nivå. De jobber med å bygge opp entusiasme og eierskap blant medarbeiderne. De gjør et godt forarbeid, slik at når datoen for oppstart kommer er prosedyrene på plass og alle som skal jobbe med den vet hva de skal gjøre. Det er lite motstand mot endringen i kommunen. Dette er enten fordi man har «lojale» medarbeidere som gjør som de blir fortalt eller mer realistisk er at man har jobbet med motforestillinger mot endringen og løst disse problemene. Så når oppstartdatoen kommer blir endringen «rullet ut» over kommunen og endringen er et faktum. Alle vet hva de skal gjøre og følger prosedyrene. Videre vil alle ansatte få faglig oppfølging om pasientforløp, slik at alle jobber slik de skal. Innføringen av pasientforløp blir evaluert etter en tid og både pasienter og ansatte er med i evalueringen. Pasientforløp vil oppleves av de ansatte som «vår arbeidsmåte», de vil ha eierskap til ideen og vil trolig ikke se for seg at de skal gå tilbake til gammel arbeidsmåte (Christensen mfl., 2015, Røvik, 1998 og Røvik, 2011).

3.1.1.2 Scenariet frastøting

I en kommune hvor det har skjedd en frastøting vil vi finne at de ansatte bruker tidligere arbeidsmåter og ikke bruker pasientforløp i arbeidshverdagen. De vil trolig forklare dette med at pasientforløp ble for vanskelig å innføre fordi vår organisasjon er spesiell. En frastøting trenger ikke å bety at forarbeidet har vært dårlig, men når ideen kommer ut i kommunen vil det være motstand. Motstanden begrunnes med argumenter om at ideen er for enkel eller ikke lar seg gjøre å innføre fordi organisasjonen er kompleks. Etter å ha forsøkt de nye rutinene en tid går man tilbake til gamle rutiner som man kan mener er standard for god pasientbehandling. En annen mulighet under frastøting er at de ansatte sier de driver med pasientforløp. Når man ser på hva de legger i begrepet blir det tydelig at de har tilpasset ideen til egen organisasjon og hverdag. Slik kan de ha lagt en ny betydning inn i ordet og dermed kan drive med en ny praksis,

men ikke noe som kan kalles for pasientforløp. (Christensen mfl., 2015, Røvik, 1998 og Røvik, 2011).

3.1.1.3 Scenariet frikobling

Om vi skulle møte frikobling i en kommune ville vi se at ingen brukte pasientforløp. De vil kunne forklare at noen hadde pratet varmt for pasientforløp, men at den ikke bredde om seg i organisasjonen. Ideen kan ha vært dårlig forankret, eller dårlig planlagt, men den ville uansett ikke ha kommet ut i drift. Man vil i noen deler av prosessen kunne finne at ledelsen mener ideen er innført, men hvis man ser på hva som faktisk skjer i organisasjonen har det ikke blitt noen endring. Dette kan for eksempel vises ved at prosedyrene er endret, men de blir ikke fulgt. Slik er to ledd i organisasjonen frikoblet fra hverandre. En annen mulighet er at man har innført ord og uttrykk fra endringsideen, men at det ikke fører til endring i handling. Slik har ideen aldri nådd til endring av handling, men kun til endring i kommunikasjonen. Om pasientforløp var forsøkt innført i kommunen ville den ha blitt møtt med likegyldighet blant de ansatte. De ansatte ville fortsatt med de gamle arbeidsmåtene, på tross av nye rutiner og forventning om ny arbeidsmåte og pasientforløp ville aldri nå ut til pasientene. (Christensen mfl., 2009, Røvik 1998 og Røvik, 2011)

3.1.1.4 Virusteorien

Slik vi ser det åpner denne teorien for at man på forskjellige tidspunkt i en prosess kan se de forskjellige scenariene på forskjellige tidspunkt. I lys av virusteorien kan en endringside gå igjennom flere faser. Den kan bli implementert for så å vise tendenser på rask tilkobling. Så kan den ha en inkubasjonstid hvor man finner tegn til frikobling eller frastøting. Videre kan den ha en periode med reaktivering hvor man igjen ser tegn til rask tilkobling. Ideen kan bli endret for å tilpasse seg organisasjonen, altså en mutasjon. Slik tar denne teorien høyde for at en endringsprosess kan vise tegn til flere scenarier i samme prosess. (Røvik, 2011, Christensen mfl., 2015)

3.1.1.5 Operasjonalisering av variabler i planleggingsfasen

For å kartlegge arbeidet før implementering av pasientforløp i kommunene har vi valgt å se på fire faktorer.

Med variabelen forarbeid ønsker vi å se på hvordan forarbeidet før innføringen var gjort. Dette kan gi oss et bilde på hvordan planleggingsprosessen var og om den initialt ble møtt med motstand blant de ansatte.

Variabelen respons kan si oss noe om hvilke reaksjoner pasientforløp ble møtt med i kommunene. Spesielt sier dette noe om hvordan de ansatte så på ideen og om pasientforløp ble forsøkt innført.

Variabelen forankring kan si oss noe om hvordan endringsideen har blitt tilknyttet og besluttet blant ansatte, ledere, bruker og på politisk nivå.

Variabelen initiativ handler om hvem det er som har tatt initiativ til prosessen. Vi ønsker her også å kartlegge hvem som har ført ideen til prosess og implementering. Vi ser etter om det er en, få eller mange som har startet arbeidet. Vi ønsker også å kartlegge om man har tatt med seg andre i prosessen videre.

Tabell 1 Forventinger til variabler i planleggingsfasen

	Forarbeid	Respons	Forankring	Initiativ
Rasjonelt perspektiv Rask tilkobling	Nøye og god planlegging. Initiert, gjennomført fulgt opp av ledelse. Det er satt en dato for oppstart.	Ideen blir møtt med entusiasme og blir innført, utført slik det er tiltenkt	Alle relevante aktører deltar aktivt i prosessen fra planlegging, gjennomføring og evaluering.	Ideen kommer fra en eller flere i ledelsen i organisasjonen som sikrer god forankring i alle lag av hierarkiet
Institusjonelt perspektiv Frastøting	Planlagt, men vanskelig å unngå mobilisering av motstand.	Ideen møtes med skepsis i organisasjonen. Den blir forsøkt innført, men ideen blir funnet for enkel, eller ikke Tilpasset organisasjonen og blir forkastet.	Ensom ulv» En person med endringsengasjement, men som ikke får spredt eierskap for ideen i organisasjonen.	Ideen kommer som en ferdig oppskrift fra en ekstern aktør, den er innført av en eller få som er «frelst» og møter motstand i andre lag av organisasjonen
Nyinstitutionelt perspektiv Frikobling	Noen i organisasjonen er begeistret for ideen, men får ikke forankret den, planleggingen er gjort av en eller få personer.	Ideen blir sett på med likegyldighet og sløvhet, det er liten entusiasme for å prøve den ut og forblir kun på «tegnbrettet» og blir ikke implementert.	Forankret blant ledelse, men har ikke engasjement hos de ansatte. Politisk forankring med uten oppfølging og eierskap til prosessene	Ideen har en eller få tilhengere i organisasjonen, og særlig svak oppslutning i praksisfeltene, mens de fleste mener vi klarer oss godt med det vi allerede gjør.

3.1.1.6 Operasjonalisering av variabler om implementering og drift av pasientforløp.

Med operasjonalisering av denne variabelen ønsker vi å belyse hva som skjedde med pasientforløp i møte med kommunen, både i et kort og lengre perspektiv. Vi ønsker å se i hvilken grad ideen har materialisert seg i praksis og hvilken behandling får pasientene i dag. For å belyse dette ønsker vi å se på tre faktorer.

Innføring handler om hva som skjedde når ideen ble implementert og om pasientforløp i det hele tatt ble implementert.

Prosedyrer er arbeidsbeskrivelsene for hvordan man skal gjøre ulike arbeidsprosesser, å lage nye prosedyrer kan være en måte å se om man har formalisert innføringen. Ved at man har brukt tid på å lage prosedyrene har man prioritert denne arbeidsoppgaven som kan være tidkrevende. Prosedyrer har ingen verdi i seg selv, de må brukes for å føre til endring. Men om de ansatte følger prosedyrene vil de også ha endret arbeidsmåte. Videre i oppgaven bruker også betegnelsen rutiner mer eller mindre synonymt med prosedyrer.

Ved å se på hvor mange pasienter som får pasientforløp i dag ønsker vi å se hvilken behandling pasientene får i dag. Dette gir oss en indikasjon på om pasientforløp som metode brukes, eller om det har blitt forkastet av organisasjonen.

Tabell 2 Forventinger til hvordan implementeringa gikk

	Innføring	Prosedyrer	Gjennomføringsgrad
Rasjonelt perspektiv Rask tilkobling	Datoen for oppstart følges og da går man over til kun å bruke nytt system. Prosedyrene blir fulgt. Pasientforløp er blitt en del av daglig arbeid	Er utarbeidet i god tid, de ansatte har fått opplæring.	Alle pasienter får pasientforløp. Prosedyrene har blitt evaluert og oppdatert.
Institusjonelt perspektiv Frastøting	Endringen ble prøvd ut.	Alt 1: Prosedyrer og rutiner er utarbeidet og innført, men blir ikke fulgt etter en tid.	Noen pasienter har fått det, men det tok kort tid før det ble avsluttet. I dag får ingen pasientforløp
Nyinstitutionelt perspektiv Frikobling	Alt 1: Planlagt, men man kommer ikke til implementering.	Alt 1: Prosedyrer er ikke utarbeidet. Alt 2: De nye prosedyrene ble innført, men de ble ikke fulgt.	Ingen pasienter får pasientforløp fordi noen eller alle profesjonene har avsluttet engasjementet i prosjektet i planleggingsfasen og følger gamle prosedyrer.

3.1.1.7 Operasjonalisering av variabelen suksesskriterier

I tillegg til operasjonaliseringen ovenfor har vi valgt fem suksesskriterier som vi mener vil belyse om innføringen av pasientforløp har vært vellykket. Kriteriene er basert på resultater fra tidligere forskning på området, vår definisjon av pasientforløp og våre erfaringer. Kriteriene sier

primært noe om situasjonen i dag, men har også noen aspekter tilbake til innføring av pasientforløp for mange år siden.

Vi har valgt å klassifisere kriteriene i høy, middels og lav grad. Vi spør om kriteriene i implementeringsprosessen er gjennomført (høy), delvis gjennomført (middels) eller ikke gjennomført (lav). Dette kan gi oss innsikt i om implementeringen på dette området har vært en suksess. Disse kriteriene vil ikke kunne variere med perspektivene og scenariene, men vil kun operasjonaliseres mot kriteriene høy, middels, lav.

Tabell 3 Forventninger til variabler om suksess

	Deltagelse	Opplæring	Kommunikasjon eksternt	Kommunikasjon - internt	Brukererfaring
Høy	De forskjellige aktørene, for eksempel profesjonene deltar aktivt i det daglige arbeidet rundt pasienten, og følger prosedyrene.	Rutinisert, organisert og varig - Alle ansatte er opplært og alle nye ansatte blir opplært i prosedyrene og ideene rundt pasientforløp. Og det er lagt opp til regelmessige kunnskapspåfyll.	Pasientforløp er omtalt på kommunens hjemmeside, informasjon blir gitt til pasientene,	Ledelsen har en klar strategi for hvordan pasientforløp skal snakkes om, hvordan det skal informeres om ideen til de ansatte	Brukerne er representert prosjektet, fra planlegging og evaluering. Det har vært avholdt brukerundersøkelser. Brukerne er fornøyd med pasientforløp
Middels	Noen aktører er med i prosessen, men noen aktører har frastøtt eller er likegyldig til ideen.	Noen ansatte har fått opplæring, men ikke alle. Det er ikke rutiner for opplæring av nyansatte eller faglig påfyll.	Ideen er omtalt på kommunens hjemmeside, men har ikke blitt oppdatert på siste året, informasjon til pasientene er ikke satt i system	Det blir gitt informasjon til de ansatte, men ikke systematisert og ansatte gir tilbakemelding om at de har fått for lite.	Brukergruppa har deltatt på enkelte områder, eller i noen perioder. Brukerundersøkelse gjennomført, men viser at brukerne er misfornøyd.
Lav	Det er kun en eller ingen aktører som følger ideen om pasientforløp.	Opplæring ikke systematisert – Få eller ingen ansatte har fått opplæring og det er ikke satt i system.	Ideen er ikke omtalt på hjemmesiden eller i andre informasjonskanaler, pasientene får ikke informasjon	Noen i ledergruppa snakker negativt om prosjektet. Det ble gitt lite informasjon.	Ikke brukerinvolvering i prosjektet hverken i planlegging eller evaluering. Ikke gjennomført brukerundersøkelse Det har kommet inn klager på pasientforløp.

3.2 Forskningsdesign

Vårt formål er å belyse hvilke lederutfordringer en leder i kommunehelsetjenesten kan møte når man forsøker å innføre en endring. Dette oppfyller Yins (2009) kriterier for et en casestudie, fordi vi både vil studere et fenomen i dybden og i fenomenets rette miljø. Vi har bedt fire ledere om å beskrive deres erfaringer slik de opplever dem i dag, men også slik de husker dem fra tidligere. Det er over 8 år siden kommunene innførte endringen. Dette gir studiet et retrospektivt aspekt fordi vi ber informantene om å beskrive fortiden. Vi er altså ute etter virkeligheten slik informantene husker den og vi er ute etter hvordan de beskriver situasjonen i dag.

Vi har valgt en problemstilling hvor vi ser på lederes opplevelse av et fenomen. Med dette stiller vi oss tydelig inn i den hermeneutiske tankeverdenen. Vi velger å studere et fagområde som vi har erfaring fra. Vi har vår fagbakgrunn fra helsetjenesten, vi har vært deltakere i endringsprosesser i helsetjenesten både som ledere og som medarbeidere. Dette gir oss en forforståelse, eller som Gadamer beskriver en "horisont" (Lægreid og Skorgen, 2001). Vår horisont eller virkelighetshorisont gir oss ett grunnlag for vår fortolkning av operasjonaliseringen og svarene i intervjuene.

3.2.1 Hvorfor intervju?

Siden vi har funnet lite tidligere forskning på vårt tema, har vi valgt intervju som metode. Dette gir oss mulighet til å gå i dybden, identifisere og få forklaring på aspekter rundt lederutfordringer ved innføring av pasientforløp. Dette er en metode som Kvale og Brinkmann (2009) beskriver som en nyttig inngangsport til et tema hvor det er lite tidligere forskning. De beskriver at det kan være nyttig å begynne forskning på et felt med dybdeintervjuer av enkeltpersoner, for så å identifisere fenomener og delfenomener som kan være grunnlag for videre undersøkelser. En videre undersøkelsene kan ha som mål å se om flere ledere har de samme opplevelsene og dermed danne grunnlag for en generalisering av resultatene.

Vi har valgt å benytte semistrukturert intervju. Siden vi skal se på hva som har skjedd i en prosess, men også finne ledernes opplevelser og erfaringer, er semistrukturert intervju en god metode (Kvale og Brinkmann, 2009). Vi har stilt åpne spørsmål og gitt informantene mulighet til å resonere rundt egne svar. Dette har vi gjort fordi vi ønsker å gi dem mulighet til å komme med egne meninger og tanker i intervjuet. Den fleksibiliteten som det semistrukturerte intervjuet gir, har gitt oss noen interessante resultater. Vi fant blant annet utfordringer ved intern kommunikasjon i prøveintervjuene vi hadde. Dette valgte vi å legge inn i operasjonaliseringen, før vi fortsatte med intervjuene. Det viste seg at alle lederne hadde en tydelig tanke om viktigheten av kommunikasjon til de ansatte. Dette var et funn vi trolig ikke hadde oppdaget om vi ikke hadde hatt semistrukturert intervju.

Ved å intervjuer kan vi få et innblikk i hvordan andre mennesker har opplevd en situasjon. En av utfordringene med å få fram objektets syn er at man må legge til siden ens eget syn på saken og forsøke å se situasjonen fra objektets synsvinkel. Seidman (1991) beskriver hvordan vi ikke fullt og helt kan vite eller forstå hvordan objektet har det. Vi vil kunne tolke det som blir sagt ut fra egen forståelse, men det er ikke mulig å forstå slik den andre personen forstår uten å ha opplevd og sett det samme som den. Vi vil derfor bare kunne se den andres virkelighet stykkevis og delt.

Vi har valgt å intervjuer fire personer om deres opplevelser av innføring av en endring. Vi har valgt å ha intervju på rundt en time, som har gitt oss mulighet til å gå i dybden på informantenes erfaringer. Fire personer gir oss et begrenset materiale å trekke slutninger ut fra. Vi mener det er stor nok variasjon i materiale til at vi kan trekke noen slutninger om likheter og forskjeller i deres opplevelser. Men for å trekke ytterligere slutninger må våre funn fundamenteres med en større undersøkelse.

3.2.2 Vår erfaring og kunnskap om det empiriske feltet.

Vi har valgt kommuner og intervjuobjekter som vi ikke har møtt eller har kjennskap til fra tidligere. Dette har gitt oss en avstand som kan gi oss objektivitet. På den andre siden har vi

mye erfaring fra kommunehelsetjenesten og ledelse. Dette kan ha overføringsverdi i denne sammenhengen og dermed gi oss mulighet til å vurdere kvaliteten på vårt datamateriale (Blaikie, 2010).

Vår erfaring fra kommunehelsetjenesten er som et toegget sverd. På den ene siden gir det oss forståelse for hvilken kontekst informanter står i. På den andre siden kan denne erfaringen gjøre at vi overser elementer som informantene presenterer for oss.

3.2.3 Forarbeid og utvelgelse av kommunene

Vi har valgt å støtte oss på flere typer data i oppgaven. I oppgaven bruker vi data som vi selv har samlet gjennom intervjuene. I utgangspunktet for arbeidet med masteroppgaven har vi brukt kommunerapporter fra de aktuelle kommunene og statistikk fra Statistisk sentralbyrå. Dette har vi brukt for å se hvilke likheter og forskjeller kommunene hadde. Videre har vi brukt tidligere masteroppgaver og doktorgradsarbeid om pasientforløp. Disse har fokusert på prosesser rundt pasientforløp, men har i liten grad fokus på lederutfordringer. Ved å begynne vårt arbeid med masteren med å søke etter informasjon om tidligere forskning om pasientforløp, lærte vi av arbeidet som allerede er gjort. Dette gjorde vi også for å sikre at vår vinkling på masteroppgaven førte ny viten til dette feltet.

