

# En kompleksitetsteoretisk tilnærming til prosjektarbeid i norsk helsetjeneste

Marita Rykkelid



Masteroppgave i pedagogikk  
Det utdanningsvitenskapelige fakultet  
Pedagogisk forskningsinstitut

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2017

# **Kompleksitetsteoretiske prinsippers potensial som virkemiddel i arbeidet med prosjekter i norsk helsetjeneste**

© Marita Rykkelid

2017

En kompleksitetsteoretisk tilnærming til prosjektarbeid i norsk helsetjeneste

Marita Rykkelid

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag av masteroppgaven i pedagogikk

**TITTEL:**

En kompleksitetsteoretisk tilnærming til prosjektarbeid i norsk helsetjeneste

**AV:**

Marita Rykkelid

**EKSAMEN:**

Masteroppgave i pedagogikk

Studieretning: Kunnskap, utdanning og læring.

**SEMESTER:**

Vår 2017

**STIKKORD:**

Kompleksitetsteori, norsk helsetjeneste, prosjekter, prosjektarbeid, innovasjon, endring, sykehus, komplekse adaptive systemer.

## Sammendrag

Norsk helsetjeneste står i årene fremover ovenfor en rekke omfattende utfordringer. Det eksisterer et behov for innovasjon i tjenestene som generer bedre og mer effektive arbeidsprosesser i fremtiden. Til tross for omfattende oppmerksomhet og ressurser viet innovative tiltak, opplever man dog allikevel kontinuerlig en mangel på fremskritt i tjenestenes arbeid. Prosjektene har i en årrekke stått som sentrale verktøy i dette innovasjonsarbeidet. Følgende studie foretar en evaluering av den problematikk som eksisterer i disse, for så å ta i bruk kompleksitetsteoretisk metode som et anbefalt verktøy for å forbedre deres effektivitet i tjenestene.

Studiet benyttet seg av et pågående, tverrfaglig prosjekt i sin datainnsamling. I perioden februar til mai 2017 ble det foretatt observasjon ved seks ulike anledninger i prosjektperioden, og seks intervjuer med prosjektets deltagende helsepersonell fra ulike involverte institusjoner ble utført.

Studiet avklarte flere former for problematikk eksisterende i dagens arbeid med prosjekter i tjenestene., hvorav vansker i forbindelse med prosjektenes arbeidsstruktur, manglende engasjement blant utøvende personell, og en manglende koordinering med statlige føringer kan sies å utgjøre hovedfaktorene. Et viktig funn var at flere av temaene som ble nevnt av studiets informanter som vanskelige, var temaer som søkes motarbeidet i eksisterende kompleksitetsteoretiske prinsipper. Som en konkretisering av hvordan kompleksitetsteoretiske prinsipper kan benyttes i organisasjoners daglige praksis, er en liste over tiltak som kan utføres for å generere mer kompleksitet i organisasjoner blitt utarbeidet i oppgaven.

Gjeldende tekst postulerer et behov for en endring i den diskurs som eksisterer i helseinstitusjonenes. Det er her nødvendig å skape en endret forståelse av hvordan organisasjoner er i stand til å lære fra- og tilpasse seg sine omgivelser. For å være i stand til å holde tritt med den kontinuerlige strøm av endringer som forekommer i moderne samfunn, må medarbeidere tildeles en sterke utførende rolle i organisasjoner. Tankegangen innebærer at ledelse må legge fra seg foreldede perspektiver på forutsigbarhet og kontroll, og at både ledelse og medarbeidere må tåle mer kaotiske tilstander i daglig arbeid i organisasjonene de tilhører.



## **Forord**

Denne oppgaven inngår i studiet «Kunnskap, utdanning og læring» ved Universitetet i Oslo. De siste to årene har vært inspirerende, og de har bistått til å utvikle min interesse og forståelse for arbeid innen pedagogikk og organisasjonsutvikling, et felt av ekstremt stor nytte for enhver organisasjon som ønsker å prestere på sitt beste.

Jeg ønsker å takke min veileder Thomas Hoholm, for god veiledning av en masterstudent med en lei tendens til å befinne seg i feil land, sysselsatt med praktisk talt alt annet enn oppgavearbeid.

Først og fremst er det dog mitt ønske å starte denne oppgaven med å tildele en enorm takk, og å meddele min beundring for enhver medarbeider ansatt i helsetjenestene. Helsetjenesten, som den komplekse og omfattende institusjonen denne er, har vært en organisasjonsform som alltid har interessert meg, men som jeg i forkant av denne oppgaven hadde svært lite kjennskap til. Det tok dog kort tid å innse hvor utfordrende arbeidet i disse organisasjonenes hverdag er, og at det vil være umulig å på en representativ måte klare å til det fulle presentere de vansker tjenestene møter i sitt daglige, i gjeldende oppgaves begrensede omfang. Intensjonen med oppgaven har derfor vært ydmyk. Den ønsker å presentere et antall enkle, praktiske virkemidler med potensial for forenkling av daglig drift i tjenestene. Den er dog utarbeidet i full forståelse av kortfattede undersøkelser fra «utenforstående» til dette systemet på ingen måte vil være i stand til å forstå dets dybde. Jeg ønsker med det å dedikere en enorm takk til prosjektets ledelse som tok meg inn med åpne armer, samt til enhver informant som hjalp meg med åpenhet og deling av informasjon i intervjuene. Det daglige arbeid som utføres ved disse institusjonene er av uvurderlig verdi, og kan virkelig ikke verdsettes nok.

Oslo, mai 2017

Marita Rykkelid

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Innovasjon og endring i norsk helsetjeneste .....	4
2.1	Mandat og behov for innovasjon i helsevesenet.....	5
2.2	Prosjektene og deres rolle i tjenestene.....	6
2.3	Studiets caseprosjekt.....	8
2.4	Vansker i innovasjon og endringsprosesser.....	9
2.5	Alternative metoder for endring i tjenestene .....	13
3	Kompleksitetsteori .....	15
3.1	Kompleksitetsteoretiske grunntanker i organisasjonskontekster.....	15
3.1.1	Individens handlinger og forhold til fellesskapet.....	16
3.1.2	Lineæritet, design og kontroll i organisasjonsledelse .....	16
3.1.3	Konsekvenser for organisasjonsledelse.....	17
3.2	Sentrale begreper i kompleksitetsteori .....	18
3.2.1	Kompleksitet, selvorganiserende systemer, koevolusjon og emergens .....	18
3.2.2	Komplekse adaptive systemer (KAS) .....	19
3.2.3	Matematisk kaosteori .....	20
3.2.4	Teorien om dissipative strukturer.....	21
3.2.5	Randen av kaos.....	22
3.2.6	Feedback loops .....	22
3.3	Alternativer til den dominante diskurs .....	22
3.4	Implikasjoner for organisasjoners evne til innovasjon og endring.....	24
4	Kompleksitetsteori anvendt i helsetjenestene .....	25
4.1	Praktiske implikasjoner fra kompleksitetsteori .....	26
4.2	Teoriens virkemidler.....	28
4.2.1	Å endre forståelsen av kontroll .....	28
4.2.2	Oppfordring til selvorganiserende grupper .....	29
4.2.3	Ko-kreasjon av nye tiltak .....	30
4.2.4	Bruk av deltagelse, multiple kulturer og mangfold.....	31
4.2.5	Å bygge på eksisterende prosedyrer og kunnskap .....	32
4.2.6	Å verdsette mindre, inkrementelle endringsprosesser.....	32
4.2.7	Å arbeide med føringer fremfor instruksjoner .....	33



