

Innovasjonskultur i sykehus:

En ledelsesutfordring?

*En kvalitativ studie av innovasjonskultur ved Oslo
universitetssykehus*

Frédéric Courivaud



MASTEROPPGAVE

Erfaringsbasert masterstudium i helseledelse og administrasjon

Institutt for Helse og Samfunn, Det Medisinske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2013

Innovasjonskultur i sykehus:

En ledelsesutfordring?

En kvalitativ studie av innovasjonskultur ved

Oslo universitetssykehus

Copyright Frédéric Courivaud

2013

Innovasjonskultur i sykehus: En ledelsesutfordring?

En kvalitativ studie av innovasjonskultur ved Oslo universitetssykehus

Frédéric Courivaud

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Oslo universitetssykehus (OUS), som er Norges største sykehus, har klare mål om å fremme innovasjon. En viktig innovasjonsform er systeminnovasjon, som ved organisatoriske tilpasninger sørger for bedre effektivitet og/eller pasientbehandlingskvalitet. Gevinsten oppnådd med systeminnovasjon er særlig relevant med tanke på det økte ressursbehovet tilknyttet den kommende aldringen i populasjonen, når tilgang til ressurser allerede er begrenset. Imidlertid kan ikke innovative løsninger lede til konkrete gevinster uten en aktiv deltagelse av sykehusets nøkkelpersonell, det vil si leger og sykepleiere, som utfører den daglige pasientbehandlingen. Det er derfor nødvendig å forstå hvordan helsepersonell forholder seg til innovasjon ved OUS. Med andre ord er innovasjonskultur blant sykehusansatte sentralt for at sykehuset skal kunne nå sitt innovasjonsmål i praksis.

I denne kvalitative studien har jeg valgt å utforske hva leger og sykepleiere på OUS mener om innovasjon på deres arbeidsplass. Seks semi-strukturerte intervjuer ble gjennomført, med støtte i teorier hentet fra forskningslitteratur som beskriver hvilke faktorer som preger innovasjon i en organisasjon. Tilgjengelige ressurser, etablerte rutiner og prosedyrer, formell ansvarsdelegering, psykologisk trygghet og iboende motivasjon, lederatferd, profesjonskultur og organisasjonskultur viste seg å være relevante faktorer som preger informantenes innovativ atferd.

I min analyse av intervjumaterialet, foreslår jeg en modell for innovasjon ved OUS, som delvis bygger på etablerte teorier innen dette forskningsfeltet. Jeg viser at ledelse har en sentral rolle i å stimulere ansattes motivasjon og gi dem den nødvendige tryggheten, slik at ansatte bidrar til forbedringsarbeidet. Nok ressurser og formell ansvarsdelegering har også en positiv effekt på ansattes innovativ atferd. Imidlertid kan grunnleggende antakelser forankret i organisasjonskulturen hindre innovasjon ved OUS. Det kan for eksempel være at ansatte betrakter kriser som en forutsetning for organisasjonsendring. En organisasjonskultur har som regel dype røtter, og det kan være utfordrende å få ansatte til å tenke annerledes, som for eksempel når det gjelder krisemotivert endring. Jeg viser imidlertid at lederatferd har en betydelig rolle i etablering av nye normer ved OUS. Ledernes koordinerende rolle i den daglige virksomheten og fokus på lokal problemløsning, også for de tilsynelatende ”små” og ”ubetydelige” problemer, gir eksempelvis positive utslag på innovasjon. Videre kan organisasjonsstørrelsen utgjøre en utfordring til systeminnovasjon ved OUS. En av grunnene kan være at ledere innen klinisk virksomhet har liten innflytelse på mer overordnet organisasjonsstyring, som igjen hindrer at forbedringstiltak fra de ansatte blir formidlet i

organisasjonen. Stedlig ledelse som foreslått av sykehusdirektøren, og initiativer som kan bedre kommunikasjon fra de kliniske miljøene oppover i systemet er antatt å kunne fremme systeminnovasjon ved OUS.

Leger og sykepleiere vet hvor skoen trykker. I målet om å fremme innovasjon ved OUS, handler det primært om å utnytte de ansattes ressurser maksimalt.

Summary

Fostering innovation is one of the top priorities of Norway's largest hospital, Oslo University Hospital (OUS). Organizational innovation that aims to improve intrinsic hospital effectiveness or patient care quality is particularly relevant here, since it may help to constrain health care expenses partly due to population ageing in Norway. However, successful implementation of innovative ideas requires active involvement of key personnel, i.e. physicians and nurses who deliver daily patient care. Understanding innovation culture among clinical staff is therefore a prerequisite to innovation at OUS.

In this qualitative study, I have investigated how physicians and nurses consider innovation at their working place. Six semi-structured interviews were carried out, and addressed topics were identified in relevant research literature. Resource availability, established procedures, formal responsibility delegation within the organization, employees' psychological empowerment, leadership style, professional and organizational cultures are relevant factors, which influence interviewees' ability to innovate.

I present here a model for innovation at OUS, based on my analysis of the interviews and published theories in that field. I show that leadership has a key role to stimulate employees' motivation and psychological empowerment, which supports ideas sharing in the organization. Having enough resources available and delegation of decision power to employees appear to stimulate innovation as well. However, some cultural norms within OUS may be detrimental to innovation. For instance, employees may consider crisis as a necessary step to initiate change in the organization, as they feel the need to solve crisis exceeds resources limitation. Cultural norms are generally deeply embedded in the organization. Nevertheless, I demonstrate that leadership that focuses on day-to-day problem solving and good coordination of clinical work may positively influence the organization culture. At another level, organizational innovation may also be hindered by organization size. Bottom-up knowledge dissemination appears to be sometimes challenging in a centralized organization such as OUS. Better availability of leaders at clinical level, and other initiatives that may promote better communication across the organization are believed to stimulate innovation.

Physicians and nurses have a unique insight of what must be improved at OUS.

Therefore, stimulating organizational innovation relies primarily on improving how employees' knowledge is used in the organization.

Forord

Denne oppgaven inngår i studiet ”Erfaringsbasert mastergrad i helseledelse og administrasjon” (MHA) ved Universitetet i Oslo, som jeg startet i høsten 2011. Disse to årene har vært veldig inspirerende, og jeg ønsker å takke alle involverte lærere. Jan C. Frich, programleder for MHA og Deborah Ann Arnfinsen fortjener en spesiell takk for det utmerkede læremiljøet som de har etablert. Jeg takker også alle mine medstudenter for spennende og engasjerende debatter som vi har hatt i løpet av det studie. Festkomitéen for kull XXV takkes også for strålende arrangementer.

Jeg takker min veileder Lars Erik Kjekshus for å ha åpnet den kvalitative forskningsverdenen for meg, og for konstruktiv veiledning.

Jeg er veldig takknemlig for støtten fra min avdelingsleder og leder av intervensjonscenteret ved Oslo Universitetssykehus, Erik Fosse. Uten hans støtte hadde jeg ikke kunnet gjennomføre dette studiet. Videre vil jeg takke min nærmeste leder og leder for teknologiseksjonen på intervensjonscenteret, Ole Jakob Elle, for fleksibel tilrettelegging av mine arbeidsoppgaver gjennom disse to årene.

Dette studiet hadde heller ikke vært mulig uten alle informantene ved Oslo universitetssykehus som jeg har intervjuet. Jeg setter stor pris på deres deltagelse og åpenhet i intervjuene, og jeg har lært mye av de samtalene vi hadde.

Takk til Kari Kværner, leder for idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus, for inspirerende samtaler og din entusiasme.

Tusen takk til Hanne Margrete Olsen, min nære venn, for oppmuntring, spennende diskusjoner og erfaringsutveksling i hele studietiden. Takk også for all den tiden du har brukt til å undervise meg i norsk skrivemetode. Jeg takker Michael Rummelhoff og Therese Johannesen for deres verdifull hjelp med korrekturlesing av denne oppgaven.

Til slutt vil jeg takke min familie og mine venner for kontinuerlig støtte gjennom disse to årene, som periodevis har vært preget av mye arbeid.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	VII
Summary.....	IX
Forord	X
Innholdsfortegnelse.....	XI
1 Innledning	2
2 Bakgrunn og perspektiv	4
2.1 Hva ligger i begrepet innovasjon?	4
2.2 Hvorfor innovasjon?	5
2.3 Organisasjonskultur og innovasjonskultur.....	6
2.4 Teoretisk bakgrunn for hvordan innovasjon påvirkes i en organisasjon	9
3 METODE.....	14
3.1 Valg av metode	14
3.2 Forskerens perspektiv.....	15
3.3 Studieramme.....	16
3.3.1 Administrativ og teknisk rammeverk til studien	16
3.3.2 Rekruttering av informanter.....	16
3.4 Datainnsamling - intervjuguide.....	17
3.5 Intervjuanalyse - koding	18
3.6 Validitet	20
4 RESULTATER og REFLEKSJONER	22
4.1 Om informantenes oppfatning av innovasjon	22
4.2 Om ressurser og infrastruktur.....	23
4.3 Om rutiner og prosedyrer	24
4.4 Om psykologisk medinnflytelse	26
4.5 Om strukturell medinnflytelse	28
4.6 Om ledelse og lederatferd	31
4.7 Om profesjonskultur	34
4.8 Om organisasjonskultur.....	36
5 Diskusjon	41
5.1 Om motivasjon, medinnflytelse og ledelse	41
5.2 Om organisasjonsstørrelse	53
5.3 En modell for systeminnovasjon ved Oslo universitetssykehus	57
6 Oppsummering og refleksjoner	60
7 Konklusjon	62
Litteratur liste.....	64
Vedlegg / Appendiks.....	70

1 Innledning

Er dagens helsevesen rustet til å møte behovet for helsetjenester i det 21 århundret? Dette spørsmålet ligger til grunn for aktuelle helsepolitiske debatter i Norge. Det ligger også til grunn for denne studien.

Andelen av personer med over 65 år i Norge vil øke betraktelig, fra 14.7% av den totale befolkningen i dag, til 23.7% i 2050 [1]. En større andel av eldre i befolkningen vil innebære høyere forbruk av helsetjenester [2], samtidig som tilgangen til helsepersonell vil være begrenset. Andelen av statsbudsjettet som tildeles helse- og omsorgssektoren kan ikke økes uten at det påvirker andre sektorer, som for eksempel utdanning. En situasjon med økende behov for helsetjenester på den ene siden, og begrenset ressurstilgang på den andre, vil utgjøre en betydelig utfordring for fremtidens helsevesen i Norge dersom man skal opprettholde dagens helsetjenestesystem.

Denne utfordringen kan vanskelig løses uten bruk av innovative løsninger.

Innovasjonspotensial kan skapes av ulike innovasjonsdrivere, som for eksempel brukerbehov, forskning, eller idéer fra ansatte i helsesektoren [3]. Tatt i betraktning at sykehussektoren utgjør mer enn 70% av landets totale helse- og omsorgsbudsjett [4], er det særdeles relevant å se på innovasjonsdrivere ved Norges største sykehus, Oslo universitetssykehus (OUS). OUS ønsker å styrke innovasjonen og fokuserer på ” utvikling av ideer knyttet til tjenester og prosesser”, som skal lede til ”bedre pasientbehandling, og helsetjenester som gir optimal ressursutnyttelse” [5]. I praksis er innovasjon på OUS stimulert gjennom etablerte støtteapparater, som for eksempel Inven2, Intervensjonscenteret og Idé Poliklinikken. Innad i OUS fokuseres det mye på forskning og utvikling. Imidlertid er det like viktig å fokusere på systeminnovasjon, det vil si innovasjon knyttet til organisatoriske forbedringer, siden denne type innovasjon kan ha en stor betydning for ressursbruken på sykehuset. Systeminnovasjon kan hovedsakelig iverksettes og/eller drives av klinisk ansatte på sykehuset, ettersom disse jobber med den daglige pasientbehandlingen. Klinisk ansatte har dessuten en unik innsikt i hva som kan forbedres på sykehuset slik at pasientbehandling og/eller effektivitet forbedres. Derfor er det spesielt viktig å forstå hvordan klinisk ansatte ved OUS forholder seg til innovasjon, noe som er en forutsetning til vellykket implementering av innovasjonstiltak. I denne kvalitative studien har jeg valgt å undersøke hvordan leger og sykepleiere, som representerer de to største helseprofesjonsgruppene ved sykehuset, forholder seg til innovasjon i sin daglige kliniske virksomhet. Jeg analyserer hvilke faktorer som fremmer eller hindrer systeminnovasjon ved OUS. Jeg diskuterer også hvordan omstillingsprosessen

ved OUS kan ha påvirket helsepersonell innovasjonskultur. Avslutningsvis vil jeg presentere en teoretisk modell for systeminnovasjon ved OUS, samt henwise til noen mulige innovasjonsfremmende tiltakspunkter.

2 Bakgrunn og perspektiv

2.1 Hva ligger i begrepet innovasjon?

"Jeg må innrømme at innovasjon er et ord man alltid hører, uten å kanskje ha 100% forståelse for hva det er". (lege, Oslo universitetssykehus)

Utsagnet ovenfor er ikke et uvanlig svar å få når man prater om innovasjon med andre. Generelt brukes ordet innovasjon ofte i forbindelse med kreativitet, kunnskap og endring [6]. Det finnes mange definisjoner av "innovasjon" i vitenskapelig litteratur. Ordet *innovasjon* stammer fra latin "innovare" som betyr å fornye. Det Store Norske Leksikon definerer innovasjon som "fornyelse, nyhet, forandring, i regelen til det bedre". En annen definisjonsvariant er å kople innovasjon med rutineendring, rutineforbedring, bruk av nye metoder, eller arbeidsforenklingstiltak på arbeidsplassen [7]. Innovasjon i helsesektor blir omtalt i en kanadisk studie som utbygging av en metode til fordel for en ny, noe som medfører en kompetitiv og bærekraftig forbedring [8]. Alternativt viser Nieboer et al. til innovasjon i helsesektoren som ny atferd, nye rutiner og arbeidsmåter som forbedrer helsetjenester, administrativ effektivitet, kostnadseffektivitet eller brukervennlighet, ved hjelp av planlagte og koordinerte tiltak [9]. De ulike definisjoner er ikke tydelige om hvorvidt innovasjon fører til forbedring eller omveltning av eksisterende metoder eller tjenester. Her skal man skille mellom *radikal* ("disruptive" på engelsk) innovasjon og "gradvis" innovasjon. I følge regjeringen er for eksempel gradvis innovasjon en forbedring av en eksisterende rutine som gir utbytte i form av bedre kostnadseffektivitet, mens radikal innovasjon innebærer nyskaping av "produkter, tjenester, innretning eller tenkesett", som "ikke eksisterer fra før" [10]. Radikal innovasjon viser til et paradigmeskifte i den forstand at innovasjon ikke er en forbedring, men heller en radikal endring. Dessuten skaper radikal innovasjon potensielle konflikter fordi det medfører dype endringer i organisasjons normer eller struktur, som blir motarbeidet av institusjonell konservatisme og risikoaversjon [11,12].

Videre er det vanlig å betrakte to innovasjonskategorier i helsesektoren: *behovsdrevet* innovasjon og *forskningsbasert* innovasjon. Behovsdrevet innovasjon er basert på identifiserte og uidentifiserte behov hos brukerne, mens forskningsdrevet innovasjon handler om å utnytte forskningskunnskap til å utvikle nye meningsfulle produkter, nye tjenester, eller nye måter å organisere virksomheten på [3].

I denne studien har jeg fokusert på innovasjon som er basert på tilpasninger innad i en organisasjon, hvor gevinst måles i "økonomiske verdier som skapes gjennom økt kvalitet, økt

effektivitet, økt produktivitet og økt tilfredshet hos ansatte, pasienter og pårørende” [3]. Jeg kaller denne type innovasjon for *systeminnovasjon* videre i oppgaven.

2.2 Hvorfor innovasjon?

Behov for spesialisthelsetjenester er hovedsakelig basert på alderskriteriet [2] og andel eldre i samfunnet vil øke jevnt fram til 2050. De fleste land gjennomgår i dag en dyp finansiell og økonomisk krise, som medfører en reduksjon i betalingsevne for helsetjenester. I tillegg rapporteres det om knapphet på helsepersonell på verdensbasis [13], selv om den ennå er ubetydelig i Norge. Det finnes ulike løsninger til problemstillingen rundt mindre tilgang til ressurser og økte helsebehov i befolkningen. Man kan reformere betalingsordningen for helsetjenester, forebygge kronisk sykdom, rasjonere bruk av helsetjenester, osv. [14]. Bedre samfunnsøkonomisk bruk av helsemidler var for eksempel motivasjonen bak

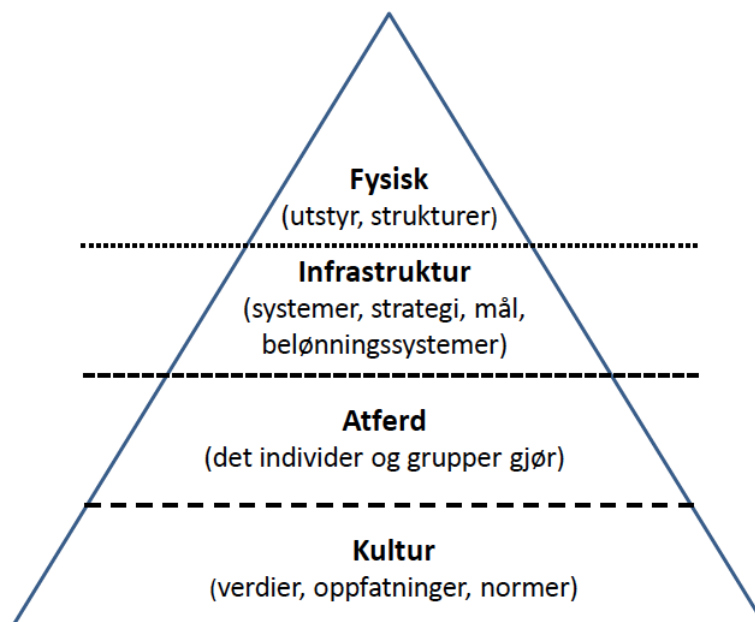
Samhandlingsreformen som ble introdusert i Norge i 2012. Satsning på forskning og utvikling er også en måte å forbedre helsetjenester på lang sikt, der innføring av ny teknologi og nye tjenester gir økt behandlingskvalitet. Det hevdes imidlertid at innføring av ny teknologi kan føre til dyrere helsetjenester [15], og flere land gjennomfører nå kostnads-nytte analyser i forkant av ny teknologi innføring. Helsedirektoratet har erkjent behovet for å styrke innovasjon i spesialisthelsetjenesten, som en komplementær satsning forskning og utvikling [3]. Noe av årsaken ligger muligens i stadig mer komplekse pasientbehandlingsforløp, som krever bedre koordinering mellom ulike helsetjenesteleverandører (for eksempel mellom radiologi og onkologi avdelinger, eller mellom primærhelsetjeneste og sykehus). Utvikling innen medisinen krever at sykehus må kunne tilpasse seg nye behandlingsmetoder, samt mestre den nødvendige samhandlingen med andre helseinstitusjoner eller aktører. Medisinsk og teknologisk utvikling gjør for eksempel dagskirurgi mer vanlig i dag enn for noen år siden, noe som fremtvinger omstrukturering av klinisk virksomhet på sykehus. Sykehus må i tillegg tilpasse seg nye kvalitetskrav som er definert av helsemyndighetene. Alle disse tilpasningskravene gjør at OUS må tilegne seg, generere og overføre ny kunnskap på kryss og tvers av organisasjonen. Med ny kunnskap menes innovasjon som dreier seg om organisatoriske forbedringer rundt pasientforløp, eller andre tiltak som kan gi bedre kvalitet og ressursutnyttelse.

For at OUS skal kunne tilegne seg ny kunnskap, må sykehuset kunne ”lære” av de ansattes erfaringer og kunnskap. Det er derfor en forutsetning at klinisk ansatte som jobber med pasientbehandling daglig kan oppdage feil, finne nye løsninger, og til slutt inkludere resultatene av denne læringsprosessen i organisasjonen kunnskapsbase. Denne

læringsprosessen henviser til organisasjonslæring, der organisasjonsmedlemmene er læringspådriverne [16]. Ansatte er derfor nøkkelen til innovasjon og organisasjonslæring. Ansattes detaljkunnskap utgjør også det nødvendige utgangspunktet for analyse av hvilke muligheter som kan føre til meningsfull innovasjon [17]. Innovasjonskulturen blant klinisk ansatte en vesentlig forutsetning for at ansattes kunnskap skal kunne omsettes til organisasjonslæring og innovasjon. Hva som menes med kultur og innovasjonskultur er angitt i neste avsnitt.

2.3 Organisasjonskultur og innovasjonskultur

I følge Det Store Norske Leksikon kan *kultur* kjennetegne ”tanke-, kommunikasjons- (uttrykks-) og atferdsmønstre hos mennesker”. I denne studies sammenheng er det relevant å se på organisasjonskultur, det vil si kulturen som gjelder innen OUS. Det er naturlig å studere organisasjonskulturen sammen med flere organisasjonsattributter. Disse attributter er blant annet gjeldende lover og regler, infrastruktur og lokaler. Til sammen utgjør attributtene organisasjonshelheten. En grafisk fremstilling av denne helheten er vist i Figur 1:



Figur 1: Fremstilling av organisasjonsattributter (tilpasset fra J.C. Frich [18])

Kultur og *atferd* i denne grafiske fremstillingen viser til dype organisasjonsattributter, som er vanskelig å endre, mens *fysisk* og *infrastruktur* er organisasjonsattributter som lettere kan endres. Samtidig vil en infrastrukturendring kunne medføre dypere endringer i organisasjonen, som for eksempel endre atferd eller kommunikasjonsmønster mellom

organisasjonsmedlemmer. Organisasjonskultur, det dypeste organisasjonsattributtet, kan preges av øvre attributter som for eksempel atferd eller infrastruktur.

I organisasjonssammenheng refererer ordet *kultur* til en sammensetning av tankemønstre, meninger, verdier og symboler som er felles for organisasjonsmedlemmene [19].

Felles for mange definisjoner handler organisasjonskultur om verdier og antakelser som utgjør sannheter for en betydelig andel av organisasjonsmedlemmer, og som dermed læres bort til andre. Edgar Schein oppsummerer begrepet organisasjonskultur som følger: *"the pattern of shared basic assumption - invented, discovered or developed by a given group as it learns to cope with its problems of external adaptation and internal integration - that has worked well enough to be considered valid and therefore to be taught to new members as the correct way to perceive, think and feel in relationship to those problems"* [20].

Grunnleggende antakelser (*"basic assumptions"*) som danner organisasjonskulturen baserer seg på en enighet blant organisasjonsmedlemmer. Enigheten refererer til hvordan man tilpasser seg organisasjonsomgivelsene i organisasjonen, som for eksempel hvordan løse en type oppgave eller hvordan man skal kommunisere. Grunnleggende antakelser er gitt, og de representerer en sannhet som dermed læres bort til nye medlemmer. Læringsprosessen skaper en sosialiseringdimensjon hvor nye medlemmer lærer "kjøreregler" i organisasjonen, og blir dermed akseptert av de andre organisasjonsmedlemmene [19]. Organisasjonskultur kan imidlertid være vanskelig å studere, blant annet fordi kultur preges av følelser knyttet til det vi opplever [21].

I følge Lundberg [22] og Schein [23] bygger organisasjonskultur på ulike lag av verdier, antakelser, normer og symboler. Schein henviser til tre spesifikke nivåer av organisasjonskultur [20]:

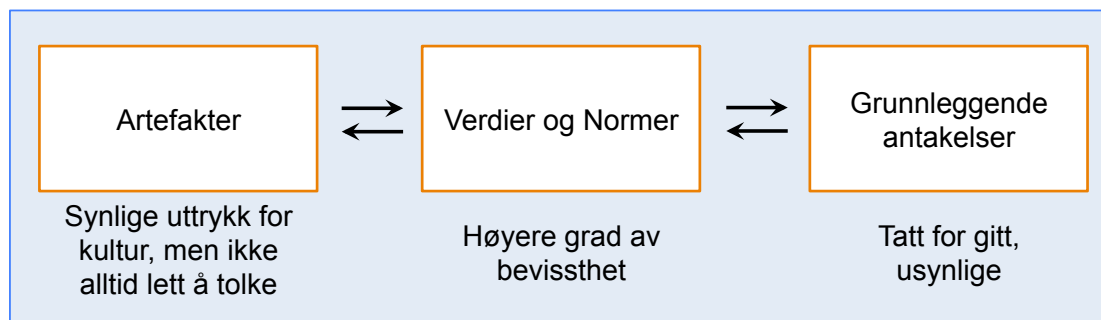
- artefakter
- verdier og normer
- grunnleggende antakelser

Artefakter er organisasjonskulturens merkbare elementer, som for eksempel kleskode, kommunikasjonsstilen mellom personer i organisasjonen, eller arbeidsklimaet generelt sett. En nyankommet person i organisasjonen vil kunne tolke noen av disse kulturelle artefakter. Personen vil da få et inntrykk av organisasjonskulturen.

Andre nivå i Scheins modell handler om verdier og normer, som danner grunnsøyler for atferdsnormer i organisasjonen. Verdier definerer hva som er ønskelig eller ikke, mens normer henviser til uskrevne regler om hva som er passelig å gjøre [19]. Personer i

organisasjonen oppfører seg bevisst i forhold til verdier og normer. Grunnleggende antakelser er det dypeste nivå. Disse antakelsene er samlet i et ubevisst sett av sannheter (om hva som er riktig å tenke). En grunnleggende antakelse blant helsepersonell kan være ”ledelse er bare opptatt av å holde budsjettene”. Det er da en sannhet for helsepersonell, men denne antakelsen er ikke nødvendigvis et etablert faktum.