Vi begynte vårt arbeid med masteren med å søke etter informasjon om tidligere forskning. Vi søkte i databaser som google.no, googlescholar.com, oria og helsebiblioteket. Vi gikk gjennom nettsidene til helsedirektoratet for å se om det var informasjon der som kunne tyde på at noen jobbet med dette. Vi brukte søkeord som pakkeforløp, kommunehelsetjenesten, hjemmetjeneste. Dette ga ingen funn som bar frukter. Dette fikk oss til å tro at det var få i Norge som hadde arbeidet med pasientforløp. Etterhvert kom vi inn på betegnelsen pasientforløp og fant blant annet forskning som er gjort ved NTNU om innføring av pasientforløp i kommunehelsetjenesten. Vi fant også informasjon om satsingen til kommunesektorens organisasjon (KS) om pasientforløp i kommunehelsetjenesten. Dette ga oss

en innfallsvinkel til å finne videre informasjon og kontakter som hadde jobbet med pasientforløp i Norge.

Etter dialog med KS og gjennomgang av de kommunene vi vet som driver med pasientforløp valgte vi ut to kommuner som begge var ferdig med innføringsfasen av pasientforløp. Vi forventet at i disse kommunen hadde endringsideen stabilisert seg i vanlig drift. Det hadde gått så lang tid fra implementering at vi forventet at kommunene hadde evaluert systemet og prosedyrene. I begge kommunene fant vi informasjon om pasientforløp på kommunenes hjemmeside. Dette ga oss en indikasjon på at pasientforløp var implementert i kommunene. I den ene kommunen ga hjemmesiden oss et direkte svar på at pasientforløp var i drift i dag. Funnene på hjemmesidene var en av grunnene til at vi valgte disse kommunene. Vi valgte to kommuner som hadde flere likhetstrekk. Dette valget begrunnet vi med at vil ville minimalisere ulikheter for å kunne forklare funn. Enhetene vi undersøkte var sammenlignbare i størrelse. Begge kommunene hadde lignende organisasjonsstruktur.

Det var også signifikante ulikheter mellom kommunene. De var ulike med tanke på antallet innbyggere, avstand til sykehus og geografi. Den ene kommune kan i norsk målestokk betegnes som en liten kommune malt i antallet innbyggere, mens den andre kommunen havner i den andre enden av denne målestokken med en betydelig større befolkning. Med tanke på den administrative organisering var kommune relativt like på det tidspunktet endringsideen ble innført. Begge kommunen var da såkalte tonivåkommuner. Det vil si at den administrative organiseringa hadde to ledelsesnivåer, ett overordna nivå og et nivå knyttet til praksis. Alle norske kommunen har et sett lovverk som sier hvilke tjenester kommunen skal ivareta. Lovverket sier lite om hvordan kommunen skal organiserer disse. Tjenesten til hjemmeboende var i kommune A organisert i en enhet. I kommune B var den samme tjenesten organiser ti flere enheter. Enhetene vi undersøkte var relativt like både i forhold til antall brukere og antall ansatte.

En viktig forutsetning for valg av kommuner var at pasientforløp var innført og hadde vedvart en periode. Vi utelukket kommuner som hadde nylig innført pasientforløp fordi vi også ville se fenomenet over tid.

3.2.4 Utvelgelse av informanter

Vi valgte å kontakte begge kommunene på mail. Vi spesifiserte at vi ønsket å snakke med ledere som hadde vært med i innføring av pasientforløp, uavhengig om de jobbet som ledere i dag. Vi ble da henvist til to lederne som vi initialt valgte å snakke med. Disse to fungerte som døråpnere for å få kontakt med andre ledere som hadde vært med i innføringen av pasientforløp. Da det ene intervjuet vi skulle gjennomføre ble avlyst på grunn av sykdom, stilte en annen leder opp på kort varsel.

3.2.5 Gjennomføring av intervju

I forkant av intervjuene med informantene gjennomførte vi to prøveintervjuer. Gjennom dette ville vi kvalitetssikre de spørsmålene vi hadde lagt i intervjumalen. Vi gjennomførte prøveintervju med to ledere i helsevesenet. Disse lederne hadde ikke innført pasientforløp, de hadde ledet andre endringer som de kunne relatere spørsmålene til.

Vi har valgt å intervju fire personer. Intervjuene ble gjort i et virtuelt møterom hvor intervjuobjektene kunne koble seg opp enten via telefon eller via lyd/bilde på en datamaskin. Denne måten å intervju på kalles en semi-naturlige setting (Blaikie, 2010). Dette innebærer at informantene intervjues om situasjoner de vanligvis er i, men på intervjutidspunktet er ute av.

Intervjuobjektene mottok en forenklet intervjumal og informasjon om masterprosjektet vårt på mail før intervjuet. En av intervjuobjektene mottok ikke informasjon før intervjuet, fordi vi måtte bytte intervjuobjekt i siste øyeblikk. Vi valgte da å gi informasjonen muntlig i begynnelsen av intervjuet. Under intervjuene førte den ene av oss ordet og den andre hadde kontroll på at alle spørsmål ble stilt. Intervjuobjektene ble informert om hvordan intervjuet skulle gjennomføres, om vår studie og om taushetsplikt både muntlig på intervjuet og de har fått en skriftlig informasjon på mail i ettertid.

Det ble gjort lydopptak slik at vi kunne gjennomgå intervjuet i etterkant. Dette ble eksplisitt avtalt med informantene i begynnelsen av intervjuet.

3.3 Hvordan har vi analysert våre data?

Vi har valgt å bruke en meningsanalyse av vårt datamateriale. Vi har brukt Giorgis (1975) fem trinn for å gjennomføre analysen. Først har vi lyttet flere ganger til intervjuet. Det neste har vært å finne meningene som har kommet frem i løpet av intervjuet. Videre har vi søkt etter å tematisere meningene. Så har vi bundet disse temaene og meningene opp mot vår operasjonalisering, før vi har tatt ut sitater og deskriptive utsagn som vi skal bruke i oppgaven.

Vi har valgt Giorgis (1975) analyse fordi den er utviklet for å brukes i intervjuer hvor objektenes meninger og daglige gjøremål skal belyses, uten at den har som mål å kvantifisere data. Dette passer slik vi ser det, med vår forskningsstrategi og begrensede datagrunnlag.

Vi har laget et skriftlig sammendrag av intervjuene. For å sikre at vi ikke har feiltolket eller utelatt viktige deler av intervjuet, har vi aktivt brukt opptaket av intervjuet i analysefasen.

3.4 Troverdighetskriterier

Om vår masteroppgave hadde hatt en positivistisk metode ville uttrykkene for pålitelighet og gyldighet vært tydelige variabler som kunne besvares med tydelige tall. Når våre data kommer fra intervju må vi stille oss spørsmål om informantenes svar er sanne, om hva vi som forskere har tolket i løpet av prosessen og om andre forskere kan finne samme svarene som oss? Dette er variabler det kan være vanskelig å få tydelige svar på. Kvale og Brinkmann (2009) henviser til flere teoretikere innenfor den antipositivistiske realismen som mener begrepene pålitelighet, gyldighet og overførbarhet hindrer kreativitet og kvalitativ forskning. Vi velger likevel å holde oss til de tradisjonelle begrepene og har valgt å bruke betydningen Kvale og Brinkmann (2009) legger i dem for å vurdere våre data og for forskning.

3.4.1 Pålitelighet (reliabilitet)

Viktige momenter ved innhenting av data fra et intervju er å spørre, lytte, tolke og analysere (Blaikie, 2010 og Seidman, 1991). Intervjumalen må utformes slik at vi får svar på det vi lurer på. Vi må også gi plass til det informanten ønsker å fortelle. Vi har hatt semistrukturerte intervju med åpne spørsmål. Vårt inntrykk er at informantene da fikk fullføre sine resonnementer. Dette førte til at de beskrev utfordringer som vi ikke hadde forventet å finne. Dette kan være et eksempel på hvordan to virkelighetshorisonter kan møtes i det semistrukturerte intervjuet.

Når vi lytter til hva informanten sier kan vi undre på om svaret er pålitelig. Vi mener at en intervjusituasjon må være basert på tillit. Tillit fra forskernes side til at intervjuobjektet vil engasjere seg og snakke sant, men også tillit fra intervjuobjektets side til at forskerne vil behandle datamateriale på en redelig og korrekt måte. Spørsmålet om pålitelighet er likevel viktig å stille. Seidman (1991) beskriver at et intervjuobjekts uttalelser må vurderes som sann i objektets virkelighet. Svaret kan ikke forventes å ha pålitelighet eller gyldighet for annet enn situasjonen her og nå (Seidman, 1991). Her kan vi tolke at en søker subjektiv realisme, hvor alt kan bety alt. På den andre siden er søken etter den eneste sanne objektive mening ikke nødvendigvis svaret på hvordan man skal tolke et intervju (Kvale og Brinkmann, 2009). Vi ønsker å være et sted mellom disse to ytterpunktene, kanskje slik som Karoliussen (2011) beskriver at det eneste man kan forvente er at intervjuobjektene erfaringer er gjenkjennbar eller når klangbunn, slik kan andres erfaringer kobles med våre egne opplevelser.

Tolkningen av intervjuet gjøres av oss som forskere. Teorien om virkelighetshorisont kan forklare hvordan vi tolker svarene vi får. Samtidig må vi være bevisst vår virkelighetshorisont når vi tolker svarene og forsøke å begrense vår stemme i møte med de empiriske funnene.

3.4.1.1 Objektivitet

Objektivitet kan ha flere betydninger. MacIntyre (1978) beskriver at objektivitet først var et moralsk begrep, før det ble et metodologisk begrep. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver at objektivitet kan være moralsk rettskaffenhet. Det kan også være å se seg selv i den konteksten man står i. Dette innebærer at vi som forskere må være bevisste og tydelig på vår rolle og

hvordan vår virkelighetshorisont preger den forskningen vi gjør. Objektivitet handler om at man skal være lojal til funnene. For eksempel skal man ikke legge egne meninger eller agendaer inn i de intervjuedes meninger. Et tegn på objektivitet er at andre vil komme til samme konklusjonene som oss hvis de går gjennom vårt datagrunnlag. (Kvale og Brinkmann, 2009). Det kan være et paradoks å beskrive objektivitet når vi bruker intervju som metode. Intervjuet og analysen er prosesser med stor innflytelse av intervjuobjekt og forskere, som subjektive vesen (Kvale og Brinkmann, 2009).

Vi har forsøkt å være "tro" til informantenes meninger og uttalelser. Dette har vi gjort ved å lytte til intervjuene og gått gjennom referatene vi har skrevet gjentatte ganger gjennom skriveprosessen for å sikre oss at vi har forstått deres meninger korrekt.

3.4.2 Gyldighet (validitet)

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) handler gyldighet om metoden egner seg for å undersøke det vi vil ha svar på. Kerlinger (1979) illustrerer dette gjennom å stille spørsmål om man måler det man tror man måler? Vi har i begynnelsen av arbeidet med masteroppgaven satt oss inn i eksisterende forskning. Vi har brukt dette som et grunnlag for å sette oss inn i fagområdet før vi skulle operasjonalisere og for å lage intervjuet. Vi har valgt å basere operasjonalisering på egen erfaring om endringsprosesser i helsevesenet, lederutfordringer som ble presentert fra tidligere forskning og tilbakemelding fra prøveintervjuene. Operasjonaliseringen har deretter vært basis for intervjuet. Ved å gjøre det på denne måten har vi lenket problemstillingen til det vi spurte informantene om.

Ved å basere vår operasjonalisering på tidligere forskning forsøker vi å kompensere for at vi ikke har forsket innenfor dette temaet tidligere.

For å sikre at vi hadde forstått intervjuobjektene riktig stilte vi kontrollspørsmål i løpet av intervjuene. Dette var spørsmål som «har jeg forstått deg riktig når du sier at ...» og «kan du gjenta dette med andre ord». Den ene av oss hadde som oppgave i intervjuene å kontrollere at

vi hadde fått svar på alle spørsmål og at det var greit forståelig. På slutten av intervjuet stilte den andre av oss kontroll og oppfølgingsspørsmål der det var noe som var uklart. Vi har også avtalt med informantene at vi kan kontakte dem om vi trenger å kontrollere eller gjennomgå noe i etterkant av intervjuet. Dette mener vi bygger opp om validiteten i avhandlingen.

Vi har hverken tidligere erfaring med å forske på dette området eller å benytte intervju som forskningsmetode. Dette kan føre til at vår forskning kan regnes som mindre valid (Kvale og Brinkmann, 2009). Vår erfaring fra kommunehelsetjenesten kan gi oss økt validitet, fordi vi kjenner organisasjonskulturen, snakker språket og vet om hva som kan være utfordringer på dette området.

3.4.3 Overførbarhet (generalisering)

En utfordring med en kvalitativ undersøkelse er spørsmålet om generaliserbarhet, altså om funnene kun har lokal interesse, eller om det kan overføres til andre personer og situasjoner. Hvis vi velger å se overførbarhet i lys av subjektiv relativisme vil våre funn kun ha begrenset betydning og det vil ikke kunne overføres til andre settinger. Hvis vi velger det andre ytterpunktet vil søken etter objektivitet gi oss åpning for å si at funnene er universelle og kan brukes og overføres til andre settinger (Kvale og Brinkmann, 2009 og Seidmann, 1991). Vi ser ikke nytten i å etterstrebe noen av disse ytterpunktene. Vi mener et nyttig verktøy kan være Danermark (1997) sin forklaring at man kan bruke funnene, lære av dem og relatere dem til andre situasjoner ved bruk av kontekstualisering og kløkt.

Mye av læringen vi gjør gjennom livet er basert på kvalitativ metode, ved at vi kommuniserer med andre som har gjort erfaringer. Vi tar så denne kunnskapen, kontekstualiserer den og forsøker å unngå de andres feil og gjenta deres suksesser. På et slikt plan kan vi forvente at våre funn kan være nyttig for andre ledere i hjemmetjenesten. Dette gir en mulighet til overførbarhet til andre liknende situasjoner. Det er dette Stake (2005) kaller naturalistisk generalisering.

3.5 Etiske vurderinger

Etikk handler enkelt sagt om forskjellen mellom rett og galt. Nøkkelord i intervjusammenhenger er tillit, konfidensialitet, respekt og gjensidighet (Tjora, 2013). En videre forståelse av etikkbegrepet er at etikk gjerne handler om et formelt aspekt, mens moral i større grad handler om det som skjer i hverdagen (Kvale & Brinkmann, 2009).

I overført betydning forstår vi at etikk handler om de formelle sidene ved masteroppgaven, mens moral handler om hvordan vi som forskere fremstår i møtet med informantene. De etiske og moralske aspektene var et viktig fundament både i den direkte kontakten med informantene men også i behandlingen av den informasjonen vi fikk fra informantene.

Informantene ga en positiv tilbakemelding på å kunne bidra med kunnskap om sine opplevelser ved endringsprosesser. Dette tolker vi som at de har opplevd at intervjuet har vært en positiv opplevelse for dem og at de har opplevd å bli ivaretatt som informanter innenfor gode etiske ramme.

3.5.1 Ivaretagelse av taushetsplikt

Et viktig prinsipp ved forskning er at intervjuobjektene ikke skal utsettes for negative reaksjoner på grunn av informasjon de har gitt i intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2009). Vi har vurdert dette som en utfordring for vårt forskningsarbeid, fordi noen med inngående kunnskap om det opprinnelige forskningsprosjektet kan ha en ide om hvem som er intervjuobjektene.

Dette er etiske problemstillinger vi har tatt opp med informantene før intervjuene. I etterkant av intervjuene har vi gjennomgått den informasjonen vi har fått med tanke på om noe av dette kan vurderes som sensitiv informasjon. Vi har ikke funnet noe som kan vurderes å ha direkte sensitiv karakter. Der vi har beskrevet informasjon gitt av informantene har vi i tillegg tatt en sekundærgjennomgang med tanke på om det vi refererer kan være sensitiv eller virke negativt for informantene. Informasjonen vi har beskrevet er så langt som mulig generalisert av oss og det vil ut ifra utsagnene være vanskelig å vite hvilken kommune vi referer til eller hvilken

informant som har fortalt oss det vi skriver. Vi har i oppgaven anonymisert kommunene og informantene.

All forskning som direkte eller indirekte behandler personsensitiv informasjon skal meldes til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Vi har gjort en test på NSD sin nettside for sjekk om forskningen burde meldes, og fikk beskjed om at det ikke var nødvendig. Vår forskning er dermed ikke meldt til NSD.

Før intervjuet ble informantene spurt om de godkjente bruk av lydopptak av intervjuet. Alle informantene godkjente dette. Lydopptakene er under arbeidet med masteren lagret i en passordbeskyttet fil på en passordbeskyttet pc. Opptakene slettes når arbeidet med masteroppgaven er fullført.

3.6 Kritikk av metode

Å intervju en person vil på det beste gi oss et innblikk i hva denne personen mener om et tema i dag. Vi ber informantene om å se tilbake på en prosess som har vart i mange år. Tiden vil kunne farge deres horisont og opplevelse av innføringsprosessen og svarene vi får i intervjuene. En kollega illustrerer dette ved å si at «manns minne varer i to uker». Mye har skjedd siden implementeringen og vi kan forvente at informantene har lært mye siden oppstarten. Tiden siden implementeringen vil være med på å gjøre at de eneste slutningene vi vil kunne trekke av det materiale vi har samlet, er hvilke opplevelser informantene sitter igjen med i dag. Tidsperspektivet er en faktor som kan ha betydning for verdien av våre funn. Det har vært en utfordring å finne flere ledere som har vært med i prosessen både i planleggingsfasen og over tid. Vi har fire informanter i vår undersøkelse. Dette utvalget mener vi er for lite til å gi oss generelle konklusjoner. I og med at dette er et felt det har vært forsket lite på er det viktig å begynne å samle data om lederes opplevelser med innføring av pasientforløp. Vi mener at vi har avdekket faktorer som kan være gyldig for flere kommuner og at vår forskning kan bidra til

kunnskap om innføring av endringer i kommunehelsetjenesten. Funnene kan være en begynnelse på videre undersøkelser som kan kaste mer lys på ledererfaringer i en slik prosess.