4.2.8	Forståelse av underliggende prinsipper i beste praksis .....	33
4.2.9	Generering av «slakk» i ressurser .....	34
5	Design og metode.....	35
5.1	Praktisk gjennomføring av undersøkelsen.....	35
5.2	Utvalgsprosedyre .....	36
5.3	Bruk av case som forskningsmetode .....	38
5.4	Observasjon som metode for datainnsamling.....	39
5.5	Forskningsintervju som metode for datainnsamling .....	40
5.6	Funn og analyse av datamaterialet.....	43
6	Analyse – Innovasjonsarbeid i helsetjenestene .....	46
6.1.1	Prosjektets struktur og arbeidsmetode.....	46
6.1.2	Lydhør ledelse og medarbeiderne som «vet hvor skoen trykker» .....	48
6.1.3	Bruk av eksisterende ressurser i prosjektarbeidet .....	49
6.1.4	Tilgang til additive ressurser i arbeidet .....	49
6.1.5	Medarbeidernes holdninger til prosjektarbeid.....	50
6.2	Vanskeområder i prosjektarbeid og problematikk i caseprosjektet.....	51
6.2.1	Variierende praksis og prioritering ved utøver-institusjonene .....	52
6.2.2	Vansker med å engasjere medarbeidere .....	53
6.2.3	Vansker med implementering .....	54
6.2.4	Statlig overstyring av lokalt arbeid .....	55
6.3	Alternative metoder for endring i helsetjenestene .....	57
7	Kompleksitetsteoretisk metode i helsetjenestene .....	59
7.1	Prosjektarbeid i helsetjenestene fra et kompleksitetsteoretisk perspektiv .....	59
7.1.1	Faktorer forbundet med prosjektenes arbeidsstruktur .....	60
7.1.2	Faktorer forbundet med medarbeidernes engasjement.....	64
7.1.3	Faktorer forbundet med helsetjenestenes omgivelser .....	65
8	Konklusjon og videre anbefalinger .....	67
	Litteraturliste .....	69
	Vedlegg 1: Intervjugal.....	72
	Vedlegg 2: Prosjektmandat caseprosjekt.....	74



# 1 Innledning

Norge har et helsevesen av høy internasjonal standard og en fremgangsrik medisinsk industri. Allikevel står bransjen i årene fremover ovenfor en rekke omfattende utfordringer. Befolkningens sammensetning og behov er i endring og antallet pasienter vil i årene fremover øke. Dette inkluderer eldre pasienter med multiple diagnoser og komplekse sykdomsbilder. Samtidig er det estimert at bemanningen i tjenestene vil minske. For å stå bedre rustet i møtet med de store utfordringene tjenestene står ovenfor vektlegges viktigheten av innovasjon som virkemiddel. Man ønsker å satse på tjenesteutvikling, og på å skape bedre og mer effektive arbeidsprosesser. Som et resultat er en rekke omfattende innovasjonsprosjekter igangsatt i bransjen over det siste tiår.

En omfattende bekymring blant dagens beslutningstakere er dog at endring i dagens helsetjeneste forekommer sakte. Til tross for omfattende oppmerksomhet og ressurser viet til innovative initiativer, opplever man kontinuerlig begrensede resultater og mangelfulle fremskritt i den kvaliteten og sikkerheten som eksisterer i tjenestene. I endringsarbeidet har prosjektene oppnådd status som en populær og mye benyttet endringsform i tjenestene. Lite forskning er dog blitt utført i forbindelse med den praksis som forekommer i denne arbeidsformen, og til tross for manglende resultater tildeles stadig ny kapital og tid til arbeidet med prosjekter.

Den problematikken helsetjenestene står ovenfor i dag krever dog kunnskap om hva som fungerer og ikke fungerer. Gjeldende studie søker derfor å se på det arbeidet som forekommer i prosjektene, for å oppnå en dypere forståelse av hvordan disse arbeider, og hvor vidt det eksisterer et forbedringspotensial ved denne metodikken. For å konkretisere arbeidet benyttes et pågående samarbeidsprosjekt som case i studiet. Prosjektet er et tverrfaglig initiativ over flere instanser, som arbeider for å bedre de arbeidsrutiner som eksisterer for nettopp eldre, multisyke pasienter.

Helsetjenestene står i særstilling i sitt innovasjonsarbeid. Personalet i disse tjenestene er generelt sett positive til forbedringsarbeid ved sine avdelinger, men fremgang i tjenestene hindres allikevel av en funksjonsform bestående av mangfoldige agenter som skaper utfordringer for atferdsendringer, mangelfull spredning av kunnskap i organisasjonene,

mangelfull infrastruktur for endring, og en særstilling i sammenheng med institusjonenes forhold til pasienters helse.

Det er gjeldende oppgaves hypotese, at den funksjonsform som eksisterer i helsetjenestene, og deres spesifikke karakteristika, gjør at teorien kompleksitetsteori er et spesielt egnet verktøy for tjenestene. Gjeldende studie ønsker derfor å undersøke følgende hovedspørsmål:

*Kan kompleksitetsteoretisk metode fungere som et egnet endringsverktøy i norsk helsetjeneste?*

Kompleksitetsteori er en teori som i begrenset forstand er blitt forsøkt testet i praktiske sammenhenger. Som et resultat møter tilnærmingen ofte krass kritikk, og ansees ofte å kun inneha metaforisk funksjonalitet, og mangel på et virkelig potensial til å kunne benyttes og implementeres i organisasjoners praktiske virksomhet. Det er forfatter av dette studiets personlige mening at teorier som ikke er i stand til å konkretiseres, og utformes slik at disse presenterer praktiske løsninger som kan anvendes i organisasjoner, innehar liten verdi i et organisasjonsteoretisk perspektiv. Denne tankegangen bringes også inn i dette studiet. Det er derfor et prioritert fokusområde i dette studiet å kunne fremheve hvor vidt det vil la seg gjøre å utarbeide konkrete praktiske kompleksitetsteoretiske anbefalinger som kan benyttes i tjenestens fremtidige arbeid med prosjekter. Som et middel for å avklare hvor vidt denne intensjonen lykkes i studiet, er følgende additive forskningsspørsmål derfor også inkludert:

*Dersom kompleksitetsteoretisk metode ansees egnet for bransjen, hva vil så en slik tilnærming innebære, og hvor passende er dens implementering for bransjens arbeidsmetodikk?*

Begrepene endring og innovasjon kan være relevante i en rekke ulike former ved helseinstitusjoner. Fordi gjeldende oppgave har et begrenset omfang, avgrenses den derfor til kun å omhandle tjenesteinnovasjon, innovasjon som omhandler endringer i institusjonenes rutiner og operasjoner, hovedsakelig i forbindelse med hvordan helsepersonell utøver sitt arbeid. Innovasjon i form av teknologiske og farmasøytiske kapasiteter, diagnostikk eller strategier inkluderes ikke. Da tjenesteinnovasjon ofte innebærer modifikasjoner og endringer av eksisterende arbeidsmetodikk for å generere mer effektiv tjenestene, benyttes begrepene «endring» og «innovasjon» tilfeldig om hverandre i dette studiets kapitler.

For å kunne avklare disse forskningsspørsmålene vil en grunnleggende avklaring av det behov for innovasjon som i dag eksisterer i norske helsetjeneste foretas i studiets første kapittel. Innovasjon i tjenestene har over flere år hatt et sterkt mandat i nasjonale, statlige føringer. Dette studiets caseprosjekt føyer seg inn i dette mandatet, og en rekke andre prosjekter utført i tilsvarende stil. I denne kontekst introduseres de en generell oversikt over de vansker med innovasjon- og endringsprosesser som tenderer å forekomme i bransjen. Innovasjonsprosesser som i for stor grad følger sekvensielle steg og sterkt strukturerte prosedyrer i sitt endringsarbeid kan oppfattes som et problem i bransjen, hvorpå alternative former for endring muligens kan utgjøre et potensial for forenklete arbeidsprosesser og økt endringskapasitet.

I denne sammenheng introduseres kompleksitetsteori i tekstens neste kapittel. Teorien fordrer et svært annerledes syn på hva organisatorisk endring er, og hvordan denne finner sted i blant individene i organisasjonene, enn den som kan sies å eksistere i moderne organisasjonsteori. Videre inneholder teorien også en metode, og et sett med begreper som kan benyttes i tjenestenes arbeid med innovasjon. For å konkretisere teoriens verktøy illustreres eksempler på vellykkede tilfeller hvor teorien er blitt benyttet i helsekontekster, etterfulgt av retningslinjer samlet fra en rekke forfattere innen disiplinen. Seksjonen er ment å være et praktisk forarbeid til studiets drøftingsdel, hvor andre del av studiets forskningsspørsmål forsøkes besvart.

Studiets analysedel tar for seg studiets funn omkring de holdninger til innovasjon og endring som eksisterer blant tjenestepersonell, samt de vansker som oppleves med arbeidet i studiets case-prosjekt, inklusive tidligere erfaringer fra tilsvarende innovasjonsprosjekter. Disse erfaringene trekkes så videre til studiets drøftingsdel. Delen intenderer å skape et inntrykk av kompleksitetsteoretiske løsninger på den problematikk som oppleves i prosjektarbeidet. Således søkes det å illustrere hvordan den teoretiske tilnærmingen innehar potensial til å skape forbedringer i tjenestenes prosjektarbeid. For å unngå en repetisjon av studiets teoretiske del er seksjonen kortfattet og har til hensikt å være en oppsummerende besvarelse på studiets forskningsspørsmål.