Jacobsen og Thorsvik gir en oversiktlig grafisk oppsummering av Scheins organisasjonskultur modell [19]:



Figur 2: Innovasjonskulturens tre nivåer i følge Scheins modell (tilpasset fra Jakobsen og Thorsvik [19])

Enhver organisasjon er også preget av den lokale samfunnskulturen i det landet den befinner seg i. Kulturforskjellene som finnes mellom ulike land kan forstås ved hjelp av noen sentrale dimensjoner, som for eksempel hvorvidt nasjonalkulturen preges av individualisme eller felleskapstenkning [24,25]. Uten å gå mer i detalj her, vil jeg påpeke at en organisasjonskultur vil påvirkes av ytre kulturelle normer, for eksempel gjennom de ansattes kulturelle bakgrunn.

I tillegg til nasjonal kultur, kan en organisasjonskultur preges av sub-kulturer. Et typisk eksempel på sub-kultur er profesjonskultur som gjelder for en gruppe ansatte i organisasjonen. Leger og sykepleiere er de to største profesjonsgruppene på et sykehus, og innehar hver sin profesjonskultur. Det kan generelt sies at spesifikke normer og verdier som gjelder innen en profesjon er typisk forankret i utdanningsforløp, og sosialisering blant samme utdannede kollegaer.

I denne oppgaven bruker jeg ordet innovasjonskultur som spesifikt handler om organisasjonskultur knyttet til læring, forbedringsarbeid og innovasjon. Innovasjonskultur, på lik linje med organisasjonskultur, kan kjennetegnes av ulike nivåer, som artefakter, verdier og normer og grunnleggende antakelser. Jeg har fokusert på å identifisere artefakter, verdier og normer, grunnleggende antakelser, og andre organisasjonsattributter (jfr. med Figur 1) som preger innovasjon og innovativ atferd hos leger og sykepleiere på OUS. I neste avsnitt gis det

noe bakgrunnsinformasjon basert på forskningslitteraturen om hva som kan påvirke innovasjon i en organisasjon.

2.4 Teoretisk bakgrunn for hvordan innovasjon påvirkes i en organisasjon

Sykehus har etter hvert blitt veldig komplekse organisasjoner. Større medisinsk kunnskap har ført til høy spesialisering av helsepersonell, som hver er ansvarlig i pasientbehandlingen. Helsetjenestekvalitet og effektivitet avhenger av god samhandling og gjensidig læring [26] mellom de ulike faggrupper. Behovet for god samhandling og gjensidig læring er tydelig når det rapporteres at 70% av medisinske feil skyldes interaksjonssvikt i det medisinske teamet [27]. En forklaring kan ligge i det splittede ansvaret for pasientbehandling mellom ulike helseprofesjonelle, som utgjør en risikoaversjon og dermed begrenser gjensidig læring. Både profesjonell handlingsautonomi [26] og risikoaversjon bremser gjensidig læring. Svekket gjensidig læring vil deretter kunne begrense innovasjon [9]. Motsatt vil organisasjoner som promoterer gjensidig læring – og dermed innovasjon - kalles for lærende organisasjoner. Garvin ga i 1993 en konsis definisjon av en lærende organisasjon: *"A learning organization is an organization skilled at creating, acquiring, and transferring knowledge, and at modifying its behavior to reflect new knowledge and insights"* [28]. En lærende organisasjon kan også sees som en organisasjon som er i stand til å lære av, og rette på egne feil [16]. I konteksten av denne studien er det derfor hensiktsmessig å betrakte et sykehus som en lærende organisasjon [29].

Videre gjelder det å identifisere grunnleggende faktorer som gjør en organisasjon til en lærende organisasjon. Jeg har valgt et relativt enkelt utgangspunkt i tre-søyle modellen publisert av Garvin og medforfattere [30]. Den første grunnsøyle består av støttende *læringsomgivelse* og *psykologisk trygghet*. Det beskriver hvorvidt ansatte har nok trygghet til å foreslå og diskutere forbedringer med kollegaer og ledere. Den andre søylen er basert på *konkrete læringsprosesser og praksis* i organisasjon, med tanke på eksperimentering og vurdering av nye ideer. Den siste søylen refererer til *læringsfremmende ledelse*.

Konseptet om psykologisk trygghet kan utvides til det engelske ordet *empowerment*.

Empowerment betyr å gi makten (*power*) i form av autoritet, tillatelse, og overføre energi (annen betydning av det engelske ordet *power*). Jeg har valgt å oversette *empowerment* med ordet *medinnflytelse* i denne mastergradsoppgaven. *Medinnflytelse* (empowerment) konseptet ble utvidet til *Psykologisk medinnflytelse* [31], som blant annet henviser til iboende

arbeidsmotivasjon [32]. Samtidig er det også kjent at arbeidsmotivasjon er styrket av motivasjonsfaktorer som *oppnåelse, anerkjennelse, "work itself", ansvar og promotering* [33]. Videre ble *psykologisk medinnflytelse* konseptet utviklet til en fire-dimensjonsmodell, hvorav dimensjonene består av [34]:

- mening, dvs. at ansatte føler at deres oppgave er viktig
- kompetanse, som forteller hvor trygge ansatte føler seg med tanke på å kunne utføre en oppgave
- selvbestemmelse, som gir ansatte friheten til å bestemme hvordan de løser oppgaven
- innvirkning (*impact* på engelsk), dvs. hvordan organisasjonen verdsetter de ansattes innsats

Denne fire-dimensjonsmodellen deler noen prinsipper med Hezbergs motivasjonsfaktorer direkte relatert til jobbens natur, som for eksempel ansvar i hvordan arbeidet utføres, eller anerkjennelse av arbeidsinnsats [33]. Psykologisk medinnflytelse kan eksempelvis illustreres med at en ansatt, som på forhånd føler at egne ideer vil bli stemt ned, vil unngå å formidle disse ideene. Både psykologisk trygghet og psykologisk medinnflytelse viser seg å fremme ansattes deltagelse i forbedringsarbeid [7,17,26,30,34,35]. Dessuten viser det seg at psykologisk trygghet svekkes av omstrukturering [30,36].

Psykologisk medinnflytelse fokuserer på individer i organisasjonen, og deres oppfatning av egen kontroll over hva som skal gjøres. Imidlertid er innovasjon også påvirket av strukturelle forhold [37]. Strukturell tilrettelegging for å promotere innovasjon kan i den hensikt betegnes som *strukturell medinnflytelse (Structural empowerment)*, som kommer i tillegg til *psykologisk medinnflytelse*. *Strukturell medinnflytelse* viser til ledelsesbestemte regler og praksis, som fordeler makten og beslutningsprosesser ned til de operative nivåer i organisasjonen [31,38-40]. Med andre ord henviser strukturell medinnflytelse til organisatoriske forhold, samtidig som den innvirker på psykologisk medinnflytelse [38]. Studier viser at strukturell medinnflytelse, i samspill med psykologisk medinnflytelse, innvirker på innovativ atferd hos sykepleiere [35,41]. *Psykologisk- og strukturell medinnflytelse* er to faktorer som innvirker på innovativ atferd i organisasjon, og som omfatter Garvin og medforfatteres første grunnsøyle i deres modell av lærende organisasjon, nemlig *læringsomgivelse og psykologisk trygghet* [30]. Den andre grunnsøylen i denne modellen er *konkrete læringsprosesser og praksis*. Her handler det om å etablere rutiner i organisasjonen som fremmer nyskaping, samling, tolkning og spredning av informasjon. Eksperimentering skal også støttes. En illustrasjon av læringsprosesskonseptet er bruk av

debriefing (på engelsk) møter, hvor en hendelse analyseres, samtidig som årsaker til denne hendelsen, og tiltak for å hindre at hendelsen gjentar seg blir kartlagt. Konklusjoner etter et slik debriefing møte skal også spres i organisasjonen slik at alle tilegner seg den nye informasjonen.

Den tredje grunnsøylen i modellen til Garvin og medforfattere, refererer til læringsfremmende ledelse [30]. Et konkret eksempel på læringsfremmende ledelse er en leder som viser hensyn til underordnedes meninger, som bruker tid til å belyse ulike synspunkter, og fremmer innovativ atferd i organisasjonen [30]. Læringsfremmende ledelse handler også om å involvere de ansatte i prosessen med å vurdere innovasjonstiltak i organisasjonen [30,42]. Her forsterker lederatferd de ansattes psykologiske trygghet og medinnflytelse. Ledelse er generelt anerkjent som en sentral støttefunksjon til innovasjon [6]. Lederens personlige egenskaper har også en effekt på psykologisk medinnflytelse og arbeidsklima, som igjen påvirker innovativ atferd hos ansatte [26,43]. På den annen side, kan innovasjon hindres av høy turnover blant ledere [17].

Innovativ atferd preges også av ansattes kultur, det vil si deres verdier, holdninger og normer i organisasjonen. Eksempelvis kan noen helsearbeidere tolke innovasjonstiltak som kommersialisering av medisin, som i seg selv anses å være en negativ ting [44].

Helsepersonell har tradisjonelt hatt en tydelig profesjonsrolle og status, som kan være en utfordring med tanke på innovasjon. Dersom et innovasjonsforslag innebærer en potensiell endring i rollefordeling mellom leger og sykepleiere, vil forslaget kunne hindres av profesjonskonservatisme [11,17]. For eksempel vil kirurger kunne være negative til innføring av en ny behandlingsteknikk som ville overført pasientbehandlingsansvaret til radiologer, selv om denne nye teknikken kunne gjøre pasientbehandlingen mer effektiv. Innovasjon som medfører ”kannibalisering” av eksisterende aktivitet vil også bli motarbeidet [12].

Profesjonsstatus blant sykehusansatte kan også resultere i selvsensurering, hvor for eksempel en sykepleier lar være å formidle en idé fordi hun eller han har lavere status blant helseprofesjonelle [26]. Denne type selvsensurering er relatert til tidligere beskrevet medinnflytelseskonseptet.

Organisasjonsstruktur og arbeidsoppgavefordeling viser seg også å kunne påvirke innovasjonskultur. For eksempel fremmer spesialisering av helsepersonell faglig ekspertise på det kliniske planet, som igjen kommer pasientbehandlingen til gode. En konsekvens av økt spesialisering er at mange helsearbeidere jobber det meste av sin karriere i samme type

stilling, og det er heller ikke uvanlig at de jobber på samme arbeidsplass over lengre tidsperioder. Spesialisering av helsepersonell hindrer dermed intern mobilitet på et sykehus, i motsetning til ved andre kunnskapsorganisasjoner [26]. Dessuten er spesialisering en stor investering for både sykehus og helsepersonell. Derfor kan det være vanskelig å innføre nye arbeidsmetoder som medfører avlæring av etablert kunnskap [45]. Tilgang til ressurser i organisasjonen er også tilknyttet innovasjon som prosess [6].

3 METODE

3.1 Valg av metode

Oslo universitetssykehus (OUS), Norges største sykehus, har klare mål om å fremme innovasjon. OUS har en betydelig forskningsbasert innovasjonspolitik, blant annet på grunn av det nasjonale ansvaret som sykehuset har i forskning og utdanning. Samtidig ønsker OUS å fokusere på nye metoder eller prosesser som gir ”optimal ressursutnyttelse” [5]. Klinisk ansatte på OUS, utfører sykehusets hovedoppgave som er pasientbehandling. Av den grunn har klinisk ansatte, hvorav leger og sykepleiere er de to største profesjonskategoriene, den mest sentrale rollen for å iverksette nye prosesser eller metoder, samt identifisere nye forbedringstiltak. Vellykket innføring av nye metoder og prosesser knyttet pasientbehandlingen avhenger av deres deltagelse. Det er derfor nødvendig å forstå hvordan leger og sykepleiere forholder seg til innovasjon. Jeg har i denne studien valgt å undersøke hva leger og sykepleiere på OUS mener om innovasjon på deres arbeidsplass, med fokus på hva som fremmer eller hindrer den.

Det finnes mange studier som omhandler innovasjonskultur i en organisasjon, hvorav flere ble gjennomført ved sykehus. Imidlertid er det vanskelig å overføre andres forskningsresultater til OUS av flere grunner. OUS er et resultat av en omfattende omstillingsprosess, der flere sykehus ble slått sammen. Noen av sykehusene hadde opprinnelig en regional/kommunal profil (som Aker og Ullevål), i motsetning til Rikshospitalet som tradisjonelt har hatt en mer nasjonal profil. Ulike kulturer og rivalisering fantes mellom de ulike sykehusmiljøene, som nå skal være *ett* sykehus. Omstillingsprosessen har også resultert i at sykehusfunksjoner, som for eksempel radiologi, nå er spredt over flere steder (de opprinnelig sykehusene) med de omfattende utfordringer dette skaper. Videre ble det vedtatt av helse Sør-Øst regionalt helseforetak at omorganiseringen ved OUS skulle finansieres av de forventede økonomiske gevinster oppnådd ved sammenslåingen av sykehusdriften. Denne strategien resulterte imidlertid i en streng kostnadskontroll av klinisk virksomhet, noe som kan ha preget organisasjonskulturen ved OUS.

Jeg har i denne oppgaven valgt å gjennomføre en kvalitativ studie, som gir anledning til å utforske hvilke faktorer som påvirker innovasjonskultur og forbedringsarbeid ved OUS. Studien baseres på semi-strukturerte intervjuer av leger og sykepleiere som jobber i kliniske stillinger. Fordelen med denne intervjuformen er at informanter kan snakke fritt, samtidig som at samtalen kan fokuseres på noen sentrale temaer ved hjelp av veiledende spørsmål.

Denne intervjuformen åpner for en utforskende undersøkelse av hva informanter mener preger innovasjon på deres arbeidsplass. Imidlertid er ulempen med slike intervjuer at informantenes svar kan være preget av forskerens spørsmål. Bruk av lydopptaker gjorde at jeg kunne konsentrere meg på samtalens innhold og få et bedre samspill med informanter [46]. Lydopptak kan også skape noe ubehag for informanter. Imidlertid opplevde jeg ikke at det var tilfelle, og gjennomgang av lydopptak tyder på at informantene uttrykte seg fritt. Denne kvalitative studien bygger videre på en empirisk analyse av gjennomførte intervjuer. Empiriske funn ble deretter diskutert i lys av teorier som stammer fra forskningslitteratur.

3.2 Forskerens perspektiv

En kvalitativ studie er trolig preget av forskeren bakgrunn. Det kan forstås med at jeg, som forsker i denne studie, har en interaksjon med informanter, stiller dem spørsmål osv. Det er dermed naturlig at min bakgrunn preger min tolkning av hva informantene sier. For at leseren selv skal kunne danne seg et bilde av min innfallsvinkel, opplyser jeg herunder noen personlige fakta.

Først vil jeg nevne at jeg selv er ansatt ved OUS som forsker i medisin teknologi, og arbeider med forskningsbasert innovasjon. Som OUS ansatt er jeg selvfølgelig selv påvirket av organisasjonskulturen og omstillingsprosessen. Jeg har flere bekjente som jobber ved OUS og når jeg lytter på deres jobbopplevelser, lytter jeg ut fra et litt annet perspektiv når jeg nå skriver om innovasjonskultur. I tillegg til OUS har jeg ellers min lengste arbeidserfaring fra industrien, hvor jeg jobbet internasjonalt som forsker hos en av verdens største leverandør innen medisinsk utstyr. I denne perioden jobbet jeg med forskere fra USA, Tyskland, Holland, Skandinavia, Japan osv. Denne erfaringen ga meg relativt bredt oversikt over flere kulturer, både profesjonelt og privat. Dessuten kan jeg ikke utelukke at denne industrielle erfaring har preget min analyse av innovasjonskultur ved OUS. Blant annet kan jeg nevne at jeg ikke hadde noe spesielt forhold til profesjonsidentitet før jeg begynte å jobbe på sykehus. Det kan kanskje forklares av at jeg selv har jobbet innen flere fagfelter. Jeg begynte som kjemiker, så videre i petrokjemi/fysikk, før jeg gikk over til medisin og teknologi. Alle disse nevnte fagfeltene er derimot innen realfag. Dermed kan mitt tankesett også være preget av en viss realfagkultur.

Jeg har valgt å gjennomføre et kvalitativt studie, nettopp fordi jeg ikke hadde vesentlig erfaring i den type studier fra før. Dessuten er temaet i denne oppgaven ikke direkte relatert til hva jeg ellers har jobbet med. Temavalget i denne studie har åpnet en ny horisont for meg.

Jeg har i den graden det er mulig prøvd å understøtte alle mine påstander ved hjelp av litteraturhenvisninger, etter beste evne.

3.3 Studieramme

3.3.1 Administrativ og teknisk rammeverk til studien

Prosjektsøknad ble sendt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) den 30 mars 2012. Prosjektet ble godkjent av NSD den 7 mai 2012, og er registrert med tittelen: "Kan helsepersonell bidra til mer effektiv spesialisthelsetjeneste? En kvalitativ undersøkelse av innovasjonskulturen blant ansatte ved Oslo Universitets Sykehus". Prosjektet tilfredsstiller kravene i personalopplysningsloven. Prosjektsøknad og godkjenning er lagt ved i appendiks. Personvernombud på OUS godkjente prosjektet den 12.04.2012 (Personvernombud skjema er lagt ved i appendiks). Alle intervjuer ble tatt opp med lydopptaker. Lydfiler ble fortløpende kopiert til en kryptert harddisk og fjernet fra lydopptakerminnet. Lydfiler og tilleggsdatamaterial for hvert intervju var lagret etter rekkefølgenummerering. Lydfiler ble deretter transkribert til både MS Word og uformaterte tekstfiler. Ingen personopplysning ble registrert. Intervjuobjektene ble opplyst om i tekstfiler for senere analyse. Prosedyren for datalagring oppfylte kravene til NSD og personvernombud på OUS.

Koding av intervjuene var gjort ved hjelp av HyperResearch kvalitativ forskning analyseprogramvare (HyperResearch™, ResearchWare Inc.). Informantenes utsagn ble samlet i separate tekstfiler for hver kode ved hjelp av HyperResearch programvare.

3.3.2 Rekruttering av informanter

Leger og sykepleiere, som representerer de to største profesjonsgruppene på sykehus ble rekruttert til intervju. Informanter med lederansvar ble ekskludert i rekrutteringsprosessen på grunn av mulig interessekonflikt, og fordi litteraturen viser at innovasjonskultur avhenger av ledelse og lederatferd [6,30,47-49]. Kravet om at informanter ikke kunne ha, eller tidligere ha hatt lederansvar rettet rekrutteringen mot yngre sykehusansatte. Informanter i denne studien hadde mellom 2 til 10 år erfaring og var mellom 30 og 40 år gamle. Jeg antok at disse informantene lettere kunne tenke fremtidsrettet fremfor eldre kollegaer, uten at jeg mener at eldre ansatte ikke evner det. Informantene skulle også ha nok arbeidserfaring til å kunne uttale seg om lokale forhold og eventuelt sammenlikne med tidligere erfaringer. Kandidater for intervju ble funnet ved hjelp av mitt private nettverk av kollegaer ved OUS, og gjennom andre studenter av masterprogrammet i helseledelse og administrasjon (MHA) ved Universitetet i Oslo. Jeg har ekskludert informanter som jeg kjente privat med unntak av

første informant som ble rekruttert til første intervju. Informantene jobbet på ulike avdelinger og sykehus innen OUS (oppnevnt i alfabetisk rekkefølge her): Radiumhospitalet, Rikshospitalet, og Ullevål sykehus. Hensikten med dette var å kunne belyse eventuelle subkulturelle forskjeller mellom de ulike sykehusene før OUS sammenslåingen. Fire informanter ble foreslått av enten tidligere informant, eller medstudent, som betyr at eksterne personer kan ha gjort et utvalg blant de potensielle informanter etter hva de tror ville egnet seg best til min studie. I den grad utvalget ble foretatt bevisst utgjør utvelgelsen en potensiell feilkilde i studien. Alle intervjuer var på forhånd godkjent av avdelingsleder, i henhold til krav fra OUS personvernombud. Alle foreslåtte kandidater til intervju fikk godkjenning av sine respektive avdelingsledere.

Totalt ble seks intervjuer gjennomført fra februar til oktober 2012 på informantenes arbeidsplass, med unntak av det første intervjuet som ble gjennomført hjemme hos informanten. Intervjuene varte ca. én time. Alle informanter fikk prosjektets informasjonsskriv (Informasjonsskriv er vedlagt i appendiks) flere dager i forkant av intervjuet. Alle informanter ble etter intervjuet minnet om at de sto fritt til å kunne trekke seg fra studien, uten å måtte avgi noen forklaring eller begrunnelse.

3.4 Datainnsamling - intervjuguide

For å sikre relevansen av mine spørsmål har jeg støttet meg på en intern intervjuguide for hvert intervju. Jeg har i tillegg forsøkt til enhver tid å bruke en åpen spørsmålsformulering, slik det er anbefalt i litteraturen [50]. Det teoretiske grunnlaget for intervjuguiden følger hovedsakelig prinsippene beskrevet i bakgrunnskapittelet. Veiledende spørsmål i intervjuguiden var også inspirert av artikkelen: "Is yours a learning organization?" [30], og dekket ulike temaer, som for eksempel:

"Kjenner du at du er oppfordret til å komme med nye idéer på jobb?"

Analyse av tidligere intervjuer ble også brukt til å videreutvikle intervjuguiden. Denne iterative fremgangsmåten gjorde at intervjuguiden ble kontinuerlig forbedret, fra intervju én til og med fire. Samme intervjuguide ble brukt for de to siste intervjuene.

Intervjuguiden inneholdt også en kort innledningsdel om prosjektets hensikt. Hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål var organisert i tre kategorier: Generelle spørsmål, spesifikke spørsmål og avslutningsspørsmål. Spesifikke spørsmål ble ikke nødvendigvis benyttet, siden de kanskje var tatt opp av informanten tidligere i samtalen. Den siste versjon av intervjuguiden er vedlagt i appendiks.

Intervjusamtaler var åpne i den forstand at de ikke var preget av ubehag eller tabuområder.

Jeg brukte noen ganger tilleggsspørsmål eller stumhet for at informanter lettere skulle tydeliggjøre sine tanker. Noen sitater fra én av informantene kunne ikke brukes i studien da de bar preg av skjevhet. Informanten spurte meg om han/hun ”svarte riktig”. Jeg tolket at informanten kanskje prøvde å gi meg et svar som han/hun trodde at jeg ønsket. Jeg tydeliggjorde at jeg ikke hadde noen forkunnskap eller forventning om positive eller negative aspekter knyttet til innovasjonskultur på OUS. Jeg brukte også overlappende spørsmål i ulike tidspunkter i løpet av intervjuet for å sikre en viss triangulering av informantenes utsagn.

3.5 Intervjuanalyse - koding

Tolkning av informantenes utsagn er en subjektiv sak. Som forsker velger jeg spørsmålene til informantene, og jeg tolker deres utsagn. Dermed kan det være stor grad av subjektivitet i en slik studie. Imidlertid finnes det ulike metoder for å tydeliggjøre og avgrense forskerens subjektivitet.

I denne studien har jeg brukt den tidligere nevnte intervjuguiden til å systematisere datainnsamling og sikre relevansen av spørsmålene i forhold til forskningslitteraturen. Videre bygger dataanalyse på en systematisk tolkningsstrategi, som en måte å kvalitetssikre min tolkning av informanters utsagn. Systematisk tolkning var oppnådd ved bruk av et enhetlig kodesystem som tar utgangspunkt i det substansielle innholdet i intervjuene. Det enhetlige kodesystemet ble til gjennom en kontinuerlig utvikling.

Fremgangsmåten for kodesystemet som jeg utviklet i denne studien var som følger:

Intervjuer fra én lege og én sykepleier ble brukt som pilot til en preliminær analyse.

Tekstsegmenter¹ eller helsetninger fra pilotintervjuene var kommentert med substansiell informasjon, eller med hendelsesinnhold [53]. Det resulterte i en liste av substansielle kommentarer. Denne listen ble omorganisert, slik at substansielle kommentarer ble sortert som koder av ulike typer og kategorier [51]. Listen ble deretter sammenliknet med relevante *à priori* koder [54], det vil si koder hentet fra forskningslitteraturen. Substansielle kommentarer fra pilotintervjuer som ikke var dekket av *à priori* koder ble sortert som *induktive* koder [54]. Begge kodetyper ble samlet i et midlertidig helhetlig kodesystem.

Blant faktorer med påvist effekt på innovasjon, valgte jeg *profesjonskultur*, *organisasjonskultur*, *strukturell medinnflytelse* og *psykologisk medinnflytelse* som *à priori* koder, i det midlertidige kodesystemet. Kodesystemet måtte omdefineres slik at koderelevans ble forbedret, slik at alle intervjuer kunne analyseres gjennom et unikt kodesystem. Kodete

¹ Tekstsegment i denne sammenheng referer til et tekstavsnitt, som er forståelig utenfor sitt kontekst, og som inneholder en idé, en episode eller en informasjon [51,52].

utsagn fra alle intervjuer ble til slutt eksportert til separate tekstfiler for hver enkel kode, slik at kodete utsagn kunne gjennomgås utenfor sitt kontekst. Gjennomgang av alle samlede utsagn gjorde at enkelte koder ble omdefinert, noe som resulterte at kodepresisjonen ble forbedret. Det endelige kodesystemet som ble benyttet til intervjuanalyser i denne studien ble delt opp i tre kategorier, som henviser også til organisasjonsattributter vist i Figur 1 (kapittel 2), og er som følger:

INFRASTRUKTUR

- Ressurser – bemanning og infrastruktur (IT, støtteverktøy, systemer)
- Rutiner – prosedyrer (dokumentasjonskrav, formelle diskusjon eller læringsfremmende møter, spredning av best praksis i organisasjonen)

LEDELSE OG MEDINNFLYTELSE

- Strukturell medinnflytelse
- Psykologisk medinnflytelse
- Ledelse – lederatferd

KULTUR

- Informantens oppfatning av innovasjon
- Profesjonskultur
- Organisasjonskultur

Kodene som er angitt i det endelige kodesystemet ovenfor er i tråd med publiserte studier om innovasjons- eller organisasjonskultur. Jeg henviser til kapittel 2 for en mer generell beskrivelse av konseptene, som ligger til grunn for *à priori* kodene som jeg har brukt i denne studien. Noen koder kan ha ”fuzzy boundaries” eller uklare rammer [51]. Det kan for eksempel oppstå tvetydighet ved koding av noen utsagn, der kodetildeling til det enkelte utsagnet avhenger av min tolkning.