Med vår horisont har vi operasjonalisert teori til å passe inn i hjemmetjenesten, slik vi kjenner den. Dette har vi bygget på tidligere erfaringer fra endringsprosesser. Denne operasjonaliseringen har så vært grunnlaget for utarbeidelsen av intervjumalen. Intervjumalen er bygget på grunnlag av vår forståelse og kunnskap om det empiriske feltet. Denne forutforståelsen er på den ene siden en styrke fordi vi har innsikt i fagområdet vi knytter oppgaven til. Vi forstår språket og kan stille spørsmål som åpner for refleksjon rundt lederens utfordringer. På den andre siden vil vår horisont ikke innebefatte erfaringer og kunnskap som intervjuobjektet innehar. Disse vil vi hverken spørre om, fortolke eller forstå. På tross av likhetene vil vi aldri bli så like at vi kan sikre at vi ikke misforstår eller ikke oppfatter den andres meninger. Vår forforståelse er begrenset, dette begrenser også intervjumalen og dermed intervjuet. Dette kan illustreres ved ordtaket "som man roper i skogen får man svar". Vi bruker det som et bilde på at man kan få det svaret man ønsker, som et ekko, av spørsmålene man stiller. Derfor må man være kritisk til hvilke svar man får.

Vi har valgt å ha semistrukturert intervju fordi det har gitt intervjuobjektene mulighet til å snakke friere rundt innføringen av pasientforløp. Vi beskrive at informantene har begrenset anonymitet. Vi har forsøkt å gjøre det vi kan for å anonymisere informantene, men vi kan ikke garantere at de vil være anonyme ovenfor noen lesere. Dette kan være med på å begrense informantene i intervjuet. Fordi de ikke ønsker å uttale seg om ting som kan oppfattes som negativt eller utleverende. (Kvale og Brinkmann, 2009).

Utfordringer ved en abduktiv forskningsstrategi er at vi lener oss på intervjuobjektene opplevelse og minner av hendelser. Videre fortolker vi disse utsagnene og trekker slutninger mot det teoretiske utgangspunkt vi har valgt. Hvis andre forskere skal se på vårt materiale, vil de kunne komme til andre konklusjoner enn oss, fordi de vil bruke sin virkelighetshorisont for å tolke og beskrive det materiale vi har funnet (Kvale og Brinkmann, 2009). Samtidig er vårt mål med arbeidet nettopp å finne ledernes opplevelser og minner. Dette gjør vi uten å forvente å finne objektive svar. For å finne objektive svar måtte vi valgt en annen forskningsstrategi

(Blaikie, 2010 og Kvale og Brinkmann, 2009). Vårt arbeid er basert på hvordan fire ledere har opplevd fenomenet og hvordan vi har tolket deres utsagt. En videre generalisering av de funnen vi har gjort, kan gjøres ved å utvide forskningen til en større populasjon.

4 Empiriske funn

I dette kapitlet beskriver vi empiriske funn fra intervjuer med informanter i de to kommunene vi har med i vår oppgave. Vi vil presentere likheter og forskjeller mellom hvordan prosessene beskrives og informantenes tanker rundt innføring av pasientforløp. Vi beskriver også ledernes erfaring rundt innføring og hvorfor de mener at det har gått slik som det har gjort.

Vi har klassifisere våre funn under overskriftene implementering og drift av pasientforløp, suksesskriterier og lederutfordringer.

For å skille mellom kommunene kaller vi dem henholdsvis kommune A og kommune B.

4.1 Implementering og drift av pasientforløp

Innføring av pasientforløp i kommunene var en del av et større prosjekt som var initiert av helsedirektoratet. Hensikten bak prosjektet var å utarbeide et system for helhetlig pasientforløp i kommunen for å sikre at det ikke oppsto avbrudd i oppfølgingskjeden (Røstad mfl., 2017). Oppfølgingskjeden viser til helseprofesjonenes deltagelse i oppfølging av pasienten. Kjeden kan handle om pasientens overgang fra sykehus til kommunehelsetjenesten eller oppfølgingen mellom aktørene i kommunehelsetjenesten. Prosjektet «Helhetlig pasientforløp i hjemmet» ble startet som et utviklings og forskningsprosjekt i 2009. Prosjektet varte i to år. Dette var et regionalt prosjekt og det var blant annet finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, Norges forskningsråd og EU-kommisjonen (Grimsmo, 2012). Prosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom 6 kommuner, 2 sykehus og en utdanningsorganisasjon.

Målgruppen i prosjektet var kommunehelsetjenesten og man skulle se på samhandling internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten. Fokuset var på eldre pasienter med sammensatte behov som bodde hjemme. I løpet av prosjektperioden ble det utarbeidet systematiske oppfølgingsrutiner og standardiserte metoder å jobbe ut ifra. I starten av prosjektperioden fikk

25 prosessveiledere opplæring i pasientforløp. Disse skulle sikre overføring av kunnskap om innholdet i pasientforløp til kollegaer på arbeidssstedet.

For å sikre et godt forskningsgrunnlag var organiseringen i begge kommunen gjort med en utførergruppe og en kontrollgruppe. I kommune A ble avdelingen delt i to, hvor halve arbeidsstokken deltok i prosjektet, mens de andre fungerte som kontrollgruppe. I kommune B deltok hele avdelingen prosjektet. I denne kommunen var en annen avdeling kontrollgruppe.

Bakgrunnen for innføring av pasientforløp var i begge kommunene tidligere prosjekter som hadde avdekket vesentlige mangler i den tverrfaglige og tverretatlige oppfølgingen av pasientene. Kommunene hadde en erkjennelse av at helsetjenesten ikke hadde gode nok instrumenter og rutiner for oppfølging av pasienter i overgangene mellom ulike enheter og avdelinger. I kommune A beskrev informantene at flere sentrale aktører i kommunen over noen år hadde diskutert pasientforløp og hvordan pasientene kunne få bedre oppfølging i overgangene mellom de ulike avdelinger og etater. På grunn av dette engasjementet ble en av aktørene tidlig engasjert i utvikling av prosjektet med innføring av pasientforløp på regionalt nivå. Dette medførte etterhvert at kommunehelsetjenesten ble med i det regionale prosjektet. På grunn av de tidligere diskusjonene, ble prosjektet om pasientforløp sett på som en mulighet til å forbedre kommunens system rundt pasientoverganger. I kommune B var en av konklusjonene i et tidligere samhandlingsprosjekt at det manglet systematisk oppfølging av pasienten etter utskrivelse fra sykehus. Kommunen hadde erfart at den manglet viktig kunnskap om hvordan de skulle håndtere samhandling mellom sykehus og hjemmetjenesten. Denne utfordringen ble fanget opp på administrativt nivå og da helsedirektoratet var på utkikk etter kommuner som ville delta i et forskningsprosjekt om pasientforløp søkte kommunen om få delta i prosjektet. Deltakelse i pasientforløpsprosjektet ble ansett som en løsning på de utfordringene som kommunene sto overfor og at dette var en måte å forbedre praksisen på.

I kommune A var den ene informanten med i planlegging av prosjektet fra første dag og hun hadde en rolle i hele prosjektfasen. Den andre informanten i kommune A deltok ikke i implementeringsfasen, men hadde en rolle i planleggingsfasen på grunn av et annet jobbengasjement. I denne kommunen beskrev informantene at flere av de som var med i

planleggingen var de som sto for selve innføringen. I kommune B ble initiativet til innføringen gjort på et annet organisatorisk nivå enn der informantene var. Begge informantene i kommune B ble engasjert i prosjektet etter at kommunen hadde vært igjennom en søknadsrunde om å få delta i det regionale prosjektet. En av informantene var leder mens den andre var medarbeider på dette tidspunktet.

Informantene beskriver ulike personer som beslutningstakere for deltakelse i prosjektet. I kommune A ble beslutningen tatt av enhetsleder for hjemmetjenesten. I kommune B var det kommunalsjefen som besluttet deltakelsen.

I begge kommunene ble prosjektet planlagt i forkant. Oppstartstidspunkt ble bestemt og prosjektet ble drøftet med de ansatte før iverksettelse. Det ble nedsatt prosjektgrupper og arbeidsgrupper. Det ble utarbeidet planer for hvordan prosjektet skulle gjennomføres. Presentasjon av prosjektet til de ansatte og videre forankring hos de ansatte ble gjort gjennom informasjon og drøfting av temaet på ulike møtesteder.

I begge kommunene var prosjektet forankret på politisk nivå gjennom politiske vedtak om deltakelse i prosjektet.

I kommune A beskrev informanten at brukerrepresentanter hadde deltatt i prosjektet. I kommunen B mente informantene at brukere hadde deltatt i planleggingsfasen før kommunen ble deltaker i det regionale prosjektet. I kommune B blir brukermedvirkningen ivaretatt i dag ved at det gjennomføres brukerundersøkelser. I begge kommunen beskrev informantene at hver enkelt bruker og/eller pårørende er aktivt deltakende i de ulike møtene som pasientforløpet legger opp til mellom pasient og tjenesten.

På spørsmål om hvordan andre enheter eller yrkesgrupper har deltatt i prosjektet rapporterer informantene at spesialisthelsetjenesten relativt raskt trakk seg fra prosjektet. Deltakelse fra relevante samarbeidsparter som fysio- og ergoterapeuter og fastlegene var også mangelfull i prosjektfasen. Etter hvert som kommunene har gått over til en driftsfase beskriver man at samarbeidet mellom relevante andre foregår på en grei og hensiktsmessig måte. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten foregår primært elektronisk via såkalte pleie og omsorgsmeldinger

(PLO meldinger). En av informantene beskriver dette som mye bedre enn slik det var tidligere. Denne måten å kommunisere på gjør ifølge henne at man sparer tid og at kvaliteten på informasjon som utveksles er bedre. Informantene beskriver at samarbeid med fastlegene fungerer bra nå. Informasjonsutvekslingen mellom hjemmetjenesten og fastlegen foregår også elektronisk. En av rutinene i helhetlig pasientforløp går ut på at pasienten skal til en legekonsultasjon 14 dager etter en sykehusinnleggelse. Til denne konsultasjonen kan hjemmetjenesten sende elektronisk melding om eventuelle problemstillinger. Begge kommunene har ergoterapeuter og fysioterapeuter ansatt. Disse deltar inn i pasientforløp der dette blir vurdert som nødvendig. Behovet for fysioterapi og ergoterapitjenester blir vurdert som en fast ordning ved de planlagte besøk hos pasienten. Ved behov henvises pasienten til fysio og ergoterapitjenester.

Samtlige informanter beskriver motstand mot innføring av pasientforløp. De uttrykker lite opplevd frustrasjon rundt denne motstanden. En av informantene sier: «Man må forvente at de ansatte stiller spørsmål om det vi ber dem om å endre på». Informantene sier at det kun var verbal kritikk mot endringen. Informantene tolket denne motstanden som en naturlig og sunn tilbakemelding til dem som ledere. De begrunnet motstanden med at de ansatte ikke hadde fått nok informasjon om prosjektet. En av informantene mente at de ansatte har ulike forutsetninger for å ta imot og ta inn over seg en endring. Dette ytret hun som «forventet motstand fra noen av de ansatte». Ingen av informantene har uttrykt at det var personer eller grupper som aktivt motarbeidet prosjektet. I begge kommunene hadde det vært engasjement fra politisk og administrativt nivå for å iverksette prosjektet. Dette mente informantene kunne ha betydning for hvordan de ansatte tok imot prosjektet. Dette ble forklart med at engasjement fra politikere og administrative ledere gir en større legitimitet og tyngde til prosjektet.

I kommune B beskrev to av informantene motstand mot prosjektet fra ledere på samme organisatoriske nivå som dem selv. Informanten beskriver at andre ledere hadde ytret at de ikke forstå hensikten med pasientforløp. Informanten tolket dette som at de andre lederne var negative til prosjektet.

Etter den opprinnelige prosjektperioden gikk kommune B over til en driftsfase hvor den nye praksisen ble en naturlig del av driften. I kommune A derimot, gikk man etter endt prosjektperiode tilbake til slik man hadde gjort ting før prosjektet. En av informantene sier: «Når forskningsperioden var ferdig var det godt å være ferdig med all rapporteringen. Vi opplevde at vi kunne slappe litt av og begynne å jobbe igjen». I denne kommunen ble gamle rutiner gjenopptatt og erfaringer fra prosjektet ble ikke implementert i daglig drift. Et systemtilsyn fra fylkeslegen det samme året ga en vekker til ledelsen i kommunen. Resultatet fra tilsynet gjorde at kommunen måtte vurdere hvordan den skulle ivareta oppfølgingen av pasientene. Konklusjonen fra tilsynet viste, i motsetning av hva informanten trodde, at de ikke hadde gode nok rutiner i forhold til pasientoppfølging.:

I kommune A's oppfølging av tilsynet valgte man å gjeninnføre rutiner om pasientforløp. Dette ble vurdert til å være den beste løsningen for å sikre god nok pasientoppfølging. Informanten betegner dette som: «Det handler om å gjøre jobben vår. Ellers er det ikke bra nok kvalitet, rett og slett».

Informantene beskriver at systemet i dag er en del av de ansattes arbeidshverdag. Alle pasienter skal følges opp i henhold til prosedyrene i pasientforløp. Systemet beskrives som implementert: «pasientforløp vil fortsette i kommunen uavhengig av om jeg er der eller ikke». Begge informantene bekrefter at alle pasienter knyttet til hjemmetjenesten blir fulgt opp i henhold til prosedyrene i pasientforløpet. Det eneste avviket de melder er at det til tider skjer det at pasientene ikke får oppfølgingen innen den tidsfristen som er satt.

Prosedyrene rundt pasientforløp blir oppdatert fortløpende på bakgrunn av nye krav til tjenenesteutøvelse eller fordi det avdekkes feil ved prosedyrene. I den ene kommunen har det vært gjennomført en planlagt evaluering av prosedyrene. Endringer ble gjort der det ble funnet nødvendig. I den andre kommunen beskriver informanten at de endrer prosedyrer når de ser behov for dette.

4.2 Suksesskriterier

Suksesskriterier handler om forhold som kan ha betydning for om man lykkes med den endringen som er planlagt. Det handler om de smarte og viktige grepene som lederne gjør får å oppnå målsettinger. Vi mener at det å identifisere suksesskriterier er viktig fordi det vil kunne si oss noe om hva som skal til for å lykkes i en implementerings og endringsprosess.

4.2.1 Lederkompetanse og lederegenskaper

Gjennom sine uttalelser fremstår informantene som ledere som har en bevist tanke på hvordan tjenesten skal utvikles og hvordan de som ledere kan tilrettelegge for endring og utvikling i den tjenesten de har ansvar for. De utrykte tydelige målsettinger og de hadde et reflektert forhold til hva som var viktig for dem i sin lederrolle. Dette er områder som kvalitet, kompetanse og målstyring.

Fokus på kvalitet gjenspeilet seg i flere av svarene vi fikk. En informant uttalte blant annet at «deres jobb besto i å finne ut hvilke behov pasientene hadde i morgen, for å kunne forbedre tjenesten i dag». Dette gjorde dem ifølge henne bedre rustet til å møte de kravene som blir stilt til tjenesten.

Informantene utrykte engasjement i forhold til jobben sin og fortalte at de har brukt mye tid og ressurser på å oppnå de mål de har satt seg med pasientforløp. To av informantene utrykte at de har brukt mye fritid på innføring på pasientforløp. En informant mente at det aller viktigste for å få til en endringsprosess er at lederne i organisasjonen ser behovet for endring og blir engasjert til å gjøre arbeidet med endringen. Dette utrykte hun gjennom følgende: «Hvis man har en engasjert leder er man på god vei til endring, da er det bare å begynne».

Tre av informantene beskrev at de hadde en rolle som pådriver i arbeidet med innføring. Fire av informantene beskrev at de har en rolle i forhold til vedlikehold av pasientforløpssystemet. To

av informantene beskrev seg selv som en mentor som både skulle motivere, kontrollere og undervise i forhold til systemet.

En av informantene trakk frem at hun både initialt, men også i driftsfasen aktivt snakket om pasientforløp på de ulike arenaene hvor hun traff arbeidstakerne. Dette handlet om at hun hele tiden vil ha fokus på endringen for å forsøke å endre holdninger, kultur og måten folk jobbet på.

Informantene beskriver at de har en kontinuerlig overvåkning på om de ansatte gjennomfører pasientforløp slik det er bestemt at det skal gjøres. I kommune A brukes blant annet avvikssystemet til å ha denne kontrollen. En av informantene fra kommune B beskrev at hun kontrollerte både ved å snakke med de ansatte og ved å sjekke om prosedyren ble fulgt når det kom nye pasienter. Denne informanten var ikke opptatt av å bruke avvikssystemet som en del av hennes oppfølging av pasientforløpet. Hun mente at når det oppsto avvik fra prosedyren så handlet det om at den som skulle gjøre det ofte ikke hadde nok opplæring eller var usikker på hvordan hun skulle gå frem. Hennes respons på dette var å veilede vedkommende slik at den ansatte kunne lære seg bruken av verktøyet og gjennom dette bli motivert til å bruke verktøyet i hverdagen. Den ene informanten hadde et system hvor hun hadde de ansatte inne til veiledning en til to ganger i året hvor pasientforløp var temaet for veiledningen.

4.2.2 Kompetanse

Kompetansefokuset viste seg på flere områder. I kommune B hadde man bevist jobbet med å øke utdanningsnivået blant de ansatte. Informanten beskrev at de har en markant høyere andel ansatte med høyskoleutdanning enn sammenlignbare enheter. I begge kommunene hadde tilrettelegging for faglig utvikling høy prioritet. Dette førte ifølge en av informantene til faglig diskusjon og refleksjon med fokus på hva som er best i praksis. Et annet eksempel som ble trukket frem var tilrettelegging for at ansatte kan fordype seg i og fokusere på fagområder de synes er interessant. Dette mente informanten at reduserer antallet ansatte som vil slutte i jobben og dermed beholder man opparbeidet kompetanse i enheten.

Utover det generelle systemet kommunene har for opplæring av nyansatte, har ingen av kommunen utarbeidet system for opplæring i pasientforløp. Nyansatte får opplæring og informasjon om hvor prosedyrer og lignende befinner seg, men det gjennomføres ikke en egen opplæringsbolk i pasientforløp. Dette ble beskrevet slik av en av informantene: «De nyansatte får best opplæring ved å gå sammen med noen som er gode i jobben sin».