## 2 Innovasjon og endring i norsk helsetjeneste

Innovasjon kan defineres som «Ideer, prosesser, produkter eller prosedyrer, nye for den aktuelle enheten for adopsjon, utformet for å gi stor nytte for individ, gruppe- eller bredere samfunn» (Essén & Lindblad 2012, side 204, Oversatt til norsk). En tilsvarende, men noe mer spesifisert definisjon rettet mot helsetjenestene, finner vi hos Helse Midt-Norge, som definerer innovasjon på følgende måte: «Utvikling av nye produkter, tjenester eller organisasjonsformer som bidrar til en styrket helsetjeneste, i form av økt kvalitet, forbedrede arbeidsprosesser, økt sikkerhet for pasienter og ansatte, og på denne måten bidra til verdiskaping» (Strategi for innovasjon i Helse Midt-Norge, 2016 – 2020, side 2).

Helsetjenestene er leverandører av komplekse tjenester, med en unik rolle i samfunnet. Deres innovasjon kan forekomme ved et mangfold av ulike måter. Djellal og Gallouj (2005) beskriver blant annet følgende kategorier: 1) Transformasjoner av logiske eller materielle operasjoner som involverer behandlingen av håndfaste objekter, ved for eksempel å transformere disse, 2) Logistikk- og informasjonsprosesserings operasjoner, 3) Prosedyrer i forbindelse med intellektuell prosessering av kunnskap, eller 4) Kontakt- eller relasjonsbaserte tjenesteoperasjoner. Innovasjon i tjenestene kan forekomme i form av forbedringer i teknikk som gjør at mer helse genereres, ved arbeid med medisinsk innovasjon som bidrar til blant annet nye medisiner, nye stoffer, teknologiske systemer til bruk i analyse, utstyr, diagnostiserende eller terapeutisk utstyr, eller immateriell medisinsk innovasjon som omsorgsprotokoller, diagnostikk eller terapeutiske strategier, eller ved forbedringer i informasjonssystemer og spredningen av IT, som bistår helsetjenestene kvalitet, jobb kvalitet, evner og produktivitet.

Tjenestene, med sykehusene som forgjengere, kan anses å være såkalte «helsetjenestesystem hubs» (Djellal & Gallouj, 2005). I tillegg til sine rolle som helsebringere har de også ansvar for serviceytelse. Pasienter er ikke bare syke mennesker i behov for hjelp, men også kunder av en kompleks tjenestegivende organisasjon som må gjøre sitt ytterste for å tilfredsstille ikke bare kunden selv, men også deres familie og slektninger. Institusjonene står også i særstilling i den forstand at de ikke primært kan anses som organisasjoner som yter tjenester i kompetitive markeder (Albach m. fl. 2016). Allikevel er kravene som stilles organisasjonene i tjenesten omfattende. Organisasjonene produkt er den relative endring i helse som eksisterer etter behandling, sammenlignet med den helse pasienten ville ha hatt uten behandling.

Helsetjenestenes mål er mer effektive tjenester (Albach m. fl. 2016). Man ønsker kvalitet, tilgjengelighet og begrensede kostnader ved institusjonene, og å være i stand til å yte omsorg av høy kvalitet og tjenester i et helbredende miljø til tross for finansielle begrensninger.

Disse målene gjør at også innovasjon som innebærer strukturendringer, eller små endringer i arbeidsmetodikk og rutiner, kan ha omfattende innvirkning på tjenestenes resultater. En av de innovasjoner som ofte forekommer i bransjen er dermed nye måter å arbeide på (Länsisalmi m.fl. 2006). Det er nettopp denne formen for innovasjon i tjenestene gjeldende oppgave ønsker å rette sitt fokus mot.

## **2.1 Mandat og behov for innovasjon i helsevesenet**

Norge har et helsevesen av høy internasjonal standard og en fremgangsrik medisinsk industri (Nordisk InnovationsCenter, 2009). Allikevel står landets helsetjeneste ovenfor en rekke utfordringer i tiden som kommer. Helseorganisasjonene har over lang tid allerede, stått ovenfor den strevsomme oppgaven å holde seg oppdatert i et miljø hvor medisinsk informasjon, teknologi og forhold til andre tjenestesystemer er i kontinuerlig endring (Länsisalmi m.fl. 2006). På samme tid, er befolkningens sammensetning og behov under endring. Antallet pasienter generelt, samt antallet eldre pasienter med kroniske sykdommer og/eller livstidssykdommer som kols, demens, slag, kreft, diabetes og psykiske lidelser er forventet å stige kraftig i årene som kommer. Man forventer kriser innen rekruttering og bevaring av stab de neste ti årene, da pensjonsraten av dagens nåværende arbeidsstab vil øke drastisk og sannsynligheten for å oppleve relativt færre yrkesaktive er stor. Samtidig fortsetter presset på myndigheter til å redusere helsetjenestenes kostnader mens deres kvalitet forbedres uhindret (Nasjonal samarbeidsavtale 2007 – 2011, Länsisalmi m.fl. 2006). Utfordringene genererer et endringsbehov i helseregionene. Det både kreves og ønskes en bedre, mer dynamisk og mer effektiv offentlig sektor, med bedret effektivitet og høyere kvalitet på tjenester og forvaltning, som står bedre rustet i møtet med de store utfordringene tjenesten står ovenfor.

For å nå disse helsepolitiske målene blir innovasjon sett på som tjenestenes viktigste verktøy. Viktigheten av innovasjon i tjenestene vektlegges derfor tungt både av regjering og andre nasjonale foretak. Denne satsningen kommer tydelig til syne i en rekke nasjonale dokumenter, blant annet Soria Moria-erklæringen, Nasjonal helseplan (2007-2010), Nasjonal samarbeidsavtale mellom helseforetakene m. fl. 2007 – 2011, St. meld. nr 30 (2008-2009)

Klima for forskning, HODs forskningsstrategi (2006-2011), St.meld. nr 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge, St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen og St.meld nr 36 (2008-2009) Meldingen om offentlige innkjøp. Føringer i forbindelse med satsningen er dessuten gitt i Statsbudsjettet for 2007-2011, Oppdragsbrev 2007-2010 fra HOD til RHFene, Tildelingsbrev for 2007-2010 fra HOD til Helsedirektoratet om InnoMed, Oppdragsdokument fra NHD til Innovasjon Norge i 2007-2010, og Prioritert satsning i St.meld. nr 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge.

Problematikken bransjen står ovenfor krever dog kunnskap om hva som virker og ikke, og det kreves målrettethet for å få til de rette endringene (Strategi for innovasjon i Helse Midt-Norge, 2016 – 2020). Innovasjon i disse institusjonene krever mer en kun å planlegge for- og kontrollere organisasjonene. Det behøves en dyptgående forståelse av medisin og omsorg, av bedriftsøkonomi og helsetjenestenes fungering, samt en forståelse av de regulerende rammene som til enhver tid omgir institusjonens praksis. Denne unike posisjonen har til nå bistått i å gjøre funksjonell innovasjon i tjenestene svært vanskelig.

## **2.2 Prosjektene og deres rolle i tjenestene**

Gjeldende oppgave ønsker å rette sitt fokus mot innovasjonsformen tjenesteinnovasjon. Innen helsetjenestene omhandler denne formen for innovasjon oppfinnelser av nye metoder å arbeide på, eller forbedring av eksisterende måter å levere tjenester på. Regjeringen maner her til nytenking, og det antas at bedre og mer effektive tjenester kan skapes gjennom innovasjon og bruk av teknologi. Spesielt foreligger et fokus i disse dokumentene på nye organisatoriske løsninger som et viktig satsningsområde for tjenestene (Strategi for innovasjon i Helse Midt-Norge, 2016 – 2020).

Innovasjonsformen er nært knyttet til utviklingsprosjekter, og forventes å få en stor betydning fremover for å styrke organisering og drift av fremtidens helsetjeneste. Store mengder midler tildeles derfor her for å utvikle bedre samhandling og jobbglliding i tjenestene (Helse Midt-Norge, 2017). Utviklingsprosjektene som ofte prioriteres ved tjenesteformen består av: 1) Utviklingsprosjekter som kan løse driftsutfordringer, som for eksempel flaskehals i pasientbehandlingen, 2) Prosjekter som kan føre til betydelige forbedringer, eksempelvis prosjekter av prosessmessig karakter, eller 3) Prosjekter som fører til arbeidsbesparelse og enklere håndtering (Helse Sør-Øst, 2013).