I mitt kodesystem er to koder sortert under kategori *infrastruktur*. Den første, *ressurser-bemanning og infrastruktur* henviser til bemanningsnivå på arbeidsplassen, tilgjengelige ressurser generelt, men også støtteverktøy som IT løsninger og systemer. Spredning av kliniske funksjoner mellom ulike lokaliteter (for eksempel mellom Ullevål sykehus og Radiumhospitalet) omfattes av koden *ressurser – bemanning og infrastruktur*. Den andre koden i infrastrukturkategorien er *rutiner og prosedyrer*, som refererer til kursing og møter der temaet er tilknyttet kunnskapsformidling og/eller forbedringsarbeid. Denne koden omfatter også andre kunnskapsrelaterte tiltak som for eksempel seminarer eller arbeidsprosedyrer. Den andre kategorien referer til *medinnflytelse*, det vil si hvorvidt ansatte

føler at de kan bidra til innovasjon på sin arbeidsplass. En sammenfatning av medinnflytelseskonseptet er angitt i kapittelet 2 ”bakgrunn og perspektiv”. Koden *psykologisk medinnflytelse* beskriver hvorvidt ansatte tror at deres innsats er verdifull for organisasjonen [39]. Koden *psykologisk medinnflytelse* brukt i denne studien henviser også til psykologisk trygghet og evne til å uttrykke egen mening, komme med forslag eller kritikk i organisasjonen [30]. *Strukturell medinnflytelse* refererer til fordeling av beslutningsmakt i organisasjonen og ansattes medvirkning i beslutningsprosesser [30]. *Strukturell medinnflytelse* innebærer en viss autoritetsoverføring fra ledelse til ansatte gjennom formell ansvarstildeling [39]. Koden *ledelse-lederatferd* henviser til informantenes utsagn som tydelig handler om lederatferd og ledelsesstil. *Lederatferd* handler om den direkte interaksjonen mellom den enkelte lederen og underordnede, mens koden *ledelse* retter seg mot generelle problemstillinger, som for eksempel handler om hvordan virksomhetsstyring påvirker forbedringsarbeid eller innovasjon.

Kultur er definert som en egen kategori, med tre koder: *informantenes oppfatning av innovasjon*, *organisasjonskultur* og *profesjonskultur*. Koden om *informantens oppfatning av innovasjon* er selvforklarende. Grunnen til at den ble plassert i kulturkategorien er fordi ansattes oppfatning om hva som er innovasjon eller forbedringsarbeid kan bero på deres profesjonskultur. Videre refererer *Profesjonskultur* til profesjonsspesifikke kulturelle artefakter, verdier og normer. *Profesjonskultur* handler også om hvordan en profesjonsgruppe betrakter andre profesjoner (for eksempel ved profesjonskonservatisme). *Organisasjonskultur* er den ”dypeste” koden i mitt codesystem (se Figur 1). Organisasjonskulturkoden henviser til generelle kulturartefakter eller atferdsnormer relatert til innovasjons- eller forbedringsarbeid ved OUS. Denne koden kan omfatte undertrykking av tvil eller kritikk, sosialt press for å unngå at kritikk kommer opp, eller felles oppfatning av typen: ”siden vi er enige må dette være riktig” [19].

3.6 Validitet

Å gjengi resultater i en kvalitativ studie innebærer at funnene er validert på noen måte. I min analyse har jeg fokusert på å få fram det meste av informantenes meninger. Som ansatt ved OUS kan jeg selvfølgelig ikke påstå at denne fremgangsmåten har vært fri for subjektiv utvalg av informanters utsagn. Det finnes imidlertid metoder for å kvalitetssikre mine funn. For det første kan koding av intervju samtaler bli vurdert av en annen person. Det er en effektiv måte å dobbeltsjekke funnenes validitet på. Det krever dessverre ganske mye arbeid fra den eksterne personen, og denne metoden ble derfor valgt bort. En annen metode er

triangulering, hvor prinsippet er å kryss-analysere ved hjelp av ulike kilder for å styrke funnenes validitet [55]. Data-triangulering [50,55,56] viser til bruk av ulike datakilder, mens teori-triangulering baserer seg på sammenlikning av eksperimentelle funn og litteraturen. Med seks intervjuer i denne studien, kan muligheten for data-triangulering være noe begrenset. Jeg har derfor valgt teori-trianguleringsmetoden som den mest egnede metoden i denne studien.

Det ligger ytterligere mulige begrensninger i studien. En begrensning ligger i alders- og erfaringsfordeling blant informantene som bare representer et utvalg av alle ansatte på OUS. En annen mulige begrensning er risikoen for manglende dekning av forskningsrelevante spørsmål. Mine forskerbriller kan også tenkes å ha påvirket sitatvalget i denne oppgaven. Imidlertid har jeg fokusert spesielt på å sjekke relevansen av både min intervjuguide og min analyse i forhold til forskningslitteratur. Det skal også understrekes at hensikten med denne studien er å belyse mekanismer som fremmer og hindrer innovasjon, uten å fokusere på hva som er mest signifikant i denne sammenhengen.

4 RESULTATER og REFLEKSJONER

Det å forstå innovasjonskulturene er å forstå en del av en organisasjonskultur, det vil si organisasjonens dype egenskaper. Innovasjonskultur, på lik måte som en organisasjonskultur, er en kompleks sammensetning av subkulturer, gruppetenkings mønstre, og den interagerer med atferd normer og infrastruktur. Jeg har valgt å gjengi mine funn ved å begynne med fysiske elementer som ressurser og infrastruktur før jeg gradvis gjengir atferdsmønstre, muligheter og begrensninger som ansatte opplever for å kunne bidra til forbedringsarbeid (med andre ord strukturell- og psykologisk medinnflytelse). Jeg avslutter deretter ved å gjengi dypere funn som dreier seg om effekt av lederatferd, profesjons- og organisasjonskultur. Jeg har også forsøkt å belyse på en enkel måte noen interaksjonsmekanismer mellom disse ulike faktorer.

4.1 Om informantenes oppfatning av innovasjon

I begynnelsen av hvert intervju har jeg avklart om mine mål i denne studien, ved å bruke det informasjonsskrivet som informanter hadde fått på forhånd. Det har vist seg her at informantene hadde ulike tolkninger av hva denne type innovasjonen innebærer. En informant nevnte:

”Jeg må innrømme at innovasjon er et ord man alltid hører, uten å kanskje ha 100% forståelse for hva det er. I går, jukset jeg litt og slo opp på internett hva som menes med innovasjon. Og det er mange definisjoner på det, men det gikk gjennom at det skulle være en eller annen nyvinning som kan føre til en gevinst. Ikke nødvendigvis økonomisk men ofte økonomiske gevinster.” (lege 3)

Samme informant snakket senere om hvordan de prøver å forbedre deres aktivitet:

”Så handler det om å hele tiden minimisere risiko for uønskede hendelser, ...”

Det er rimelig å si at en reduksjon av uønskede hendelse risiko er en form for nyvinning. Det tyder på at helsepersonell er bevisst på forbedringsmuligheter, uten at de nødvendigvis relaterer det til ordet *innovasjon*. Ut fra andre informanter utsagn, handler innovasjon om fagutvikling, kunnskapsdeling blant helsearbeidere, vurdering og forbedring av behandling eller diagnostiske metoder. En informant hadde et bevisst syn på innovasjon:

”Innovasjon, er endringer først og fremst. Vi har jo nettopp slått sammen en avdeling så det skjer mange endringer. Det er et forsøk på å gjøre ting mer effektivt.” (lege 2)

Uten at utsagnet ovenfor kan påstås å være representativt, er det verdt å legge merke til at noen ansatte erkjenner innovasjonsbehovet ved OUS organisasjon.

4.2 Om ressurser og infrastruktur.

Ressurser og infrastruktur viser til fysiske, organisatoriske egenskaper av en organisasjon som vist i Figur 1. Bemanningsnivå ble også tolket som ressurser i denne studie.

Intervjuanalyser viser at ressurser og infrastruktur påvirker forbedringsarbeid ifølge både leger og sykepleiere. Leger refererte oftere til bemanning og tilgjengelig ressurser på arbeidsplass enn sykepleiere.

Til tross for bekymring angående merkbare ressurs besparelser på OUS, har ingen informant (av alle jeg har intervjuet) nevnt at driften var klart og tydelig uforsvarlig:

”Det virker som det er nok folk til at man kan ha en drift som er forsvarlig” (lege 3).

Flere ubesatte stillinger, eller langsomme ansettelsesprosesser (som det vil bli diskutert senere) gjør at helsepersonell er presset i ren klinisk drift med begrenset tid eller ramme for faglig utvikling, til tross for tildelt forskningstid i noen tilfeller:

”Jeg har i tillegg satt av forskningstid, siden jeg har en forskningsoppgave. Men denne tiden sliter jeg med å få nok av, fordi at vi er så få folk. Så selv om jeg (på papir) har rett til forskningstid, får jeg ikke det. Men jeg får tid til det fortløpende arbeidet med å forbedre kvaliteten innad i driften.” (lege 1)

”Så har du avdelings driftsmessig hensikt, hvor det er slik at man drives på grensen av å miste en utlært assistentlege på en seksjon. [...] Driftsmessig vil man helst ikke bytte assistentleger, men i assistentlege utviklingsperspektiv vil man bytte. Det siste jeg opplever er at driftsmessig hensyn har veid tyngst. Det gjør du i krisesituasjoner, men når krisesituasjoner blir permanente, er det ikke så veldig gunstig. Sånn sett er det dårlig innovasjon fordi du får ikke nye leger til å utdanne seg.” (lege 3)

Mens ressursituasjonen virker å være ulike på de ulike klinikker/avdelinger:

”Jeg vil si at vi har gode muligheter for å kunne melde seg på eksterne kurs, om det er utenfor OUS eller om det er internt på OUS. Det er ikke alltid man får det men man oppfordres til å søke for ulike typer kurs.” (sykepleier 3)

Besparelser på ikke medisinske personell kan også flytte noen ikke-medisinsk arbeidsoppgaver over til helsepersonell, som illustrert her:

”Som sykepleier får du mange spesialiserte oppgaver. Men man har tatt bort vaskepersonell, slik at vi driver å vaske og rydde mye av den tiden som kunne blitt brukt til pasienten.” (sykepleier 1)

I tillegg til noe bekymring for lavt bemanningsnivå kan det være en utfordring med infrastruktur på OUS. IT Infrastruktur på OUS skaper problemer for koordinering av pasientforløp gjennom ulike avdelinger:

”Jeg tenker at det viktigste er å ha et felles datasystem. Alt vi gjør av booking, beskrivelser [...] er jo i et datasystem. Og når vi har datasystemer som ikke snakker med hverandre, vil det bli tungvint. Jeg føler at det er veldig viktig å få på plass.”
(lege 1)

Mangelfullt datakommunikasjon på OUS gjør at informasjon ikke alltid er tilgjengelig når klinikerne må ta en beslutning om pasient behandling. Det genererer noe ”dobbelt arbeid” som den samme informant beskrev som følgende:

”Men vi ser at det tas unødvendig undersøkelser fordi vi ikke vet hva den andre enheten driver på med. Vi ser også at vi må gjøre dobbelt arbeid fordi vi ikke får svarene fra det andre sykehuset, mens de (klinikere ansvarlig for pasient behandling) trenger svaret her og nå...” (lege 1)

Lege 1 påpeker hvordan mangelfullt datasystem og dårlig informasjonsflyt kan skape noe dobbelt arbeid, slik at ressurser ikke utnyttes maksimalt. Informasjonssamhandling er også relevant for å sikre kontinuitet og effektivitet:

”Og hvis det er et nøkkelord i helsevesenet generelt, er det kontinuitet som er viktig i forhold til pasienten. Det skaper effektivitet når du kjenner pasienten fra før, slik at du ikke trenger å sette deg inn neste gang. Dette gjelder for sykepleiere og leger. [...] Når 7 sykepleier må sette seg inn i pasienthistorien i løpet av en uke, er det ganske mange årsverk, som gjør det samme hele tiden. Det er helt ineffektivt.” (lege 2)

Kontinuitet kan spare helsearbeidere for unødvendig tidsbruk ved ”å sette seg inn” på nytt i en pasientjournal, pasientbehandling osv. I dette tilfelle handlet det om hvordan sykepleierturnus er organisert (lege 2 utsagn – ikke gjengitt her). Her handler det primært om arbeidsorganisering, dvs. turnusstruktur. Samtidig krever en optimal turnusstruktur at man har tilstrekkelig bemanningsnivå.

4.3 Om rutiner og prosedyrer

Felles for alle informantene i denne studien, er rutinemessig bruk av intern undervisning for å fremme kunnskap. Undervisningen var enten bakt inn i avdelings/seksjonsmøte eller som frittstående undervisningstimer. En sykepleier nevnte også tilgang til videreutdanningsprogram som han/hun synes gir en veldig bra personlig utvikling (sykepleier 1). En annen sykepleier var tydelig om at undervisning var veldig viktig for å fremme innovasjon:

”Det beste som finnes her på denne avdelingen i forhold til innovasjon, er undervisningen, for det er knall bra!” (sykepleier 2)

Undervisning er også påkrevd i forbindelse med legespesialistutdannelse.

Interne møter, som morgenmøter, kliniske møter dreier seg også om rutiner for å fremme informasjonsspredning. Med informasjon menes både pasient relevant informasjon men også organisatorisk informasjon som illustrert her:

”Vi har morgenmøte hver dag, hvor man kan komme med innspill, både om pasienter men også om organisatoriske ting. Det er veldig viktig fordi man kan gjøre folk oppmerksomt på ting i det store OUS systemet, som for eksempel transport av medier, blodprøve svar som forsvinner i systemet ... Det er mange fallgruver som kan tas opp i fellesskap, slik at man blir oppmerksom på det.” (lege 2)

OUS er en stor organisasjon hvor det kan oppstå noen ”fallgruver” ifølge informanten. Det er åpenbart positivt at disse ”fallgruver” tas opp på morgenmøter eller andre fora. Det er imidlertid grunn til å spørre seg om mer formalisert systemkunnskap kunne bli gitt til nye ansatte? Samme informant svarer følgende på mitt spørsmål om han/hun ble opplært i det området:

”Informant: Ikke på en strukturert måte. Du må spørre direkte ”hvordan gjør du dette?”, osv.

Forsker: OK, det er på spontan basis...

Informant: Ja, det er det.”

På en annen side, har informanter påpekt e-håndbok som et viktig kvalitetsverktøy som samler prosedyrer på hele sykehuset.

”Vi har noe som heter e-håndbok, som er et veldig viktig kvalitetsverktøy. Den endres etter behov, avviksmeldinger... Og der står det hva sykepleiere og hva leger skal gjøre, hva er ansvarsfordelingen.” (lege 2)

Om prosedyrer som er samlet ved OUS datasystem nevner en annen informant:

”Jeg synes at det er veldig greit at man lager noe felles som blir lagt ut på data (system). Så kan jeg sjekke hvordan ting gjøres på sykehuset. Man har det skriftlig og da har man oversikt, slik at alle kan gjøre ting på samme måte.” (sykepleier 1).

Kvalitetssikring og dokumentasjon av uønskede hendelser eller potensielle problemer følges opp på ulike måter, om det for eksempel tas opp på morgenmøter eller om det blir satt opp i datasystemet. Avviksmeldinger fører til systemregistrering og eventuelt til en ny arbeidsprosedyre, mens andre problemer ikke nødvendigvis blir registrert.

”Bare hvis det er skrevet avviksmelding, er det satt i system. Hvis det ikke er skrevet avviksmelding, er det bare sagt oftest. Eller det er sendt en felles epost med: vær oppmerksom på det og det. Det er på den måten man kommuniserer.” (lege 2)

Det kan være en balanse mellom oppfølgingen av de registrerte arbeidsprosedyrer, og uformalisert kunnskapsdeling i avdelingen. Det siste punktet er illustrert tydelig her:

”Vi har tusenvis av prosedyrer. Prosedyrene er der men det blir kanskje så mange prosedyrer at det blir vanskelig for alle å huske alt til en hver tid. Og i stressede situasjoner vet man at man gjør feil. Det er ikke mye av det. Jeg vil ikke påstå det, men man har sett at det har hendt.” (lege 3)

Utsagnet av lege 3 ovenfor henviser også til stressede situasjoner som muligens kan oppstå når mye arbeid skal gjøres med begrensede ressurser. Standardisering av arbeidsoppgaver gjennom prosedyrer bidrar til større kvalitetssikring på sykehuset, mens kvalitetssikringssystemet blir kun benyttet optimalt ved tilstrekkelig bemanning.

Avslutningsvis i dette avsnittet vil jeg gjengi et utsagn, hvor informanten svarer slik når jeg spør om de har et system for å følge opp forbedringsforslag:

” Det er den delen som har vært dårlig. Hvis ideen er dårlig er det veldig greit fordi da er det ikke noe å følge opp. Hvis det viser noen annet, er det fleste enig, så... det er ikke noe system for å følge opp.” (lege 3)

Det kan være mangelfull oppfølging av forbedringsforslag. En annen lege mente at det måtte være avvik for at det skulle være satt i system, som angitt tidligere i dette avsnittet:

”Bare hvis det er skrevet avviksmelding, er det satt i system. Hvis det ikke er skrevet avviksmelding, er det bare sagt oftest”. (lege 2)

Det kan skyldes stram budsjettering, slik at man prioriterer de viktigste sakene, men det kan også være et tegn på organisasjonskultur (det siste punktet er mer detaljert i organisasjonskultur seksjon).

4.4 Om psykologisk medinnflytelse

Analyse av intervjusamtaler viser at ansattes engasjement i forbedringsarbeid avhenger av mellommenneskelige interaksjoner, med nærmeste leder eller andre kollegaer, og trygghet i arbeidsmiljøet. Tildeling av ansvar (som også henviser til strukturell medinnflytelse – se neste seksjon som handler om *strukturell medinnflytelse*) skaper en psykologisk medinnflytelse:

”Hvis man får lov å være med i en sånn (arbeids-) gruppe² så handler det om å føle seg viktig. Og jeg tror at det er et viktig poeng for mange. For at når man er engasjert i jobben sin og man er i en avdeling, det å få lov å føle seg viktig, og å ta del i en ting, det skaper engasjement. Så blir man god på en ting, også kan man undervise andre. Det skaper forbedring og kvalitetssikring.” (sykepleier 2)

² En arbeidsgruppe består av flere utvalgte personer, og har som mål å løse et definert problem på avdelingen. Gruppen er tildelt tydelig ansvar, og dermed har den en betydelig innflytelse på hvordan problemet skal løses på avdelingen.

Ansvarstildeling her gjør at vedkommende føler seg viktig, og dermed vil føle seg mer forpliktet til å gjøre en bedre innsats. Det ”skaper engasjement” som informanten nevner her. En annen informant belyste den positive effekt av å få ros:

”Når du får ros for det du gjør blir du motivert for å gjøre en enda bedre jobb. Det har en positiv virkning.” (Sykepleier 1)

Videre, skaper anerkjennelse av ansattes innsats et trygt arbeidsmiljø, der terskelen for å foreslå nye idéer er lav:

”Jeg tenker at for at man skal ha et sånt miljø, som bidrar til at man kan ha en lav terskel for å kunne ta opp ting, og kjenne på at man kan komme med egne meninger og forslag, handler det om hvilket arbeidsmiljø man har i avdelingen. Har man et godt arbeidsmiljø, og et trygt arbeidsmiljø, tenker jeg at det bidrar til at man tørr å ta opp ting. Jeg kjenner på at i vårt miljø, er det et flertall av de som jobber her som er med på å si fra.” (sykepleier 3)

Trygghet skaper rom for et mer åpent forum og gjensidig læring, fordi arbeidsoppgaver eller prosedyrer blir diskutert på en konstruktiv måte:

”Men så, det er en kultur hvor det er fint å stille spørsmål. Da stiller du spørsmål om hvorfor er det sånn, så får man en konstruktiv diskusjon på det, og kanskje blir man enig om at det er fornuftig at det er sånn, eller kanskje man tenker at det her er noe vi kan gjøre noe med. Så blir det satt opp på en ønskeliste.” (lege 3)

En åpen diskusjon i dette tilfellet gjør at ansatte kan vurdere sine arbeidsmetoder og bli enig om hva som bør forbedres.

Sitater viser så langt hvordan konstruktive mellommenneskelig interaksjoner kan skape et trygt miljø, hvor ansatte føler at de har en viss medinnflytelse på arbeidsvirksomhet. Det kan også være slik at ansienniteten til helsearbeiderne gir dem ulike status på avdelingen, og at denne statusforskjellen kan ha en negativ effekt på ansattes medinnflytelse. En informant nevnte at ansienniteten avgjorde hvem som skulle ”være med” for å utarbeide nye rutiner og prosedyrer på sin avdeling:

”Det er bare trist at det er de som har jobbet i 20 år som får lov å være med. Dessverre.” (sykepleier 2)

Denne informanten tilhører en spesialisert avdeling hvor en del av sykepleierkollegaene har jobbet i mange år. Ifølge denne informanten inkluderes ikke nyansatte i hvordan avdelingen drives, noe som her vil kunne virke negativt på nyansattes medinnflytelse.

Ressursknapphet på avdelingen kan også ha en negativ effekt på psykologisk medinnflytelse, fordi ansatte fokuserer først å fremst på å gjennomføre nødvendige arbeidsoppgaver.

Stressnivået gjør at de ikke har overskudd til å ta et tilstrekkelig avstandsperspektiv for å kunne se hva som kunne forbedres.

”Informant: [...] Jeg synes at det har vært en uheldig dreining fra det medisinsk faglige i sentrum, hvor utvikling har vært viktig, til nå å være innsparing, innsparing, innsparing. Og det er hele tiden mer arbeidsoppgaver, mer rutinedrift som skal gjøres med mindre ressurser. Det overskuddet man hadde før til å utvikle seg faglig, det har det blitt mindre av, synes jeg.

Forsker: Hva er konsekvens av det?

Informant: Jeg kan ikke si sikkert hva som er konsekvensen, men det er klart at konsekvensen blir at man, etter hvert, kanskje blir litt mindre motivert for å gjøre sitt beste.” (lege 3)

Strukturell ressursknapphet svekker her individers medinnflytelse, og eventuelt deres motivasjon på sikt. Hvorvidt dette fenomenet handler om psykologisk medinnflytelse eller strukturell medinnflytelse er imidlertid et tolknings spørsmål. Det viktigste er kanskje å legge merke til hvordan strukturelle faktorer, som for eksempel ressurser eller bemanningsnivå kan påvirke individuell atferd i organisasjonen.

4.5 Om strukturell medinnflytelse

Noen prosesser ved OUS er sentralt styrt mens andre forbedringstiltak er implementert lokalt, uten at det måtte godkjennes fra øvre hold. Ledelsesstrukturen preger derfor i hvilken grad informantene kjenner at de har mulighet til å påvirke egen virksomhet.

På lokalt nivå, gis ansatte mulighet til å bidra til forbedringsarbeid gjennom møter og seminarer:

”En gang i året har vi fagdager i avdelingen. Det blir alltid en del jobbing med fag selvfølgelig i og med at det er fagdager. Men der går vi gjennom handlingsplan for avdelingen, hvor vi setter opp bevaringsområder og forbedringsområder. Det handler om at vi kommer med innspill på hva vi synes er så bra i avdelingen og som vi har lyst til å bevare. Det er et mål for det neste året. Også er det forbedringer. [...] Man kommer med forslag, så stemmer man over de ulike forslagene.” (sykepleier 3)

Her blir ansatte oppfordret til å bestemme bevaring- og forbedringsområder innad i avdelingen. Det finnes videre noen arbeidsgrupper som er satt opp på høyere nivå enn avdelingsnivå for å forbedre prosedyrer og samordning mellom flere avdelinger. Personer som er valgt til å sitte i disse arbeidsgruppene gis innflytelse i utforming av prosedyrer:

”På XXX (stedsnavn) var vi to avdelinger som ble slått sammen. Da gikk de (personer på de to avdelinger) gjennom alle rutiner. De kom med forslag som er diskutert med fagsykepleier, for å kjøre systemet likt. Vi diskuterte de rutiner som vi hadde og som de andre hadde, og hvilke rutiner man skulle velge. Da blir det en diskusjon i hvert fall. Så er det etter hvert en utvalgt gruppe som bestemmer til slutt.” (sykepleier 1)

En lege nevnte også at det var organisert samarbeidsmøter på arbeidsplassen hvor både sykepleiere og leger var bedt om å komme:

”Man har et program, og man går litt etter punkter. Men alle er velkomne til å si sin mening. Og det er ofte at det blir sagt hva folk mener, og at ting fungerer eller ikke fungerer, og hvordan det kan gjøres bedre. Det blir veldig mye syting: at det var bedre før. [...] Men det kan også komme noen konstruktive forslag.” (lege 2)

Dette møtet gir rom til å løfte frem forslag fra deltagerne. Det gis også rom til å uttrykke sin misnøye for noen deltagere, noe som kan tyde på at møtet er åpent. Et slik møte kan bidra til at ansatte kjenner seg trygge nok til å formidle sin mening, og det henviser til psykologisk medinnflytelse. Det er derfor grunn til å tro at strukturell medinnflytelse innvirker på psykologisk trygghet og psykologisk medinnflytelse.