4.3 Kunnskap om avdelingen

Informantene beskriver at kunnskap om avdelingen og de ansatte hadde betydning for hvordan endringsideen ble mottatt i avdelinga. En av informantene mener at denne kunnskapen var et viktig instrument for henne for å iverksette endringer i avdelingen. Dette kalte hun for følelser eller intuisjon sammen med kunnskap om sine ansatte og hvordan de lærer. Hun eksemplifiserte dette med at hun som leder måtte kjenne på stemninga i avdelinga og hvilke signaler de ansatte gir til henne for å vite når de ansatte er klar til å endre rutiner eller lære noe nytt. «Kanskje er det så mange andre ting som skjer, for eksempel at man har en pasient som er veldig syk og krever mye pleie, som gjør at man må vente med å innføringen til de ansatte har overskudd». Hun var opptatt av at de ansatte måtte ha overskudd til å lære seg noe nytt og at det var hennes jobb som leder å lage dette overskuddet. En informant beskrev dette som at hun «så an de ansatte» når en endring skulle gjøres. Hun visste at noen ansatte lettere tar imot med endringer enn andre. Hun lot disse prøve ut en endring før hun introduserte det til de andre ansatte.

4.4 Lederutfordringer

4.4.1 Tid

«Implementering tar tid, mye mer tid enn man tror», sier den ene informanten. Her refereres det for det første til at selve implementeringa er mer tidkrevende enn det som i utgangspunktet

var tenkt. For det andre refereres det til at når prosjektperioden er over og systemet er tatt i bruk må det fortsatt brukes tid på endringen for at det skal bli en permanent ordning. I etterkant av at systemet var implementert har informanten brukt tid til å vedlikeholde og opprettholde systemet.

Mangel på tid var en faktor som informantene fortalte at ansatte trakk frem som et argument for ikke å engasjere seg i de endringene som ble presentert for dem. Informantene trakk frem at det å sette av tilstrekkelig tid til opplæring og til å gjennomføre oppgaven var viktig. En av informantene tolket utsagn fra de ansatte om manglende tid som en pseudoforklaring på at man ikke hadde kunnskaper og kompetanse til å gjøre oppgavene. «Derfor var det viktig å rydde tid så de ansatte kan sette seg inn i oppgaven».

4.4.2 Deltakelse

En av informantene beskrev at hun savnet flere som jobbet med den samme problematikken. Med dette utsagnet mente hun blant annet at hun ville ha noen å diskutere med og kanskje finne alternative løsninger: «Jeg tror mye kunne sett annerledes ut hvis det hadde vært flere som deltok i denne prosessen her hos oss». Hun påpekte at det manglet ikke på interesse hos kollegaene, men i en travel hverdag var det ofte faglige diskusjoner rundt pasientforløp og innføringsprosessen som ble lagt til side.

Manglende deltakelse fra essensielle eksterne aktører var også et område som var et hinder som ble trukket fram av informantene. «Det var en utfordring at ikke alle aktørene som trengs har vært med i prosjektet eller oppfylt sin del av avtalen». Samhandling i overgangene mellom sykehus og kommunehelsetjenesten var et viktig område i prosjektet og den ene informanten forteller at sykehusets deltakelse i prosjektet var kortvarig. I etterkant har dette samarbeidet forbedret seg og det fungerer godt nå. Skriftlige avtaler om samarbeid har gjort at begge parter er forpliktet til å sikre gode overføringer mellom kommuner og sykehus.

4.4.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon trekkes frem av informantene som en av de største lederutfordringene. En av informantene uttrykker dette gjennom følgende uttalelse: «Det handler om å få de ansatte med på laget». Dette handler ifølge henne først om å få de ansatte til å forstå hva endringen er, hvorfor man vil endre og målsettingen med endringen. Kommunikasjon brukes ifølge informanten for å få de ansatte til å endre arbeidsmåter.

Det å nå ut til alle ansatte med informasjon blir beskrevet av den ene informanten som et eksempel på utfordring med kommunikasjon. Dette handler om at hjemmetjenesten har drift hele døgnet, syv dager per uke. Dette gjør det vanskelig å få samlet alle ansatte for å få gitt informasjon, undervisning eller felles dialog. «Bare å komme i dialog med de ansatte kan være utfordrende». Det handler også om at ansatte er forskjellige og de lærer på ulike måter. Dette gir utfordringer i forhold til hvordan informasjon skal tilpasses den enkelte.

5 Analyse

I dette kapitlet analyserer vi funn som kan ha betydning for innføring av pasientforløp i kommunehelsetjenesten. Vi tar utgangspunkt i informantenes erfaringer om innføring og videre drift av pasientforløp og forsøker å finne svar på deres opplevelser ved å bruke teori. Vi bruker forskningsspørsmålene våre for å kategorisere og analysere våre funn. Forskningsspørsmålet «Hva kan vi lære av to kommuner som har innført pasientforløp?» er avslutningen av analysen og blir dermed en oppsummering av de funnene vi har gjort.

5.1 Hvordan forløper implementeringsprosessen og hva blir utfallet?

Vi har valgt å bruke scenariene om rask tilkobling, frikobling og frastøting som teoretisk grunnlag for vår oppgave. Vi vil se etter tegn på disse scenariene i planleggingsfasen, innføringsfasen og driftsfasen.

Kommunene hadde tidligere jobbet med prosjekter som viste behov for endring, og nøkkelpersoner tok ideen med seg inn i organisasjonen for å presentere den der. Dette kan tyde på at kommunen allerede var klar for å ta imot en ny ide. Våre informanter beskrev at de opplevde pasientforløp som det rette valget og at ideen var tilpasset deres organisasjon. Begge kommunen var representert i et regionalt prosjekt for innføring av pasientforløp. Her ser vi at man i planleggingsfasen av prosjektperioden har jobbet med å få ideen kontekstualisert og fundamentert i organisasjonen. I planleggingsfasen var det lite motstand mot prosjektet. Informantene beskriver at prosessen så langt hadde hatt en enkel vei inn i organisasjonen. Politisk og administrativ ledelse hadde godkjent prosjektet uten innsigelser. Dette er argumentasjon for at ideen på dette tidspunktet har hatt en rask tilkobling i organisasjonen. Ved rask tilkobling kan man forvente at endringsideen har vært enkel å innføre i organisasjonen. Scenariet bygger på rasjonell tenkning og man vil således se for seg at endringer kommer av at organisasjonen har identifisert et behov for å endre seg og at dette danner grunnlaget for endringen. I begge kommunene hadde man erkjent at samarbeid om

pasientoppfølging ikke var godt nok. Ideen om pasientforløp ble derfor tatt inn og ansett som en løsning på de erkjennelsene kommunen hadde gjort tidligere. Et annet kjennetegn på rask tilkobling kan være at ideen er utarbeidet og utprøvd før ideen tas i bruk i organisasjonen. Pasientforløp ble presentert som et relativt ferdig utviklet prosjekt når det ble presentert for kommunen. Ideen var ikke utprøvd. Kommunen var deltakere i et utviklings og forskningsprosjekt som hadde som mål å prøve ut de foreslåtte endringene. Manglende utprøving er dermed et motargument for at det har vært rask tilkobling.

Våre informanter beskrev at pasientforløp ble innført i henhold til den oppsatte tidsplanen. Dette kan tyde på rask tilkobling. I begge kommunen startet man med pasient forløp fra det tidspunktet man hadde planlagt at det skulle starte. Dette argumenterer for at det ideen har hatt en rask tilkobling i organisasjonene. Vi ser at innføringen har gått som planlagt og at man har nådd oppsatte mål. Ved rask tilkobling vil man se at prosessen går slik man har planlagt den fordi den faktisk er godt planlagt. Planleggingen vil kunne ta høyde for eventuelle hindringer slik at disse kan forebygges i forkant.

En forklaring på at ideen faktisk ble innført kan være at endringen ble presentert og implementert på et tidspunkt hvor organisasjonen var mottakelig for endringen. Valget av tidspunkt kan handle om at lederne hadde kunnskap om hva som skjedde i avdelingen. Denne kunnskapen kan bli brukt til å presentere og implementere endringen på et tidspunkt som er tilpasset avdelingens øvrige forhold.

Våre funn viser at det ikke er samsvar mellom informantenes beskrivelse og definering av pasientforløp og den definisjonen forskningsprosjektet og helsedirektoratet har av pasientforløp. Informantene beskriver pasientforløp som den oppfølgingen hjemmetjenesten gir når pasienten kommer i kontakt med hjemmetjenesten, enten fordi de blir skrevet ut fra sykehus eller når de har en endring i hjelpebehov. Helsedirektoratet beskriver pasientforløp som den sammenhengende kontakten pasienten har med ulike deler av helsevesenet. I forskningsprosjektet beskrev man at pasientforløp skulle handle om pasientens kontakt med helsevesenet. Slik kan vi se at helsedirektoratet og forskningsprosjektet mener forløpet starter når pasienten blir syk, og avsluttes når pasienten ikke har behov for tjenester fra

helsetjenesten. Gjennom forskningsprosjektet var det denne forståelsen som ble lagt til grunn i begge kommunene ved oppstart av prosjektet. Informantene hadde med seg forståelsen av at pasientforløp også handlet om samhandling, men hovedfokuset lå på det prosessene som foregikk innad i hjemmetjenesten. Dette får oss til å tro at det har skjedd en tilpassing av innholdet i pasientforløp. Vi finner ikke svar på når dette skjedde i våre funn, men det kan tenkes at man gjorde det i planleggingsfasen når fastlegene og sykehuset trakk seg fra prosjektet. Det kan da tenkes at enhetene har tatt ideens innhold som en kontekstualisering av prosjektet ved at man har justert den til å passe i de lokale forholdene. Dette kan forstås i lys av institusjonell teori. I denne teorien kan dette forklares med at endringer tilpasses organisasjonen. I dette perspektivet vil en slik endring oppfattes som en styrke for organisasjonen. I virusteorien finner vi forklaring på at organisasjonen omformulerer og tilpasser ideen til noe annet enn den opprinnelige tanken. Mutasjon her kan forstås som en endring av ideens opprinnelige form. Det vil si at ideen blir formet slik at den passer inn i organisasjonen. Dette beskrives også som en transformasjon av ideen.

En del av implementeringsprosessen var å sikre at ansatte har fått informasjon og opplæring i pasientforløp. Informantene hadde fokus på pasientforløp i alle møter og brukte pasientforløp som forklaring og som løsning på problemstillinger som kom opp. Dette var en strategi som var utarbeidet i planleggingsfasen av prosjektet. Godt planlagte prosesser kan tyde på rask tilkobling. Ved rask tilkobling vil man se at organisasjonen har gjort et godt arbeid i planleggingen av endringen. En del av denne planleggingen er å sikre at de ansatte i organisasjonen får nødvendig kunnskap om de endringene som skal skje.

Informantene oppgir at motstanden var som forventet og at den kunne bearbeides. På dette punktet hadde begge kommunene like beskrivelser både at motstanden var håndterlig og at implementeringen av pasientforløp ikke var blitt hindret av motstand. De beskrev at de hadde brukt mye tid på kommunikasjon og dialog med de ansatte. Det mente de førte til mindre motstand. Dette kan tyde på at kommunikasjonen og dialogen i prosjektet har vært god og at man har klart å løse de utfordringene som motstanden bunnset i. Vi ser at informantene har hatt strategier for hvordan motstanden skal møtes ved at de har hatt klart fokus på kommunikasjon

og dialog. Lite motstand eller motstand som håndteres av ledelsen kan tyde på rask tilkobling. Ved rask tilkobling kan man forvente at de ansatte relativt uproblematisk tar inn over seg de endringer som skal gjøres og at det er lite motstand mot endringen. Ved rask tilkobling vil ledelsen ha planer for hvordan motstanden skal møtes og den motstanden som kommer ses på som sunne innspill til prosessen.

Vi så at informantene som hadde vært med i endringsprosessen var engasjert i pasientforløp og ønsket å få innført denne endringen på sin arbeidsplass. Dette kan tyde på at de har fått et eierskap til prosessen. Dette beskriver en av våre informanter som avgjørende for å lykkes med pasientforløp. En av informantene sier «bare man har lederen med seg, så er det bare å sette i gang». Lederens kunnskaper om pasientforløp blir trukket frem som en fordel for prosjektutviklingen. Ledernes kunnskaper om pasientforløp og kunnskaper om endringsprosesser kan være områder som har betydning for hvor enkelt ideen får innpass i organisasjonen. Leders engasjement kan forstås i lys av rask tilkobling. I dette scenariet har leder en sentral rolle i implementering av en ny ide. Her tenker man seg at leder bruker sin rolle til å få gjennomført ideen og at leder innehar egenskaper som gjør vedkommende i stand til å gjennomføre en slik prosess på en enkel og effektiv måte.

Ifølge Helsedirektoratet (2018) er essensen i pasientforløp samarbeid og samhandling mellom ulike aktører i helsetjenesten. I forskningsprosjektet var en av forutsetningene for pasientforløp deltakelse fra ulike yrkesgrupper (Grimsmo,2012). Dette handler i utgangspunktet om at i den praktiske utførelsen av pasientforløp forutsettes det et samarbeid mellom de ulike aktørene i helsetjenesten. I planlegging av prosjektet ønsket man deltakelse fra samarbeidene parter. I tidlige fase av endringsprosessen hadde prosjektet tverrfaglig og tverretatlig deltakelse. Informantene viste her til deltakelse fra sykehus og fastleger. Relativt tidlig i implementeringsfasen avsluttet flere av disse samarbeidsparter sin deltakelse i prosjektet. Prosjektet fortsetter likevel prosessen med implementeringa og etter at prosjektet har vært i drift en stund ser man at blant annet sykehus og fastlege deltar i den praktiske oppfølging av pasientforløpet. Scenariet frastøting kan forklare hvorfor deler av prosjektdeltakerne har forlatt prosjektet. Det innebærer at de har deltatt, og kanskje prøvd ut litt av ideen, men så funnet den

for enkel for at de kan ta den i bruk. Et slikt scenarie vil sannsynligvis medføre at endringsideen ikke blir implementert. Til tross for manglende deltakelse fra sentrale aktører fortsetter kommunen implementeringsprosessen. Dette kan forklares med at ideen i sin helhet har hatt en rask tilkobling til organisasjonen og at organisasjonen har hatt en oppfatning av at endringen er viktig.

Rask tilkobling kan også forklare prosessen. Dette vil betinge at implementeringen ikke er avhengig av at alle samarbeidende parter deltar i prosjektet. Ved rask tilkobling vil endringsideen ikke forkastes og man vil se at den etter hvert tas i bruk i organisasjonen. I begge kommunene så vi at samarbeidende parter etter hvert deltok i pasientforløp. Manglende deltakelse i implementeringsfasen kan ha betydning for hvordan pasientforløpet har blitt i dag. Informantenes beskrivelse av at det var hjemmetjenesten som besørget pasientforløp kan ha sin forklaring i manglende deltakelse i den initiale prosessen. I og med at det kun har vært deltakere fra hjemmetjenesten kan man mangle viktige innspill fra andre i prosessen og man kan dermed få et annet resultat enn hvis man hadde hatt tverrfaglig deltakelse.

Vi identifiserte faktorer i endringsprosessen som viste likhetstrekk og forskjeller i kommunene i implementeringsfasen. Likheter viste seg ved at begge kommunene hadde identifisert et behov for endring og de deltok i samme regionale prosjektet. De brukte pasientforløp i prosjektfasen og de bruker pasientforløp i dag. En forskjell mellom de to kommunene viste seg likevel i perioden etter endt prosjektperiode. På det tidspunktet hvor man kan tenke seg at endringen er implementert og enhetens fokus endres fra prosjekt til ordinær drift, fortsetter kommune B å bruke de nye prosedyrene. I kommune A derimot går man på dette tidspunktet tilbake til å bruke gamle prosedyrer og rutiner. Det fremstilles som at de ansatte og ledelsen er lettet for at prosjektperioden er over og at man nå slipper å bruke tid og energi på rapporteringen som prosjektet påla enheten. Her kan vi se at kommune A gjør en frastøting av pasientforløp. Endringen ble altså prøvd ut, for så å bli forkastet. I etterkant skjer det en spennende endring. Kommune A møtte etter noen måneder et problem i form av et avvik i en tilsynsrapport. De valgte å løse dette gjennom å ta opp igjen prinsipper og prosedyrer om pasientforløp. Teoretisk kan dette beskrives med at endringsideen først har hatt rask tilkobling, så en frastøting for så

igjen en rask tilkobling. Denne prosessen kan forklares med virusteorien. Endringen har fått innpass i organisasjonen, blitt forkastet, men blir hentet inn igjen når det har gått noe tid. En faktor som kan forklare dette er at man i kommune A hadde delt opp hjemmetjenesten i prosjektperioden. Halvparten av de ansatte i hjemmetjenesten jobbet med pasientforløp mens de andre brukte de gamle prosedyrene. Dette gjorde at man etter prosjektet måtte begynne en ny implementeringsperiode for de ansatte som ikke hadde lært om, og brukt pasientforløpsprosedyrene. Dette er i motsetning til kommune B hvor hele enheten var med på å innføre pasientforløp i prosjektperioden. Der opplevde de det som naturlig å fortsette med pasientforløp også etter at prosjektperioden var over. En annen forklaring på at kommune A gikk bort fra pasientforløp kan være det som informantene beskriver som «mye rapporteringer og oppfølginger av den delen som skulle føre til en forskningsrapport». Reaksjonen på denne rapporteringa kan komme av det som betegnes som endringskynisme. Reaksjonen på rapporteringen kan også tolkes som motstand fra de ansatte. Motstanden viser seg her som en form for underforstått kollektiv protest mot endringen. Informantene i kommune A beskriver ikke dette som motstand, men satt i perspektiv kan det tenkes at denne reaksjonen egentlig handler om at de ansatte viset motstand mot endringsideen.

I all hovedsak mener vi at implementeringsprosessen har hatt en rask tilkobling i organisasjonen. Våre empiriske funn viser likevel tegn til at andre scenarier har vært rådende på noen tidspunkt i prosessen. Så selv om rask tilkobling er resultatet vi ser i dag, kan vi tenke oss at det kunne vært et annet resultat om ikke de rette tiltakene hadde vært iverksatt tidlig og underveis i prosessen.