Andreassen m. fl. (2015) beskriver hvordan man over de siste 20 år, har vært vitne til en stødig vekst i bruken av innovasjonsprosjekter innen informasjon og kommunikasjonsteknologien i helsetjenestene, samt hvordan bruken av innovasjonsprosjekter generelt er blitt normalisert som et rutine-element i det organisatoriske arbeidet, som en metode for å intervensere i deres daglige praksis.

Statistikk på området gir et tilsvarende inntrykk. Prosjektfinansiering har bidratt til mye av veksten i norsk helsearbeid de siste 20 årene, en praksis som fremdeles ivaretas i dag. En praktisk konsekvens av dette er at innovasjonsprosjekter generer additiv finansiering til tjenestenes eksisterende budsjetter, og dermed blir til verktøy som kan endre eller utfordre den eksisterende arbeidsflyten og arrangementen av ressurser i organisasjonene. En rapport fra 2012 (Kjekshus & Bernstrøm, 2013) fant at 67 % av norske sykehus hadde benyttet seg av mer enn to prosjekter for å forbedre pasientbehandlinger gjeldende år, mens kun 4 % hevdet å ikke har foretatt denne typen prosjekter. Fenomenet om å integrere innovasjonsprosjekter i hverdagslig arbeid og helsesektor ledelse kan sies å ha blitt normalisert og innarbeidet som en rutine i tjenestene, og prosjektene presenteres som gode løsninger på politisk identifiserte problemer i helsetjenestene (Andreassen m. fl. 2015).

Nasjonal samarbeidsavtale mellom helseforetakene (2007 – 2011) spesifiserer at en viktig forutsetning for å lykkes med innovasjonssatsingen er å sikre vellykkede innovasjonsprosjekter hvor effekten i form av verdiskapning innen helse, omsorg og forebygging faktisk tas i bruk og får et bredt gjennomslag. I det samme dokumentet formidles også et behov for at medarbeidere ansatt i helsesektoren skal kunne bistå som sentrale drivere for realiseringen av det innovasjonspotensialet som eksisterer i sektoren. I et tilsvarende dokument fra Oslo Universitetssykehus fokuseres det på hvordan ansatte kan bidra til å utvikle, validere og ta i bruk de beste behandlingsprinsippene for pasienter. Innovasjon, heter det, skal være en integrert og tydelig del av sykehusets virksomhet, og være basert på gode avtaler og klare retningslinjer for de ansattes medvirkning. Utvikling av god innovasjonskultur er topplederforankret og krever en etablering av rutiner og prosesser. Fokus er rettet mot å skape best mulig innovasjonskultur innenfor miljøene i sykehusene, slik at det blir lettere å identifisere innovasjonsmuligheter, øke antallet ideer og implementere prosesser som gir gode løsninger for pasienter, ansatte og sykehuset (Innovasjonsstrategi Oslo Universitetssykehus HF, 2011 – 2015).

### 2.3 Studiets caseprosjekt

For gjeldende oppgave, benyttes et spesifikt prosjekt som case for å kunne besvare de forskningsspørsmål oppgaven søker å oppklare. Prosjektet er et samarbeid inngått mellom Oslo Universitetssykehus HF, to klinikker ved sykehuset, sykehusapotekene, samt to bydeler. Prosjektet er tildelt midler fra Oslo Kommune og Helse Sør-Øst.

Prosjektet er rettet mot en spesifikk brukergruppe, eldre multisyke personer. Denne gruppen karakteriseres av individer som er over 75 år, ikke dement, mottar hjemmesykepleie, har minst tre diagnoser som aktivt behandles, og er blitt innlagt på sykehus minst en gang i løpet av det siste året. Pasientgruppen representerer en omfattende kostnad for bydelenes helsetjenester ved hver instans av sine behandlingsløp. Nasjonalt delegeres brukergruppen omtrent 18 % av Norges helsebudsjett årlig.

Flere faktorer bidrar til behovet for endring og innovasjon for denne brukergruppen. Grensesnittet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er ved disse pasientene utfordrende, og pasientens reise og tilhørende kommunikasjon mellom aktører på- og i de ulike nivåene har derfor ofte mangler. Denne er gjerne ineffektiv, og viktig informasjon kan bli borte underveis.

Prosjektet svarer på to sentrale behov identifisert på nasjonalt plan i helsetjenestene (Nasjonal samarbeidsavtale, 2007 - 2011). Nasjonal Helseplan 2007 – 2010 fremhever mangel på samhandling innad og mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester som kanskje den største utfordringen helsetjenesten står ovenfor i årene fremover. Problematikken er ansett å skape høye kostnader for helsetjenesten, samt unødvendige lidelser og problemer for pasienter og pårørende. Videre rører prosjektet også ved regjeringens identifiserte satsningsområde på sterkere grad av brukermedvirkning i helsetjenestene. Man ønsker utvidet oppmerksomhet mot brukerne av tjenestene, som pasienter og pårørende, da disse ansees å kunne benyttes som viktige høringsinstanser og samarbeidspartnere i utviklingen av nye tjenester. For å møte disse utfordringene har helse- og omsorgssektoren behov for innovasjon gjennom nye organisatoriske løsninger for bedre og mer effektiv pasientbehandling og drift.

Prosjektet har som siktemål å lytte til pasientens stemme og forbedre samarbeidet mellom tjenestene. Man søker å involvere brukere og deres pårørende så vidt dette lar seg gjøre. Samtidig ønsker man å etablere løsninger som bedrer samspillet mellom sykehus,

hjemmesykepleie og fastlege og som skaper gode strukturer mellom disse aktørene. Man ønsker økt samarbeid og forbedrede strukturer for samarbeid, både mellom aktører og pasient, hvilket antas å kunne gi bedre tilpassede tjenester. Helt spesifikt er det i prosjektet blitt etablert ti foreløpige tiltak som prosjektet søker å finne løsninger for. Disse er: 1) Å redegjøre for de muligheter som finnes for å realisere tverrfaglige funksjonsvurderinger som følger pasienten og sendes hjemmetjenesten, 2) Å få bydel inn i sykehus på vurderingsbesøk, 3) Kontrolltime for pasienten hos fastlege innen 1 til 2 uker, 4) Korrekte samstemte legemiddellister, 5) Sammedagsepikrise for prosjektpasientene, 6) Dialogmeldinger mellom sykehus og fastlege, 7) Benytte og evaluere kost-nytte verdi av SAFE-sjekklistor, 8) Bruk av PLO-melding mellom fastlege og hjemmetjenesten, 9) At hjemmetjeneste skal bistå pasient i timebestilling hos fastlege, og 10) Konferansetime hos fastlegen der ting ikke går som planlagt.

Ved disse virkemidlene ønsker man å bidra til at pasienten kan få best mulig behandling og økt hjemmetid. Man søker å prøve ut tiltak som kan forbedre pasientens opplevelse, effektivisere reisen og gi økt kvalitet i pasient og dokumentforløpet. Målet i prosjektet er å identifisere de viktigste utfordringene som eksisterer for disse pasientene i deres behandlings- og omsorgsforløp, og på basis av dette iverksette tiltak som er til nytte både for pasientene, de ansatte, sykehuset og kommunene. Resultatmålet for prosjektet er en ny tjenestemodell for multisyke som ivaretar 'pasientens helsetjeneste perspektivet' i et hjem til hjem perspektiv. Man ønsker mer effektive forebyggende og behandlende tiltak som gjør at gruppen håndteres mer enhetlig og helhetlig. Resultatet i prosjektet vil kunne få innvirkning på struktur, rammevilkår og samarbeidsform i områdenes tjenester i fremtiden.

## **2.4 Vansker i innovasjon og endringsprosesser**

Som vist ovenfor, benyttes altså en rekke virkemidler i helsetjenestenes kamp om mer effektive tjenester av bedre kvalitet. Både offentlige og private aktører i bransjen samarbeider, og det eksisterer hurtige fremskritt i medisin og teknologi som tilbyr attraktive muligheter for radikal, ny medisinsk praksis (Länsisalmi m.fl. 2006), samtidig som omfattende oppmerksomhet og ressurser kontinuerlig vies innovative initiativer i tjenestene (Lanham m.fl. 2013).

Til tross for gode intensjoner, er dog en omfattende bekymring blant dagens beslutningstakere i helsetjenesten, at det til tross for arbeidet som utføres med innovasjon, allikevel forekommer

begrensede resultater i fremskritt som omhandler kvalitet og sikkerhet i tjenestene (Lanham m.fl. 2013). Bekymringen verifiseres av en omfattende mengde litteratur rundt emnet, som indikerer at store gap eksisterer mellom vitenskapelig fremgang og faktisk praksis i tjenestene (Länsisalmi m.fl. 2006). De fleste prosjekter i helsetjenestene, forblir prosjekter. Bruken av piloter er av voksende bekymring, i slik en stor forstand at man strekker seg å langt som til å snakke om en «prosjektpest» (Røsjø, 2015). Begrepet reflekterer en praksis hvor prosjekter etableres for å drives som ikke-permanente testpiloter, og hvor små, lokale prosjekter som, til tross for tilsynelatende å møte kriteriene for suksess, allikevel ikke implementeres i videre rutiner og normal praksis (de Bont & Bal, 2008).