På en annen side kan strukturell medinnflytelse bli påvirket av en kompleks organisasjonsstruktur eller ledelsesstruktur. OUS er en kompleks organisasjon, og det kan være vanskelig for ansatte å vurdere omfang av deres forbedringsideer. En lege svarte slik da jeg spurte om hvor lett det var å initiere endring på arbeidsplass:

”Så med en gang man prøver å endre på én ting, er det en domino effekt. Arbeidsflyten vår er så kompleks, og det er så mange faktorer som spiller inn... Det går ikke på viljen av å prøve å endre, men det er ikke helt enkelt å få endret ting.” (lege 1)

OUS styringsmodell kan også være med å prege lokale forbedringstiltak:

”Vi har vært tradisjonelt en autonom arbeidsplass, som i veldig stor grad, kunne gjøre endringer uten å måtte spørre noen andre. Og det stemmer ikke helt lenger. Nå må vi veldig mye opp i mange (leder)nivåer før det kan gjennomføres. Og det føles ofte litt tungrodd fordi det er opplagte ting som vi er de best skikkede til å bestemme.” (lege 1)

Informanten ovenfor nevnte eksempler både når det gjelder ansettelse og når det gjelder anskaffelse av utstyr, som de til slutt måtte ha allikevel. Sentralisert godkjenningsprosedyre som ledelsesmodell kan muligens skape frustrasjon³, fordi ansatte ikke føler at de blir stolt på i organisasjonen.

”... At man kanskje burde ha stolt mer på de lavere nivå, at de faktisk gjorde vurderinger som var lure, og ikke alt skulle detaljplanlegges høyt opp.” (lege 1)

Det skal også sies at ikke alt må avgjøres på øvre hold på OUS, som en informant bekreftet:

³ Informanten brukte ordet ”frustrasjon” i intervjuetsamtale. Utsagnet er ikke gjengitt her pga av tydelig gjenkjennbar informasjon.

”Hvis man kommer med et forslag, ”jeg har observert dette her” så kan vi ta det opp på personalmøte for eksempel og diskutere det. Det er ikke alt som må hele veien opp hvis det er et enkelt forbedringsforslag.” (sykepleier 1)

Det kreves mer eller mindre samordnet styring avhengig av forbedringsforslagets omfang. Videre kan strukturell medinnflytelse være avhengig av bemanningsnivå eller besparingstiltak, som gjør at ansatte får mindre (eller ikke) tid til å bidra. Med andre ord kan strukturell medinnflytelse bli svekket av ressursmangel.

” Og når man da blir gående hele tiden på etterskudd for å, tror jeg, spare penger på vakante stillinger... [...]. Da blir det mindre tid til å involvere seg i de litt mer dypere ting, og det som man kan forbedre. [...] Du må bare inn i de rammene som er der, og få gjennom arbeidsoppgavene slik som vi alltid har gjort. Da blir det ikke tid til at man tenker hvorfor.” (lege 3)

Denne situasjon kunne henvise til psykologisk medinnflytelse også. Jeg har valgt å kodesitatet som strukturell medinnflytelse fordi det dreier seg her om manglende evne til å fatte lokale vedtak om egen virksomhet. Situasjonen henviser også til ressursknapphet, som kan bremse innovativ atferd i organisasjonen. Dette tilfelle illustrerer også overlapp mellom ulike mekanismer assosiert med innovasjonskultur [51].

En annen informant uttalte seg om endringer i ledelsesstrukturen knyttet til OUS omstillingsprosessen, hvor hun/han mente at toppledelsen nå var dominert av leger på bekostning av sykepleiernes medinnflytelse på sykehuset:

” Det er en del av OUS prosessen som jeg ikke er så veldig glad i. Før hadde du en sykepleierlinje og en legelinje som gikk parallelt, opp til høyeste nivå, så kom du til direktøren. Nå har det blitt slik at en sykepleier må forsvare seg for en lege [...], så vi er blitt mindre selvstendiggjort på en måte. Jeg synes ikke at det er positivt.” (sykepleier 1)

Her kan organisasjonens ledelsesstruktur påvirke den måten en profesjonsgruppe føler seg ivaretatt. Sykepleiere kan føle i dette tilfelle at deres meninger veier mindre når det gjelder vurdering av forbedringsforslag, fordi overordnet ledelse tilhører en annen profesjonsgruppe, samtidig som det eksisterer i noen grad en profesjonskonflikt.

Kopling mellom ansattes medinnflytelse og ledelse kom også generelt fram, da en informant svarte på hva han/hun hadde gjort dersom han/hun hadde fått ansvar for innovasjon på OUS:

”Jeg ville kanskje hatt enda bedre øre for hva ansatte foreslår. For det er dem som jobber der time etter time. Og så ville jeg passe på å finne de ansatte som er flinke og tenker innovativt, som kommer med gode forslag. Prøve å ikke, liksom døde dem bort. Og kanskje oppfordre folk til å komme med forslag til forbedringer. Jeg tror det er vanskelig for ledelsen å finne på noe lurt. Det er de som står i feltet som kan det.” (lege 2)

Samme person la til:

”Men man kan kanskje si at det er veldig mye ressurser i de ansatte, hvis man bare får dem frem. Som koster ingenting og som er ganske mye bedre enn hva konsulent firma kan foreslå. Det jeg har opplevd i XX⁴, var at det de (konsulentene) foreslo fungerte ikke til slutt heller [...] Det er kanskje det jeg kan si at man har veldig gode konsulenter i ansatte.”

Man kan tolke sitatene slik at ansattes innsikt er en verdifull ressurs for å fremme effektivisering, som var tema jeg diskuterte med denne informanten. Det er også verdt å legge merke til det som sies om å finne de ansatte som tenker innovativt. Det ligger et ansvar i ledelsen for å fremme disse ansatte og gi dem medinnflytelse.

4.6 Om ledelse og lederatferd

Gjennomgang av intervjuene viser at ledelse og lederatferd har en viss effekt på andre faktorer som for eksempel psykologisk medinnflytelse og organisasjonskultur. Da jeg spurte hvilke egenskaper en leder burde ha, svarte en informant følgende:

”Jeg tenker at det er mange egenskaper som er viktige for å være en god leder. Jeg har vært inne på en del av det. Men det som er å organisere og strukturere, det å sørge for at det alltid er nok folk på jobb, det er at medarbeiderne får en følelse av å bli verdsatt på jobb. Jeg føler at man blir verdsatt og at man har en funksjon som man trenger. Ris og ros på riktig måte, bli respektert... tenker jeg er viktig [...]”
(sykepleier 3)

Utsagnet ovenfor illustrerer også den overlappen mellom lederatferd og psykologisk medinnflytelse, når han/hun nevner at lederen skal gi ”ris og ros på riktig måte” og at det er viktig for ansatte å følge seg ”verdsatt på jobb”. Han/hun påpeker også det organisatoriske ansvaret som lederen har. Organisasjon betyr blant annet samhandling av ulike tiltak, som for eksempel strukturelle endringer som er bestemt på klinikknivå (nivå 2 under sykehusdirektøren), og lokale forbedringstiltak. OUS er en stor og komplisert organisasjon som krever at tiltak på ulike nivåer blir koordinert. Faktisk kan lokale forbedringstiltak miste sin effekt om infrastruktur og bemanning ikke er forutsigbart, som en informant fortalte. Han/hun beskrev en situasjon hvor et lokalt tiltak frigjorde én time arbeidstid per dag, samtidig som at pasientoppfølgingen ble bedre (en setning ble tatt bort siden den inneholdte gjenkjennbar informasjon):

” Så første uke gikk det veldig bra! Vi sparte en time faktisk. Men etterpå, har det bare sklidd ut. Vi har fått veldig mange nye sykepleiere. [...] Og det som har skjedd i denne prosessen, med å endre rutinen, at også gamle sykepleiere forvant, og så kom

⁴ XX: Annet sykehus enn OUS.

80% som var nye sykepleiere, som ikke forstår det faglige med pasientene. Derfor så plutselig, sitter vi i en situasjon hvor legene og sykepleiere ikke kommuniserer, og ikke vet hva vi trenger fra hverandre og vite om pasienten [...].” (lege 2)

Utfordringen i denne avdelingen var at forbedringstiltaket krevde at alle kjenner sin rolle, som ble definert i samarbeidet mellom leger og sykepleiere. Et uforutsett skifte i sykepleierstaben gjorde at kunnskapen om hvordan denne nye metoden skulle iverksettes ble borte, noe som resulterte i markant dårligere effektivitet. Samme informant nevnte videre i samtalen:

”Så de har gjort to endringer samtidig som kanskje ikke er så heldig akkurat nå. [...]

Han/hun føyet til:

”Og det fungerte det systemet. Men så pulveriseres det. Til slutt.”

Det tyder her på at sykepleierbyttet som var planlagt fra øvre hold ikke var koordinert med forbedringstiltak på lokalt nivå. Både avdelingsledelse og sykepleierledelse ble tidlig varslet om at sykepleierbyttet forårsaket dårligere effektivitet på avdelingen. Informanten avsluttet med at et ledermøte skulle finne sted for å se på problemet,

”Og vi har snakket om det her siden tidlig ”måned A”, og det møte er satt opp i slutten av ”måned C”⁵.” (lege 2)

uten at det tilsynelatende lå en forklaring på hvorfor det skulle ta 2 eller 3 måneder fra problemet ble varslet til det ble tatt opp på ledermøte.

Uforutsette endringer med konsekvenser for ”produksjonsnivå” ble også nevnt av en annen informant:

”Men så hadde vi et kjempeproblem nå før sommeren. For plutselig fikk vi vite at XXX⁶ pasienter var flyttet over til oss, allerede. Enda hadde vi fått vite at det skulle skje på høsten en gang.” (lege 1)

Igjen, fikk ikke klinisk helsepersonell informasjon om den strukturelle endringen, og anledning til å tilpasse seg den kommende situasjon.

Ledelsens tilgjengelighet kan være et aktuelt tema på sykehuset:

”Det som er problem med ledere er at de ofte er fraværende. [...] Så det er viktig å være til stede og vite hva folk driver med, og snakke med dem, og vite hva de sier.” (lege 2)

En annen informant sa:

⁵ Nesten tre måneder senere.

⁶ En pasient-kategori på sykehus.

”Ledelsen i avdelingen ser vi av og til. Ledelsen på seksjonen ser vi daglig og enhetsleder også daglig, men ledelse på nivå 2 en gang i året maks, nivå 1 i avisen, intranett, den type ting.” (lege 3)

En annen informant kommenterte om hva som påvirker innovasjon:

”Man må kanskje dra inn lederne som er helt på topp igjen. Hos oss er det en enhetsleder og en assisterende, men de igjen må jo ha samarbeid med sine ledere igjen, som er avdelingsleder [...]”. Jeg tenker at innovasjonskultur påvirkes av hvordan det samarbeide er. Er det et godt samarbeid, så påvirker det igjen innovasjonskultur i avdelingen.” (sykepleier 3)

Han/hun etablerer en forbindelse mellom samarbeid blant ledere fra øver hold og ned til avdelingsnivå, og innovasjonskultur i organisasjonen.

Å være leder ved OUS har nok sine mangfoldige utfordringer, og organisasjonens størrelse krever innsikt i hvordan sykehuset fungerer, som et system. Lederjobben består av personalansvar og systemforståelse, som en informant sier:

”Det kan også hende at våre ledere ikke har noen formell lederutdanning eller erfaring. De har bare gått grader... Å bli overlege, så blir man leder fordi man er kanskje eldst og man har anledning til å lede litt. Men de har ikke noen formell utdanning. Kanskje kunne de ha godt av å lære litt mer om systemer og organisasjoner, hvordan man skal håndtere personal, altså HR...” (lege 2)

Jeg har så langt belyst hvordan informanter relaterer forbedringsarbeid og ledelse / lederatferd. Ledelse og lederatferd handler også om kultur. Det dreier seg blant annet om hvordan ansatte kan betrakte ledelsesstrukturen på sykehuset. Ledelsesstrukturen er også forbundet med strukturell medinnflytelse, det vil si i hvilken grad ansatte får anledning og ansvar til å påvirke aktiviteten deres. Det samme prinsippet om strukturell medinnflytelse kan brukes for ledere ved OUS organisasjon. Med andre ord: Har ledere selv beslutningsmakt i organisasjonen? Sagt på en annen måte, kan det være slik at toppledelsen legger harde føringer om for eksempel kostnadsbesparelse eller omorganisering, og hvor mellomledere ikke har annet valgt enn å gjennomføre de tiltakene som er bestemt på øvre hold. En informant formidlet følgende:

”Nei... den ledelsesstruktur som er nå gjør det lettere å fatte beslutninger som folk flest ikke synes noe særlig om, fordi du har så mye ”buffering” nedover i systemet. Man må bare forholde seg til det. Direktøren kan jo si at det er helse sør-øst som vil at vi skal gjøre det sånn, og de har vi i hvert fall ikke noe kontakt med. Helse sør-øst kan jo si at det er politikerne som har bestemt det hele. Det er så lett å presse gjennom ting.” (lege 3)

⁷ Gjenkjennbar informasjon er tatt bort.

Det ligger her en dimensjon knyttet til organisasjonskultur i hvordan ansatte kan betrakte OUS ledelse.

4.7 Om profesjonskultur

Intervjumaterialet tilsier at det er flere dimensjoner i begrepet profesjonskultur.

Profesjonskonservatisme og profesjonskamp er to av dimensjonene som kan beskrive en profesjonskultur. Felles atferdsnormer i en profesjonsgruppe er også med på å karakterisere en profesjonskultur. Som intervjuer i denne studien, sitter jeg igjen med et inntrykk av at kommunikasjon og samarbeid mellom leger og sykepleiere er godt, uten noe særlig preg av profesjonskonflikt. På en annen side, ser det ut som at samarbeidet mellom profesjoner kan preges av ledelsesstruktur eller lederatferd. Det første eksemplet her handler om ledelse oppsplitting for leger og sykepleier på avdelingsnivå:

”Legen har en god kommunikasjon med den enkelte sykepleier, fordi de jobber med dem hele dagen. [...] Man snakker ofte om muligheter for forbedring, men jeg opplever sykepleier ledelse som veldig skjult og fraværende, veldig isolert. Så jeg har liksom ikke den samme muligheten til å fortelle dem om mine bekymringer eller forslag til innovasjon, som det diskuteres i feltet med andre. De er veldig mye på kontoret og lite ute. Det letterer for meg som lege å gå til min legesjef, og si at ”hør her, dette fungerer ikke, vi må gjøre det annerledes.” (lege 2)

Slik det står her, blir det problematisk for denne legen å diskutere problemer eller forbedringsmuligheter med en sykepleieleder, mens kommunikasjon mellom den enkelte lege og sykepleiere går fint. Senere i samme intervju la informanten til:

”Så er det dessverre mange ledere blant sykepleierne som ikke liker leger som gruppe. Fortsatt ja. Men, det er mye mindre enn før.”

Denne legen forklarte at sykepleierledelsens mening om legegruppen har blitt mindre negativ enn før ”fordi at sykepleier har fått mye mer autoritet”. Fordeling av autoritet i sykehusledelse ble trukket frem av andre informanter, men med ulike utfall.

En sykepleier var tydelig misfornøyd med at sykepleielinjen er underlagt legelig ledelse på OUS. Sitatet er gjengitt i strukturell medinnflytelse delen (Sykepleier 1: ”Det er en del av OUS prosessen som jeg ikke er så veldig glad i. ...”)

En annen lege refererte til en situasjon der sammenslåingsprosessen hadde ført til at en profesjonsgruppe, som tidligere hadde personalansvar, hadde (juridisk) rettighet til å søke den nye lederstilling, mens leger som hadde det faglige ansvaret, men ikke personalansvar, ikke hadde anledning til dette. Dette medførte rivalisering i avdelingen, som informanten beskrev slikt:

”Informant: Det blir liksom litt mer destruktiv atferd fordi at man mener at man vil har mer innflytelse og den andre vil hindre det. Det kommer ikke noe fruktbart ut av det. Det er mye krangling...” (lege 3)

Rivalisering eller statusspørsmål kan eksistere på ledernivå. Denne påstanden støttes av de andre utsagnene om profesjonskultur rapportert så langt.

Gjennomgang av alle intervjuer ga derimot ikke noen tydelig tegn på profesjonskamp på klinisk nivå. Klinisk personell som jobber i kontakt med pasienten er avhengig av et godt samarbeid for å kunne oppnå god kvalitet på behandling eller diagnostisering. En lege uttaler:

”Jeg føler at det er veldig lite profesjonskamp her. Det er i veldig stor grad et uttalt mål at man skal jobbe sammen for å sette kvaliteten i høysetet.” (lege 1)

Profesjonskultur handler også om atferd eller felles normer innen en profesjonsgruppe. Jeg har valgt å gjengi to sitater som handler om at man skal være mer observatør når man er ny et sted. To sykepleiere nevner at man bør ”ligge litt lavt i terrenget” i startfase av en ny stilling:

”Og i begynnelsen, så var jeg veldig forsiktig. Fordi jeg vet at når man er ny et sted, så skal man ligge litt lavt i terreng... og føle seg litt fram og... men når man har vært en stund så må man bruke engasjementet sitt litt.” (sykepleier 2)

Det kan samtidig være en naturlig og en generell kultur norm å observere hvordan ting fungerer når man begynner på en ny arbeidsplass. Informanten beskriver behovet for bedre innsikt og trygghet i en innkjøringsfase.

Videre, kan man også spørre seg i hvilken grad erfarne leger eller sykepleiere aktivt bidrar til nytenkning. Da jeg spurte en informant om de unge legene hadde flere forbedringsforslag enn de eldre, svarte vedkommende:

”Det er en trend ja. Også kommer de eldre og sier ”nei, i gamle dager var det sånn og sånn”, og kanskje er det sånn og sånn. Ofte har de eldre rett faktisk. Systemet er enormt! Det er mange innfallsvinkler man må passe på, at alt skal stemme. Så de har ofte rett. De virker veldig lojale ovenfor ledelse og endringer.” (lege 2)

Erfarne leger, med god innsikt i systemets kompleksitet kan oppleve at endring er vanskelig å få til på sykehus, mens yngre leger vil ikke bli hindret at den innsikten. Systeminnsikt som eldre leger har utgjør en fordel, dersom den kan brukes til nytenkning. Men det er også slik at lang tjeneste på samme arbeidsplass kan gi et ensidig syn på hvordan ting gjøres:

”På sykehus X⁸, er det leger som har jobbet der i 20 år ikke sant. Og etter hvert så mister man oversikt over hvordan ting gjøres på andre plasser, hvordan systemet fungerer på andre plasser. Så det er delvis litt farlig for innovasjon. Sykepleiere jobber sjeldent lang tid på et sted, mens legene gjør det.” (lege 2)

⁸ Sykehus X er et av de ulike sykehus inkludert ved OUS.

Informanten nevner eksplisitt at lang tjeneste på samme sted kan være et hinder for innovasjon. Samme informant påpeker samtidig at eldre leger, som har vært lenge på samme sted, også kan være engasjert i forbedringstiltak, som for eksempel med e-håndbok og avvikssystemet:

”Jeg var positivt overrasket da jeg kom til Sykehuset X⁹, også de eldre legene, som har vært her lenge, har tatt til seg for eksempel e-håndbok, kvalitetssikring og avvikssystem. [...]. Og det er egentlig bra å melde avvik fordi det betyr at vi er oppmerksomme på hvordan vi kan forbedre oss. Før var avvik personlig skam. Så jeg tror at det er en utvikling der, i disse prosessene som har skapt endring. Og det er en forståelse blant leger at det er sånn det kommer til å bli, at ting kommer til å endre seg hele tiden.” (lege 2)

Det er grunn til å tro at eldre legers engasjement kan influere kulturen blant yngre kollegaer, fordi de ofte har en hierarkisk autoritet i tillegg til deres faglige erfaring. Det er mange ulike innfallsvinkler på hvordan erfaring bidrar eller hindrer innovasjon innad i legegruppen, som vist i eksempler ovenfor. Jeg valgte å gjengi disse eksempler i profesjonskulturavsnittet fordi jeg ikke hadde samme datamateriale fra sykepleiergruppen.

4.8 Om organisasjonskultur

Som en innledning til denne delen, viser en informant hvordan en felles oppfatning – en kulturell oppfatning – kan påvirkes:

”Generelt, så kan jeg si at folk, alle de ansatte er relativt skeptiske til nye ting. Men ofte er det sånn at når de får det forklart, og de får bidratt med sine idéer om hvordan ting kan løses på en verdig måte, kan de være veldig lojale, og prøve å gjennomføre forandringene.” (lege 2)

Ansattes generelle skepsis kan bli endret når de selv blir involvert i endringsprosessen. Med andre ord kan atferd, økt medinnflytelse av de ansatte, påvirke en felles oppfatning og endre organisasjonskulturen. Informanten sitert ovenfor la til en interessant grunn for at folk var relativt skeptisk til innovasjon:

”Det er menneskenatur er det ikke? Det er veldig behagelig å gjøre det samme hver dag og vite hva du skal komme til og hva du skal gjøre. [...] Mens når endringer kommer så må du være på alerten og være mer opplagt, tilpasse deg til nye ting. Og det tror jeg kan være problematisk for noen, spesielt for noen som har jobbet for lang tid på et sted.” (lege 2)

Organisasjonskultur henviser til de ulike egenskaper av en organisasjon, som ressurser og infrastruktur, psykologisk og strukturell medinnflytelse. I denne seksjonen gir jeg en oversikt over verdier og atferdsmønster som karakteriserer organisasjonskulturen på OUS basert på de

⁹ Sykehus X er et av de ulike sykehus inkludert ved OUS.

intervjuene som jeg har gjennomført. Etter gjennomføring av alle intervjuene, har jeg et generelt inntrykk at mange ansatte på OUS er villige til å gjøre sitt beste. En informant uttrykte det slik:

”Jeg tror at alle prøver å gjøre så godt de kan, men systemet svikter. Det er ingen som forteller dem om at systemet er sånn og sånn, for at vi skal gjøre det effektivt. [...] Alle prøver så godt de kan!” (lege 2)

Uten å diskutere her årsaker som gjør at ”systemet svikter”, har jeg merket at ansatte prøver hele tiden å tilpasse seg lokale arbeidsforhold. Når noen må lete etter en sykepleier eller lege ved behov, fordi det ikke finnes noen klare struktur om hvordan og når de kan samarbeide.

Det er for eksempel illustrert med:

” Det eksiterer ikke lenger, og det fører til at vi må lete etter hver enkel sykepleier til hver enkel pasient. Og dermed så bruker jeg kanskje en time på å lete rundt, fordi vi vil ha dem med på pasientrommet” (lege 2)

En sykepleier beskriver på samme måte at han/hun må bruke tid til å lete etter utstyr eller gjøre oppgaver som ble gjort av andre før:

” Men man har tatt bort vaskepersonell¹⁰, slik at vi driver å vaske og rydde mye av den tiden som kunne blitt brukt til pasienten. [...] Du bruker mye tid på å lete etter ting, og for å få det reparert når det går i stykker. Det er klart at når det er et så stort sykehus [...] Det har sikkert noe å gjøre med at ting tar tid. Du må sende en søknad, så tar det veldig mye tid.” (sykepleier 1)

Det er mange elementer i forrige utsagn, som ressurser og infrastruktur, søknadsprosedyrer osv. Det kan se ut som en del av arbeidstiden brukes til å ordne opp i små lokale problemer. Det kan også være slik at ansatte ikke klarer å planlegge sin aktivitet på en fordelaktig måte, og at de ofte må gjøre andre prioriterte oppgaver. En informant, som ble bedt om å fortelle om hvordan de klarer å gjennomføre forbedringer på jobb, sa følgende:

”Informant: Jeg tror av og til hvis man har uhensiktsmessig løsninger, så har det bare vært sånn i lang tid, og man har vennet seg til det. [...] Så jeg tror at noen ganger er det bare rett og slett en vane, og at man hele tiden tenker at jeg skal gjøre noe med det, snart. Men så i den daglige travelheten blir det aldri satt av tid til å gjøre noe fordi du tenker hele tiden, det skal jeg gjøre, men det må bli etter sommeren, eller det må bli ut på høsten en gang, det må bli over Jul.

Forsker: Man skyver det?

Informant: Ja, fordi det er hele tiden noe annet mer presserende som må gjøres.” (lege 1)

¹⁰ Informanten mener at det er for lite vaskepersonell på avdelingen, slik at mange rengjøringsoppgaver må tas av sykepleierne der.

Det kan etablere seg noen tankemønstre blant ansatte. Man ”venner seg” til ”uhensiktsmessige løsninger”, ting ”tar tid” på et stort sykehus, slik at ressurs eller organisatoriske egenskaper skaper en kultur. Ressursmangel kan skape en arbeidskultur som illustrert her, når en informant snakker om forbedringsforslag som løftes på avdelingsmøter:

”Man blir enig om at det her var en veldig god ting. Vi sitter alle rundt og tenker at vi har alt for mye å gjøre. Jeg synes at det er en god idé, og håper at noen tar seg av det, men jeg har ikke tid selv. Jeg tror at det er litt der da.” (lege 3)

Informanten påpeker hvordan tidsmangel hindrer at hun/han ser nærmere på en interessant idé. Om det konstateres avvik eller alvorlig feil derimot, ser det ut som at det raskt blir satt i gang tiltak for å endre situasjonen. Jeg spurte en informant om hva skulle det til for å få endringer, og fikk følgende svar:

”At det blir ille nok!” (lege 1)

Samme informant tilføyet videre i vår samtale:

”Informant: Når det går over fra å bare være en irritasjonsmoment til at det blir uholdbart, så må man bare gjøre noe. Da tvinger løsninger seg fram ofte. Da får man gjort noe med det der.

Forsker: Og det blir ikke mulig uten krise?

Informant: Man kan jo lure på når man først får det gjennomført hvorfor man ikke hadde gjort det før.”

En annen informant beskrev hvordan avvik fører til en prosedyre endring:

”På disse seksjonsmøter, tar vi hele tiden opp avvikene for eksempel. Hvorfor får vi avvik. Er det prosedyren som ikke er god nok eller er det enkeltfeil. Hva kan man gjøre for å hindre avvik. Da får man endring for eksempel. ...” (lege 3)

Avvik fører til tiltak i følge informanten. På et annet plan, vil noen ansatte kunne miste troen på at deres meninger og forslag kan faktisk bidra til forbedring (jfr psykologisk medinnflytelse), når de opplever at det er et brudd mellom toppledelsens virksomhetsstyring og behovet på klinisk nivå.