Vi erfarte at scenariene om rask tilkobling, frastøting og frikobling var for bastante og rigide i møte med praksis. Våre funn viste at implementeringsprosessene på forskjellige tidspunkt hadde tegn til rask tilkobling eller frastøting. Dermed kan en kanskje se på scenariene som komplementære teorier fremfor adskilte enheter. Hvis vi hadde analysert innføringsprosessen tidlig i forløpet ville kanskje funnene vært mer entydig. Ved å se på prosessen i et lengre tidsperspektiv har vi sett at en prosess ikke alltid følger et mønster satt av en av scenariene. Vi har sett få tegn til at prosessen har vært gjenstand for frikobling.

Virusteorien kan være en forklaringsmodell for det vi har funnet. Den viser at endringsprosesser kan vise tegn til alle de tre scenarioene til forskjellige tider. Hvis vi ser på at kommune A hadde en periode hvor endringen ikke ble brukt og ser dette i lys av virusteorien, kan det forklares med at endringsideen har hatt en inkubasjonstid. Det at pasientforløp senere ble innført passer også inn med det virusteorien kaller for reaktivering. Slik vi ser det gir ikke virusteorien et svar på hvordan en endringsprosess vil ende, men teorien forklarer hvordan implementerings- og driftsprosessen kan svinge mellom rask tilkobling, frikobling og frastøting. I virusteorien er dette koblet opp mot mutering, inkubasjonstid, reaktivering og inaktivering.

5.2 Hvilke lederutfordringer ser man ved innføring av pasientforløp i kommunehelsetjenesten?

Lederutfordringer handler om de områder informantene beskrev som utfordrende ved innføring av endringsprosessen. Informantene beskrev utfordringer med tid, deltagelse og kommunikasjon. Vi bruker ulike teori i forsøket på å finne forklaringer på disse funnene.

5.2.1 Tid

Alle informantene trekker frem forhold knyttet til tid som lederutfordringer. Utfordringene om tid handlet om at prosessen med innføringen av pasientforløp tok lenger tid enn de hadde forventet og oppfølgingen i etterkant krever mer tid enn de hadde forestilt seg. I planlegging og innføringsfasen opplevde lederne tidsmangel. Dette ga dem en opplevelse av at de ikke fikk gjort innføringsarbeidet så godt som de ønsket. De ansatte hadde argumentert med mangel på tid for at de ikke kunne følge prosedyrene rundt pasientforløp. Disse tre utfordringene innen tid viser til hvordan lederne måtte prioritere oppgaver i egen arbeidshverdag men også legge til rette for at de ansatte hadde tid til å gjennomføre pasientforløpet. Videre viser det til at man i planleggingen av prosjektet kan ha forventet at ting skulle gå fortere og enklere enn det som det viste seg at det gjorde.

Innføring av pasientforløp kan som et utgangspunkt sees på som innføring av et nytt system. I en rasjonell forståelse vil man tenke at man endrer prosedyrer, informerer det ansatte om denne endringen og så vil arbeidsmåtene bli endret. Med denne forståelsen vil man kunne tenke at endringen raskt kan implementeres i organisasjonen. På den andre siden handler innføring av pasientforløp om at de ansatte skal gjennomføre vesentlige endringer i måten de jobber på. Her ser vi metoden i et mer institusjonelt perspektiv. I dette perspektivet vil man ikke tenke på arbeidsmetoder som strukturelle forhold, men de kan heller sees på som et kulturelt oppstått handlingsmønster basert på verdier og normer hos de ansatte. Dette kan for eksempel være arbeidsmåter som helsepersonell tilegner seg gjennom utdanning. For mange helsearbeidere er dette en del av den profesjonelle identiteten og dermed et bidrag til den yrkesstoltheten helsearbeideren har. Med denne forståelsen kan man se at helsepersonells handlingsmåte i tillegg til å ha utgangspunkt i et system også handler om innarbeidede kulturelle forhold. Endringer som skal gjøres i organisasjonskulturen kan tenkes å ta tid. I et institusjonelt perspektiv kan man forstå at implementering handler om å påvirke og gjøre endringer i organisasjonskultur. I dette perspektivet kan man tenke at opplæring, utdanning og sosialisering av organisasjonens medlemmer har betydning for resultatet i endringsprosessen. Vi tror hjemmetjenestene som vi har undersøkt som organisasjon har institusjonelle tendenser, fordi våre informanter beskriver at de har brukt mye tid på å innføre endringer. De beskriver at endringen tok tid og at de måtte gi de ansatte tid til å venne seg tanken på at de skal endre arbeidsmåte. En av våre informanter sa: «Vi ber jo de ansatte om å endre måten de arbeider på. Dette er store endringer for dem.» Ut fra denne fortolkningen må det beregnes god tid for å få endret på innarbeidede arbeidsmetoder. Informantenes reaksjoner på at prosessen tok lengre tid enn de forventet, kan da bety at den analysen og planleggingen som var gjort i forkant av innføringen ikke hadde tatt høyde for innføringens kompleksitet.

De ansatte argumenterte med at tidsmangel gjorde at de ikke kunne ta i bruk nye prosedyrer. Informantene hadde to ulike forklaringer på hvorfor de ansatte hadde sagt dette. Beskrivelsen var forskjellig i de to kommunene. Basert på forståelsen av hva dette kom av hadde de laget strategier for hvordan denne utfordringen skulle møtes. I kommune A ble denne utfordringen oppfattet som et uttrykk for motstand hos de ansatte. Dette var en ikke uventet reaksjon og

lederens strategi for å møte dette var at det ble satt av nok tid for den enkelte til å gjennomføre de rutinene som lå i pasientforløpet. Dette innebar at lederen måtte sikre at enkelte arbeidsoppgaver ble overført til andre. Slik fikk den enkelte tid til å sette seg inn i og bruke de nye rutinene. I kommune B ble de ansattes utsagn om manglende tid tolket som et uttrykk for at de ikke hadde fått nok opplæring og dermed ikke følte at de mestret oppgaven. Lederens strategi for å løse denne utfordringen var å veilede de ansatte i pasientforløp. Slik økte hun den ansattes kompetanse om pasientforløp og de ansatte tok i bruk prosedyrene. Informantene mente at den strategien de hadde valgt fungerte slik de ønsket den skulle gjøre. En forklaring på denne forskjellen kan være at de ansatte faktisk hadde mindre tid i kommune A og derfor måtte få satt av tid for å gjennomføre pasientforløp. I den andre kommunen kan mindre opplæring være grunnen til at veiledning var den rette handlingen av lederen.

Informantene beskrev at de som ledere også hadde tidsmangel. De sa at de ikke fikk gjort innføringsarbeidet godt nok, og at de måtte bruke fritid for å gjennomføre alle oppgavene. Ledere på dette nivået har ofte en selvstendig stilling som innebærer at de i stor grad styrer sin egen arbeidshverdag. Informantene var tydelig på at de selv hadde ansvar for å rydde plass til egne arbeidsoppgaver. Vi ser en tosidighet i forhold til lederens forståelse av å tilrettelegge for tidsbruk for å få implementert pasientforløp. På den ene siden viser lederen en forståelse for å sette av tid slik at medarbeideren skal holde på med prosessen. På den andre siden viser lederne liten forståelse for å tilrettelegge for egen tidsbruk. I forhold til egen tilrettelegging kan det se ut til at lederne i stedet for å skape rom for dette i egen arbeidshverdag velger å bruke fritid på å gjennomføre sine oppgaver i prosessen. En forklaring på dette kan vi finne i teorien om det rasjonelle perspektivet. I dette perspektivet har lederen en sentral rolle i forhold til hva som skjer i organisasjonen. Lederen ansees som et nav i produksjonen og dermed blir også lederen en nøkkelperson på bakgrunn av sin rolle. I dette scenariet ligger det forventninger om at resultatene av implementeringsprosessen vil vise seg relativt raskt. Slike forventninger kan komme fra omgivelsene men de kan også komme fra lederen selv. Ser man lederrollen mot kravet om rask levering kan dette forklare at lederne velger å bruke av sin fritid til å gjennomføre implementeringsprosessen. Forventningen om rask levering kan også forklare hvorfor lederne opplevde at prosessen tok lang tid. I det rasjonelle perspektivet får leder et

viktig ansvar for at organisasjonen når sine mål. Ansvar for at endringsprosessen lykkes vil derfor ligge hos leder. I mindre enheter og små organisasjoner kan det tenkes at lederen får en svært viktig rolle med å sikre implementeringsprosessen. Dette tolket vi fra det den ene informanten sa: «hvis jeg slutter nå vi det ikke ha noe å si, nå vil prosessen gå videre uten meg». Måten hun la trykket i setningen ga oss forståelsen av at nå, når endringen var kommet så langt ville det ikke ha noe å si om hun sluttet og uuttalt var det en forståelse av at tidligere var situasjonen annerledes. Vi fikk forståelsen av at de lederne vi snakket med hadde hatt nøkkelroller for innføringen av pasientforløp i sine kommuner.

Ledere i helsetjenesten står daglig i mange uforutsette situasjoner. Dette kan være alt fra at ansatte blir syk og det må sikres at det er personer som kommer på jobb i stedet for disse, til situasjoner hvor pasienter på grunn av sykdom krever økt innsats fra helsetjenesten. Slike situasjoner krever ofte leders oppmerksomhet der og da og andre gjøremål vil bli satt til side. Dette kan forklare hvorfor informantene måtte bruke fritid for å få gjennomført egne arbeidsoppgaver.

En måte å løse problematikken om mangel på tid er at man i planleggingsfasen gjennomfører en analyse av samlet arbeidskapasitet, arbeidsoppgaver og mulighet til delegering av ansvar eller arbeidsoppgaver. En viktig del av en slik analyse er å klargjøre detaljert forventet tidsbruk til prosjektet. Analysen kan så danne grunnlaget for å utarbeide en strategi for hvordan leder kan skaffe seg endringskapasitet. Ved å utarbeide en oversikt over oppgaver som kan delegeres til hvem kan leder skaffe seg handlingsrom når andre oppgaver må utføres.

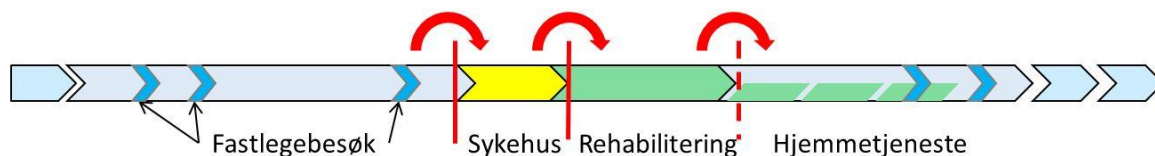
Et bidrag til å redusere tidsproblematikken kan være å utarbeide en systematisk opplæringsmal i pasientforløp. Ved at man konsekvent bruker malen i opplæring av nyansatte kan man sikre at nyansatte har nødvendig kunnskaper om pasientforløp. Dermed kan man unngå at ansatte bruker tid som begrunnelse for å ikke å bruke prosedyrene i pasientforløp og at lederne trenger å ha mindre veiledning med de ansatte. I kommune A beskrev de at opplæring skjedde ved at gamle ansatte lærer opp nye. En av informantene beskrev at den beste opplæringa får man av erfarne kolleger. Samtidig vil denne typen opplæring gjøre at innholdet i opplæringa er avhengig av den kunnskapen den opprinnelige ansatte innehar. Dette gjør at man ikke får sikret

at nyansatte får den informasjonen og opplæringen som skal til for å kunne jobbe med pasientforløp. I kommune B forklarte de at de hadde opplegg for opplæring av nyansatte. En del av denne opplæringa handlet om rutinene i pasientforløpet. Ingen av kommunene hadde utarbeidet spesifikke rutiner for opplæring i pasientforløp. For at det skal sikres lik oppfølging av pasientene i kommunene kan det være hensiktsmessig at en standard for opplæring utarbeides. Når en av grunnpilarene i arbeidet med pasientforløp faktisk er standardisering, bør også opplæring være en del av standardiseringen. I tillegg til å ha et opplæringsopplegg for de som allerede er ansatt eller blir ansatt kan man se for seg at opplæring i pasientforløp kan gis ved utdanningsinstitusjonene. Ved å gi en slik opplæring kan man på sikt sikre at helsearbeidere har nødvendige kunnskaper og ferdigheter i å utføre pasientforløp.

5.2.2 Deltagelse

En av våre forventninger til pasientforløp var at det skulle foregå et tverrfaglig og tverretattlig samarbeid hvor de forskjellige aktørene hadde et gjensidig ansvar for oppfølgingen av pasienten. I begge kommunene beskrev man at det i implementeringsfasen hadde vært deltakelse fra andre profesjoner og enheter. Aktuelle samarbeidsparter hadde deltatt initialt, men disse aktørene hadde falt fra relativt raskt.

Pasienter som blir syke og blir lagt inn på sykehus møter mange profesjoner og instanser. Modellen nedenfor viser hvordan en pasient beveger seg mellom de ulike hjelpeinstansene.



Modell 1: Den kronisk syke pasientens bevegelse mellom etater når de blir akutt syke og behovet for samhandling mellom enheter og nivåer (Helsedirektoratet, 2018)

Modellen er en forenklet beskrivelse av et forløp fra hjemmet på venstre side og tilbake til hjemme i høyre enden av modellen. I praksis kan en ofte se at det er flere enheter og profesjoner som er involvert i pasientforløpet enn det modellen viser. Modellen tar ikke høyde for at profesjonene kan være organisert i ulike vertikale hierarki, med ulike ledere, noe som kan komplisere ansvaret for oppfølging av pasienten. Om pasienten skal oppleve sømløs oppfølging må personene i disse vertikale hierarkiene samarbeide i horisontale team. Denne organiseringen har gitt utfordringer i forhold til det tverrfaglig samarbeidet og var en av konklusjonene i arbeidet som ble gjort i kommunene før innføring av pasientforløp. Dette var ifølge informantene grunnen til at kommunene ønsket å innføre pasientforløp.

En av årsakene til manglende deltakelse fra andre enheter eller profesjoner kan være at de manglet eierskap til prosessene. Dette kan igjen komme av at hovedfokuset i prosjektet har vært på hjemmetjenestens rolle i pasientforløpet.

Når de andre aktørene i prosessen trakk seg ut fra prosjektet i en tidlig fase har vi tidligere diskutert om det kan tyde på en frastøting eller rask tilkobling. Vi har ikke undersøkt hvilke meninger og opplevelser disse aktørene hadde. Men om vi tenker at disse aktørene har opplevde en likegyldighet ovenfor pasientforløp kan det tyde på en frikobling.

Frikoblingsteorien er koblet til likegyldighet blant de ansatte. Selv om informantene som jobber i hjemmetjenesten ikke beskrev likegyldighet blant sine ansatte, kan likegyldighet være en forklaring på hvorfor de andre aktørene trakk seg fra samarbeidet. En forklaring på denne likegyldigheten kan være stort endringspress. Dette kan føre til at ansatte møter nye endringer med passivitet. Manglende engasjement fra deres egne ledere, manglende forståelse for viktigheten av prosjektet kan være en medvirkende årsak til at noen aktører trakk seg fra samarbeidet. De har så valgt å sitte på gjerdet og se hva som skjer med endringsideen og har valgt å bli med i pasientforløp på et senere tidspunkt. Dette er holdninger og handlingsmåter som kan tyde på at man har gjort en frikobling. Når de senere har valgt å bli en del av arbeidet med pasientforløp kan man tenke at det har skjedd en revitalisering jamfør virusteorien.

I veilederen ligger det føringer for hvem som har ansvar for å sikre at pasienter med «store og sammensatte» behov får oppfølging. Veilederen henvender seg til ledere som har ansvar for

kommunale helse og omsorgstjenester og det fremkommer tydelig at ansvaret for koordinerte tjenester til denne pasientgruppen ligger på kommunalt nivå. I lys av manglende deltakelse fra eksterne samarbeidsparter kan det virke som at pålegget fra sentrale myndigheter mot et mer utstrakt samarbeid må konkretiseres bedre enn hva veilederen gjør. Vi kan ikke se bort ifra at «alle i helsetjenesten» har mye å gjøre allerede og at en naturlig reaksjon på at man har for mye å gjøre er å skyve ansvar til andre. Dette kan medføre at kun de som har direkte ansvar blir deltakere i endringsprosessen.

For å sikre deltakelse mener vi at sentrale myndigheter i større grad bør legge føringer for hvem som skal delta. Det vil også være en fordel å ha veiledere som gir praktisk veiledning i hvordan implementering og drift kan gjøres.

5.2.3 Kommunikasjon

Med utgangspunkt i teori forstår vi at kommunikasjon i dette tilfellet handler om utveksling av informasjon mellom de ulike aktørene i organisasjonen. I et ledersperspektiv ansees kommunikasjon som svært viktig og leders evne til å kommunisere er viktig for at organisasjonene skal nå sine mål. Informantene trakk frem kommunikasjon med de ansatte både som en suksessfaktor, men også som en utfordring i prosessen med å implementere pasientforløp. Informantene formidlet viktigheten av å få gitt informasjon om hvorfor en ny endring skal iverksettes og hvordan endringen skal gjøres, til de ansatte.

I et rasjonelt perspektiv kan man se for seg at kommunikasjon handler om at lederen forteller de ansatte hvordan ting skal gjøres. De ansatte tar denne informasjonen med seg i sitt arbeid og utfører det som lederen sier de skal gjøre. I et institusjonelt perspektiv vil kommunikasjon få en annen skjebne. Vi vil kunne forvente at informasjon fra leder blir mottatt av de ansatte, for så å bli vurdert om den passer i organisasjonen og i virkelighetsbilde av hvordan de jobber. Om informasjonen presenteres innenfor de rammene som organisasjonen opplever som akseptable, vil informasjonen mottas og beskjedene gjennomføres. Om informasjonen som presenteres er for radikal vil de ansatte møte den med tanker om at dette vil ikke passe hos

oss, dette har vi prøvd før, vi kan prøve det, men det kommer sikkert ikke til å gå. Beskjeder fra leder vil dermed ikke bli iverksatt. I et nyinstitusjonelt perspektiv vil informasjon til de ansatte bli sett på med skepsis eller likegyldighet. Lederen vil ikke oppleve mye motstand mot de nye ideene men endringen vil likevel ikke bli gjennomført. De ansatte vil møte kommunikasjonen med tilbakeholdenhet. De vil vente på at lederen skal bli lei av å innføre nye endringer og la de ansatte jobbe som de alltid har gjort. Vi har tidligere hentydet at kommunene vi har undersøkt kan sees som institusjonelle organisasjoner. Informanter beskriver at de har brukt tid på å få de ansatte til å forstå meningen med endringen, dette var spesielt tydelig i funnene i kommune B. Her beskrev informantene at forståelsen til de ansatte var viktig. I tillegg beskriver begge kommunene at de har brukt mye tid i planleggingsfasen på hvor de skulle jobbe med pasientforløp og hvordan de skal få den til å passe i deres organisasjon. Slik kan vi se at kommunene virker til å være institusjonelt preget også i måten kommunikasjon skjer i organisasjonen.