Problematikken har en rekke årsaker. En rekke forskere (se for eksempel Djellal & Gallouj 2005, Länsisalmi m.fl. 2006, eller Lanham m.fl. 2013) påpeker hvordan innovasjoner i helsetjenestene ser ut til å representere et unikt og komplekst tema, hvorpå tjenestenes funksjonsform tilsynelatende skaper vansker i eskaleringen og spredningen av gode tiltak, både innad i systemene, og utover i ulike praksiser. Forholdet til endring i helsetjenestene rapporteres å, jevnt over, være positive (Länsisalmi m.fl. 2006). Allikevel foreslås det av flere forskere at det er vanskelig å endre atferden til klinikere, nåværende medisinske praksiser, og helsetjeneste-organisasjoner (Länsisalmi m.fl. 2006), og et frekvent funn er at institusjonene ofte er svært tilbakeholdne i de tiltak som forekommer i forbindelse med endring og innovasjon (Mitleton-Kelly, 2011). Innovasjonstiltak i tjenestene støter ofte på utfordringer innen atferdsendringer i utførelsen av tjenester og mangelfull spredning av kunnskap innad i organisasjonene. Håndteringen av et flerfoldig og mangfoldig antall medarbeidere er ofte bakgrunn for store vansker og bekymringer. Klinikere er kjent for å tendere å beskytte sin individuelle autonomi og rykte, hvilket kan medføre kulturer av skyld og hemmelighold som kan hemme organisatorisk læring og genereringen av innovasjon (Länsisalmi m.fl. 2006). Det teknologiske og profesjonelle mangfoldet i tjenestene gjør det også vanskelig å forstå organisasjonene som et hele, samtidig som sterke kulturer i ulike grupperinger og kompleks fungering mellom disse, gir vansker i forståelsen av hvordan ledelse bør forekomme (Djellal og Gallouj, 2005).

Videre er helsetjenestene også institusjoner som i sine organisasjonsformer fundamentalt skiller seg fra andre organisasjoner, på en måte som bistår i å gjøre funksjonell innovasjon og endring til en kompleks og utfordrende oppgave (McDaniel & Driebe, 2001). Institusjonenes særstilling i samfunnet gjør at deres symbolske viktighet, prestisje, og deres kapasitet til

forskning og innovasjon sjelden betviles (Djellal og Gallouj, 2005). Institusjonene har også ofte svake koblinger mellom tjenestenes mottakere og de som betaler for tjenestene som tildeles, hvilket skaper intrikate koblinger i systemet (Djellal og Gallouj, 2005).

Helsetjenestens rolle som offentlig tjeneste skaper også begrensninger for den innovasjon som lar seg forekomme i bransjen (Røste & Godø, 2005). Spesielt eksisterer to innvirkende faktorer; politiske prosesser i et komplekst system, og det offentlige budsjettssystemet og lovverket. Offentlig sektor må handle i samsvar med grunnleggende styringsprinsipper, og har i den forstand ikke den overordnede kontrollen over målene for egen virksomhet. Nye ideer må generelt sett gjennom sammensatte og komplekse politiske prosesser, før de ender opp i faktisk endring i offentlig sektor. Offentlige virksomheter er også avhengig av statlige pengeoverføringer fastsatt i statlige budsjetter, samtidig som en rekke krav nedfelt i lover og forskrifter må innfris. Begrensninger for innovasjon denne tilhørigheten medfører ligger derfor i selve rammebetingelsene som disse faktorene innebærer, i de krav som er definert og i tids- og kostnadsrammer. Potensielt kan disse skape trange vilkår for kreativitet og utvikling.

Innovasjoner i pasientomsorg, behandlingspraksiser og sykehusprosedyrer innebærer også et potensial for signifikant helserisiko, relatert til finansielle, sosiale eller etiske saker. Innovasjon i bransjen kan i sin verste konsekvens resultere i død, uførhet eller permanent ubehag for pasienter (Länsisalmi m.fl. 2006). Helseinstitusjonene er derfor ofte svært forsiktige i sitt endringsarbeid, og bestreber i stor grad å unngå risiko. Deres kjerneoppgave er å ivareta syke og å redde liv, og det eksisterer ingen slingringsmonn i sammenheng med å ta risikoer der pasienters liv kan bli berørt. Denne tilnærmingen gjennomsyrrer enhver aktivitet i bransjen, inkludert hvordan avtaler gjøres, hvordan klinikker er organisert og hvordan forsyninger bestilles (Mitleton-Kelly, 2011), samtidig som ny praksis i bransjen tradisjonelt undersøkes grundig i de tidligere utviklingsfaser, slik at potensielt skadelige innovasjoner ikke opptas i organisasjonenes praksis (Länsisalmi m.fl. 2006).

Røsjø (2015) og Andreassen m.fl. (2015) introduserer to interessante vendinger i forbindelse med prosjektenes (manglende) virksomhet i helsetjenestene. Røsjø beskriver hvordan prosjektene som arbeidsform skaper en dynamikk hvor institusjonene kan opplyse å arbeide med statlig påkrevde innovasjonstiltak, men hvor man allikevel ikke sitter igjen med varige endringer som bistår til en forbedret tjeneste. Andreassen og hans kollegaer presenterer videre en interessant, alternativ forståelse av hvordan prosjektene benyttes som et delegeringsverktøy for ledere i helsetjenestene. Det ble i studiet satt et spørsmålstegn ved hva

det er som gjør at helsetjenesteprojektene overlever, til tross for det som tilsynelatende er kontinuerlig mangel på suksess. Som en årsaksforklaring på dette forholdet, foreslår forfatterne at prosjektene kan benyttes som et lederverktøy for delegert organisasjonsstyring. Studiet belyste hvordan deler av ledelses oppgaver kan delegeres til et heterogent nettverk av aktører gjennom prosjektene, som bistår i utførelsen av ledelsesoppgaver gjennom fire ulike prosesser, henholdsvis:

1) Allokering av ressurser: En ledelsesoppgave i helsetjenestene er å sikre at ressurser delegeres innovasjonsarbeid i tjenestene. Prosjektene tenderer å motta økonomiske midler utelukkende delegert innovasjonsarbeid, hvilket gjør det mulig for institusjonsledelse å kontinuerlig generere og delegerer ressurser til arbeidet med endring. 2) Å skape entusiasme: Prosjektene tenderer å skape arenaer for engasjement og entusiasme, hvilket ofte bistår i et mindre behov for styring og mer personlig engasjement. Fordi denne faktoren ofte bistår til gode organisatoriske prestasjoner, ansees den å være en ledelsesoppgave. 3) Refleksiv evaluering av eksisterende praksis: Forbedring av eksisterende praksis er også en ledelsesoppgave som lar seg gjennomføre gjennom prosjektene, ved å tillate medarbeidere å evaluere nåværende praksis og utarbeide løsninger for forbedringer av denne sikrer man at tjenestenes praksis kontinuerlig modifiseres og oppdateres. 4) Å skape samsvar mellom lokal praksis og nasjonale retningslinjer: En viktig ledelsesoppgave i helsetjenestene er å sørge for at institusjonspraksis og nasjonale helsepoliser samsvarer med hverandre, og å sikre at institusjonene drives på en måte som er i samsvar med nasjonale og regionale helsepoliser og administrative ordninger. Prosjektene er en måte å sikre forankring i nasjonale agendaer på.

I denne sammenheng kan altså innovasjonsprosjektene i seg selv, løsrevet fra deres intenderte mål og faktiske sluttresultater, sies å være midler i organisasjonene for å utføre spesifikke ledelsesoppgaver. I henhold til forfatterne vil prosjektene kunne ses på som organisatoriske innovasjoner i seg selv, som i dagens praksis også er blitt normalisert i helsetjenestenes organisasjonskulturer som anerkjente arbeidsmetoder.