”Men det er vel en viss apati som brer seg fordi vi føler vel at selv om våre nærmeste ledere skjønner problemet, så stanger de når det kommer lenger opp. Og det på en måte når beskjedne ovenfra kommer at ”men vi har investeringsstopp”, ”det blir ikke noe løsning på det her”. Så er det nok mange som slutter litt å gi tilbakemelding om ting som ikke fungerer.” (lege 1)

Kliniske ledere som godt forstår problemene som deres ansatte møter, har i følge denne informanten liten påvirkning lenger opp i organisasjonen, slik at disse problemer forblir uløste. Konsekvensen her er at noen ansatte slutter å melde om eksisterende problemer.

Både apati (som vist ovenfor) og syting rapporteres blant klinisk ansatte. En informant uttaler seg om innholdet på møter som blir holdt på vedkommendes avdeling og sier:

”Og det er ofte at det blir sagt hva folk mener, og at ting fungerer eller ikke fungerer og hvordan det kan gjøres bedre. Det blir veldig mye syting. Om det var bedre før. Noe var det sånn og noe var det sånn men det kan også komme noen konstruktive forslag.” (lege 2)

Samtidig nevner informanten at ikke alt handler om syting og at det faktisk også kommer konstruktive forbedringsforslag fra ansatte. Det siste utsagnet ovenfor viser flere sider av organisasjonskultur ved OUS. Jeg henviser også til tidligere rapporterte resultater, som viser at ansatte er delaktige i forbedringsarbeidet. Samtidig bør man ikke overse kulturelle konsekvenser av langvarig ressursknapphet på OUS.

Sitater viser hvordan ressursknapphet, blant annet, kan påvirke organisasjonskulturen ved OUS. Men organisasjonskultur handler om mer enn ressursknapphet og organisatoriske utfordringer. OUS har nasjonale og regionale medisinske funksjoner, som gjør at ansatte som jobber i de berørte avdelinger føler et ansvar for å levere best mulig kvalitet. Det ansvaret viser seg å kunne være en drivkraft til innovasjon:

”Vi føler at det ligger et ansvar på oss for å være best. [...] Og for å være best må du hele tiden utvikle deg, ellers blir du forbigjort. Jeg tror at det er det viktigste. Det er kanskje litt egoistisk å si det, men vi vil være best og vi er villig til å gi en del for å være best også.” (lege 3)

Her gjelder en kultur (blant noen i alle fall) om å være best, og ansatte ”er villig til å gi en del”, fordi de ”har et ansvar”, til tross for ressursbegrensninger. Ønsker om å være best fremmer innsats til tross for noen begrensninger i følge informanten.

En annen informant fortalte at det var vanskelig å komme fra et mindre sykehus til en høy profilert avdeling på OUS.

”Men det er et sykehus som det er vanskelig å være ny på, fordi at man tror at man vet best! [...] På samme måte, på andre steder jeg har jobbet, var man kanskje litt flinkere for å ta imot at ”dette må vi bli bedre på”. Det er fordi at når man er spesialist¹¹, er det litt vanskelig å få inn impulser fra andre.” (sykepleier 2)

Informanten mener her, i følge hans/hennes erfaring at mindre sykehus er flinkere til å vurdere forbedringsforslag med åpent sinn, i forhold til enkelte veldig spesialiserte avdelinger på OUS, som skal være best i landet i sitt område og dermed vite best hva som er riktig å gjøre.

¹¹ Informanten snakker om nåværende arbeidsplass på OUS.

I denne seksjon har jeg vist noen sider av OUS organisasjonskultur, som både fremmer og hindre innovasjonskultur. Disse sider av organisasjonskultur skal veies opp mot andre faktorer som definerer OUS organisasjon, som ressurser og infrastruktur, rutiner og prosedyrer, psykologisk og strukturell medinnflytelse, og profesjonskultur. En sammenstilling av mine funn og litteratur er gitt i neste kapittel.

5 Diskusjon

Resultatene viser at innovasjon ved OUS preges av både materielle (tilgjengelige ressurser, infrastruktur) og immaterielle (medinnflytelse, ledelse og lederatferd) forhold. Ansattes psykologiske medinnflytelse og motivasjon synes å ha en sentral rolle i å fremme innovasjon på arbeidsplassen. I denne diskusjonen presenter jeg ulike mekanismer som jeg mener viser hvordan psykologisk medinnflytelse påvirkes av ansvarsdelegering, ressurstilgjengelighet, og interaksjon mellom ansatte og leder. Jeg diskuterer videre om ledelsesinnvirkning på innovasjonskultur. Innvirkninger av organisasjonsstørrelse på innovasjonskultur blir også utdypet. Avslutningsvis presenterer jeg en flerdimensjonal modell for systeminnovasjon ved OUS basert på analysen som følger.

5.1 Om motivasjon, medinnflytelse og ledelse

Hvordan skaper man innovasjon? Det spørsmålet krever at man først vet hva *innovasjon* er. Informantene har ulike perspektiver på det. Noen mener at innovasjon dreier seg om kunnskap og videreopplæring. De mener at tiltak som øker kunnskap blant ansatte er med å fremme innovasjon. Kvalitetsforbedring og risikoreduksjon i pasientbehandling er også temaer som er koplet opp mot innovasjon, i tillegg til bedre effektivitet. Det kan være vanskelig å skille om informanter prater om innovasjon eller innovasjonsfremmende tiltak. Ansatte ser innovasjon som en positiv ting å ha ved OUS, med tanke på kvalitetsforbedring eller bedre kunnskap. Men selv om innovasjon er vurdert på en positiv måte, kan ansatte imidlertid være ”*skeptiske til nye ting*”, som nevnt av en informant¹².

Skal man kunne forstå innovasjonskultur blant sykehus ansatte, mener jeg at det er viktig å forstå sykehusansattes ”*skepsis til nye ting*”, som tyder på en form for endringsmotstand. Endringsmotstand anses faktisk å kunne være hovedgrunnen for at en reform mislykkes [57]. Endringsmotstand vil for eksempel kunne oppstå dersom folk ikke involveres før en endring er besluttet, eller om endringen medfører tap av makt eller funksjon i organisasjonen [58]. Statusendring kan generelt utløse endringsmotstand [58]. Omfattende omorganisering av kliniske funksjoner på OUS kan dessuten ha vært med på å skape utrygghet blant ansatte, både når det gjelder deres ansettelsesforhold og deres arbeidsvilkår. Tidligere negative erfaringer av omorganiseringer kan også bidra til ansattes endringsmotstand [59]. Selv om omorganisering på sykehus kan ha positive sider, har det vært stort fokus i mediene på de

¹² Kapittel 4, ”Om organisasjonskultur” avsnitt, lege 2,.

uheldige konsekvensene. Denne type mediaomtale av OUS prosessen kan ha forsterket sykehusansattes skepsis til endring.

En annen grunn til endrings skepsis blant sykehusansatte kan være en kulturell risikoaversjon. Endringsmotstand kan forekomme dersom klinikerne mener at endringen påvirker pasientbehandling på en negativ måte [60,61].

Endring krever også at man jobber utenfor komfortsonen i en periode, fram til at man for eksempel, har lært seg en ny arbeidsrutine. Arbeidsrutiner er desto mer etablert for personer som har jobbet på samme sted over lang tid. Utfordringer kan derfor oppstå for ansatte med lang tjenestetid i samme avdeling, og som må ”være mer opplagt” og tilpasse seg nye rutiner¹³. Personer som har hatt den samme jobben over lang tid vil kunne ha mindre ”oversikt over hvordan ting gjøres på andre plasser”¹⁴, noe som muligens kan begrense deres innovative atferd. Det er grunn til å tro at ansatte som har jobbet lenge i samme stilling foreslår færre forbedringer, enn ansatte som har samlet erfaringer fra ulike avdelinger eller sykehus, fordi de er så godt vant til den måten de jobber på. Denne antakelsen utgjør imidlertid ingen regel. Informanten som påpekte at ansatte med lang ansiennitet kunne ha mistet ”oversikten over hvordan ting gjøres på andre plasser”¹⁴, nevner samtidig at eldre leger kunne være veldig engasjert i nye arbeidsprosedyrer, som for eksempel ved innføring av avvikssystem. Selv om innføring av avvikssystemet på OUS medfører noen arbeidsrutineendringer, støttes det også av ansatte som har godt etablerte arbeidsrutiner, og som i utgangspunktet kanskje ikke ønsket endring. Dette kan forklares ved for eksempel et godt pedagogisk arbeid rettet mot ansatte før systemet ble lansert, eller at ansatte selv vurderer endringen som nødvendig.

Generelt kan det sies at endringsmotstand blant helsepersonell kan hindre fremskritt. Å få helsepersonell til å støtte endring synes derfor å være en nødvendighet [62]. Kan endringsmotstand overvinnes slik at man fremmer endring? En informant mener at ansattes endringsstøtte kan oppnås om ansatte blir involvert i beslutningsprosessen, selv om de var skeptiske i utgangspunktet¹³. Med andre ord kan vi konstatere at endringsmotstand lever side om side med endringsstøtte [63]. Den samme informanten nevner to ulike prosesser som fremmer ansattes endringsstøtte: at ansatte blir informert om endringen, og at ansatte får bidratt med sine idéer. Jeg har tidligere argumentert for at innovasjon virkelig gjøres gjennom klinisk ansatte på sykehus, ettersom de jobber med sykehusets kjernevirksomhet som er pasientbehandling, samt fordi alle forbedringer iverksettes eller utvikles av dem. Innovasjon

¹³ Kapittel 4, ”Om organisasjonskultur” avsnitt, lege 2.

¹⁴ Kapittel 4, ”Om profesjonskultur” avsnitt, lege 2.

på sykehus kan fremmes ved å bruke ”ressurser hos (i) de ansatte”, når disse deltar i forbedringsarbeid¹⁵. Det handler her om å styrke ansattes *medinnflytelse* (*empowerment* på engelsk). *Medinnflytelse* kan forstås som *medbestemmelse*, det vil si at ansatte gis et formelt ansvar i forbedringsarbeid. Medbestemmelse innebærer en dimensjon av makt eller ansvarsdeling i organisasjon. Når denne ansvarsdeling er formalisert i organisasjonen kan man snakke om *strukturell medinnflytelse* [30]. Strukturell medinnflytelse er ofte forbundet med positive effekter som arbeidstrivsel og lavere turnover [40,64,65]. Knol og van Linge rapporterte også om en korrelasjon mellom strukturell medinnflytelse og innovativ atferd hos sykepleiere [35].

Strukturell medinnflytelse kan i praksis skje på ulike måter, som for eksempel på arbeidsseminarer hvor ansatte blir bedt om å velge ”bevarings-” og ”forbedringsområder” på sin avdeling¹⁶. På denne måten er alle ansatte involvert i forbedringsarbeidet på avdelingen. En annen form for strukturell medinnflytelse handler om å gi noen utvalgte ansatte, samlet i en arbeidsgruppe, et formelt ansvar for å utføre en sentral oppgave. Sykepleier 2 rapporterte om et tilfelle av en slik arbeidsgruppe¹⁷, som skapte en positiv effekt på de ansattes motivasjon. Slike arbeidsgrupper med tildelt ansvar omtales ofte i litteratur som ”empowered team”, der det også viser seg at mellommenneskelig interaksjon innad i teamet påvirker teammedlemmenes egen trivsel og prestasjon [66]. Tidligere publiserte studier taler for at strukturell medinnflytelse er en nøkkelpredikator for psykologisk medinnflytelse [39,67]. Psykologisk medinnflytelse dreier seg her om ansattes individuelle motivasjon og selvtillit [40,68], og/eller oppfatning om at ansatte har en innvirkning på hvordan deres arbeid utføres [31,34].

Resultater av denne studien belyser også forholdet mellom psykologisk- og strukturell medinnflytelse. For ansatte handler det primært om å ”få lov å være med” i den forstand at ansatte ønsker å bidra til forbedringsarbeid¹⁷. Det handler også om ”å føle seg viktig”, slik at anerkjennelse av ansattes kompetanse skaper ”engasjement”¹⁷. Forbindelsen mellom anerkjennelse, status og motivasjon er i tråd med Maslows teori om menneskemotivasjon [69] og Herzbergs modell [33]. Det er også vist at strukturell medinnflytelse har en positiv effekt på ansattes psykologiske medinnflytelse [41,67]. En svekking av strukturell medinnflytelse vil derimot kunne innvirke på individuell psykologisk medinnflytelse [39].

¹⁵ Kapittel 4, ”Om strukturell medinnflytelse” avsnitt, lege 2.

¹⁶ Kapittel 4, ”Om strukturell medinnflytelse” avsnitt, sykepleier 3.

¹⁷ Kapittel 4, ”Om psykologisk medinnflytelse” avsnitt (1. sitat), sykepleier 2.

Psykologisk medinnflytelse avhenger også av andre faktorer, som for eksempel utdanningsnivå [26,67]. Mine resultater viser imidlertid ingen forskjell i psykologisk medinnflytelse basert på utdanningsnivået mellom leger og sykepleiere. En informant nevner også behovet for å ha en observasjonsperiode når man er nyansatt på en avdeling. Man skal *"ligge lavt i terrenget"* før man kan *"bruke engasjementet sitt"*¹⁸. Det å observere før man selv kommer med forslag er, i og for seg, veldig vanlig. Psykologisk trygghet handler her om å ha nok faglig trygghet før man kommer med forbedringsforslag. Imidlertid kan sitatet til sykepleier 2 tolkes annerledes¹⁸. Han/hun nevner at han/hun var *"veldig forsiktig"* i begynnelsen, og dette kan tyde på informantens tolkning av den lokale organisasjonskulturen. Etter hvert, når informanten kjenner seg tryggere på kulturelle normer, vil vedkommende kunne bidra mer aktivt. Det er imidlertid rimelig å argumentere for at informanten vil sensurere noen av sine forslag, dersom forslagene utfordrer gjeldende kulturelle normer. Det kan dermed tenkes at de mest radikale innovasjonsforslag ikke kommer fram, dersom ansatte må agere forsiktig.

Arbeidsmiljø på OUS kan også være preget av statusforskjell der ansatte med lengst ansiennitet bestemmer mer over hvordan ting gjøres på avdelingen, enn sine yngre, mindre erfarne kollegaer¹⁹. Det er her grunn til å spørre seg om ansiennitetsbasert statusforskjell påvirker psykologisk medinnflytelse til yngre medarbeidere. Det er rimelig å tenke at en statusforskjell mellom yngre og eldre ansatte ikke vil stimulere de yngre til å komme med forbedringsforslag, dersom det stort sett er de eldre som bestemmer hvordan ting skal være på arbeidsplassen. Med andre ord kan statusforskjell være til hinder for innovativ atferd. Forholdet mellom innovativ atferd og statusforskjell, ansiennitet eller hierarkisk posisjon i organisasjon, er i tråd med Herzbergs teori om hygiene og motivasjonsfaktorer [33]. Statusen som en ansatt har i organisasjonen eller statusen til personer denne ansatte interagerer med, kan påvirke den ansattes psykologiske medinnflytelse og innovativ atferd [7].

Trygghet i arbeidsmiljøet kom også fram i intervjuene som en betingelse for ansattes deltagelse i forbedringsarbeid. Ansatte som kjenner seg trygge på at deres meninger blir verdsatt vil *"tørre å ta opp ting"* som bør endres²⁰. Et trygt og åpent arbeidsmiljø ser ut til å ha en positiv effekt på psykologisk medinnflytelse.

Hvorvidt medinnflytelse generelt er avgjørende for å støtte innovativ atferd i en organisasjon er omstridt. Mens Maynard [39] hevder at medinnflytelse spiller en viktig rolle for innovativ

¹⁸ Kapittel 4, "Om profesjonskultur" avsnitt (5. sitat), sykepleier 2.

¹⁹ Kapittel 4, "Om psykologisk medinnflytelse" avsnitt (5. sitat), sykepleier 2.

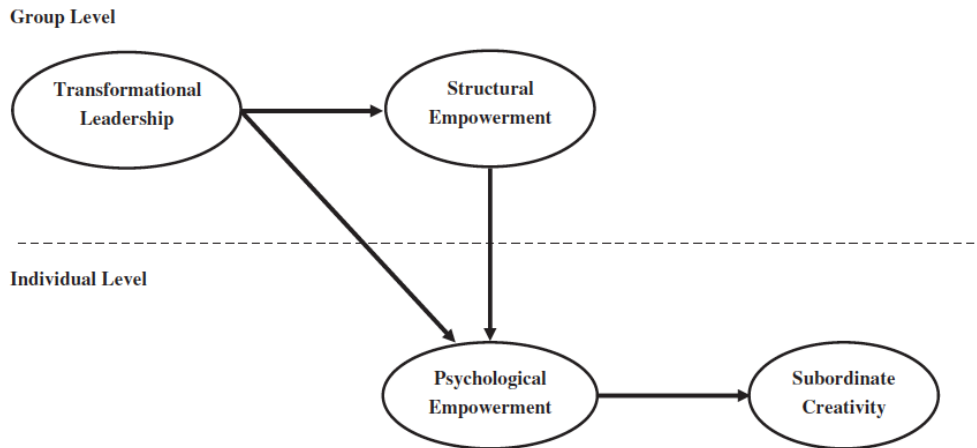
²⁰ Kapittel 4, "Om psykologisk medinnflytelse" avsnitt. sykepleier 3.

atferd, mener Argyris [70] at medinnflytelsesrollen er overvurdert. Argyris poeng er at virksomheten krever koordinering og samhandling (ovenfra og ned styring), og at det ikke er realistisk at alle organisasjonsmedlemmer, med høy grad av medinnflytelse, bestemmer hvordan arbeidet skal gjennomføres på hver sin måte²¹. Argyris hevder at medinnflytelse kan være et konsept som ledelsen promoterer, men hvor hensikten er (gjengitt direkte på engelsk): *"Do your own things the way we tell you"* [70]. Argyris sitat er støttet av lege 1, som rapporterer at hans/hennes arbeidsplass ikke lenger har den autonomien som de hadde før, og at endringsforslag nå må godkjennes av øvre ledelse (over avdelingsnivå) *"før det kan gjennomføres"*²². Detaljstyring fra øvre ledelse kan skape en følelse av at organisasjon er *"tungrodd"*, når det er *"opplagte ting"* som klinisk personell er best egnet til å avgjøre. Detaljstyring medfører et tap av strukturell medinnflytelse. Det er rimelig å tenke at et tap av strukturell medinnflytelse som beskrevet i eksemplet ovenfor kan medføre en svekket psykologisk medinnflytelse, som deretter vil kunne dempe ansattes innovativ atferd. Argyris kritikk mot medinnflytelsesrollen i en organisasjon illustrerer egentlig motsigelser mellom styringsbehovet, og ønsket om at ansatte skal være med å utforme organisasjonsutviklingen. Medinnflytelse som konsept avhenger derfor av samspillet mellom ansatte og ledelse. Det samspillet eksisterer gjennom strukturell medinnflytelse, som en ansvarsdelegering fra ledelse til lavere nivå i organisasjon, men også gjennom direkte kommunikasjon mellom ledere og underordnede. Ansattes motivasjon styrkes av positive og/eller konstruktive tilbakemeldinger fra andre kollegaer eller leder²³. Ansattes motivasjon avhenger av leder-ansatt relasjonen. *"Ris og ros på riktig måte"* er en anerkjennelse av ansattes innsats, og anerkjennelse er en av flere grunnleggende motivasjonsfaktorer i Maslows motivasjonsteori [69]. Nyere litteratur viser også forbindelsen mellom psykologisk medinnflytelse og ledelse [26,39,67], hvor transformasjonsledelse har en klar positiv innvirkning på psykologisk medinnflytelse [38,71,72]. Videre argumenterer Sun og medforfattere [38] at psykologisk medinnflytelse påvirker effekten av (transformasjons)ledelsesstil og innovativ atferd hos ansatte. Figur 3 nedenfor viser modellen som knytter sammen transformasjonsledelse, strukturell- og psykologisk medinnflytelse og ansattes innovativ atferd.

²¹ I sin artikkel, siterer Argyris Abraham Lincoln: *"You can empower all the people some of the time and some of the people all the time, but you can't empower all of the people all of the time"*.

²² Kapittel 4, "Om strukturell medinnflytelse" avsnitt, lege 1.

²³ Kapittel 4, "Om psykologisk medinnflytelse" avsnitt, sykepleier 1; "Om ledelse og lederatferd" avsnitt, sykepleier 3.



Figur 3: Sammensatt modell for medinnflytelse og ansattes kreativitet [38]

Modellen belyser også den rollen som ledelsen har for å stimulere innovativ atferd. I denne sammenhengen har kvaliteten på relasjonen mellom leder og ansatte en åpenbar innflytelse på ansattes psykologiske medinnflytelse. Relasjonen mellom den enkelte leder og den enkelte ansatte påvirker den ansattes psykologiske medinnflytelse, og er ofte omtalt som Leader-Member-Exchange (LMX) teorien [73,74].

Å lede en organisasjon handler imidlertid også om å forholde seg til ytre faktorer, som for eksempel tilgjengelige ressurser. OUS sitt budsjett og omstillingsprosessen er heftig debattert i norske medier [75,76], men få er uenig om at OUS ledes under en stram økonomisk styring. Selv om ressurstilgjengelighet varierer mellom ulike avdelinger²⁴, er det rimelig å anta at helsepersonell har blitt påvirket av ressursmangelen på OUS. Samtidig argumenterer Kristiansen at mangel på ressurser kan være en subjektiv vurdering [75]: *”De ansatte tenderer til å forholde seg til en ressurstilgang de mener helsetjenesten burde ha, ikke de budsjetter man faktisk har.”* Mangel på ressurser, eller ressursknapphet, handler for eksempel om mangel på helsepersonell eller utstyr. I lys av helsepersonells profesjonelle autonomi, kan ressursknapphet muligens fremme en kulturell konflikt mellom helsepersonells verdier og økonomisk styring av sykehusvirksomhet, når en informanten påpeker en *”uheldig dreining fra det medisinsk faglige i sentrum”* til *”innsparing”*²⁵. Samme informanten melder om lavere motivasjon, når han/hun ikke har overskudd til å utvikle seg faglig. Med det sagt, kan motivasjonstapet delvis skyldes uenighet i styringsfokus, som her er innsparingen. Ressursknapphet gjør også at helsepersonell kommer på etterskudd, ved at de først og fremst tenker på å komme gjennom sitt daglige program. Med andre ord er helsepersonelllets evne til

²⁴ Kapittel 4, ”Om ressurser og infrastruktur” avsnitt.

²⁵ Kapittel 4, ”Om psykologisk medinnflytelse” avsnitt, lege 3.

å identifisere forbedringsmuligheter og foreslå tiltak redusert²⁶ på grunn av manglende tid [77,78]. I en kompleks og desentralisert organisasjon som OUS, har infrastruktur en sentral rolle for at ressurser brukes effektivt. Det siste poenget er iøynefallende illustrert når en informant rapporterer at det ”*tas unødvendige undersøkelser*” fordi klinikerne ikke alltid har innsyn i hva som er gjort på en pasient andre steder på OUS. Manglende utredning av IT infrastruktur på OUS i forkant av fusjonsprosessen er for så vidt kjent [76], men det understreker at ressursknapphet til en viss grad kan skyldes dårlig infrastruktur. Hvor mye ressurser som kreves for at innovasjon skal finne sted er derimot ikke enkelt å fastsette. For lite eller for mye ressurser kan hindre innovasjon, men noen mener at det finnes et optimalt ”ressursslakk”, det vil si et passende nivå av ressurser, for hver organisasjon [79]. Fasiten er vanskelig å oppnå, siden ”ressursslakk” er et nokså diffust begrep. Imidlertid er det etablert en forståelse om at for lite ressurser, høyt stress nivå og/eller stor arbeidsbelastning på arbeidsplassen begrenser innovasjon [6,42,80-83], samtidig som at kostnadskontroll neppe vil avta i fremtiden med tanke på demografisk utvikling.

Etter hvert som ressursmangelen blir langvarig, vil ansatte muligens ”*venne seg*” til ”*uhensiktsmessige løsninger*”²⁷. Med andre ord kan uhensiktsmessige løsninger bli en norm i organisasjonen. Da jeg spurte hva som skulle til for å få til en endring i organisasjonen, svarte en informant at situasjon måtte bli ”*ille nok!*”²⁸ Det er derfor rimelig å tenke at vedvarende ressursknapphet, som for øvrig kan skyldes stram økonomisk styring eller dårlig effektivitet, skaper en kultur der kriser er nødvendige for å fremprovosere organisasjonsendring. En krisemotivert endring vil også overkomme endringsmotstand hos ansatte eller ledere. Det kunne videre argumenteres for at radikal innovasjon lettere ville oppstå dersom organisasjonen sto i fare for å forsvinne [84]. Imidlertid mister denne argumentasjonen sin relevans siden sykehus i Oslo alltid vil bestå.

Ressursspørsmålet kan derfor sees som kunsten å finne balansen mellom stram økonomisk styring, som trolig hindrer innovasjon ved at ansatte mangler overskudd og motivasjon til å delta i organisasjonseffektivisering, og en akseptabel ”ressursslakk”. Samtidig kan det argumenteres for at for stor ”ressursslakk” ikke gir insentiv til forbedring. Når denne balansen ikke eksisterer, vil krisesituasjoner lett kunne brukes som en forutsetning for organisasjonsendring, uten at det nødvendigvis fremmer helhetlig organisasjonseffektivisering. I så fall fremmer denne diskusjon følgende spørsmål:

²⁶ Kapittel 4, ”Om organisasjonskultur” avsnitt (6. og 7. sitat), lege 1 og lege 3.

²⁷ Kapittel 4, ”Om organisasjonskultur” avsnitt (6. sitat), lege 1.

²⁸ Kapittel 4, ”Om organisasjonskultur” avsnitt (8. sitat), lege 1.

Må all innovasjon på OUS være krisemotivert?