I begge kommunene beskriver de at det å nå ut til alle ansatte med informasjon var en utfordring. Dette forklares med to ulike faktorer. I en organisasjon med drift hele døgnet, hvor de ansatte jobber på ulike tider, er det vanskelig å få til møtepunkter hvor alle ansatte deltar: «det er bestandig noen som ha langfri eller har vært på nattevakt og ikke kan komme på møtene». Den andre årsaken beskrives som vanskeligheten med å nå deltidsansatte. En av informantene forklarte at det er en del ansatte som bare jobber i helgene. Dette er for det første et tidspunkt hvor lederne ikke er på jobb. For det andre hadde man vurdert at effekten av å lære opp helgevikarer i pasientforløp ikke sto i samsvar med det det koster å lære dem opp. Informantene uttrykte at det er en utfordring for dem som ledere å utarbeide gode informasjonskanaler i en arbeidshverdag med ulike arbeidstider. De måtte både sikre at de ansatte fikk informasjon om innføring av pasientforløp, og at de fikk tilbakemelding fra de ansatte om hvordan systemet fungerte i praksis. Informantene ga ingen klare løsninger på dette problemet, men de så viktigheten i å jobbe med kommunikasjon til og fra de ansatte.

I en organisasjon hvor arbeidstakere er på jobb til ulike tider har vi opplevd at det er svært vanskelig å finne møtetidspunkter hvor alle ansatte kan møtes. Fagdager eller møter med bred

deltakelse kan for eksempel være vanskelig å få til. Det å få gitt og motta informasjon må etter vårt syn gjøres på andre måter enn ved å samle alle ansatte på et sted til samme tid. Dette betyr at samme informasjon må gjentas flere ganger og på flere ulike arenaer. Leder må kanskje ha et system som gir oversikt over hvem som har mottatt hvilken informasjon. Det må tas høyde for at det å få gitt informasjon til alle ansatte tar lengre tid og krever mer innsats fra leder i denne typen organisasjoner enn i organisasjoner med kun dagtidsdrift.

I en organisasjon med hierarki kan fysisk og opplevd avstand mellom leder og ansatte ha betydning for kommunikasjon. I slike organisasjoner kan informasjon måtte gå igjennom flere ledd. Hvert ledd vil bearbeide informasjonen og det kan skje at innholdet endres underveis fordi det blir tolket og retolket i løpet av prosessen. De kulturelle forholdene i organisasjonen kan ha betydning for eksempel til hvordan organisasjonen forholder seg til informasjon. I det rasjonelle perspektivet antas det at leders kommunikasjonsformer er gjennomtenkt og at leder har en strategi for hvordan kommunikasjon skal foregå mellom leder og ansatte. Informantene hadde tenkt nøye gjennom hvordan de skulle omtale pasientforløp blant annet ved at de alltid omtalte pasientforløp i positive former. En annen kommunikasjonsstrategi var at de i alle settinger belyste at pasientforløp handlet om å gi allerede eksisterende arbeidsformer en ny innpakning. Lederne kommuniserte da at det nye systemet egentlig handler om det gamle systemet i ny form. Dette kan gi en positiv psykologisk effekt hos de ansatte fordi de da opplever og tror at det handler om en justering av dagens praksis. På denne måten kan innføringen få en enklere vei inn i organisasjonen. Tankegangen bak dette er at justering av dagens praksis er enkel og ukomplisert. Endringer som blir presentert som omfattende og store kan bli oppfattet som kompliserte og vanskelig å få til. En av utfordringen med å argumentere med at dette er justering av dagens praksis er å vise at endringen faktisk er gammel metode i ny form. En annen utfordring kan være at ansatte faktisk opplever endringen som mer omfattende enn det leder forfekter. Dette kan føre til at de ansatte blir mistroisk til den informasjonen som leder kommer med og dermed ikke forholder seg til denne. Denne formen for kommunikasjon kan forstås i et institusjonelt perspektiv. Vi ser at informasjon blir kommunisert fra leder til ansatte. De ansatte vurderer det som blir sagt og bestemmer seg så for om den foreslåtte endringen passer før handling blir iverksatt.

Bruk av kommunikasjon i et lederperspektiv tjener til flere ulike funksjoner. Informantene beskriver viktigheten av kommunikasjon når de påpeker at de må gi informasjon til de ansatte om hvorfor man vil gjennomføre endringen og hvordan arbeidsoppgaver skal gjøres. Dette viser at kommunikasjon gir mulighet for å styre de ansattes arbeid og påvirke prosesser i organisasjonen. Dette kan handle om at leder er satt i en rolle som handler om å bruke ulike virkemidler for å oppnå et eller flere mål. Ledere er gjennom sin funksjon og rolle satt til blant annet å ta beslutninger, fastsette mål og iverksette nødvendige endringer. Kommunikasjon kan forstås som et viktig virkemiddel i leders utøvelse av makt. Når organisatoriske forhold som arbeidstider, setter begrensinger for leders kommunikasjon til de ansatte kan det innebære begrensninger i leders mulighet til å utøve makt. Ved at de ansatte ikke får med seg viktig informasjon kan dette gjøre at endringer ikke blir iverksatt. Konsekvensene av dette kan være at endringsprosesser som er initiert av leder ikke når oppsatte mål eller blir forsinket. Dette kan være en av forklaringene på hvorfor endringsprosessen tok lenger tid enn forventet.

Av dette forstår vi at kommunikasjon har en viktig funksjon i endringsprosesser. Vi kan også se at det er mange ulike forhold som påvirker kommunikasjonsprosessen og at måten ledere kommuniserer på kan få store konsekvenser for aktuelle resultater. I et slikt perspektiv kan man se for seg at kommunikasjon er et viktig redskap for ledere og at man i endringsprosesser kan ha et større fokus på hvordan leder kommuniserer sitt budskap. Dette handler sannsynligvis både om leders personlige ferdigheter i kommunikasjon og om å ha gode strategier for hvordan man skal kommuniserer endringsprosjektet. Forskning på kommunikasjonsprosesser i helsevesenet kan gi noen svar på disse problemstillingene. Klare kommunikasjonsstrategier kan også ha betydning for hvordan leder håndterer kommunikasjon i organisasjonen.

5.3 Hvilke suksesskriterier ser man ved innføring av pasientforløp i kommunehelsetjenesten?

I utgangspunktet hadde vi forventet å finne at deltakelse, opplæring, kommunikasjon og brukererfaring skulle være indikatorer på suksess. I møtet med empirien fant vi at disse

områdene i større grad ble beskrevet som lederutfordringer. Her har vi med vår forforståelse utarbeidet kriterier som ikke har passet inn i den virkelige verden. Kommunen viste kun lav og middels score på suksesskriteriene. Dette kan vi tolke som at innføringsprosessen ikke har vært vellykket. Alternativt kan vi tolke dette som at våre kriterier ikke har passet med empirien. Det informantene beskrev som viktige suksesskriterier var nøkkelpersoner, lederegenskaper, kompetanse og forankring. Vi velger å presentere de suksesskriteriene som informantene beskrev for oss.

5.3.1 Nøkkelpersoner

Alle informantene trekker frem betydningen av nøkkelpersoner for muligheten til å lykkes. Den ene informanten uttrykte dette gjennom å si: «det er noe med å være nær nok til å styre, men samtidig ha overblikket og ansvaret». Beskrivelsen av nøkkelpersonen knyttes opp mot at den aktuelle personen har faglig og økonomisk myndighet til å kunne treffe tiltak. Samtidig må vedkommende være organisatorisk plassert nært nok til den operasjonelle kjerne til å kunne utøve direkte påvirkning. Jacobsen (2012) kaller disse personene endringsagenter, vi velger å bruke nøkkelpersoner. To av informantene beskriver seg selv som nøkkelpersoner. Implisitt i informantenes svar ligger en beskrivelse om at nøkkelpersoner er pådrivere for prosessen med endringen. Nøkkelpersonene beskrives med eller beskriver seg selv som ledere som ønsker å oppnå resultater av ideelle årsaker. For disse personene handler det om å innføre endringer fordi de mener at dette kommer pasienten til gode. Den ideelle motivasjonen kan tenkes å komme fra nøkkelpersonenes faglige bakgrunn som sykepleiere. Det vil si at grunnutdanningen kan ha betydning for hvordan de tenker som ledere. Arbeidet for pasientens beste er en av grunnpilarene i sykepleien. Hensynet til pasienten er en viktig grunnleggende faktor i alt helsearbeid og dette kan være en av årsakene til at nøkkelpersonene tenker slik de gjør.

I tillegg til at informantene i form av sin rolle som ledere fungerte som nøkkelpersoner så hadde enkelte av medarbeiderne også en slik funksjon. Utgangspunktet for å bruke medarbeiderne som nøkkelpersoner var at informantene hadde en tanke om at disse kunne fungere som

døråpnere for at endringsideen kunne komme inn i organisasjonen. For å finne disse medarbeiderne brukte lederne sin erfaring om medarbeidernes egenskaper. Det handlet om å finne de medarbeiderne som fra tidligere hadde vært positiv til endringer og som hadde kunnskaper om endringsprosesser. Veien videre var å prøve ut de aktuelle endringene sammen med disse medarbeiderne. Lederen kan ved å bruke en slik metode oppnå å få prøvd ut en ide med lavt ressursbruk. Eventuelle justeringer som må gjøres vil sannsynligvis raskt kunne gjøres uten at mange personer må involveres. Ved å teste ut ideen med et fåtall positive personer kan leder få argumentasjon for at dette faktisk fungerer i organisasjonen. Man har da fått en form for bekreftelse på at endringen er mulig å få til. En ulempe ved å gjøre det på denne måten er at nøkkelpersonene kan komme i en rollekonflikt der de på den ene siden er sidestilt med kollegaene, og på den andre siden blir oppfattet som leders forlengede arm. Det kan også medføre at det kun er en liten gruppe ansatte som eier ideen og dermed kan eierskap hos de andre ansatte utebli. På lik linje med at det i kommune A hadde vært to implementeringsfaser risikere man å ha prosessen to ganger ved å velge en gruppe ansatte som gjør endringen før de andre.

Oppsummert viser dette oss at nøkkelpersoner har en viktig rolle i innføringen av pasientforløp. Nøkkelpersonene blant de ansatte har hatt en annen funksjon enn nøkkelpersonene i ledelsen, ved at de fungerte som portåpnere og forsøkspersoner som viste hvordan endringen kunne gjøres. Slik vi ser det har begge rollene vært viktig for at innføringen av pasientforløp har funger.

5.3.2 Lederegenskaper

Informantene vi snakket med kommenterte at å få med seg de ansatte på endringen var et viktig fokusområde for dem i implementering av endringsideen. Her ser vi at lederne hadde gjort seg tanker på forhånd om hvordan de kunne påvirke medarbeiderne til å bli med på endring, og at dette også ga positiv effekt for kommunene i implementeringsfasen. Dette kan tyde på at ledernes fokus på de ansatte kan ha hatt positiv betydning for implementering.

Ledere som bruker tid på relasjon og visjonsbygging og som viser samsvar mellom atferd, verdier og målsettinger kan ha større sjanse for å oppnå suksess med implementering.

I møtet med informantene beskrev de hvilke holdninger de hadde til ledelse. Blant annet sa en av informantene at ledelse handler om å gjøre andre gode. Dette kan tyde på at de arbeider etter teorier om støttende ledelse. En annen informant beskrev hvordan hun ikke hadde fokus på å finne hva de ansatte gjorde galt, men heller prøve å forstå hvorfor de ikke fikk fulgt opp de arbeidsoppgavene de ikke hadde gjort. Så forsøkte hun å legge til rette for at de ansatte kunne få en bedre hverdag. Hun brukte blant annet veiledning av de ansatte som ikke gjorde pasientforløp. Dette er et eksempel på hvordan man kan bruke forståelse og oppmuntring i stedet for kritikk. Vi opplevde at alle våre informanter hadde et reflektert forhold til seg selv som leder og hvordan deres handlinger påvirket andre rundt seg. Hvis leder forfekter et syn som ikke er forenelig med arbeidstakeres oppfatning av hva som er rett og galt kan leder oppleve at arbeidstakerne ikke lar seg lede til tross for at ledersynet er gjort på bakgrunn av refleksjon. Det kan derfor tenkes at denne suksessfaktoren er avhengig av at leder også har en formening om hva som er et virkningsfullt lederskap i organisasjonen. Det kan også tenkes at ved et reflektert forhold til hvordan lederrollen skal utøves kan organisasjonens medlemmer oppleve en forutsigbarhet i hvordan organisasjonen drives på. En slik forutsigbarhet kan gi mer tilfredse arbeidstakere. Tilfredse arbeidstakere kan gi et større handlingsrom for leder.

Lederens evne til å se og reflektere over egen atferd kan være en egenskap som har betydning for hvor godt man lykkes med en endringsprosess. Lederen fungerer på mange områder som rollemodeller. Som rollemodell kan lederens atferd, både fysisk og verbalt ha betydning for resultat. Det vil derfor være nærliggende å tenke at bevissthet rundt egen atferd har betydning for hvordan lederen agerer og snakker og dermed for hvordan organisasjonens medlemmer oppfatter lederen.

Endringsprosesser kan oppleves som kaotisk, fordi organisasjonen tas ut av sin vante sfære. Dette kan oppleves som stressende for arbeidstakerne, samtidig som at en slik situasjon kan gi mulighet for kreativitet og nytenkning fra de ansatte. Som leder kan det i slike situasjoner være viktig å ha gjort seg opp tanker om hvordan ledelse skal utøves. På den ene siden kan leder

gjennom å klargjøre eksistensielle faktorer, utarbeide klare mål og strategier redusere usikkerheten i organisasjonen. På den andre siden kan lederen avvente iverksettelse av tiltak for på denne måten å oppnå endringer som danner grunnlag for videre endringer. Dette er en interessant balansekunst og noe som kan være en utfordring når det kommer i møte med en organisasjon hvor lederen forsøker å gjøre de ansattes hverdag så enkel som mulig. Det er slik vi finner at våre informanter beskriver sin ledelse.

Vi tror at godt lederskap er noe som blir til over tid. Lederferdigheter kan bygge på teori, men i møte med de ansatte i den praktiske hverdagen kan ikke teorien dekke alle situasjoner. Lederferdighetene dannes slik vi ser det i tillegg til teoretiske momenter av erfaring, tilbakemelding og refleksjon rundt egen rolle og atferd. Slik vi ser det må organisasjonen bygge opp lederferdighet for å få til gode endringsprosesser. Dette kan etter vår mening sikres gjennom systematisk opplæring ved at leder får teoretisk påfyll og mulighet til refleksjon.

5.4 Kompetanse

Kompetanse handler i denne sammenhengen om formell og uformell kunnskap både hos ledere og ansatte i de to kommunen vi har undersøkt.

5.4.1 Leders kompetanse

Alle informantene hadde formell lederkompetanse. I tillegg hadde de erfaringskompetanse fra ledelse og fra deltakelse i tidligere endringsprosesser.

Veilederen hevder at kompetanse og kompetanseutvikling i endringsledelse er viktig.

For å forstå behovet for kompetanse i forhold til endringsledelse ser vi kompetansebegrepet mot begrepet organisatorisk endringskapasitet. I de to enhetene vi undersøkte kan ordinær drift være avgjørende for pasientens liv og helse. Det innebærer at ordinær drift må foregå

samtidig som endringsprosessen foregår. Det at enheten klarer å balansere ordinær drift med endringer er derfor avgjørende for å lykkes. Endringskapasitet handler blant annet om at organisasjonens medlemmer har kunnskaper eller ferdigheter som kan brukes i en endringsprosess. Dette kan for eksempel være generell kompetanse om endringer, spesielle ferdigheter hos enkeltpersoner eller erfaringskompetanse om endringer i egen enhet. Endringskapasitet er også å mestre at arbeidshverdagene har ulikt innhold og at det kan oppstå situasjoner som man ikke er vant til å håndtere. Det innebærer at organisasjonens medlemmer må ha kunnskaper og verktøy for å kunne løse situasjoner som oppstår og som man ikke nødvendigvis kan bruke tidligere erfaringer eller prosedyrer til å løse. Lederne vi har snakket med har gjort endringsprosesser i enhetene sine før de begynte med innføringen av pasientforløp. Dette kan ha gitt økt endringserfaring og dermed også økt endringskompetanse.

En del av endringskapasiteten er å skaffe rom for at endringsideen kan få innpass i organisasjonen. Dette kan for eksempel gjøres ved å velge bort arbeidsoppgaver som ikke må gjøres i den perioden som endringen pågår, eller det kan være at man søker å finne ressurser som kan erstatte noen av arbeidsoppgavene. Arbeidsmengden i hjemmetjenesten kan variere, på grunn av variasjon i antall brukere og hvor mye hjelp disse trenger. I og med at endringskapasitet handler om å kunne gjøre endringer i tillegg til vanlig arbeid, blir rett timing for innføring av endringer viktig. En av informantene beskrev at endringene måtte innføres når de ansatte hadde overskudd til å gjøre endringer. Dette peker mot at lederen hadde kunnskaper om organisatoriske forhold, som hun brukte til å velge riktig tidspunkt for å innføre pasientforløpet. Eksempelvis kan perioder med stort sykefravær være tidspunkt hvor endringsprosesser kan møte mer motstand enn i andre perioder.