Tanken om prosjektene som et ledelsesverktøy må dog sees i sammenheng med de vansker som forekommer i prosjektarbeidet, og de resultater disse er i stand til å generere ved institusjonene de benyttes i. Det er her naturlig å anta at et resiprokt forhold eksisterer mellom bruken av prosjekter og de utfall disse er i stand til å generere. Prosjektene vil ikke være i stand til å opprettholde sine roller som funksjonelle verktøy for organisasjonenes ledelse dersom de kontinuerlig vises ute av stand til å generere varige endringer som responser på

arbeidet som delegeres i dem. Verken entusiasme, refleksiv vurdering av eksisterende praksis, eller samsvar mellom lokal praksis og nasjonale retningslinjer vil kunne opprettholdes om prosjektene kontinuerlig feiler i å nå sine mål, hvilket igjen vil innvirke på tildelingen av ressurser til prosjektenes.

Konsekvensen av faktorer som disse, gjør at den endringen som forekommer i tjenestene skjer svært sakte, samtidig som at majoriteten av forbedringsinnsatser som forekommer i helsetjenestene tenderer å ikke være i stand til å resultere i varige innvirkninger ved organisasjonene de implementeres i (Essén & Lindblad, 2012). Funnene understreker at det eksisterer et behov for å bearbeide den måten det i dag arbeides med innovasjon, og med prosjekter, i dagens helsetjenester.

## **2.5 Alternative metoder for endring i tjenestene**

Flere ulike former for kritikk er blitt rettet mot dagens forståelse av innovasjon slik den benyttes i dominant diskurs og i helsetjenestene. Essén og Lindblad setter ord på noe av denne: «Moderne litteratur innen helsetjenestene lider av et disproportjonalt fokus på gitte, eksternt skapte innovasjoner, og en tro på beordrede, planlagte og velfinansierte implementeringsprosesser» (Essén & Lindblad 2012, side 203, oversatt til norsk).

I følge forfatterne fokuserer en stor andel av moderne helsetjenestelitteratur på utviklingen av klare oppskrifter for hvordan varig implementering og innovasjon bør forekomme. Man leter etter generelt fungerende, ferdig skapte innovasjoner, samt organiserte og sekvensielle modeller for optimale implementeringsprosesser. Man understreker her behovet for å i forkant definere innovasjonen som skal forekomme, sikre ledelsens støtte, for så å sørge for finansiering.

Også prosjektene som forekommer som en del av helsetjenestenes innovasjonsarbeid kan sies å etterleve denne praksisen. Innovasjon Norge har blant annet følgende kriterier for et «godt» prosjekt innen helsesektoren: 1) prosjektet må ha tilstrekkelig innovasjonshøyde (ikke kun en regulær videreutvikling), 2) prosjektet må være forankret hos ledelsen til leverandøren og den krevende kunden, og 3) leverandøren må ha en klar forretningsplan inklusiv en realistisk markedsvurdering (Nordisk Innovationscenter, 2009), mens Folkehelseinstituttet (2015) i tilsvarende stil oppfordrer til forbedringsarbeid som følger trinnene forberedelse, planlegging, utføring, evaluering og oppfølging.

Denne logikken om velordnet og oversiktlig innovasjon har over årene møtt sterk kritikk. Blant annet har man vektlagt at vellykket implementering forekommer i uforutsigbare interaksjoner mellom ulike krefter på ulike nivåer og at lokale forkjempere spiller en like viktig rolle som ledelse. Litteraturen er blitt beskyldt for kortsiktighet i sin tenkning, samt mangelfull forståelse for de mange nivåene endring forekommer på. Kanskje spesielt viktig er en kritisk forståelse av litteraturens fokus på innovasjoner som proaktivt utvikles i eksterne, formelle forskningsprogrammer, før de søkes å implementeres i praksis (Essén & Lindblad, 2012).

Et viktig poeng her, er at en rekke innovasjonsprosesser i helsetjenestene ikke utviser de sekvensielle stegene som antas å være påkrevde suksessfaktorer i mainstream-litteraturen. Mange innovasjoner oppstår som gode ideer i lokale tjenester. Ideer av denne typen skiller seg fra innovasjon slik den fremstilles ovenfor, i den forstand at disse ideene ikke er ferdigstilte produkter med formelle rammer som omgir deres utvikling. En sentral forståelse i denne bransjen er derfor at signifikante og viktige forbedringer i helsetjenestene også kan oppnås gjennom spontane formasjoner av utøvere som ønsker å forbedre sin daglige praksis, uten å la seg vente på policy-endringer eller retningslinjer fra ledelse, men som heller finner metoder å klare seg på med de ressursene man har for hende. I henhold til Essén og Linblad antyder dette to ting. 1) At organisk endring, som starter i det små kan eskalere ut til system-omfattende endringer i tjenestestruktur, og 2) at mye kan gjøres på et strukturelt nivå for å fasilitere og fremme denne typen praksis-orientert innovasjon. Små, eller store, endringer i dette formatet kan være svært verdifulle bidrag i en bransje sterkt preget av et behov for innovasjon. Et sentralt spørsmål blir da hvor egnet denne endringsformen er i bransjen, og hvordan denne kan fasiliteres. For å arbeide videre med disse spørsmålene, introduseres kompleksitetsteori i neste kapittel.



### **3 Kompleksitetsteori**

Utviklingen av det som skulle bli kompleksitetsteori begynte omkring 1970 – 1980 tallet, som et tverrdisiplinært arbeid hvor en rekke ulike fagfelt, heriblant matematikk, fysikk, meteorologi, kjemi, biologi, økonomi og psykologi arbeidet sammen for å utvikle nye teorier om systemer. Bredden som eksisterte i teoriens utforming, har medført at teorien mangler et sammenhengende teoretisk rammeverk, og til at svært ulike tolkninger og bruksformer av teorien eksisterer, avhengig av hvilke kontekster teorien benyttes i.

Ett av disse områdene er bruk innen organisasjoner og ledelsesteori. Her tilbyr teorien en annerledes form for innsikt, diskurs og ideologi innen ledelsesfeltet (Stacey, 2011), som kan sies å utfordre den dominerende ideologien som i dag kan sies å eksistere i organisasjonsteori (McMillan, 2006).

#### **3.1 Kompleksitetsteoretiske grunntanker i organisasjonskontekster**

Innen organisasjon- og ledelsesteori gir kompleksitetsteori et signifikant, og relativt radikalt bidrag til nye former for organisasjonsbasert tenkning og forståelse (McMillan, 2006). Teorien fordrer en spesifikk måte å snakke om det samspillet, den fungeringen, og den kompleksiteten som forekommer i organisasjoner på. Teoriens organisatoriske retning kan sies å være et motsvar og en kritikk av det en av teoriens viktigste akademikere, Ralph Stacey, henviser til som «mainstream» ledelseskultur.

Stacey (2011) refererer her til en gruppering av ideer som han selv postulerer å utgjøre dominant diskurs i dagens arbeid med organisasjoner. Denne diskursen baseres på antagelser om organisasjoners og menneskelig fungering som trekkes fra systemteori, samt mekaniske og reduksjonistiske tilnærminger til organisasjonsteori. Spesielt to aspekter av diskursen fremheves av Stacey som kritikkverdige. Disse omhandler forståelsen av hvordan menneskelig fungering forekommer, og ideologien som eksisterer i forhold til hvordan organisasjoner bør drives for å oppnå innovasjon og endring.

### **3.1.1 Individens handlinger og forhold til fellesskapet**

Stacey postulerer her, at det eksisterer en feilaktig antagelse om selve naturen i hvordan menneskelig relatering forekommer, og om den sosiale natur som eksisterer i all menneskelig aktivitet. En felles antakelse i dominant diskurs er tanken om at individer, grupper og organisasjoner er adskilte systemer. Tankegangen postulerer at individer opererer som selvstendige hoved-instanser. De tenkes å være egne enheter, egne systemer, hvor hvert enkelt individ med sitt sinn fungerer som separate verdener, som eksisterer og opererer på andre nivåer enn en gruppe eller en organisasjon. Individer former deretter grupper og organisasjoner som deretter påvirker den atferd som utvises. Disse eksisterer utenfor individets sinn, på et høyere nivå enn disse, før de så skaper påvirkninger tilbake til individet fordi individer som handler som deler av et organisatorisk system er underlagt den formative kausaliteten i dette systemet. Agens er i disse systemene hovedsakelig lokalisert i autonom, individuell atferd. Idet individer handler som autonome agenter, er handlingene som utføres også ansett å være grunnet i rasjonelle valg, og i rasjonell kausalitet (Stacey, 2011).