Jeg mener den ikke må det, og jeg vil prøve å illustrere det gjennom konkrete eksempler som viser at ledelse har en sentral rolle. Jeg har tidligere poengtert hvordan ledelse, og særlig transformasjonsledelse, fremmer psykologisk medinnflytelse, enten gjennom den direkte relasjonen mellom leder og underordnede og/eller gjennom strukturell medinnflytelse. Ledelsesrollen innebærer mer enn bare å fremme psykologisk- eller strukturell medinnflytelse. Det er rimelig å påstå at ledelse også bærer ansvaret for å fremme innovasjon, i tillegg til å sørge for den daglige (medisinsk forsvarlige) driften. Ledelse styrer også hvordan ressurser fordeles i organisasjonen. I denne sammenhengen har flere informanter rapportert at de selv måtte finne løsninger for å kunne utføre sine arbeidsoppgaver, som for eksempel klargjøre eller finne utstyr til pasientbehandling²⁹. Det kan være slik at sykepleiere bruker uforholdsmessig mye tid til å finne eller klargjøre utstyr til pasientbehandling. Dessuten kan administrative prosedyrer knyttet til erstatning eller bestilling av utstyr også redusere den tiden som sykepleiere har til rådighet for omsorg og pasientbehandling. Samtidig kan det være kulturell forankret at *”ting tar tid”* på et så stort sykehus som OUS, og at helsepersonell synes at problemløsning på egenhånd hører med til deres arbeidsoppgave. Tucker og Edmondson gjennomførte en undersøkelse som belyser problemstillingen ovenfor, ved å vise hvordan problemrapporteringskulturen i en organisasjon påvirker organisasjonseffektivitet og ansattes trivsel [85]. Tucker og Edmondson beskriver to ulike kategorier for problemløsning i en organisasjon: den *første-* og den *andregrads problemløsning*. En *førstegrads problemløsning* fører til at problemet blir håndtert på en pragmatisk måte av helsearbeidere uten at problemet rapporteres. For eksempel, dersom det stadig mangler noen rene laken på en avdeling, løser sykepleiere eller hjelpepleiere problemet ved å stadig hente noen ekstra laken i nærmeste avdeling, uten å rapportere om feilen. En *andregrads problemløsning* innebærer at problemkilde meldes til nærmeste leder slik at problemet kan bli løst på lang sikt. I en studie som ble gjennomført på flere amerikanske sykehus, fant Tucker og Edmondson at opp til 8% av ansattes arbeidstid gikk til førstegrads problemløsning. Denne type problemløsning kan være positivt sett av ledelsen siden autonomi og problemløsning hos helsearbeidere er høyt verdsatt. Ansatte selv kan velge å ikke innrapportere et problem, dersom de selv kan løse det uten hjelp av sin nærmeste leder. Dessverre vil autonom problemløsningsatferd ikke begrense forekomst av andre potensielle problemer av den samme type. Etter hvert som flere små problemer oppstår

²⁹ Kapittel 4, ”Om ressurser og infrastruktur” avsnitt (5. sitat), sykepleier 1; ”Om organisasjonskultur” avsnitt (5. sitat), sykepleier 1.

skaper det en høyere frustrasjon hos helsearbeiderne. Frustrasjonen kan redusere deres evne til å melde problemer og de kan føle seg maktesløse. Dette illustrerer hvordan organisasjonskultur, i dette tilfelle rutiner knyttet til problemrapportering, påvirker ansattes medinnflytelse og deltagelse i forbedringsarbeid.

Her er det også interessant å drøfte hva en halvering av førstegrads problemløsning kunne bety for OUS, sett i et økonomisk perspektiv. Dersom man antar at bedre ledelse og organisering av klinisk drift kunne redusere den andelen av sykepleiernes arbeidstid som brukes til førstegrads problemløsning fra 8 til 4%, ville det tilsvare ca. 240 årsverk om man tar som utgangspunkt at det finnes 6000 sykepleier på OUS (6000 er antall sykepleier som er medlem i norsk sykepleier forbund). Med andre ord ville en halvering av førstegrads problemløsning tilsvare 144 millioner kroner årlig om man tar som utgangspunkt at årlig lønnskostnad for en sykepleier er 600000 kr. på OUS. Det finnes imidlertid flere betydelige begrensninger til et slik resonnement; kostnaden av alternativ organisering er ikke tatt inn i beregningen, og 144 millioner årlig representerer bare den andelen av sykepleiernes lønnsmasse som kunne bli brukt til produksjon av flere DRG poeng³⁰. Dermed oppstår den effektive besparelsen kun gjennom den økte produksjonen, basert på de 240 sykepleier årsverk som ville bli frigjort. Uten at jeg vil utdype denne økonomiske diskusjonen ytterligere, er det allikevel verdt å understreke at marginale organisatoriske forbedringer kan lede til betydelig økonomisk effektivisering. For eksempel ligger det kanskje en betydelig ressursbesparelse i at det finnes nok antall laken tilgjengelig der man har behov for det. Det er et ledelsesansvar å oppfordre ansatte til å innrapportere ineffektivitetsmomenter ved den daglig driften, og sørge for permanente løsninger.

Dette leder meg til en annen konkret situasjon som lege 1 rapporterer, og som handler om et forbedringstiltak initiert av leger og sykepleiere, for å effektivisere daglig pasientoppfølging på deres avdeling. Forbedringstiltaket gikk på å tildele arbeidsoppgaver til den enkelte lege og den enkelte sykepleier i avdelingen, slik at det var bedre kontinuitet i pasientoppfølging for sykepleiere, og tettere kommunikasjon mellom leger og sykepleiere om hver enkelt pasient. Den nye tildelingen av arbeidsoppgave resulterte i en betydelig (én time i følge informant) tidsbesparelse per arbeidsdag. Denne driftseffektiviseringen brøt imidlertid sammen etter at det oppstod et uforutsett personellbytte blant sykepleierne i denne avdelingen. Personellbyttet var planlagt av øvre ledelse, uten at leger og sykepleiere var informert på forhånd. Nye sykepleiere erstattet eksisterende slik at kommunikasjonen mellom

³⁰ DRG poeng henviser til Diagnostic Related Group som er grunnlaget til innsatsstyrt finansiering ved sykehus per dags dato.

leger og sykepleiere om hver enkelt pasients oppfølging ble betydelig svekket. Leger i avdelingen rapporterte til lokal ledelse om at sykepleierbyttet skapte ineffektiv tidsbruk, særlig med tanke på den tidsbesparelsen som de opprinnelig hadde fått. Lokal ledelse meldte tilbake at problemet skulle tas opp på ledermøte, men at ledermøtet ikke skulle gjennomføres før flere måneder etter at problemet ble innrapportert. Dette siste eksemplet ovenfor understreker ledelsesansvar for å organisere daglig drift [86,87]. Ledelse har dessuten en sentral støttefunksjon ved utprøving av lokale innovasjonstiltak. utfordringer for ledere er selvfølgelig å koordinere tiltak på ulike nivåer i organisasjonen, spesielt med tanke på lederressurser som kreves i omstillingsprosessen som OUS har vært gjennom. Samtidig er det vanskelig å tenke seg hvordan lokale forbedringstiltak kan prøves ut, når bemanningen, teamsammensetning og/eller pasientflyten er uforutsigbar for helsepersonellet. Ledelsens fravær ble eksplisitt nevnt av flere informanter³¹, og OUS direktøren har erkjent viktigheten av stedlig ledelse for en bedre sykehusdrift [88]. Jeg vil tilføye at stedlig ledelse også er en forutsetning for innovasjon. Denne påstanden understøttes av tidligere diskusjon om lederens innvirkning på ansattes trygghet og medinnflytelse [26,39,40,65,67], og at daglig kontakt med leder viser seg å ha positiv effekt på ansattes innovativ atferd [89]. Spørsmål om lederutdanning kan også vise seg å være relevant her [90], når en informant påpeker at ledere på deres avdeling *”bare har gått grader”* og at de kunne ha nytte om å lære *”hvordan man skal håndtere personal”*³².

Ledelsesstil innvirker også på innovasjonskultur [91]. Av de mange ulike stiler fokuserer transaksjonsledelse på et bytteforhold mellom ledere og ansatte basert på belønningssystemer, slik at ansatte skal få insentiv i å være mer produktive. Ansatte som møter definerte mål får belønning i form av for eksempel økt lønn, avansement eller anerkjennelse. Transaksjonsledelse kan også innebære bruk av straff dersom organisasjonsmål ikke blir oppfylt, med de potensielle skadelige konsekvenser det kan påføre fremtidig ansattes produktivitet [87]. I det norske helsevesenet kan bruk av individuelle økonomiske belønningssystemer være vanskelig, ettersom helsepersonellens lønn reguleres av tariffavtaler. Derimot finnes det økonomiske belønningsinsentiver på systemnivå, som for eksempel DRG system for økt produksjon på sykehus. I innovasjonssammenheng er det omdiskutert hvordan transaksjonsledelse eller belønningssystemer påvirker innovativ atferd. Innovasjon skapes gjennom en krevende kognitiv prosess der kreativitet har en viktig plass.

³¹ Kapittel 4, ”Om ledelse og lederatferd” avsnitt (7. og 8. sitat), lege 2 og lege 3.

³² Kapittel 4, ”Om ledelse og lederatferd” avsnitt (10. sitat), lege 2.

En tidligere undersøkelse som handlet om relasjonen mellom problemløsning kapasitet og tilbudt belønning, viser at moderat belønning kan stimulere studiedeltagernes ytelse, mens stort belønningstilbud viser seg å ha en negativ effekt [92]. Med andre ord kan det være vanskelig å argumentere for at større belønningstilbud alltid vil resultere i bedre problemløsningskapasitet [92]. I organisasjonssammenheng viser noen studier at transaksjonsledelse kan fremme innovasjon [93,94], mens andre viser til negative eller ingen signifikant effekt [9,95]. Derimot er transformasjonsledelse ofte rapportert som en innovasjonsfremmende ledelsesstil [9,96-99]. Transformasjonsledelse kjennetegnes av karisma (lederen skaper visjon om overordnet mål, stolthet og tillit), inspirasjon (lederen kommuniserer høye forventninger og uttrykker viktige mål på en enkel måte), intellektuell stimulering (lederen understøtter grundig problemløsning), og individuelle hensyn (lederen gir medarbeiderne oppmerksomhet, behandler hver ansatt individuelt, instruerer dem og gir råd) [100]. Transformasjonsledelsens egenskaper kan sees i perspektiv av de innovasjonsfremmende faktorer som jeg har diskutert så langt. For eksempel vil de individuelle hensyn som en transformasjonsleder viser sine ansatte, støtter de ansattes psykologiske trygghet og medinnflytelse. Individuelle hensyn handler om å "se" de ansatte (Informanter rapporterer hvor viktig det er "*å få lov å være med*", og "*å få ris og ros på riktig måte*"), slik at deres behov møtes. Med behov vil jeg henvise igjen til Maslows og Herzbergs modeller, der anerkjennelse, selvrealisering og ansvar for eget arbeid påvirker ansattes motivasjon [33,69].

Intellektuell stimulering fra lederen styrker motivasjonsfaktorer som utfordring knyttet til arbeidsoppgavenes karakter [33]. Betydningen av å ha en tydelig visjon kom også fram i intervjuene når en informant meddeler at ønsket om "*å være best*" skaper en motivasjon til å "*hele tiden utvikle seg*"³³. Dette eksemplet støtter idéen om at transformasjonsledelse kan ha en positiv effekt på ansattes motivasjon. Det er relevant å legge merke til at motivasjon styrkes av stolthet og visjon selv om OUS styres med stramt budsjett, som på en annen side bidrar til å dempe ansattes motivasjon.

Ledelse og ledelsesstil har en sentral rolle for å fremme innovasjon i en organisasjon, på grunn av dens direkte innvirkning på ansattes motivasjon, trygghet og medinnflytelse. Derimot vil ressursknapphet og utilpasset infrastruktur, som resulterer for eksempel høyt stress eller tidsmangel, redusere ansattes innovativ atferd. Effektiv bruk av ressurser er imidlertid et ledelsesansvar både direkte og indirekte. Direkte ledelsesansvar handler om

³³ Kapittel 4, "Om organisasjonskultur" avsnitt, lege 3.

budsjett og bemanningsplaner. Det er et betydelig fokus på kontrolltiltak ved OUS (som for øvrig er knyttet til Helse Sør-Øst), noe som forårsaker lite fleksibilitet i hvordan avdelinger drives. Dermed kan en del organisasjonsendringer være krisemotivert (som for eksempel ved brudd av forsvarlighetsprinsippet). Indirekte ledelsesansvar viser til ledelsesrolle i effektiv bruk av ansattes arbeidstid ved at tilsynelatende små problemer (for eksempel manglende utstyr på rett plass på rett tid) løses fortløpende.

OUS sin ledelse består av flere ledernivåer. Det viser seg at ”god” lokal ledelse kan miste sin effekt på grunn av sentrale direktiver eller ledelsesstruktur i organisasjonen. Øvre ledelse kan være nødt til å kutte ressursbruk etter eiers ønske. Kostnadskutt kan svekke den lokale ledelsens medinnflytelse, og i tillegg skape en stressende hverdag for de ansatte. Dersom ansatte opplever vedvarende ”ovenfra og ned” styring, kan det på sikt svekke de ansattes tillit til eksisterende ledelsesstruktur ved OUS. I ytterste grad kan noen ansatte tolke OUS sin ledelsesstruktur som en måte å ”fatte beslutninger som folk flest ikke synes noe særlig om”, der ledere skyver ansvaret for upopulære endringer oppover i systemet³⁴. Samtidig er tillit viktig i organisasjoner, ettersom den kan positivt innvirke på ansattes holdninger og atferd [101]. Atferd som apati eller syting blant ansatte har også vært nevnt i mine intervjuer³⁵. Apati viser til en form for organisasjonstaushet (organizational silence), der ansatte unnlater å kommunisere om organisasjonsproblemer [102]. Et eksempel på organisasjonstaushet er ansatte som ser et tydelig forbedringspotensial på deres arbeidsplass, men som likevel velger å ikke formidle forslaget fordi de tror ikke at det blir gjort noe med det. Årsaker til syting og apati kan være mange. Svekket tillit til hvordan organisasjonen styres kan være en årsak, for eksempel ved at mange endringer er forhåndsbestemt og kommer som en ”fait-accompli”³⁶. I denne sammenheng er personalpolitikk og velfungerende systemer relevante ”hygienefaktorer” i Herzbergs modell for å forhindre mistriivsel [33].

Deltagelse og samarbeidsbrudd, her illustrert med apati eller syting, kan også avhenge av de ansattes rettferdighetsvurdering, altså hvordan de opplever at de blir behandlet i organisasjonen. En begrunnelse for denne argumentasjonen ligger i at samarbeid mellom mennesker baseres på tillit, og at denne tilliten bygges på rettferdighetsvurdering av menneskers interaksjon [103]. Også Buckholtz og Marois beskriver hvordan vi mennesker kan velge ugunstig atferd (for oss selv), for å ”straffe” andres urettferdig oppførsel overfor

³⁴ Kapittel 4, ”Om ledelse og lederatferd” avsnitt (siste sitat), lege 3.

³⁵ Kapittel 4, ”OM organisasjonskultur” avsnitt, lege 1 og lege 2.

³⁶ En avgjort sak.

oss selv (jfr. tillitsspillet – ”the trust game”) [103]. Ansatte som normalt ville være engasjerte kan bli tilbakeholdende (apatiske) dersom de er misfornøyd eller opplever urettferdighet [104]. Derimot skaper rettferdig lederatferd bedre trivsel hos ansatte [105]. Videre viser Young til en sammenheng mellom organisasjonsrettferdighet og innovativ atferd [106]. Et annet viktig poeng i denne diskusjonen er at prosessrettferdighet, kanskje spesielt i forbindelse med en vanskelig omstillingsprosess, fremstilles som en måte å skape endringsstøtte og fostre innovasjonskultur på [107]. Brockner legger til at prosessrettferdighet ikke er en garanti for at ansatte får det som de vil, men heller at de skal bli hørt [107]. Ovenfra og ned styring som følger av fokus på kontrolltiltak, vil vanskelig kunne oppfattes som rettferdig dersom ansatte ikke føler at de blir hørt oppover i systemet. I forhold til OUS vil organisasjonsstørrelse og/eller struktur kunne utgjøre en utfordring med tanke på å fremme nedenfra og opp kommunikasjon. Det leder meg til å reflektere om organisasjonsstruktur og dens effekt på innovasjonskultur.

5.2 Om organisasjonsstørrelse

OUS er Norges største sykehus med en kompleks sammensetning av kliniske funksjoner som i tillegg er spredt over ulike lokasjoner. Høye produksjons- og kvalitetskrav gjør at sykehuset må standardisere og rasjonalisere på en helt annen måte enn hva tilfellet er i en forskningsavdeling. Organisasjonsstrukturen ved OUS kan muligens beskrives som en blanding av det *profesjonelle byråkratiet*, med komplekse og horisontalt tilknyttede spesialiserte enheter, og *maskinbyråkratiet*, med bruk av ekstensivt regelverk, skriftlig dokumentering og standardisering [19]. Både det *profesjonelle byråkratiet* og *maskinbyråkratiet* preges av betydelig større ledelsesbehov sammenliknet med den *innovative organisasjonen*, særlig på mellomledernivå. Den typiske innovasjonsorganisasjon, for eksempel et forskningssenter, er derimot lite hierarkisk. Kommunikasjonen i en typisk innovasjonsorganisasjon foregår på kryss og tvers av organisasjonen, og arbeidsoppgavene blir stadig omdefinert etter behov [19].

I en organisasjon med mange ledernivåer kan avstanden mellom ansatte og øvre ledelse være stor³⁷. En utfordringen er derfor å sikre god koordinering på tvers av de ulike ledernivåer, for å lette kunnskapsflyten (inkludert innovasjonsforslag) i organisasjonen [9]. En informant hevder at godt samarbeid i ledelse fostrer innovasjonskultur i organisasjon³⁸. En vellykket

³⁷ Kapittel 4, ”Om ledelse og lederatferd” avsnitt (8. sitat), lege 3.

³⁸ Kapittel 4, ”Om ledelse og lederatferd” avsnitt (9. sitat), sykepleier 3.

innføring av lokale forbedringstiltak i klinikken krever også koordinering mellom ulike ledernivåer, som for eksempel sikrer forutsigbarhet i tilgjengelige ressurser og personell. Svikt i ledelsekoordinering var påfallende i det eksemplet som lege 2 beskriver, der tidsbesparelse som var oppnådd ved hjelp av intern omorganisering av klinisk personell ble tilintetgjort etter en uforutsett omplassering av sykepleiere på avdelingen³⁹. Problemet her var at klinisk ansatte ikke var klar over at det skulle foretas bytte av sykepleiere på avdelingen. I tillegg ble ikke problemet tatt opp før på ledermøtet flere måneder etter varsling. Mange ledernivåer kan vanskeliggjøre koordineringen av ulike forbedringstiltak på OUS. Det kan også vise seg at ledelsesstilens innvirkning på innovasjon avtar med organisasjonens størrelse [93,108]. Dette synliggjør den reelle ledelsesutfordringen med tanke på å fostre innovasjonskultur i en så stor organisasjon som OUS.

Risiko for inter- og intraprofesjonelle konflikter kan også øke med organisasjonsstørrelse, spesielt i lys av hvordan noen grupper eller mennesker ønsker å bevare deres innflytelse i organisasjonen [109]. Profesjonsidentitet har tradisjonelt vært påfallende blant helsepersonell. Antydninger om interprofesjonell rivalisering var tydelig i forbindelse med sammenslåing av to avdelinger. Den nye ledelsesstrukturen på OUS medførte at gamle sykepleier- og legelinjer ble avskaffet til fordel for en profesjonsnøytral ledelsesmodell. Imidlertid er ledelse på nivå 2 (dvs klinikkledelse) og til dels på nivå 3 (avdelingsledelse) relativt legedominert. Noen sykepleiere kan derfor oppleve den nye ledelsesstrukturen som tap av profesjonsinnflytelse i organisasjonen, dersom de føler at de *”må forsvare seg for en lege”*⁴⁰. Interprofesjonell rivalisering kan i tillegg trigges av ressursknapphet, der makt kan sikre bedre innflytelse og mer ressurser. En stor organisasjon er heller ikke fri for personkonflikter, som kan oppstå når for eksempel dupliserte funksjoner i organisasjonen skal samles under én leder. Personkonflikter mellom ledere i denne fasen fremmer ikke et samarbeidsklima, og de kan muligens svekke tilliten mellom ulike ansattgrupper eller mellom ansatte og ledelsen. Tillit er nødvendig for å skape samarbeid og innovasjon. Omstillingen byr dermed på sine utfordringer når det gjelder å fremme innovasjon, samtidig som man kan anta at konfliktnivået vil gå ned etter at omstillingsprosessen er gjennomført. Det imidlertid rimelig å påstå at det å sikre et godt samarbeidsklima i organisasjonen er et ledelsesansvar.

En annen utfordring knyttet til organisasjonsstørrelsen er ansattes evne til å identifisere forbedringsmulighetene, når de selv ikke har helhetlig oversikt over alle prosessene tilknyttet

³⁹ Kapittel 4, ”Om ledelse og lederatferd” avsnitt (sitater 2-5), lege 2.

⁴⁰ Kapittel 4, ”Om strukturell medinnflytelse” avsnitt, sykepleier 1.

pasientbehandling. Blir organisasjonen for stor og for komplisert kan endring ett sted føre til uforutsigbare utslag andre steder, som en *"domino effekt"*⁴¹. I så fall kan organisasjonskompleksitet og/eller -størrelse hindre innovativ atferd hos ansatte. Samtidig er det rapportert i to metaanalyser [110,111] at innovasjon øker med organisasjonsstørrelse. Imidlertid bør det skilles mellom systeminnovasjon og forskningsbasert innovasjon. I det siste tilfelle er det rimelig å anta at innovasjoner vil øke med organisasjonsstørrelsen. Det er imidlertid mindre sikkert at systeminnovasjon øker med organisasjonsstørrelsen. Det kan forklares ved at en stor organisasjon vil ha et behov for sentralisering. Sentralisering gir muligens mindre rom for strukturell medinnflytelse som igjen kan redusere psykologisk medinnflytelse. Ønske om å fremme innovasjon, samtidig med at sentraliseringskravene er store, kan høres ut som en umulighet. Men det kan fremdeles finnes rom for å styrke innovativ atferd gjennom blant annet bruk av rutiner og prosedyrer.

Forum der ansatte kan diskutere forslag eller dele kunnskap bidrar både til idéskaping og samhandling. Et slik forum kan for eksempel være morgenmøter hvor praktiske *"fallgruver"* knyttet til daglig klinisk arbeid *"kan tas opp i fellesskap"*⁴². Videre er etablering av bemyndigede arbeidsgrupper en annen måte å fremme innovasjon på. Etablering av slike arbeidsgrupper gir frihet og ansvar, når ansattes medinnflytelse ellers kan være begrenset i en stor organisasjon [19]. Standardisering, gjennom bruk av rutiner og prosedyrer, er nødvendig for å sikre god nok effektivitet og kvalitet i en stor organisasjon. Bemyndigede grupper kan jobbe med etablering av slike standardprosedyrer og rutiner, som igjen kan optimaliseres gjennom rapporterte avvik fra klinisk ansatte. Rutiner og prosedyrer knyttet til pasientbehandling er for eksempel samlet i *e-håndbok*, som er et *"viktig kvalitetsverktøy"* på OUS⁴³. Sentraliserte kunnskapsdatabaser som *e-håndbok* fremmer kunnskapsspredning i organisasjonen, noe som igjen kan fremme innovasjon (som diskutert innledningsvis i dette kapitlet). Man må imidlertid skille mellom individuell læring og organisasjonslæring. Argyris og Schön hevder at det finnes mange organisasjoner som kan mindre enn deres medlemmer, samtidig som organisasjonslæring kun er mulig gjennom organisasjonsmedlemmenes erfaringer og handlinger [16]. Organisasjonslæring på OUS handler blant annet om at individuell kunnskap og idéer bidrar til organisasjonsforbedring, for eksempel knyttet til innovasjon. På et mer prinsipielt plan beskriver Argyris og Schön to typer av

⁴¹ Kapittel 4, "Om strukturell medinnflytelse" avsnitt (4. sitat), lege 1.

⁴² Kapittel 4, "Om rutiner og prosedyrer" avsnitt (2. sitat), lege 2.

⁴³ Kapittel 4, "Om rutiner og prosedyrer" avsnitt (4. sitat), lege 2.

organisasjonslæring omtalt som lærings sirkler (*learning loop* på engelsk). Den første er *single-loop orientert læring* (*single-loop learning* på engelsk) der organisasjonsmedlemmer samarbeider for å oppdage problemkilde(r), utarbeider strategier for å rette opp feil, iverksetter disse strategiene og evaluerer dem til slutt. Den andre fremgangsmåten kalles *dobbel-loop orientert læring* (*Double-loop learning* på engelsk), der man undersøker hvorfor et problem oppstår, i tillegg til å løse det. I en dobbel-loop læringsprosess kan det stilles spørsmål rundt organisasjonens normer, slik at disse normene kan endres for å samsvare med nye organisasjonsmål.

På den ene siden kan single-loop beskrive inkrementelt forbedringsarbeid på følgende måte: sykehusansatte samarbeider for å identifisere forbedringsmuligheter, de utarbeider noen forbedringsforslag, de tester forbedringsforslag, og til slutt evaluerer de effektene av forbedringstiltaket. Som diskutert tidligere, har ledelse en sentral rolle i å fremme de ansattes motivasjon og deltagelse, som er helt nødvendige betingelser i en slik lærings sirkel. Ledelse må også sørge for at læringsprosessen støttes av etablerte rutiner. Ansattes individuelle kunnskap, teamlæring og ledelsens evne til å formidle en helhetlig visjon rundt denne læringsprosessen er også relevante elementer her [112].