I tillegg til leders endringskompetanse var leders kompetanse om pasientforløp en faktor som flere informanter trakk frem som viktig i implementeringsprosessen. I forkant av implementeringa hadde lederne fått opplæring i innholdet i selve pasientforløpet. Denne kompetansen gjorde at lederne var i stand til å fortelle de ansatte hva de skulle gjøre hvis det oppsto problemer i prosessen. En informant beskrev sin leder som en «superbruker» i pasientforløp. Hun beskrev at dette hadde vært viktig funksjon og hadde ført til at lederen

kunne se løsninger på utfordringer underveis. Dette kan tyde på at leder har fremstått som en rollemodell for de ansatte. Det at leder faktisk har satt seg inn i og forstår hva pasientforløpet går ut på kan gi signaler til de ansatte om at dette er viktig for organisasjonen. Dette kan gi legitimitet til endringen.

5.4.2 Ansattes kompetanse

Flere av informantene hadde fokus på ansattes kompetanse. Dette var i utgangspunktet ikke en faktor som kun var knyttet til innføring av pasientforløp, men som i etterkant kan vise seg å ha betydning for hvor godt kommunene har lyktes med innføring av pasientforløp.

Kompetansecfokus har vist seg på flere ulike områder i vårt materiale. I begge kommunene hadde det i innføringsperioden vært fokus på å øke de ansattes kompetanse om pasientforløpsprosessen. I kommune B hadde man over noen år hatt fokus på å øke andelen høyskoleutdannede blant de ansatte. I begge kommunene mente man at fokuset på kompetanse ga gevinster i form av høy grad av faglig diskusjon. Et annet fokus som var spesielt tydelig i kommune B var at man ønsket at de ansatte skulle få faglig påfyll uten å måtte bytte jobb. Dette gjorde de ved at de ansatte fikk fordype seg og ta ansvar for forskjellige fagområder. Informanten mente at dette førte til mindre utskifting av personale. Det betydde at kommunen beholdt opparbeidet kompetanse og dermed også vedvarende kompetanse om pasientforløp.

Informantene brukte begrepet basiskompetanse som en betegnelse for den kompetansen de ansatte må inneha for å kunne jobbe med pasientforløp. En av informantene forklarte basiskompetanse med: «den kompetanse som gjorde den ansatte i stand til å iverksette tiltak når det i dialogen med pasienten ble avdekket forhold som krevde tiltak». Derfor kan vi se på «riktig kompetanse» som en suksessfaktor for innføring og gjennomføring av pasientforløp i kommunene.

For å bli helsearbeider må man gjennomføre en profesjonsutdanning. Ifølge Grund (2006) gir profesjonsutdanningen selvstendige arbeidstakere. Helsearbeiderens kompetanse er både en

forutsetning for å utføre arbeidet, samtidig som det kan være et hinder for endringer i organisasjonen. Helsearbeidets karakter kan gi situasjoner hvor utøveren må ta avgjørelser på egenhånd som kan omhandle liv og død og som kan ha økonomiske konsekvenser for organisasjonen. Dette krever egenledelse og klare ideer om hvordan ting bør gjøres. Denne selvstendigheten kan gi utfordringer for lederen fordi muligheten til å utøve lederskap, kontroll og makt begrenses. Selvstendige arbeidstakere kan også sees som en styrke, ved at de er selvstendig, utøver selvledelse og dermed kan utføre arbeidsoppgaver og gjøre endringer uten for mye innblanding fra leder. Som leder kan man sikre at de ansatte tar de rette avgjørelsene ved gi de ansatte god innsikt i hva endringen går ut på og hvilket målsettinger som er satt. Dette kan gi dem innsikt slik at de kan ta de rette avgjørelsene. Forståelsen for hvordan helsearbeideren jobber og hvorfor helsearbeideren velger å gjøre som de gjør kan ha betydning for hvilken strategi som skal velges for opplæring i pasientforløp.

Hjelpetilbudet til pasienten baserer seg på en faglig beslutning den ansatte i hjemmetjenesten gjør sammen med pasienten. Hvis den ansatte ikke har kompetanse eller ikke har fått god nok opplæring om pasientforløp, risikerer man at pasientene likevel ikke får den nødvendige eller riktige helsehjelpen. For å kunne følge prosedyrene og gi god og forsvarlig behandling, ser vi behovet for både riktig kompetanse på generell basis, men også for spesiell kompetanse innenfor pasientforløp.

Før innføring av pasientforløp bør det gjøres en analyse av organisasjonens endringskapasitet inkludert en vurdering av om organisasjonen har tilstrekkelig endringskompetanse. Siden leder sannsynligvis har en viktig rolle i forhold til endringsprosessen kan det være spesielt viktig å ha innsikt i leder og andre nøkkelpersoners endringskompetanse slik at man eventuelt kan øke denne kompetansen hvis man avdekker mangler.

Hvis man utarbeidet en standardisert opplæringsplan som ledd i innføring av pasientforløp i kommunene, kan dette bidra til implementering og gjennomføring av pasientforløp. En slik opplæringsplan kan bidra til utvikling av kompetanse hos de ansatte og den kan forhindre hyppig turnover i organisasjonen. En opplæringsplan kan gi et bilde av hvilken kompetanse

kommunen trenger for innføring av pasientforløp og dermed kan kommunene jobbe systematisk med å tilegne seg kompetanse på områdene hvor det mangler kompetanse.

5.4.3 Forankring og medvirkning

Forankring i denne sammenhengen handler om aktørenes forpliktelser til å gjennomføre ideen med pasientforløp. Dette kan skje gjennom pålegg eller indre motivasjon. Deltagelse og informasjon har vært faktorer som våre informanter har sett som viktige i arbeidet med pasientforløp. Dette kan ha vært en medvirkende årsak til at innføringen av pasientforløp ble gjennomført. Forankring kan også handle om aktørenes opplevelse av å få informasjon og få delta i å bestemme endringsprosjektets skjebne. Gjennom forankring kan man sikre at alle aktører har kunnskap om prosjektet og at man forplikter seg og bidrar til gjennomføringen av prosjektet. I begge kommunene har vi sett forankring av prosessen på politisk, administrativt nivå og blant de ansatte. Informantene beskriver dette som en godt forankret prosess. Dette kan ha vært en medvirkende årsak til at innføringen av pasientforløp ble gjennomført.

Våre forventninger var at forankring skulle være viktig, men funnene viste at forankring ikke er like viktig på alle nivå i organisasjonen. Forankring på politisk nivå kan gi prosjektet legitimitet og denne forankringen kan være nødvendig for å sikre prosjektets økonomi. I vårt materiale finner vi ikke klare indikasjoner på betydningen av politisk forankring. En forklaring på dette kan være at politisk forankring ofte er noe som man bare må ha uten at det gjøres en vurdering av hvorfor man må ha det. Pasientforløp handler i utgangspunktet om en faglig tilnærming til en problemstilling. Politikere har som et utgangspunkt ikke forutsetninger for å ta helsefaglige avgjørelser. Det kan bety at enkelte avgjørelser med helsefaglig karakter bør tas på faglig administrativt nivå. Det kan likevel være slik at politisk godkjenning av prosjektet kan være nødvendig på grunn av prosjektets karakter eller fordi de politiske fullmakter ikke angår iverksetting av prosjekter av denne typen. Vi utelukker ikke at politisk forankring kan være viktig for å få innført pasientforløp, men har ikke grunnlag i vårt materiale til å konkludere på dette området.

Den administrative forankringen handler om at ledelsen gjennom godkjenning av prosjektet skal sikre ideens gjennomførelse. I denne sammenhengen betyr ledelse det organisatoriske nivået som er over driftsnivået i helsesektoren i kommunen. I praksis vil dette si rådmannsnivået i kommuner med tonivåorganisering eller nivåene over driftsledelsen i kommuner med en bredere organisasjonsstruktur. I begge kommunene var innføringen initiert av ledere. På grunn av kommunenes størrelse skjedde denne forankringa på ulikt administrativt nivå. Vi ser her at forankring på administrativt nivå hadde betydning for prosjektet fordi dette sikret mandat og økonomi. Våre informanter var også bevist på at forankringen i ledernivå ga støtte og legitimitet til arbeidet. Administrativt nivå kan ha et eierskap til innføringen ved at det er dette nivået som er ansvarlig for de lovpålagte tjenestene i kommunen. Videre vil disse lederne gjennom sitt eierskap til prosjektet etterspørre resultat og dermed bidra til fremdrift i prosjektet. Forankring på dette nivået kan gi signaler nedover i organisasjonen om at dette er et viktig prosjekt. Dette er faktorer som kan indikere på at en administrativ forankring har betydning for innføring av pasientforløp.

Forankring blant de ansatte kan være at de blir fortalt om prosjektet og aksepterer at ideen blir tatt i bruk. Tillitsvalgte spiller ofte en sentral rolle i forhold til legitimitet i en endringsprosess og de har en rolle med å videreformidle de ansattes meninger til ledelsen og få gitt informasjon om prosjektet til ansatte. Forankring på dette nivået kan ha betydning for å redusere motstanden mot prosjektet. I de to kommunene vi besøkte ble det gitt informasjon til de ansatte i forkant. Ledernes opplevelse av liten motstand kan forklares ved at man har gitt god informasjon til ansatte. Vi mener at forankring på dette nivået kan forklare suksess i prosjektet.

Forankring på brukernivå kan bidra til å sikre legitimitet blant brukerne. Vi kan i vårt materiale ikke se at forankring på dette nivået har hatt betydning for hvordan prosessen har forløpt og hvordan pasienten har tatt imot endringen. Brukerrepresentanter i prosjektet har kun vært delvis deltakende. Dette kan tyde på at forankring på dette nivået har hatt liten betydning for selve implementeringa. Veilederen krever at man skal ha bruker involvering i endringsprosesser som er av betydning for tilbudet til brukeren. Dermed er brukermedvirkning sett som nødvendig og viktig fra myndighetenes side. Selv om våre funn ikke viser at brukermedvirkning

har hatt betydning for denne prosessen kan vi ikke utelukke at brukerinvolvering kan ha betydning for innføring av endringer. Det utelukker heller ikke at brukerinvolvering kan ha betydning for innholdet i pasientforløpet.

Informantene befinner seg i sine lederroller på et faglig administrativt nivå. Dette nivået er hverken et rent administrativt nivå eller et rent helsefaglig nivå. I mange organisasjoner kalles dette for mellomledere. Fordi disse lederne kan regnes som nøkkelpersoner i innføring og videre oppfølging anser vi det viktig med forankring av prosessen på dette nivået. I vårt materiale har vi sett at informantene tidlig ble involvert i prosessen og at de opplevde at de hadde et eierskap til den. I andre endringsprosesser har vi erfart at forankring og opplæring i endringsprosesser på dette nivået har vært underprioritert og undervurdert. I praksis kan det da oppstå et avvik i forhold til de forventninger som stilles til ledernes engasjement og det engasjementet de faktisk har. Forventningen kan være at nøkkelpersonene på grunn av sin rolle som ledere har et positivt engasjement til endringen. I praksis kan vedkommende på grunn av manglende involvering ha en nøytral eller negativ tilnærming til endringen. En slik situasjon kan forklares med at man har en rasjonell tilnærming til endringsprosessen. I dette perspektivet forventes det at endringer tas inn uten store hindringer og nøkkelpersonene er å ansees som en brikke i forhold til å oppnå en bestemt endring. Motivasjon til endring er i dette perspektivet noe som følger av den rollen man innehar og teorien tar i liten grad inn over seg at forankring er noe annet enn en formell handling som skal sikre legitimitet for prosjektet. Dette kan være en av årsakene til at man har innført endringer i kommunene, ved at man har skapt engasjement blant mellomlederne.

Involvering av nøkkelpersoner er et tveegget sverd i forhold til betydningen av forankring. På den ene siden kan det være vanskelig å identifisere hvem som vil bli nøkkelpersoner i en tidlig fase av prosjektet. På den andre siden kan tidlig forankring hos nøkkelpersoner være avgjørende for implementeringsfasen og dermed for hvor godt man lykkes med prosjektet.

Oppsummert viser dette at forankring av pasientforløp er viktig for å oppnå suksess, men prosessen behøver ikke å forankres like godt på alle nivåer. Siden innføring av pasientforløp

skjer i kommuner som er ulike vil vår anbefaling være at man i hver kommune må gjøre en vurdering av hvor det er nødvendig å ha prosjektet forankret før prosjektet begynner.

5.5 Veileder

Våre empiriske funn om lederutfordringer har vi kategorisert i tid, deltagelse og kommunikasjon. Vi velger å se disse utfordringen opp mot veilederen for oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov for å se om denne dekker disse funnen vi har gjort.

Informantene og teorien beskriver tid som en utfordring. Vi oppfatter dette som tydelige funn om at i tidsperspektivet på ulike måter må tas hensyn til i en endringsprosess. Veilederen har ingen områder som beskriver tid som en problemstilling eller som viser til hvordan dette kan løses.

Deltakelse fra involverte parter ble beskrevet som en utfordring for kommunene vi undersøkte. Dette sammenfaller med våre erfaringer om at det kan være vanskelig å få tverrfaglige team til å samarbeide til pasientens beste. Veilederens svar på hvordan dette kan løses er at man bør legge til rette for at tverrfaglige team kan ha felles fagutviklingsdager. Tanken bak dette er at det vil føre til en felles forståelse for viktigheten av det tverrfaglige arbeidet. Etter vår mening kan dette være en god start på å få til et tverrfaglig samarbeid. Men vår erfaring er at det er enda vanskeligere å få de tverrfaglige teamene til å møtes en halv eller en hel dag til faglig påfyll, enn det er å få dem til å samarbeide om pasientene. Vi savner at veilederen har en bredere drøfting av tverrfaglig deltakelse og vi savner tydeligere forventninger til tverrfaglig deltakelse.

Informantene beskriver utfordringene med kommunikasjon. Heller ikke på dette området har veilederen en tydelig beskrivelse av betydning eller av hvordan dette kan løses.

Veilederen er tydelig på at ledelsen i kommunene er ansvarlig for alle tiltakene blir gjennomført. Veilederen er tydelig på at det er viktig at pasienten involveres i innføringen og

endringer i egen hverdag, men det settes ikke fokus på forankring blant de ansatte og lederne. Det beskrives at det er viktig at organisasjonen innehar kunnskap om endringsledelse, men ikke hvem eller hvordan man skal få dette. Veilederen samsvarer med informantenes svar når det gjelder viktigheten av fagansatte og kontinuerlig kunnskapsbedring.

Oppsummert oppleves det som veilederen i liten grad tar inn over seg utfordringer med innføring av et nytt system i kommunehelsetjenesten. Det skisseres i liten grad hvordan man kan oppnå målene i veilederen, ut over å peke fingere på hvem som er ansvarlig. Veilederen oppleves tidvis som et teoretisk dokument som befinner seg langt fra virkeligheten, for så å tidvis være veldig detaljert på hvordan enkelte ting skal gjøres. Veilederen er et godt skritt i riktig retning, siden det har fokus på hvordan man kan bedre behandlingen av pasienter i hjemmetjenesten, men det oppleves som det trenger å ta inn over seg kompleksiteten i systemet det skal gjøres i og utfordringene i dette systemet.

Sammenligner vi veilederen med føringer fra samhandlingsreformen vil man kunne se at samhandlingsreformen har tydelige tiltak rettet både mot helseforetakene og mot kommunehelsetjenesten. Det var også gitt økonomiske insentiver som skulle sikre nødvendig at tiltakene ble iverksatt. De samme virkemidlene finnes så langt ikke i det pålegget sentrale myndigheter legger til kommunene. Veilederen gir etter vår mening ingen nye føringer. Det som beskrives i denne er kun oppsummeringer av allerede pålagte kommunale oppgaver og man kan derfor stille spørsmål om veilederen faktisk har noen verdi i arbeidet med å innføre pasientforløp i kommunene eller vil føre til noen endringer. En bedre beskrivelse av hva som forventes både av kommunene og aktuelle samarbeidsparter vil kunne gi kommunene en bedre mulighet til å lykkes i prosessen med å innføre pasientforløp. Det er lagt til rette for at kommunene skal delta i læringsnettverk, men dette er frivillig og mange kommuner deltar ikke. Man kan altså tenke seg at kommunen har fått for stor frihet i å ta inn over seg at man må sikre god pasientoppfølging på tvers av profesjons og avdelingslinjer. Dette kan igjen bety at kommunene enten ikke sikrer dette arbeidet eller at hver enkelt kommune må utarbeide egne systemer for å sikre at pasientoppfølgingen foregår etter hensikten. En sentralt utarbeidet veileder vil ha fordeler som at det sparer tid og ressurser for kommunen, den kan ta høyde for

tidligere erfaringer og den kan sikre bedre suksessfaktor for de kommunen som skal i gang med å innføre pasientforløp. Ulempen med en for detaljert føring kan være at den ikke tar høyde for at kommunene er ulike og dermed har behov for å tilpasse organiseringen av tjenestene i forhold til særpreget i kommunen.

5.6 Hva kan vi lære av to kommuner som har innført pasientforløp?

Tidligere i oppgaven har vi argumentert for at vi i endringsprosessen har sett tegn primært til rask tilkobling og frastøting i kommunene vi undersøkte. Frikobling kan ha funnet sted, men vi har ikke data som kan konkludere med dette. Vi anser dette som funn som viser kompleksiteten i endringen som er gjort, men som også viser at teoriene kan være for enkel i møte med praksis.

Vi erfarer at virkeligheten er mer kompleks enn disse teorien legger til rette for. Men kanskje er det slik en teori skal være; en forenkling av virkeligheten. Dette kan være fordi disse teoriene er laget for ledelse i et makroperspektiv. Vi har sett på ledelse i et mikroperspektiv, hvor vi har fokusert på de lederne som leder de ansatte som skal gjøre endringen. Det kan hende at perspektivet og materialet vårt har vært for lite for at vi skal klare å se tydelig de store linjene i dette. Virusteorien tar innover seg at endringer i organisasjoner ikke er prosesser som har enkle forklaringer, men heller som en kompleks prosess. Teorien beskriver også hva som skjer med en endring over tid. Dette er slik vi ser det en av styrkene til virusteorien og den viser hvordan endringene følger forskjellige mønstre og faser i en organisasjon over tid.