### **3.1.2 Lineæritet, design og kontroll i organisasjonsledelse**

Den kausale formen for handling som ansees å eksistere blant autonome agenter i moderne diskurs, gir konsekvenser for de hendelsesforløp man forespeiler å forekomme i organisasjonene. Diskursen er basert på determinisme. Man antar at en kausalitet eksisterer i systemene, i form av rasjonell kausalitet som grunnlag for menneskelig handling, mens formativ kausalitet leder systemers fungering. Dette tillater prediktabilitet i organisasjonenes hendelser (Stacey, 2011).

Videre, i henhold til Stacey, antar man i tankegangen at det eksisterer en objektiv virkelighet, hvor ulike systemer har en hensikt som kan observeres og modelleres av enkeltindivider. Man tenker at situasjoner kan karakteriseres gjennom identifiserbare objekter med definerte grenser og egenskaper. Denne kunnskapen kan benyttes på logisk vis, slik at man kan skape hypoteser og trekke konklusjoner for videre handling. Tilnærmingen lar ledere forestille seg at organisasjonene deres er systemer som kan forutsies og kontrolleres på en optimal måte. Tankegangen gjør at et sterkt ledelsesfokus rettes mot å definere klare mål, identifisere problemer og foreslå rasjonelle løsninger. Man vil også forsøke å skape sofistikerte verktøy som er i stand til å forutsi den atferd som vil forekomme i organisasjonene (Stacey, 2011).

Fra dette perspektivet, tenker man at organisasjonenes videre fungering kan påvirkes. Man kan designe systemer, og operere disse på en slik måte at de produserer de resultater man anser som ønskelige. Strategi og organisatorisk endring antas deretter å flyte fra det designet som er forelagt. Bortsett fra små, tilfeldige hendelser som kan sies å fremkomme (på engelsk: to emerge), antas det at få alternativer til disse planlagte endringene vil forekomme.

Med dette, forelegger Stacey, etablerer man en antagelse om at systemer innehar stor grad av forutsigbarhet og lineæritet. Tankegangen bygger også på en metafor om rom, hvor man anser ulike deler av organisasjonene og deres kontekster som adskilt fra hverandre. Man er i besittelse av et postulert hele, som er adskilt gjennom grenser fra andre heler. Det eksisterer en innside og en utside. Disse grensene strekker seg både mellom individer, og mellom organisasjon og miljø, som ansees å være fundamentalt ulike hverandre.

### **3.1.3 Konsekvenser for organisasjonsledelse**

I denne dominante diskurs, eksisterer det i henhold til Stacey, sett med antagelser som har stor innvirkning på hvordan ledelse utfører sin rolle i organisasjoner. Diskursen fordrer ledelsesantagelser med en ideologi som omhandler design, regelmessighet og kontroll. Fordi årsak og virkning anses å være relatert til hverandre på en linear måte, genereres en tankegang hvor man anser det som nødvendig å kontrollere organisasjoners prosesser. Fordi kontroll er enklere å oppnå nær ekvilibrium, likestilles suksess i organisasjonene ofte med stabilitet. For å nå de mål som etableres i organisasjonenes langsiktige planer, ansees det som en ledelsesoppgave å styre organisasjonens retning, og for å oppnå stabilitet kreves stor grad av konsensus mellom individene i organisasjonene.

Staceys kritikk av denne diskursen, er at den er en forenklet tilnærming til hvordan både individer og organisasjoner fungerer. Hans argument er at diskursen retter et overdrevent fokus mot prediksjoner, design og kontroll i organisasjonene, mens viktige elementer med stor betydning for organisasjoners funksjon, som gjensidig påvirkning, uforutsigbarhet, vanlige dag-til-dag aktiviteter som samtaler og politikk, og andre viktige innholdsrike komponenter av sosialt liv, ignoreres.

Stacey argumenterer derfor sterkt for viktigheten av å utarbeide et annerledes syn på selve naturen i hvordan individer og organisasjoner fungerer. Denne endringen antas så å ville ha sterk innvirkning på hvordan ledelse utføres for å oppnå nyvinning i organisasjoner.

### **3.2 Sentrale begreper i kompleksitetsteori**

For å være i stand til å kunne forklare hvorfor elementene ovenfor vanskeliggjøres i kompleksitetsteori, vil det først være nødvendig med en innføring i de kompleksitetsteoretiske prinsippene som motstrider tankegangen som eksisterer i dominant diskurs. Følgende seksjon vil derfor ta for seg noen av de mer sentrale prinsipper som eksisterer i teorien. Flere av disse begrepene har sitt grunnlag i naturvitenskapen, men er allikevel svært relevante for å forstå de tanker om balanse, endring, samspill og rytme, som ligger til grunn også for teoriens organisasjonsrettede tankegang. Det vil derfor bli foretatt en innføring i disse, før studiets tematikk igjen vris mot det organisasjonsrettede.

#### **3.2.1 Kompleksitet, selvorganiserende systemer, koevolusjon og emergens**

Et komplekst system er ethvert system som innen seg selv, har kapasiteten til å respondere til miljøet rundt seg på mer enn én måte (McMillan, 2006). Essensielt sett betyr dette at systemet ikke er et mekanisk system med kun ett handlingsforløp tilgjengelig, men i stedet at det har interne muligheter for valg av responser som kan trekkes frem, avhengig av situasjonen systemet står ovenfor.

Selvorganisering forekommer idet forbindelser og interaksjoner mellom gruppe-medlemmer forekommer som meningsfylt og sammenhengende atferd, også i fravær av hierarkisk struktur. Disse atferdsmønstrene kan være spontane, og ikke designet eller forordnet av noe spesielt individ (Ashmos et al, 2002). Konseptet om selvorganisering omhandler hvordan en spontan form for orden tenderer å fremgå, uten at dette bevisst intenderes av agentene involvert i prosessen. Den fremkommer tilfeldig, gjennom historiske og kulturelle krefter som eksisterer iboende i situasjoner, og gjennom handlingene til individer som tankeløst koordinerer sine handlinger med hverandre (Stacey, 2011).

Intern selvorganisering kan forekomme grunnet endringer i et systems miljø. Koevolusjon innebærer endringer i de underliggende elementene av et system, for eksempel at systemer gradvis legger fra seg elementer av systemet som kan ha vært nyttige i fortiden men ikke lenger innehar denne egenskapen, og at de tilpasser nye elementer og interaksjonsmønstre som kan være nyttige i fremtiden. Selvorganisering kan trigges av eksterne hendelser, men denne selvorganiseringen trigger så responser i systemet, som skaper reaksjoner fra dets nærliggende miljø, slik at en kontinuerlig sirkel av gjensidig læring og tilpasning forekommer

(Ashmos et al., 2002). Tanken er at systemer ikke kun forsøker å tilpasse seg statiske miljøer, men heller at systemet lærer å tilpasse seg et miljø som også selv tilpasser seg systemet.

I prosessene nevnt ovenfor, vil fenomenet emergens ofte finne sted. Emergens, eller det 'å framvokse', er et hovedtema som stadig flyter igjennom kompleksitetsteoriene. Fenomenet omhandler prosessen av utvikling, tilpasning og transformering på spontane og intuitive måter, til endrede omstendigheter, og å finne nye måter å eksistere på. Og, samtidig som man gjør dette, opplever man at noe komplekst, uforventet og berikende finner sted (Ashmos et al., 2002).

### **3.2.2 Komplekse adaptive systemer (KAS)**

Selv-organiserende prinsipper er selve motoren for skapelsen av komplekse, dynamiske systemer. Dersom disse også er i stand til å tilpasse seg, og lære fra de opplevelsene de møter, utvikles de til å bli komplekse adaptive systemer (McMillan & Carlisle, 2007).

Komplekse adaptive systemer er adaptive i den forstand at de ikke responderer passivt til hendelser (McMillan, 2006). I stedet samler disse data om sine omgivelser, seg selv og sin egen atferd, for så å transformere denne informasjonen gjennom å tolke den. Systemene lærer fra sine erfaringer, søker aktivt opportunistiske kontekster, og utvikler passende strategier som tillater dem å prestere også i kaotiske tilstander. Tolkningene som foretas har deretter potensial til å skape ny mening, samtidig som den også blant annet benyttes for å veilede fremtidig atferd.

Systemene selv-organiserer, hvilket innebærer at de gjennom de nettverk av koblinger de har innad, har evnen til å rekonfigurere de forbindelser og aktiviteter som forekommer i organisasjonen (Ashmos et al., 2002). De er nettverk av flere agenter som handler parallelt. Hver agent befinner seg i et miljø produsert av de interaksjonene som forekommer med andre agenter i systemet. De agerer og reagerer konstant på hva de andre agentene gjør (McMillan, 2006). Læring forekommer ikke som individuelle, separate prosesser, i stedet kan denne sies å forekomme i relateringen som skjer mellom disse systemenes individer idet de sammen tilpasser seg miljøet som omgir dem.