På en annen side ligger det et større potensial for gevinst i dobbel-loop orientert læring, fordi endring av organisasjonsnormer som følger av læringsprosessen bedre tjener det overordnede organisasjonsmålet. Endring av organisasjonsnormer kan for eksempel være en omfordeling av arbeidsoppgaver mellom flere helseprofesjoner på OUS. Læringsprosessen anmoder til avlæring av dysfunksjonelle normer i organisasjonen [16]. Imidlertid kan avlæring i helsevesenet generelt sett være en krevende prosess både for individer og organisasjoner [60]. Avlæring kan for eksempel skape motstand hos personer som er dypt involvert i en type praksis som skal avvikles [45]. Derfor kan Argyris dobbel-loop orienterte læring være krevende å få til på OUS, spesielt med tanke på at profesjonskonservatisme kan hindre avlæring i forbindelse med for eksempel fordeling av arbeidsoppgaver.

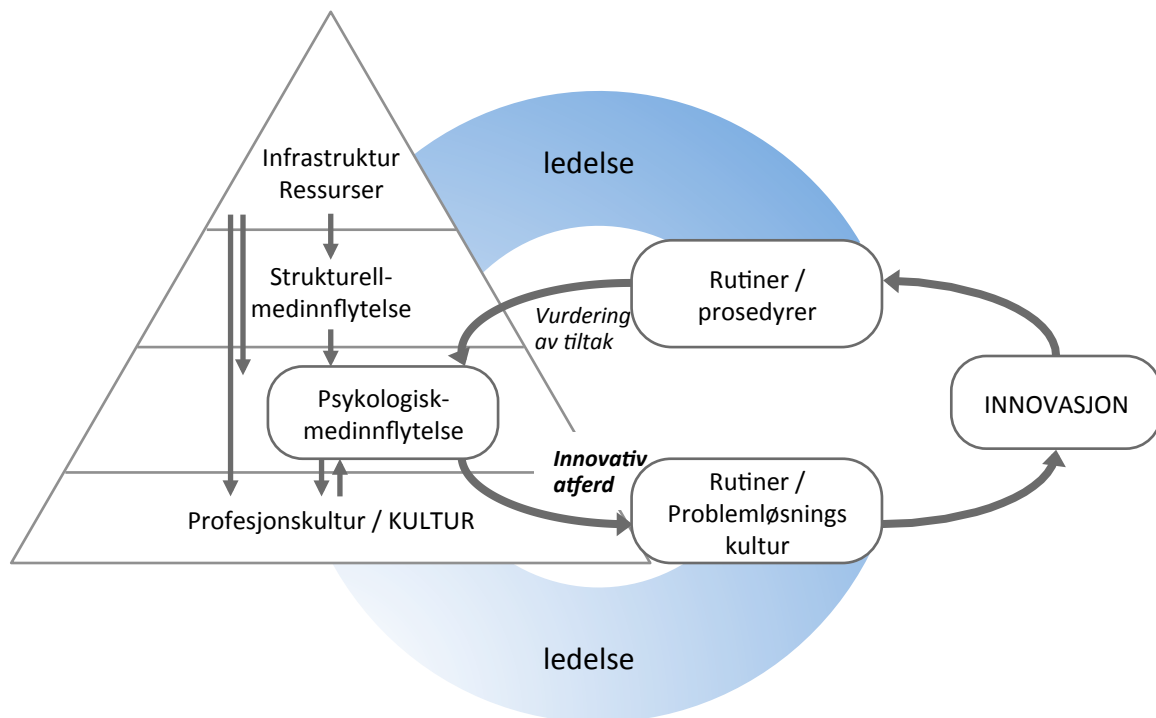
Avslutningsvis er det relevant å spørre seg hvordan høy-kompetansemiljøet som finnes på OUS preger ansattes åpenhet for nye idéer. Jeg har tidligere diskutert hvordan ansiennitetsbasert statusforskjell kan prege den psykologiske medinnflytelsen til de nyeste ansatte på en avdeling. På samme måte kan statusforskjell mellom ulike sykehus eller avdelinger påvirke innovasjonskultur. På et stort sykehus som OUS finnes det mange avdelinger med regionalt eller nasjonalt pasientbehandlingsansvar. Ansatte i slike avdelinger er de beste i landet innen de ulike spesialitetene. Som intervjuene indikerer, kan den lokale

organisasjonskulturen bære preg av at ”*man (tror man) vet best*” noen steder på OUS, noe som kan svekke erfarne ansattes evne til å vurdere forbedringsforslag fra mindre fagspesialiserte kollegaer⁴⁴. Skal man fremme innovasjonskultur på OUS kan det imidlertid være viktig å se hvordan ønsket om ”*å være best*”, som er en viktig motivasjonsfaktor, ikke hindrer at alle ansattes forslag blir vurdert med åpent sinn.

5.3 En modell for systeminnovasjon ved Oslo universitetssykehus

I dette kapitlet har jeg diskutert ulike faktorer som kan påvirke innovasjonskulturen ved OUS. Utgangspunktet for intervjugjennomføring og intervjuanalyse var preget av organisasjonsmodellen som vist i Figur 1 [18]. Modellen viser ulike organisasjonsattributter som mer eller mindre lar seg endre. For eksempel er utstyr eller infrastruktur (øverste nivå) relativt lett å endre i motsetning til organisasjonskultur (dypeste nivå). Basert på samme prinsipp, foreslår jeg i Figur 4 en flerdimensjonal modell for systeminnovasjon på OUS, hvor dimensjonene stammer fra de ulike kodene brukt for intervjukoding og i diskusjonen. Den venstre delen er inspirert av J.C. Frichs modell, og beskriver dimensjoner som innvirker på ansattes innovativ atferd, som for eksempel strukturell medinnflytelse eller profesjonskultur. Pilene i figuren angir påvirkningsrelasjoner mellom ulike dimensjoner i modellen. Dimensjoner og ulike forbindelsesveier som vises i Figur 4 er i tråd med flere studier om organisasjonslæring [6,37,42,80,113].

⁴⁴ Kapittel 4, ”Om organisasjonskultur” avsnitt (siste sitat), sykepleier 2.



Figur 4: Modell for systeminnovasjon på Oslo universitetssykehus. Pilene illustrerer påvirkningsrelasjoner mellom de ulike karakteristika av organisasjonen. Ledelse påvirker alle ledd i skjemaet. Lys farge i ledelsessirkel viser svakere påvirkning enn mørk farge. Ledelse og lederatferd påvirker også psykologisk medinnflytelse og trygghet, men dette er ikke illustrert i denne figuren.

Ledelse har en sentral rolle i modellen som jeg foreslår. Det er ledelse som blant annet avgjør bruk av ressurser og infrastruktur. Det er også ledelse som beslutter hvor mye strukturell medinnflytelse (det vil si delegering) det skal være i organisasjonen. Sun og medforfattere viser hvordan transformasjonsledelse styrker psykologisk medinnflytelse direkte eller gjennom strukturell medinnflytelse [38]. Også den direkte relasjonen mellom leder og ansatt avhenger av lederatferd. Organisasjonskultur i seg selv kan være vanskelig å endre på kort tid (det er illustrert med lys blå farge mellom ledelsessirkel og profesjonskultur/Kultur).

Negative aspekter ved organisasjonskultur som endringsmotstand, apati eller statusforskjeller kan imidlertid påvirkes av ledelse. For eksempel har jeg beskrevet hvordan den ansatte som føler seg rettferdig behandlet, vil kunne ha større tillit til organisasjonsledelsen/leder, og dermed vise større grad av samarbeidsvilje.

Videre må man skille mellom innovativ atferd og innovasjon. Innovasjon er den vellykkede implementering av et innovativ tiltak [113]. Forskjellen mellom idé og resultat ligger i støttemekanismer involvert i innovasjonsprosessen, der innovasjonsprosessen tar utgangspunkt i ansattes innovative atferd. Innovasjonsprosessen i Figur 4 illustreres som en læringssirkel støttet av veldefinerte rutiner [16,30]. Læringssirkelen viser forløpet fra innovativ atferd til innovasjon. Det skal også sørges for at ansatte får tilbakemelding om

effekten av innovasjonstiltaket. Ansattes strukturelle- og psykologiske medinnflytelse er videre styrket ved at de deltar i vurderingen av innovasjonstiltaket. Dette er også et ledelsesansvar. I tillegg er etablering av tydelige rutiner og prosedyrer viktig for at innovasjonstiltak skal forankres i organisasjonen. For øvrig viser det seg at organisatorisk oppmuntring til innovativ atferd, og psykologisk medinnflytelse (som er utgangspunktet for innovasjonssirkelen i Figur 4) har en betydelig effekt på innovasjon [113]. Dette belyser ledelsens rolle ytterligere.

6 Oppsummering og refleksjoner

Jeg presenterer i denne studien ulike dimensjoner som påvirker innovasjonskulturen ved OUS. Jeg gir dessuten en analyse om hvordan ulike dimensjoner påvirker hverandre. Ledelse vises som en sentral dimensjon for å fremme innovasjon på sykehuset.

Modellen for systeminnovasjon som jeg presenterer i Figur 4 gir en oversikt over mekanismene som preger innovasjonskulturen ved OUS. Innovasjonskulturen avhenger også av organisasjonens kontekst. Kombinasjonen stram budsjettering og OUS sin størrelse, viser at det er et tydelig behov for standardisering. Virksomhetsstyring har dessuten vært preget av fokus på kontrolltiltak.

Et sterk motiv for organisasjonsinnovasjon er å forbedre effektiviteten. Behovet for autonomi og uenighet i innovasjonsprosessen på den ene siden, og fokus på nødvendige kontrolltiltak i en stor organisasjon på den andre siden, kan fremstå som et paradoks. Konstruktiv uenighet fremmer en objektiv vurdering av konkurrerende forbedringsforslag [114]. Samtidig kan organisasjonsledelsen tolke uenighet som endringsmotstand. Om man tolker ansattes endringsmotstand som et tegn på at ansatte bryr seg om endringseffekt og den usikkerhet dette medbringer, kan man skifte fokus fra negativ endringsmotstand til et felles forum for læring i organisasjonen [62]. Ansatte som opplever at deres meninger blir tatt på alvor kommuniserer lettere om eksisterende problemkilder i organisasjonen, som ellers ville forblitt uformidlet [115]. Det ligger et stort forbedringspotensial knyttet til formidling av disse problemene. Dermed understrekes det ledelsesansvaret det er å ta imot ansattes bekymringer og forslag på en rettferdig måte. Det kan imidlertid tenkes at dette er svært vanskelig for mange ledere dersom presset på å gjennomføre mange sentrale direktiver blir for stort, slik det er i en omstillingsprosess. Av alle sykehusansatte, jobber klinisk ansatte nærmest pasientbehandling, og dermed vet mer enn andre hvor skoen trykker. Å få fram ansattes forbedringsforslag i en så kompleks organisasjon som OUS er imidlertid ikke lett. Ansattes evner til å finne meningsfulle forbedringsforslag avhenger blant annet av deres systemforståelse. Etablering av bemyndigede arbeidsgrupper er en effektiv fremgangsmåte i denne sammenheng, da de gir oversikt og styrker strukturell medinnflytelse. Slike grupper finnes ved OUS allerede. Når det er sagt, er det grunn til å spørre seg om ansatte involveres nok i utformingen av OUS sin innovasjonsstrategi. Ansatte kunne for eksempel brukes mer som interne konsulenter, med den fordelen at de har den nødvendige innsikten i klinisk virksomhet. Mange ansatte har dessuten interessante profesjonelle og personlige profiler som ville egne seg spesielt til slike konsulent oppdrag.

Et annet organisasjonsmål er å blande kontinuerlig forbedring med standardisering. I bilindustrien har Toyota fokusert på å kombinere både inkrementelle forbedringstiltak og standardisering ved hjelp av LEAN. Det er enighet om at et sykehus ikke er (og kanskje ikke skal være) en bilfabrikk, men poenget her er at Toyota har etablert en langsiktig strategi for praktisk problemløsning, slik at de oppnår en kontinuerlig effektivisering i organisasjonen. Toyotametoden baserer seg på å fremme kritisk refleksjon på alt som angår kjernevirksomheten, stimulere løsningsforslag og fokusere på standardisering av løsningene. Denne fremgangsmetoden kan ha en viss verdi på sykehus også [116]. Innføring av LEAN på sykehus i Norge ville implisere en konteksttilpasning fra privat til offentlig sektor [117]. Vellykket innføring av LEAN på sykehus forutsetter støtte fra ansatte. Ansatte kan mistillit til ledelsens underliggende motivasjonen når det gjelder innføring av LEAN og de eventuelle negative konsekvenser for pasientbehandlingen [118]. Det også grunn til å spørre seg hvorvidt krisemotivert endring i ulike avdelinger kan stå i veien for en helhetlig innovasjonsstrategi, og om det er for få ressurser tilgjengelig til å kunne støtte en innovasjonskultur ved OUS.

7 Konklusjon

Tittelen på denne oppgaven begynner med et spørsmål: Innovasjonskultur i sykehus: en ledelsesutfordring? Svaret blir: ”ja, men...”

Basert på mine intervjuer bør man kanskje anerkjenne at ansatte på OUS gjør sitt beste i tillegg til å være tilpasningsdyktige. Det er i seg selv en viktig søyle for innovasjonskultur i organisasjonen. Ansattes innovative atferd avhenger også av interaksjonen med nærmeste leder. Videre har jeg vist hvordan ledelse er involvert på alle nivåer, som ressurstildeling, ved utforming av infrastruktur, strukturell medinnflytelse, valg av organisasjonsmodell, og etablering av gode rutiner. Ledelsens koordinering viser seg også å påvirke ansattes evner til å iverksette forbedringstiltak. OUS sin ledelse står imidlertid ovenfor betydelige utfordringer når den selv ikke kan styre selvstendig. Dette reiser spørsmål omkring leders medinnflytelse på avdelingsnivå. Eierkrav fra Helse Sør-Øst og omstillingsprosessen i seg selv (med blant annet mangelfull felles IT infrastruktur i organisasjonen) kan ha bidratt til den stramme økonomiske styringen, hvor kriser nærmest er en påkrevd forutsetning for endring. Stedlig ledelse, som iverksatt av direktøren, er et skritt i riktig retning for å kunne understøtte ansattes innovative atferd. Organisasjonskultur vil som andre kulturer trenge tid til å forankre seg i en organisasjon. Det vil dermed kreve oppfølging av ledelsestiltak ved OUS over tid. Sykehus direktøren Eriksteins forslag om Oslo Campus, som innebærer at all OUS sin virksomhet samles på ett sted, kan også skape en positiv visjon for ansatte. Visjonen bygger også på et forsterket samarbeid mellom Norges største sykehus og Universitetet i Oslo, i tillegg til fordelene knyttet til samlokalisering ved å ha alle sykehusfunksjoner. Samtidig skaper forslaget om Oslo Campus store forventninger, kanskje for store dersom prosjektet ikke gjennomføres til slutt.

Til slutt handler innovasjonskultur ved OUS om få frem ressurser i de ansatte. Jeg håper at denne oppgaven åpner en diskusjon om hvordan dette kan gjøres.

Litteratur liste

1. OECD, *Health at a glance 2011*. OECD Publishing.
2. *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak* (2008), Oslo: Ministry of Health and Care Services. NOU (2008: 2).
3. *Nasjonal samarbeidsavtale – behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2011) – nasjonal tiltaksplan* (2011), Oslo: The Norwegian Directorate of Health. IS-0335.
4. *For budsjettåret 2013* (2012), Oslo: Ministry of Health and Care Services. Prop. 1 S (2012-2013).
5. *Innovasjonsstrategi 2011 - 2015*, Oslo universitetssykehus HF (2012)
<http://www.oslo-universitetssykehus.no/OMOSS/AVDELINGER/INNOVASJONSUTVALGET/Sider/innovasjonsstrategi.aspx> (lest 12.04.2012)
6. Crossan, M.M. and M. Apaydin, *A multi-dimensional framework of organizational innovation: A systematic review of the literature*. Journal of Management Studies, 2010. **47**(6): p. 1154-1191.
7. Åmo, B.W., *Employee innovation behaviour in health care: The influence from management and colleagues*. International Nursing Review, 2006. **53**(3): p. 231-237.
8. Macdonald, M., *Quality, innovation and cost containment*. Can Nurse, 1993. **89**(3): p. 15-17.
9. Nieboer, A.P. and M.M. Strating, *Innovative culture in long-term care settings: The influence of organizational characteristics*. Health Care Management Review, 2012. **37**(2): p. 165-174.
10. *Et nyskapende og bærekraftig norge (innovasjonsmeldingen)* (2008), Oslo: Ministry of Trade and Industry. Meld. St. 7 (2008-2009).
11. Christensen, C.M., R. Bohmer, and J. Kenagy, *Will disruptive innovations cure health care?* Harvard Business Review, 2000. **78**(5): p. 102-+.
12. Lepomaki, H., S.J. Makinen, and M. Seppanen, *Inhibitors of utilization of disruptive innovations in incumbent organizations*. 2011 Proceedings of Picmet 11: Technology Management in the Energy-Smart World (Picmet), 2011.
13. *The world health report 2006: Working together for health*, 2006, World Health Organization.
14. Mongan, J.J., T.G. Ferris, and T.H. Lee, *Options for slowing the growth of health care costs*. New England Journal of Medicine, 2008. **358**(14): p. 1509-1514.
15. Bodenheimer, T., *High and rising health care costs. Part 2: Technologic innovation*. Annals of Internal Medicine, 2005. **142**(11): p. 932-937.
16. Argyris, C. and D.A. Schön, *Organizational learning*. 1978, Reading, Mass.: Addison-Wesley. VII, 344 s. : ill.
17. Hughes, F., *Nurses at the forefront of innovation*. International Nursing Review, 2006. **53**(2): p. 94-101.
18. Frich, J.C., *Presentasjon om ledelse, mha undervisning - universitetet i oslo*, 2011.
19. Jacobsen, D.I. and J. Thorsvik, *Hvordan organisasjoner fungerer*. 2007, Bergen: Fagbokforl. 500 s. : ill.
20. Schein, E.H., *Organizational culture and leadership*. 1985, San Francisco: Jossey-Bass. XX, 358 s.

21. Miller, K., *The experience of emotion in the workplace: Professing in the midst of tragedy*. Management communication quarterly, 2002. **15**(4): p. 571-600.
22. Lundberg, C., *Surfacing organisational culture*. Journal of managerial psychology, 1990. **5**(4): p. 19-26.
23. Schein, E.H., *Organizational culture*. American Psychologist, 1990. **45**(2): p. 109-119.
24. Hofstede, G. and G.J. Hofstede, *Cultures and organizations*. 2005, New York: McGraw-Hill. XII, 434 s. : ill.
25. [Http://geert-hofstede.com/](http://geert-hofstede.com/), Hofstede, G. (2012) (lest 18.04.2013)
26. Nembhard, I.M. and A.C. Edmondson, *Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams*. Journal of Organizational Behavior, 2006. **27**(7): p. 941-966.
27. Schaefer, H.G., R.L. Helmreich, and D. Scheidegger, *Human factors and safety in emergency medicine*. Resuscitation, 1994. **28**(3): p. 221-225.
28. Garvin, D.A., *Building a learning organization*. Harvard Business Review, 1993. **71**(4): p. 78-91.
29. O'Sullivan, M.J., *Strategic learning in healthcare organizations*. Hosp Top, 1999. **77**(3): p. 13-21.
30. Garvin, D.A., A.C. Edmondson, and F. Gino, *Is yours a learning organization?* Harvard Business Review, 2008. **86**(3): p. 109-+.
31. Conger, J.A. and R.N. Kanungo, *The empowerment process: Integrating theory and practice*. The Academy of Management review, 1988. **13**(3): p. 471-482.
32. Thomas, K.W. and B.A. Velthouse, *Cognitive elements of empowerment: An 'interpretive' model of intrinsic task motivation*. The Academy of Management review, 1990. **15**(4): p. 666-681.
33. Herzberg, F., *One more time: How do you motivate employees?* Harvard Business Review, 1968. **46**(1): p. 53-62.
34. Spreitzer, G.M., *Psychological empowerment in the workplace - dimensions, measurement, and validation*. Academy of Management Journal, 1995. **38**(5): p. 1442-1465.
35. Knol, J. and R. van Linge, *Innovative behaviour: The effect of structural and psychological empowerment on nurses*. Journal of Advanced Nursing, 2009. **65**(2): p. 359-370.
36. Kuokkanen, L., et al., *Organizational change and work-related empowerment*. J Nurs Manag, 2007. **15**(5): p. 500-507.
37. Kanter, R.M., *When a thousand flowers bloom: Structural, collective, and social conditions for innovation in organisation*. Research in Organizational Behavior, 1988. **10**: p. 169-211.
38. Sun, L.Y., et al., *Empowerment and creativity: A cross-level investigation*. Leadership Quarterly, 2012. **23**(1): p. 55-65.
39. Maynard, M.T., L.L. Gilson, and J.E. Mathieu, *Empowerment-fad or fab? A multilevel review of the past two decades of research*. Journal of Management, 2012. **38**(4): p. 1231-1281.
40. Spreitzer, G.M., *Taking stock: A review of more than twenty years of research on empowerment at work*, in *Handbook of organizational behavior*, Julian Barling and Cary L. Cooper, Editors. 2008, Sage: Los Angeles. p. 54-73.

41. Wagner, J.I.J., et al., *The relationship between structural empowerment and psychological empowerment for nurses: A systematic review*. Journal of nursing management, 2010. **18**(4): p. 448-462.
42. Beason, C.F., *Creating an innovative organization*. Nursing Clinics of North America, 2000. **35**(2): p. 443-+.
43. Boyle, D.K. and C. Kochinda, *Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units*. Journal of Nursing Administration, 2004. **34**(2): p. 60-70.
44. Hafferty, F., *Viewpoint: The elephant in medical professionalism's kitchen*. Acad Med, 2006. **81**(10): p. 906-914.
45. Davies, H.T.O. and S.M. Nutley, *Developing learning organisations in the new nhs*. British Medical Journal, 2000. **320**(7240): p. 998-1001.
46. Creswell, J.W., *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 2003, Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications. XXVI, 246 s.
47. Apekey, T.A., et al., *Room for improvement? Leadership, innovation culture and uptake of quality improvement methods in general practice*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2011. **17**(2): p. 311-318.
48. Kim, J.G. and S.Y. Lee, *Effects of transformational and transactional leadership on employees' creative behaviour: Mediating effects of work motivation and job satisfaction*. Asian Journal of Technology Innovation, 2011. **19**(2): p. 233-247.
49. West, M.A., et al., *Leadership clarity and team innovation in health care*. The leadership quarterly, 2003. **14**(4-5): p. 393-410.
50. Talja, S., *Analyzing qualitative interview data: The discourse analytic method*. Library & Information Science Research, 1999. **21**(4): p. 459-477.
51. Tesch, R., *Qualitative research: Analysis types and software tools*. 1990, New York: Falmer Press. xi, 330 s. : ill.
52. Saldaña, J., *An introduction to codes and coding*. The coding manual for qualitative researchers, 2009, Los Angeles: Sage. X, 223 s.
53. Creswell, J.W., *Qualitative inquiry & research design*. 2007, Thousand Oaks, Calif.: Sage. XVII, 395 s. : ill.
54. Kvale, S. and S. Brinkmann, *Qualitative data analysis*, in *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*, 2009, Sage: Los Angeles, Calif. p. XVIII, 354 s. : ill.
55. Denzin, N.K. and Y.S. Lincoln, *Handbook of qualitative research*. 1994, Thousand Oaks, Calif.: Sage. XII, 643 s. : fig.
56. Kuper, A., L. Lingard, and W. Levinson, *Critically appraising qualitative research*. BMJ, 2008. **337**: p. a1035.
57. Kotter, J.P. and L.A. Schlesinger, *Choosing strategies for change*. Harvard business review, 1979. **57**(2): p. 106-114.
58. Smollan, R., *The multi-dimensional nature of resistance to change*. Journal of Management and Organization, 2011. **17**(6): p. 828-849.
59. Locock, L., *Maps and journeys: Redesign in the nhs*. 2001, Birmingham: Health Services Management Centre, The University of Birmingham.
60. Rushmer, R. and H.T.O. Davies, *Unlearning in health care*. Quality & Safety in Health Care, 2004. **13**: p. 10-15.
61. Ham, C., R. Kipping, and H. McLeod, *Redesigning work processes in health care: Lessons from the national health service*. The Milbank quarterly, 2003. **81**(3): p. 415-+.