Informantene oppgir at implementeringsprosessen var vanskelig på grunn av manglende deltakelse. Implementering ble allikevel gjennomført uten deltakelse fra relevante samarbeidspartnere. Når informantene beskriver hva de definerer pasientforløp som, nevner de i utgangspunktet ikke samarbeid med andre aktører. Andre aktører blir nevnt når de blir spurt direkte om dette. De beskriver da at disse aktørene trekkes inn når hjemmetjenesten ber om det. Det vi si at de deltar, men ikke på eget initiativ. Veilederen og de definisjonene som har vært i prosjektet om innføring av pasientforløp definerer dette samarbeidet som

grunnleggende for pasientforløp. Vi forventet derfor at en av suksesskriteriene skulle være samarbeid mellom ulike aktører i helsevesenet. Mangel på deltakende samarbeidsparter får oss til å undres over om det informantene opplever som en suksessfull implementering av pasientforløp faktisk handler om noe annet enn pasientforløp. Vi ser at det er gjort en endring i arbeidsformen til hjemmetjenesten. Ifølge informantenes beskrivelse kan det tyde på at dette handler om et system for hvordan hjemmetjenesten skal ivareta pasienten og ikke hvordan man kan få til samarbeidet rundt pasienten. Dette får oss videre til å undres over om innføring av pasientforløp har vært vellykket? Spørsmålet kan begrunnes i en forventning om at i et tverrfaglig samarbeid er alle parter ansvarlig for at prosessen skal gå sin gang. I disse to kommunene skjedde ikke dette i implementeringsfasen. Våre empiriske funn viser at man i dag har oppnådd et tverrprofesjonelt og tverretatlig samarbeid, men empirien viser at det ikke er likeverdig deltagelse og eierskap til pasientforløpet. Dette kan føre til at pasientene opplever en fragmentert og oppstykket helsetjeneste stikk i strid med hensikten for pasientforløp.

Informantene beskrev at de også i dag bruker mye tid på å holde systemet gående. Dette kan bety at systemet ikke er godt nok implementert i organisasjonen. Det kan også bety at systemet er så komplisert at det tar lang tid å få implementert og krever arbeid å drifte. I vårt materiale har vi ikke gått inn på hvorfor lederne enda må bruke mye tid på pasientforløp, så vi kan ikke konkludere på dette området, men fordi dette var så tydelig i informantenes svar tar vi dette med som en betraktning.

Tid er en gjennomgående utfordring i vårt materiale. Vi tror ikke at det finnes enkle løsninger på tidsproblematikken, men vi tror at våre funn kan gi andre kommuner som skal innføre pasientforløp en mulighet til å lære av erfaringene. Ved å gjøre en analyse av hvordan tidsutfordringene kan vise seg i deres organisasjon kan man finne tiltak som kan redusere problematikk som handler om tid. Et viktig moment er etter vår mening at behovet for å bruke tid på pasientforløp ikke var over selv om implementeringsfasen var over.

Vi kan slå fast at kompetanse er viktig både hos ledere og medarbeidere. Vi har sett at organisasjonen trenger forskjellig kompetanse for å lykkes med å ta i bruk pasientforløp. Dette er kompetanse som endringsledelse, endringserfaring, basiskompetanse i pasientbehandling og

kompetanse om pasientforløp. Vi har også sett at det gjennomgående manglet systematikk rundt opplæring på disse områdene i kommunene vi så på.

Forankring av endringsprosesser kan bidra til å oppnå suksess. I vårt materiale ser vi at prosessen behøver ikke å forankres like godt på alle nivåer, men at forankring på de riktige nivåene er viktig for suksess.

Vi har sett at kommunikasjon har en viktig funksjon i endringsprosessene i de to kommunene vi har studert. Hvordan lederne har omtalt pasientforløp har hatt betydning og hvordan lederne skal nå ut med informasjon og dialog til de ansatte som jobber turnus og deltid er en utfordring. Vi har funnet at dette er område som krever konstant fokus fra ledere.

Vi tror at godt lederskap er noe som blir til over tid. Lederferdigheter kan bygge på teori, men i møte med de ansatte i den praktiske hverdagen kan ikke teorien dekke alle situasjoner. Lederferdighetene dannes slik vi ser det i tillegg til teoretiske momenter av erfaring, tilbakemelding og refleksjon rundt egen rolle og atferd. En av våre informanter beskrev viktigheten av å ha utdanning som leder, både i forhold til det hun selv hadde lært, også i møte med andre ledere som ikke hadde lederutdanning. Hun opplevde at man i hennes organisasjon hadde økt fokus på å bygge opp lederferdighet, dette mente hun kunne føre til gode endringsprosesser. Leders opplæring bør etter vår mening sikres gjennom systematisk opplæring ved at leder får teoretisk påfyll og mulighet til refleksjon.

Et av nøkkelbegrepene i pasientforløp er systematikk. Systematikk handler i denne sammenhengen om å ha systemer som sikrer at handlinger gjøres slik man ønsker at de skal. Pasientforløp og pakkeforløp er to relativt like prosesser og det er nærliggende å tenke at det i pakkeforløpet kan være utarbeidede systemer som kan overføres med eller uten justeringer til pasientforløp i kommunehelsetjenesten. Nå ser det ut til at sentrale myndigheter i større grad ser viktigheten av pasientforløp i kommunehelsetjenesten. Vi tror at dette på sikt kan gi sentralt initierte og utarbeidede systemer som kan brukes av kommunene. Dette vil sannsynligvis lette arbeidet hos ledere i kommunehelsetjenesten og lederne kan få mulighet til å konsentrere seg om prosessene fremfor å sikre systemene.

Basert på våre funn vil vi poengtere følgende områder som kan ha betydning for at kommunene skal lykkes med implementering av pasientforløp:

- Sentralt utarbeidet opplæring av ledere og ansatte i pasientforløp og endringsprosesser.
- Tidlig analyse over tidsbruk og organisasjonens endringskapasitet og endringskompetanse.
- Analyse over hvor forankring av prosjektet må gjøres basert på organisasjonens struktur og endringens karakter.
- Kontinuerlig fokus på kommunikasjon, både ved informasjon og dialog med ansatte og brukere.
- Pålegg fra myndighetene med tydelig krav om hva pasientforløp skal være og hvem som skal delta.

6 Avslutning

I denne studien har vi undersøkt hva som kan skje når en endringside tas i bruk i kommunehelsetjenesten. Endringsideen vi har sett på er pasientforløp. Vi har undersøkt to kommuner som har innført og bruker pasientforløp som metode for pasientoppfølging.

Målet med vår oppgave var å se på hvilke utfordringer en leder kan ha ved innføring av pasientforløp som metode. Oppgavens hovedfokus har vært endringsledelse og vi har innledningsvis beskrevet sider ved ledelse og endringsledelse.

Metoden vi har brukt i vår oppgave er en casestudie med semistrukturert intervju. Dette har gitt oss mulighet til å få innblikk i ledernes erfaringer av innføring av pasientforløp.

I oppgaven har vi tatt utgangspunkt i tre perspektiver som har dannet fundamentet i den teoretiske tilnærmingen til problemstillingen. Dette er det rasjonelle perspektivet, det institusjonelle perspektivet og det nyinstitusjonelle perspektivet. For å forklare våre funn har vi som et utgangspunkt brukt scenarioene rask tilkobling, frastøting og frikobling som forklaringsmodeller. Og vi har brukt virusteorien som en forklaringsmodell for å forklare det som skjedde i et lenger perspektiv. Vi har sett disse sammen med de funnen vi gjorde i intervjuene.

Vi opplevde at teoriene om rask tilkobling, frastøting og frikobling kunne beskrive endresultatet for endringen, men for å vise kompleksiteten i endringsprosessen over tid har vi sett behov for å bruke virusteorien. Vi synes uttrykket rask tilkobling best beskrev tilstanden vi ser i organisasjonen i dag. Samtidig beskriver informantene at endringsprosessen har tatt lang tid. Dermed tenker vi at det blir mer korrekt å kalle det bare *tilkobling*.

Lederutfordringene vi fant har vi valgt å kategorisere med tid, kompetanse og deltagelse. Gjennom analysen har vi identifisert flere områder som bør tas hensyn til ved implementering av lignende prosesser. Disse områdene er å ha systematikk i forhold til opplæring, en tidlig analyse med fokus på ressursbehov, tidsbruk, kompetanse og forankring, kontinuerlig fokus på

kommunikasjon og at myndighetene har en tydelige krav om hva pasientforløp skal være og hvem som skal delta.

Empirien viste at de faktorene vi trodde skulle vise suksess ikke samstemte med informantenes beskrivelse av suksesskriterier. Dette kan tyde på at vår forforståelse av suksesskriterier faktisk var feil. Ved at vi hadde fulgt våre suksesskriterier måtte vi ha konkludert med at innføringen ikke var suksessfull. Dette stemte ikke med informantenes beskrivelse. Vi valgte derfor å ta informantenes suksesskriterier som grunnlag for vår analyse.

Gjennom intervjuene fikk vi inntrykk av at informantene så på implementering av pasientforløp som en suksess i sine enheter. Vi fant to faktorer som taler mot dette. Manglende samarbeid mellom aktørene og at man fortsatt bruker ledelsestid på å få systemet til å fungere kan tyde på at innføringen av pasientforløp ikke har vært vellykket. Kommunene kan likevel ha oppnådd viktige og suksessfulle endringer i oppfølging av pasientene i hjemmetjenesten. Vi er usikre på om disse endringene kan defineres som pasientforløp.

Våre empiriske funn viser at innføring av ny arbeidsmåte har gitt endringer i måten de ansatte jobber på i kommunene vi undersøkte. Vi har også sett at innføringen krever planlegging, strategi, kompetanse og ikke minst egenskaper hos den eller de som skal stå for endringsprosessen. Vi har sett at endringsprosessen tar tid og i det bildet kan vi se at det å forstå og tåle at prosessen tar tid er viktig for implementeringen.

Myndighetenes interesse for pasientoppfølgingen kan se ut til å være større enn det vi i utgangspunktet trodde. Vi vil likevel påstå at myndighetene har og har hatt et større fokus på forløp i spesialisthelsetjenesten. Veilederen for oppfølging av pasienter med behov for store og omfattende behov er et bidrag i positiv retning, men slik den er nå er den lite anvendbar i praksis.

Vi har snakket med ledere i helsesektoren og gjennom intervjuene har de gitt oss et lite glimt av sin hverdag og de har delt litt av sin kunnskap med oss. Dette er ledere som er engasjert i jobben sin og som etter vår mening har en fantastisk tilnærming til utøvelsen av sin rolle. Kommunehelsetjenesten trenger ledere som dette! Vi vet at arbeidshverdagen for ledere i

kommunehelsetjenesten er hektisk og vi er svært takknemlige for at informantene har tatt seg tid til å snakke med oss. Vi har lært mye mer enn det vi har kunnet presentere i denne oppgaven. Prosessen har gitt oss ny innsikt i egen og andre ledes arbeidsmåter. Dette har vært lærerikt!

Vår studie er kun et lite innblikk i hvordan to norske kommuner har valgt å innføre denne endringen. Våre funn og konklusjoner har derfor en begrenset overførbarhet. Vi mener likevel at vår studie kan brukes som et bidrag til å finne mer ut av hva som skjer når kommunehelsetjenesten innfører en endring som pasientforløp. Vi har erfart at det på generelt grunnlag er lite forskning på endringsprosesser i kommunehelsetjenesten. Dette er et paradoks siden det er her store deler av pasientbehandlingen og pasientoppfølgingen foregår.

Litteraturhenvisning:

Artikler

Bernstrøm, V.H. (2014) *Implementering av organisasjonsendringer i helsesektoren: hvorfor det ofte går galt*. Scandinavian journal og organizational psychology, vol 6 nr 1.

Meyer, J. og Rowan, B. (1977) *Institutional Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*. American Journal of Sociology, 83: 340-363.

Røsstad, T. G., Salvesen, Ø., Steinsbekk, A., Grimsmo, A., Sletvold, O., Garåsen, H. (2017) *Generic care pathway for elderly patients in need of home care services after discharge from hospital: a cluster randomised controlled trial*. BMC Health Services Research. vol. 17 (275).

Røvik, K.A. (2011) From fashion to virus: An alternative theory of organizations' handling of management ideas. Organization Studies, 05/2011, Vol.32(5), pp.631-653

Bøker

Berger, P. og Luckmann, T. (1966) *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin.

Blaikie, N. (2010) *Designing social research: The logic of anticipation*. Andre utgave. Cambridge: Polity Press.

Busch, T. og Vanebo, J.O. (2000) *Organisasjon, ledelse og motivasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Christensen, T. og Lægreid, P., Roness, P. G. og Røvik, K.A. (2015) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget

Danermark, B. (1997) *Generalisering, vetenskapeliga slutledningar och modeller för förklarande samhällsvetenskap*. I Danermark, B. (1997) *Att förklara samhället*. Lund: Studentlitteratur

DiMaggio, P. J. og Powell, W. W. (1991) Introduction i W. W. Powell og P. J. DiMaggio (red.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, 1 – 38. Chicago: The University of Chicago Press

Etzioni, A (1982) *Moderne organisasjoner*, Oslo: Tanum

Eriksson-Zetterquist, U. (2009) *Institutionell teori : idéer, moden, förändring*. Malmø: Liber

Giorgi, A. (1975) *An application of Phenomenological method in psychology*. I A. Giorgi, C. Fisher og E. Murray (red) *Duquesne studies in phenomenological psychology*, II, s. 82-103. Pittsburg, PA: Duquesne University press.

Grund, J. (2006) *Sykehusledelse og helsepolitikk: dilemmaens tyranni*. Oslo: Universitetsforlaget

Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (1997) *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget

Jacobsen, D. I. (2012) *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Andre utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Karoliussen, M. (2011) *Nightingales arv – ny forståelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kerlinger, F.N. (1979) *Behavioral reserarch*. New York: Holt, Rhinehart & Winston.

Kirkhaug, R. (2015) *Lederskap: person og funksjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Andre utgave. Oslo: Gyldedal Norsk Forlag

Kvåle, G og Wæraas A. (2006) *Organisasjon og identitet*. Oslo: Det Norske Samlaget

Læg Reid, S. og Skorgen, T. red. (2001) *Hermeneutisk lesebok*. Oslo: Spartacus

MacIntyre, A. (1978) *Objectivity in mortality and objectivity in science*. I Tristran Engelhardt JR, H. og Callahan, D. (red) *Morals, science and sociality*. Hastings-on- Hudson, NY: Institute of society, Ethics and the life sciences.

March, J. G. og Simon, H. A. (1958) *Organizations*. Andre opplag. Oxford: Blackwell

Martinsen, Ø.L. (2005) *Lederskap – spiller det noen rolle?* Oslo, Handelshøyskolen BI, Institutt for ledelse og organisasjon.

Røvik, K.A. (1992) *Den "syke" stat. Myter og moter i omstillingsarbeidet*. Oslo: Universitetsforlaget

Røvik, K.A. (1998) *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget

Røvik, K.A. (2007) *Trender og Translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget

Røvik, K.A., Eilertsen, T.V. og Furu, E.M. (2014) *Reformideer i norsk skole: spredning, oversettelse og implementering*. Oslo: Cappelen Damm akademisk

Simon, H. A. (1957) *Models of man*. New York: Wiley

Scott, W. R. og Davis, G. F. (2007) *Organizations and Organizing. Rational, Natural, and Open System Perspectives*. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall

Seidman, I. E. (1991) *Interviewing as qualitative research*. New York: Teachers college, Columbia University.

Selznick, P. (1949) *TVA and the Grass Roots*. Berkely: University of California Press.

Selznick, P. (1957) *Leadership in Administration*. New York: Harper & Row.

Selznick, P. (1997) *Lederskap*. Oslo: Universitetsforlaget

Stake, R.E. (2005) *Case studies*. I Denzin, N. K. og Lincoln, Y. S. (red) *Handbook of Qualitative Research* (s. 443-466) . Thousand Oaks, Ca: Sage.

Taylor, F. W. (1911) *The Principles of Scientific Management*. New York: Harper

Tjora, A. (2013) *Kvalitative forskningsmetoder; i praksis*. Andre utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Yin, R. K. (2009) *Case study research : design and methods*. Fjerde utgave. Thousand Oaks, Ca: Sage

Stortingsmeldinger og veiledere

St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Helsedirektoratet (2017) *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. IS-2651. Oslo

Helsedirektoratet (2018) *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Oslo

Nettsider

KS - kommunesektorens organisasjon (2017) *Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke* [Internett]. <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/gode-pasientforlop-for-eldre-og-kronisk-syke/om-satsningen/gode-pasientforlop-for-eldre-og-kronisk-syke/> [28.05.2018].

Folkehelseinstituttet (2016) *Gode pasientforløp* [Internett]. <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/eldre-og-kronisk-syke/>

Store Norske leksikon (2018) *Perspektiv* [Internett] Tilgjengelig fra: <https://snl.no/perspektiv> [28.05.2018].

Grimsmo, A. (2012) *Veien frem til helhetlig pasientforløp*. [Internett]. NTNU og norsk helsenett. Tilgjengelig fra: <http://docplayer.me/16417600-Veien-frem-til-helhetlig-pasientforlop.html> [28.05.2018].

Vedlegg 1 Informasjon om undersøkelsen du har vært med på

Bakgrunn og formål

Vi er masterstudenter knyttet til UiT – Norges arktiske universitet, vi tar en erfaringsbasert mastergrad i organisasjon og ledelse i offentlig sektor, også kalt MPA. Vårt forskningsprosjekt handler om hvordan ledere har opplevd innføringen av pasientforløp i kommunehelsetjenesten. Vi har valgt ut to kommuner, hvor vi intervjuer ledere som har vært med i prosessene rundt innføring av pasientforløp.

Hva innebærer det å være med i studien?

I vår studie vil intervjuene være grunnlaget for våre funn og for vår masteroppgave. Vi har benyttet våndopptaker under intervjuet for å sikre at vi har tatt vare på alle informasjon. Opptakene blir slettet når vi har skrevet et sammendrag av intervjuet. Hverken opptaket eller sammendraget vil merkes med ditt navn eller din kommune og i oppgaven vil du kun benevnes som «en leder» eller «en informant», evt andre ikke gjenkjennbare termer.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke ditt samtykke tilbake, uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert og slettet.

Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Inga Marie Nordstrand på telefon 976 63 646 eller veileder Kjell Arne Røvik ved UiT – Norges arktiske universitet på telefon 77644311. Studien er vurder til ikke å trenge å meldes til Personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

Med vennlig hilsen

Inga Marie Nordstrand

Marit Nordstrand

Gråtindvn 35

Kvisthaugen 9

9101 Kvaløysletta

9800 Vadsø