62. Gollop, R., et al., *Influencing sceptical staff to become supporters of service improvement: A qualitative study of doctors' and managers' views*. *Quality & Safety in Health Care*, 2004. **13**(2): p. 108-114.
63. Coetsee, L., *From resistance to commitment*. *Public administration quarterly*, 1999. **23**(2): p. 204-222.
64. Lawler, E.E., S.A. Mohrman, and G. Benson, *Organizing for high performance : Employee involvement, tqm, reengineering, and knowledge management in the fortune 1000 - the oecd report*. 2001, San Francisco: Jossey-Bass.
65. Purdy, N., et al., *Effects of work environments on nurse and patient outcomes*. *Journal of Nursing Management*, 2010. **18**(8): p. 901-913.
66. Proenca, E.J., *Team dynamics and team empowerment in health care organizations*. *Health Care Management Review*, 2007. **32**(4): p. 370-378.
67. Seibert, S., G. Wang, and S. Courtright, *Antecedents and consequences of psychological and team empowerment in organizations: A meta-analytic review*. *Journal of applied psychology*, 2011. **96**(5): p. 981-1003.
68. Meyer, J.P., T.E. Becker, and C. Vandenberghe, *Employee commitment and motivation: A conceptual analysis and integrative model*. *Journal of Applied Psychology*, 2004. **89**(6): p. 991-1007.
69. Maslow, A.H., *A theory of human motivation*. *Psychological review*, 1943. **50**(4): p. 370-396.
70. Argyris, C., *Empowerment: The emperor's new clothes*. *Harvard business review*, 1998. **76**(3): p. 98-+.
71. Nielsen, K., et al., *The mediating effects of team and self-efficacy on the relationship between transformational leadership, and job satisfaction and psychological well-being in healthcare professionals: A cross-sectional questionnaire survey*. *International Journal of Nursing Studies*, 2009. **46**(9): p. 1236-1244.
72. Avolio, B.J., et al., *Transformational leadership and organizational commitment: Mediating role of psychological empowerment and moderating role of structural distance*. *Journal of Organizational Behavior*, 2004. **25**(8): p. 951-968.
73. Harris, K., A. Wheeler, and K.M. Kacmar, *Leader-member exchange and empowerment: Direct and interactive effects on job satisfaction, turnover intentions, and performance*. *The leadership quarterly*, 2009. **20**(3): p. 371-382.
74. Gomez, C. and B. Rosen, *The leader-member exchange as a link between managerial trust and employee empowerment*. *Group & Organization Management*, 2001. **26**(1): p. 53-69.
75. Når er budsjettet stort nok for oslo universitetssykehus? Kristiansen, I.S., *Dagens Medisin*, 27.10.2011
76. Ous-eierne får smekk på fingrene. Bakke, K.A., *Dagens Medisin*, 27.11.2012
77. Rushmer, R., et al., *Introducing the learning practice - iii. Leadership, empowerment, protected time and reflective practice as core contextual conditions*. *Journal of evaluation in clinical practice*, 2004. **10**(3): p. 399-405.
78. Amabile, T.M., *How to kill creativity*. *Harvard business review*, 1998. **76**(5): p. 76-+.
79. Nohria, N. and R. Gulati, *Is slack good or bad for innovation?* *Academy of Management journal*, 1996. **39**(5): p. 1245-1264.
80. Amabile, T.M., *A model of creativity and innovation in organizations*. *Research in Organizational Behavior*, 1988. **10**: p. 123-167.
81. West, M.A., *Innovation among health-care professionals*. *Social Behaviour*, 1989. **4**(3): p. 173-184.

82. Damanpour, F., *Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators*. Academy of Management Journal, 1991. **34**(3): p. 555-590.
83. Vassalou, L., *The learning organization in health-care services: Theory and practice*. Journal of European industrial training, 2001. **25**(7): p. 354-365.
84. Davies, H.T.O., S.M. Nutley, and R. Mannion, *Organisational culture and quality of health care*. Quality in Health Care, 2000. **9**(2): p. 111-119.
85. Tucker, A.L. and A.C. Edmondson, *Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change*. California management review, 2003. **45**(2): p. 55.
86. Yukl, G.A., *Leadership in organizations*. 2010, Upper Saddle River, N.J.: Pearson Education. 644 s. : ill.
87. Martinsen, Ø.L., *Perspektiver på ledelse*. 3rd. ed, 2009, Oslo: Gyldendal akademisk.
88. Ous-direktøren vil rydde på ledernivå. Dagens Medisin, 23.11.2012
89. Amabile, T.M., et al., *Leader behaviors and the work environment for creativity: Perceived leader support*. Leadership Quarterly, 2004. **15**(1): p. 5-32.
90. Spehar, I.F., Jan C; Kjekshus, Lars Erik, *Clinicians' □™ experiences of becoming a clinical manager: A qualitative study*. BMC health services research, 2012. **12**(1): p. 421-421.
91. Greenhalgh, T., et al., *Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations*. Milbank Quarterly, 2004. **82**(4): p. 581-629.
92. Ariely, D.G., Uri; Loewenstein, George and Mazar, Nina, *Large stakes and big mistakes*. The review of economic studies, 2009. **76**(2): p. 451-469.
93. Vaccaro, I.G., et al., *Management innovation and leadership: The moderating role of organizational size*. Journal of Management Studies, 2012. **49**(1): p. 28-51.
94. Spinelli, R., *The applicability of bass's model of transformational, transactional, and laissez-faire leadership in the hospital administrative environment*. Hospital topics, 2006. **84**(2): p. 11.
95. Pieterse, A.N., et al., *Transformational and transactional leadership and innovative behavior: The moderating role of psychological empowerment*. Journal of Organizational Behavior, 2010. **31**(4): p. 609-623.
96. Gumusluoglu, L. and A. Ilsev, *Transformational leadership, creativity, and organizational innovation*. Journal of Business Research, 2009. **62**(4): p. 461-473.
97. Heuston, M.M. and G.A. Wolf, *Transformational leadership skills of successful nurse managers*. Journal of Nursing Administration, 2011. **41**(6): p. 248-251.
98. MacPhee, M., *Strategies and tools for managing change*. J Nurs Adm, 2007. **37**(9): p. 405-413.
99. Salanova, M., et al., *Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: The mediating role of self-efficacy and work engagement*. Journal of Advanced Nursing, 2011. **67**(10): p. 2256-2266.
100. Martinsen, Ø.L., *Perspektiver på ledelse*, 2009, Gyldendal akademisk: Oslo. p. 75-77.
101. Dirks, K., *The role of trust in organizational settings*. Organization science, 2001. **12**(4): p. 450-467.
102. Morrison, E.W. and F.J. Milliken, *Organizational silence: A barrier to change and development in a pluralistic world*. The Academy of Management review, 2000. **25**(4): p. 706-725.

103. Buckholtz, J.W. and R. Marois, *The roots of modern justice: Cognitive and neural foundations of social norms and their enforcement*. Nature Neuroscience, 2012. **15**(5): p. 655-661.
104. Organ, D.W., *The motivational basis of organizational citizenship behavior*. Research in Organizational Behavior, 1990. **12**: p. 43-72.
105. Sparr, J. and S. Sonnentag, *Fairness perceptions of supervisor feedback, lmx, and employee well-being at work*. European journal of work and organizational psychology, 2008. **17**(2): p. 198-225.
106. Young, L., *How to promote innovative behavior at work? The role of justice and support within organizations*. The Journal of creative behavior, 2012. **46**(3): p. 220-243.
107. Brockner, J., *Why it's so hard to be fair*. Harvard business review, 2006. **84**(3): p. 122-+.
108. Khan, R., A.U. Rehman, and A. Fatima, *Transformational leadership and organizational innovation: Moderated by organizational size*. African Journal of Business Management, 2009. **3**(11): p. 678-684.
109. Fennell, M.L., *Perspectives on organizational change in the us medical care sector*. Annual review of sociology, 1993. **19**(1): p. 89-112.
110. Damanpour, F., *Organizational size and innovation*. Organization Studies, 1992. **13**(3): p. 375-402.
111. Camison-Zornoza, C., et al., *A meta-analysis of innovation and organizational size*. Organization Studies, 2004. **25**(3): p. 331-361.
112. Sheaff, R. and D. Pilgrim, *Can learning organizations survive in the newer nhs?* Implementation Science, 2006. **1**.
113. Amabile, T.M., et al., *Assessing the work environment for creativity*. Academy of Management Journal, 1996. **39**(5): p. 1154-1184.
114. Levine, L., *An ecology of resistance*. Facilitating technology transfer through partnership: Learning from practice and research, ed. T. McMaster, et al.1997, London: Chapman & Hall. 163-174.
115. Souba, W., et al., *Elephants in academic medicine*. Acad Med, 2011. **86**(12): p. 1492-1499.
116. Kim, C.S., et al., *Lean health care: What can hospitals learn from a world-class automaker?* Journal of Hospital Medicine, 2006. **1**(3): p. 191-199.
117. Radnor, Z.J., M. Holweg, and J. Waring, *Lean in healthcare: The unfilled promise?* Social Science & Medicine, 2012. **74**(3): p. 364-371.
118. Waring, J.J. and S. Bishop, *Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance*. Social Science & Medicine, 2010. **71**(7): p. 1332-1340.

Vedlegg / Appendiks

- NSD søknadsskjema
- Søknad til personvernombud ved OUS
- NSD godkjenning
- Informasjonsskriv til informanter
- Intervjuguide

MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.3) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjektittel		
Tittel	Kan helsepersonell bidra til mer effektiv spesialisthelsetjeneste? En kvalitativ undersøkelse av innovasjonskulturen blant ansatte ved Oslo Universitets Sykehus.	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Oslo	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Det medisinske fakultet	
Institutt	Institutt for helse og samfunn	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Lars Erik	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc. NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Etternavn	Kjekshus	
Akademisk grad	Doktorgrad	
Stilling	Førsteamanuensis	
Arbeidssted	Avdeling for helseledelse og helseøkonomi	
Adresse (arb.sted)	Postboks 1089 Blindern	
Postnr/sted (arb.sted)	0318 Oslo	
Telefon/mobil (arb.sted)	23075306 /	
E-post	l.e.kjekshus@medisin.uio.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Frédéric	
Etternavn	Courivaud	
Akademisk grad	Høyere grad	
Privatadresse	Bergslisengate 10A	
Postnr/sted (privatadresse)	0354 Oslo	
Telefon/mobil	48235196 /	
E-post	f.a.a.courivaud@fys.uio.no	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Med tanke på knapphet på helsepersonell og den generelle samfunnsaldring, står vi ovenfor betydelige utfordringer for å sikre en bærekraftig helsetjeneste i Norge. Denne utfordringen løses trolig ikke uten bruk av innovative løsninger. Støtteapparater til forskning og innovasjon på sykehus er godt etablert. Imidlertid har helsepersonell en sentral rolle i fm med innføring av innovasjon, enten ved å skape den selv eller å iverksette den. Denne mastergradoppgaven vil derfor undersøke innovasjonskultur blant sykehusansatte på OUS. En bedre forståelse av innovasjonsfremmende og –hemmende faktorer vil kunne bidra til mer innovasjon og økt effektivitet i spesialisthelsetjeneste.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l. Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		

Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> ● Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt 	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
7. Utvalgsbeskrivelse		
Utvalget	Leger og sykepleiere ved Oslo universitets sykehus (2 eller 3 i de to gruppene)	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Rekrutteres gjennom eget nettverk.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Gjennom personer i eget nettverk/faglig ansvarlige på OUS, som vi da sende informasjonsskriv for prosjektet til noen av sine kollegaer.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegangskontakt
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	fire til seks	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja ○ Nei ●	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om inklusjon i forskning av myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar		
9. Datamaterialets innhold		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Semi-strukturerte intervjuer med fokus på strukturelle og kulturelle faktorer som kan påvirke innovasjonskultur	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet. NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ○ Nei ●	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.

Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er
Spesifiser hvilke		NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?		Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg. Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes. Les mer om krav til informasjon og gyldig samtykke, samt om forskning uten samtykke
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?		NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.

Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil. Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datafil bli lagret på privat datamaskin i kryptert område på disken. Datafil navnet vil bare inneholde et nummer, f.eks. ingtervju_1. Få antall informanter gjør det mulig å huske hvilken fil tilsvarer hvilken informant uten behov for å skrive det ned noe sted.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke		NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres
Hvis ja, hvilken?		Les mer om databehandleravtaler her
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om

Kommentar		dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes Regional komité for medisinsk og helsefaglig
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja ● Nei ○	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?	Personvernombud på oslo universitets sykehus	
13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart:15.04.2012	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter.
	Prosjektslutt:20.12.2012	Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Anonymerisering foregår ved samtaleanalyser. Alle 4-6 lydfiler slettes når prosjektet avsluttes og masteroppgave leveres.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet. Les om arkivering hos NSD
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Ingen finansiering (mastergradoppgave)	
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	2	

Forenklet meldeskjema for student/mastergradsprosjekter som medfører behandling av personopplysninger som er melde- eller konsesjonspliktig i henhold til personopplysningsloven med forskrifter.

For at forenklet melding skal kunne benyttes må man kunne krysse av på samtlige punkter nedenfor. Dersom ett av utsagnene ikke stemmer overens med prosjektets formål og gjennomføring, så må fullstendig melding sendes til personvernombudet. Prosjektet må da ha egen tilråding fra personvernombudet. Se www.uus.no/personvern for mer informasjon om fullstendig melding og veileder for student- og mastergradsprosjekter.

Utfylt skjema sendes til personvern@rikshospitalet.no sammen med informasjonsskriv og prosjektbeskrivelse. Se www.uus.no/personvern for spørsmål og veiledning.

Når personvernombudet har kvittert for mottatt melding, kan prosjektet starte under forutsetning av at man har innhentet godkjenning fra avdelingsleder.

1 INFORMASJON OM ANSVARLIG FOR PROSJEKTET	
A. PROSJEKTLEDER	
Navn og stilling (VEILEDER) Lars Erik Kjekshus (Førsteamanuensis)	Klinikk/avdeling hvor prosjektet gjennomføres: flere på OUS (ikke bestemt enda)
Navn (STUDENT) Frédéric Courivaud	
Telefonnummer (STUDENT): 48235196	E-postadresse (STUDENT OG VEILEDER): f.a.a.courivaud@fys.uio.no, l.e.kjekshus@medisin.uio.no
B. ANSVARLIG VIRKSOMHET	
Navn på høgsolen / universitetet som er ansvarlig for prosjektet Universitetet i Oslo	
2 PROSJEKTETS NAVN/TITTEL	
En kvalitativ undersøkelse av innovasjonskultur blant sykehus ansatte ved OUS	
3 ERKLÆRING OM PROSJEKTET	
Avsender erklærer at følgende utsagn er korrekte (sett kryss):	
<input checked="" type="checkbox"/> En høgscole / et universitet i Norge er databehandlingsansvarlig for prosjektet <input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet er ikke søknadspliktig til REK. Veileder har vurdert spørsmålet. <input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet meldes til NSD <input checked="" type="checkbox"/> Deltagerne samtykker skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Samtykket vil utformes i tråd med vilkårene i NSDs tilråding <input checked="" type="checkbox"/> Deltagerne er kun ansatte ved sykehuset <input checked="" type="checkbox"/> Det registreres ingen informasjon om deltageres helse <input checked="" type="checkbox"/> Det registreres ingen informasjon om andre personers helse <input checked="" type="checkbox"/> Det søkes om avdelingsleder(e)s godkjenning av deltagelsen i prosjektet <input checked="" type="checkbox"/> Det søkes om avdelingsleder(e)s godkjenning til bruk av deltageres arbeidstid (hvis aktuelt)	
4 LAGRING AV DATA	
Skal elektroniske data som samles inn lagres ved sykehuset? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
Hvis ja, hvordan skal dette lagres?	
5 DATO FOR UTFYLING	
Sted og dato 2012-04-10	Utfylt av: Frédéric Courivaud



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Lars Erik Kjekshus
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 07.05.2012

Vår ref: 30354 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.03.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30354 *Kan helsepersonell bidra til mer effektiv spesialisthelsetjeneste? En kvalitativ undersøkelse av innovasjonskulturen blant ansatte ved Oslo Universitets Sykehus.*
Behandlingsansvarlig *Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Lars Erik Kjekshus*
Student *Frédéric Courivaud*

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

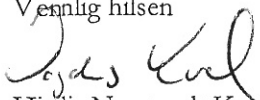
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

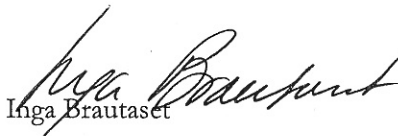
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Inga Brautaset

Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Frédéric Courivaud, Bergsliensgate 10A, 0354 OSLO



Meldingen gjelder et mastergradsprosjekt, der formålet er å undersøke innovasjonskultur blant sykehusansatte på OUS. Bakgrunnen er at en bedre forståelse av innovasjonsfremmende og -hemmende faktorer vil kunne bidra til mer innovasjon og økt effektivitet i spesialisthelsetjenesten.

Utvalget vil bestå av ca. 4-6 leger og sykepleiere ved Oslo universitetssykehus som rekrutteres via fagligansvarlig eller eget nettverk.

Utvalget får skriftlig informasjon om prosjektet, og de som ønsker å delta samtykker skriftlig. Informasjonsskrivet vurderes tilfredsstillende utformet, forutsatt at følgende setning slettes: "Det blir ikke registrert eksplisitt informasjon om deg, verken ditt navn eller navnet på din arbeidsplass" (ettersom opplysningene knyttes til navn på arbeidsplassen). Personvernombudet ber om revidert skriv.

Data innhentes ved personlig intervju. Det skal innhentes opplysninger om hva informantene oppfatter som strukturelle og kulturelle faktorer som kan påvirke innovasjonskulturen ved sykehuset.

Personvernombudet har ikke mottatt intervjuguide, og det legges til grunn at denne ettersendes til gjennomlesning i god tid før datainnsamling skal gjennomføres.

Datamaterialet skal ikke knyttes til navn, men det tas høyde for at det kan bli registrert indirekte personopplysninger (utvalgskriterier kombinert med stemme på lydopptak). Lydopptak og transkripsjoner behandles elektronisk.

Det legges til grunn at lagring av personopplysninger på privat pc avklares med behandlingsansvarlig institusjon (UIO).

Datamaterialet anonymiseres når prosjektet er avsluttet 20.12.2012. For at datamaterialet skal være anonymt, må lydopptak slettes og eventuelle indirekte personidentifiserende opplysninger (alder, kjønn, stilling, avdeling) slettes eller omskrives/grovkategoriseres, slik at det ikke er mulig for noen å gjenkjenne enkeltpersoner i materialet.

Informasjonsskriv for mastergradoppgave

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave.

Jeg er masterstudent i helseledelse og administrasjon ved Universitetet i Oslo, og holder på med min masteroppgave. Jeg undersøker innovasjonskultur blant sykehus ansatte på Oslo Universitetssykehus (OUS). Med innovasjon menes atferd, rutiner eller arbeidsmåter som bidra til å forbedre helsetjenester. Forbedringen kan være knyttet til høyere kvalitet av helsetjenester, administrativt/kostnads effektivitet, eller bedre brukervennlighet. Jeg skal undersøke hvilke faktorer som både fremmer og hindrer innovasjonskultur blant sykehus ansatte, primært hos sykepleier og leger.

Jeg ønsker å intervju 5-6 personer fra OUS. Spørsmålene vil handle om lokale forhold på arbeidsplassen, arbeidsklima, eller sider av organisasjonsstruktur, som fremmer eller hemmer innovasjonskultur. I min oppgave, vil jeg dele opp svarene i gjenkjennbare kategorier, som jeg vil diskutere i forhold til eksisterende forskningslitteratur. Jeg vil bruke lydopptaker mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta cirka en time. Vi blir enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Det blir ikke registrert eksplisitt informasjon om deg, verken ditt navn eller navnet på din arbeidsplass. Indirekte mulig gjenkjennbar informasjon vil bli slettet, slik at ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Lyd opptakene vil ikke bli lagret med ditt navn og de vil slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2013.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og leverer den til meg når vi møtes.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 48 235 196 eller sende en e-post til f.a.courivaud@fys.uio.no. Du kan kontakte min veileder Førsteamanuensis Lars Erik Kjekshus ved Institutt for helse og samfunn, avdeling for helseledelse og helseøkonomi på telefonnummer: 23 07 53 06.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og til Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus.

Med vennlig hilsen,

Frédéric Courivaud
Bergliensgate 10A
0354 Oslo

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av sykehusansatte innovasjonskultur ved OUS og ønsker å stille på intervju.

Signatur Telefonnummer

Intervju guidelines for MHA, Punkter som skal tas opp på intervju

Innledning:

Jeg takker deg for at du vil bidra til mitt MHA prosjekt på frivillig basis. Dette er veldig nyttig for meg, og jeg håper at denne studien kan være nyttig for OUS.

Som sagt, undersøker jeg innovasjonskultur blant sykehusansatte ved Oslo Universitetssykehus (OUS). Jeg er interessert i hvilke faktorer som både fremmer og hindrer innovasjonskultur blant sykehusansatte, primært hos sykepleier og leger. Spørsmålene vil handle om lokale forhold på arbeidsplassen, arbeidsklima, eller sider av organisasjonsstruktur.

Intervju blir tatt opp som du har lest i informasjonsskriv. Jeg kommer i etterkant til å fjerne all personlig og gjenkjennbar informasjon.

Etter spørsmålet om hvordan informanten forstår begrepet innovasjon, vil jeg vi kort om hvordan jeg ser det:

”Med innovasjon menes atferd, rutiner eller arbeidsmåter som bidra til å forbedre helsetjenester. Forbedringen kan være knyttet til høyere kvalitet av helsetjenester, administrativt- eller kostnadseffektivitet, bedre brukervennlighet, også videre.”

INTERVJU GUIDE (INTERNT):

Generelle tilleggsspørsmål:

Problem utnevning → *Hva tror du er årsaken? Kan du gi noen eksempler? Kan du utvide?*

HOVED SPØRSMÅL	TILLEGGSSPØRSMÅL	Referanse til litteraturen / KOMMENTAR TIL EGEN BRUK
Generelle spørsmål		
Hvordan forstår du ordet innovasjon, og tror du at det kan være nyttig på sykehus?	Hvordan/hvorfor kan det være nyttig?	OBS: MANAGE THE SILENCE //sjekke hvordan informanten forstår dette begrep. Jeg må eventuell supplere med hvordan jeg ser selv på det (SE INNOVASJON DEFINISJON OVENFOR)
Hvordan ser du din rolle i innovasjon?	Hva tenker du om det? Skal ansatte jobbe med det?	
Kan du fortelle generelt om innovasjonskultur i din arbeidsplass?		OBS: MANAGE THE SILENCE
Etter din mening hva er det beste innovasjon fremmende tiltak i din avdeling?	Hvorfor tror du at det er det beste tiltaket?	OBS: MANAGE THE SILENCE
Har du noen mening om hva som generelt kan hindre innovasjon?		OBS: MANAGE THE SILENCE Mulig informant nevner ressursknapphet og tidspress i arbeidstid. Det er for lite tid til innovasjon? Henvising til konklusjon til Nembhard et al (2006): det er interessant å vite om engasjement i kvalitetsforbedring avhenger av å skape tidsrom for tenkning i daglig arbeid eller om å fokusere mer på psykologisk trygghet og kommunikasjon med ledelse og innen temaet [1].

Mer spesifikke spørsmål		
Har du noen arbeidsoppgaver som du mener kunne forbedres/forenkles?	Hva er avgjørende for at du skal formidle ideen til en kollega og/eller til ledelse? Blir det gjort noe med det? Kan du utvide angående årsaker som gjør at du kan bidra (eller ikke) til innovasjon? Er det noen forbedringstiltak som du mener ikke lar seg gjøres? Hvorfor?	
→ Hvor lett er det å gjøre en endring (forstås forbedring) i din avdeling/organisasjon?	Blir du oppfordret til å komme med forbedringsforslag? Er innovasjon en del av din arbeidsoppgave?	How easy is it to initiate change in your organization? / How are the staff developed within the Trust [2] Henvisning til strukturell med innflytelse.
→ Er det ellers vanlig å foreslå forbedringer på din avdeling?	Hvordan blir det da mottatt av kollegaer? Hvordan blir det mottatt av ledelse?	Henvisning til personlig medinnflytelse

Har dere støtteapparat til innovasjon eller rutiner for å fremme innovasjon i din avdeling (møter osv.)?	Er det etablert en strategi/et system for å fremme innovasjon (møter, brainstorming kartlegging av arbeidsflyt)? Finnes det et system for å dele ”best praksis” i og utenfor avdelingen?	(are there any framework in place to support you undertaking R&D activity) [2] How is best practice shared across the Trust? [2] Henvisning til strukturell medinnflytelse (Structural empowerment)
Hvem er den typisk innovatør der du jobber? (erfaring profesjon, leder...)	Hva mener du om det?	Who are the innovators within your Trust? [2] Henvisning til profesjonskonservatisme, status, personlig medinnflytelse.
Hvordan blir forbedringsforslag vurdert?	Hvem vurderer om et forslag til forbedring er verdt å undersøke videre/testes?	Strukturell medinnflytelse (structural empowerment)
Er det en oppfølgingsstrategi etter at en idé er foreslått?	Jobber idetakeren med vurdering av sin idé, eller er det tatt over av andre? Hva mener du bør gjøres her?	Relateres til Current State Value Stream Map (CS VSM) og FS VSM, brain storming, og prosess kartlegging [3]
Bli man anerkjent om man kommer med forbedringsforslag?	Gir det et pluss for karriere stigning, ansvarsnivå plassering, konsulterende posisjon osv.? Hva mener du om det?	How does the trust reward innovation? [2] Ansattes bidrag vedrettes i følge LEAN prinsipper slik at produksjon blir bedre... [3]
Har du oversikt på hva andre kollegaer gjør og hvordan arbeidet er fordelt på din egen arbeidsplass?	Har det noe å si angående forbedringsarbeid?	Her henviser jeg til strukturelle faktorer og hvordan ansatte som mister oversikt også kan miste evne til å se forbedringspunkter i deres virksomhet (aktivitet siloer som svekker innovasjon) [3]
Er det forskjell mellom leger eller sykepleier i forhold til innovasjon?	Forskjell i ansvar eller vurdering?...	Kulturelle forskjeller i forhold til innovasjon

<p>Har du oversikt på hva andre kollegaer gjør og hvordan arbeidet er fordelt på din egen arbeidsplass?</p>	<p>Har det noe å si angående forbedringsarbeid?</p>	<p>Her henviser jeg til strukturelle faktorer og hvordan ansatte som mister oversikt også kan miste evne til å se forbedringspunkter i deres virksomhet (aktivitet siloer som svekker innovasjon) [3]</p>
<p>Konkluderende spørsmål</p>		
<p>Først: Er det noen tema som vi ikke snakket om i dette intervjuet, og som du mener er relevant her?</p>		
<p>Etter din mening, hva er de største utfordringer som du synes må løses der du jobber?</p>	<p>Hva skal til for å løse det?</p>	
<p>Kan du gi en konklusjon om innovasjon på din arbeidsplass?</p>		

Referanser

1. Nembhard, I.M. and A.C. Edmondson, *Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams*. Journal of Organizational Behavior, 2006. **27**(7): p. 941-966.
2. Moore, J., K. Crozier, and K. Kite, *An action research approach for developing research and innovation in nursing and midwifery practice: Building research capacity in one NHS foundation trust*. Nurse Education Today, 2012. **32**(1): p. 39-45.
3. Kim, C.S., et al., *Lean health care: What can hospitals learn from a world-class automaker?* Journal of Hospital Medicine, 2006. **1**(3): p. 191-199.