Nettverkene benytter så sine egne interne, dynamiske modeller av verden til å forutse fremtidige situasjoner. Disse modellene er aktive, og kan testes, raffinere og re-arrangeres

etter hvert som systemet gjør erfaringer. I denne forstand ansees prosessene i systemene å være framvoksende. De er alltid i endring, alltid i prosessen av å transformere seg selv.

Et viktig aspekt av disse systemene, er at mangelen på sentralisert kontroll, samt det faktum at forekomsten av spontanitet i systemene allikevel ikke leder til systemer uten orden. Selvorganiserende systemer har sine egne interne former for kontroll, hvorpå struktur og orden ilegges innenifra, heller enn fra utsiden. Systemene består av flere ulike nivåer av selvorganiserende agenter som fungerer som byggeblokker for neste nivå. I en organisasjon vil individuelle, komplekse personer bidra i team av flere andre personer som sammen utgjør et større komplekst adaptivt system. Spontanitet blir i disse systemene en sentral, og naturlig attributt. Derimot bidrar faktorer som kjerne hensikt, kjerneverdier og prosessmønstre i samvirke med selvorganisering til å gi systemene struktur. Også bruken av enkle, nedenfra og opp regler bistår disse komplekse selvorganiserende systemene i stabilitet og retning (McMillan & Carlisle, 2007).

### **3.2.3 Matematisk kaosteori**

Kaosmodeller avslørte et viktig aspekt av naturlige systemers funksjoner, som ikke var blitt lagt merke til tidligere. Mellom parameterverdier hvor systemer er stabile og parameterverdier hvor systemer er ustabile, eksisterer det verdier hvor systemet beveger seg på en måte som muligens kan fremstå å være tilfeldig, men dersom det undersøkes nærmere vil et mønster kunne avdekkes. Dynamiske systemer har en form for orden i kaos. I systemer som tilsynelatende er fullstendig kaotiske eksisterer allikevel elementer av orden, og dermed også en form for uventet stabilitet (McMillan, 2006).

Naturvitenskapens begrep om kaos er et begrep som i daglig tale har misledende konnotasjoner, og som derfor ofte misforstås. Kaos, i den betydning av orden som er ment i naturvitenskapen og i kompleksitetsteori omhandler ikke noe som er ute av kontroll, villedelse eller noe som holder på å desintegreres (McMillan, 2006). I stedet referer begrepet til prosesser som tilsynelatende er tilfeldige eller kaotiske, men som ved nærmere undersøkelse viser seg å ikke være dette. De innehar dypere, mer komplekse mønstre og strømninger av orden enn hva man ved første øyekast er i stand til å fatte eller forstå.

Systemene vil ofte, som et hele, ikke være ustabile, til tross for at de utviser ustabil atferd. Systemet kan fremstå som irrasjonelt og uforutsigbart ved første øyekast, men observasjon

over lengre tidsspenn vil vise mønstre som framvokser som responderer mot hverandre, og som veves rundt til å forme uforventet stabile nett av atferd. De er prosesser som har sin egen form for intern orden, og sine egne typer prosessprinsipper. Et fenomen man finner igjen gang på gang i naturvitenskapen.

Disse mønstrene utviser en form for stabil ustabilitet, hvilket innebærer at det også er forutsigbart uforutsigbart. Den dynamikken og det mønsteret i bevegelser som forekommer, er paradoksalt, og har blitt tildelt navnet 'lavdimensjons kaos' (Stacey, 2011). Denne tilstanden som refereres til som matematisk kaos er ikke en situasjon hvor noe stabilitet og noe ustabilitet eksisterer på samme tid, men det er en situasjon hvor stabilitet og ustabilitet er uatskillelig sammenvevd på en slik måte at det i enhver stabilitet også eksisterer ustabilitet, og de to ikke kan skilles hverandre. Kaos defineres som et irregulært monster av atferd, som genereres av veldefinerte ikke-lineære feedback-regler som ofte er å finne i naturen og menneskelige samfunn (McMillan and Carlisle, 2007). Forstått på denne måten innehar ikke lenger begrepene stabilitet og ustabilitet den samme betydningen som når de forstås som separate tilstander.

### **3.2.4 Teorien om dissipative strukturer**

Teorien om dissipative strukturer omhandler hvordan et system kun kan bevege seg fra et atferdsmønster til et annet av seg selv, dersom dette opererer langt fra en likevektstilstand. I denne tilstanden er systemet i stand til å forsterke uregelmessigheter i sin interaksjon med miljøet, bryte symmetrier og spontant produsere et skifte fra ett mønster av atferd til et annet som ikke kan forutsies fra forrige mønster (Stacey, 2011).

Systemer som befinner seg i lavdimensjons kaos er svært sensitive til sine initielle forhold. Dette betyr at svært små forskjeller, som feil eller fluktueringer, i inputen som forekommer i en periode, kan eskalere over videre perioder slik at mønsteret som forekommer i stor grad er annerledes enn hva som ellers ville ha forekommet. Systemene er ikke-lineære. Dette skaper enorme praktiske vansker for langsiktige predikasjoner (Stacey, 2011). Modeller om matematisk kaos er tilsvarende et stort antall av de fenomener som forekommer i naturen.

### **3.2.5 Randen av kaos**

Kaosteori og teorien om dissipative strukturer forteller oss at komplekse levende systemer ser ut til å ha evnen til å balansere orden og kaos (McMillan, 2006). Dette balansepunktet er kalt «randen av kaos». Dette punktet er et sted hvor delene av et system aldri helt las falle på plass, men som heller aldri fullstendig brytes opp. Kompleksitetsteori postulerer at det er i disse tilstandene, mellom kaos og stabilitet i organisasjoner, at disse kan operere som komplekse adaptive systemer (McMillan & Carlisle, 2007). Randen av kaos tillater en balanse mellom regularitet og uorden. I en organisasjonskontekst kan man tenke seg at dette gir tilstrekkelig med stimulering og frihet til å eksperimentere og tilpasse seg, men også tilstrekkelig med rammeverk og struktur til å sikre at man unngår fullstendig oppløsning i kaos. Kompleksitetsteori postulerer at det er i disse tilstandene at organisasjoner er mest innovative, fleksible og adaptive.

### **3.2.6 Feedback loops**

Til tross for at prosessene som forekommer i komplekse adaptive systemer er selvorganiserende, baserte på endringer i deres miljø og dermed ikke-lineære, er det ikke dermed sagt at deres atferd på ingen måte kan påvirkes. Kompleksitetsteori benytter seg av to begreper for å beskrive faktorer som innvirker på komplekse adaptive systemers atferd.

Negative feedback-loops stabiliserer systemer og holder disse nærere ekvilibrum, ved å dempe eller bufre endringer. Positive feedback loops forsterker eller amplifiserer frekvensen av endringer. Disse beveger et system bort fra dets ekvilibrum, og å gjør dette mer ustabil (Hodge & Coronado, 2007). I organisasjoner kan for eksempel faktorer som læring eller interaksjon bistå i å skape ferske feedback loops som flyter gjennom organisasjonen og gir energi og ny informasjonsflyt, som dermed bistår i skapelsen av nye strategier og handlinger som skaper forandring.

## **3.3 Alternativer til den dominante diskurs**

Kompleksitetsteori søker å forklare bevegelse, utvikling og endring slik dette forekommer i naturlige kontekster. I en organisasjonskontekst søker teorien å forstå menneskelig fungering som enkeltindivider, i fellesskap, og i organisasjoners bevegelser i omfavnende miljøer.



Idet Staceys fremstilling av moderne organisasjonsteoris dominante diskurs sees i sammenheng med kompleksitetsteoretiske nøkkelprinsipper, får man raskt innsikt i den inkongruens som eksisterer mellom de to perspektivene på menneskelig fungering i organisasjoner. Staceys holdepunkter for organisasjoners fungering og hvordan man bør forholde seg til disse oppsummeres i McMillan og Carlisle (2011) og Gupta og Anish (2017) ved følgende punkter:

Kompleksitetsteori postulerer at alle organisasjoner er komplekse adaptive systemer, som kontinuerlig selvorganiserer seg og utvikler seg i koordinerte samspill. Organisasjonenes atferd er ikke lineær, og korrigeres gjennom koevolusjon og feedback loops. Fordelen med denne selvorganiseringen er en organisasjonsstruktur som er flytende, og sensitiv til behovene til sine tilknyttede elementer. Alle organisasjoner er paradokser, i den forstand at de tiltrekkes stabilitet gjennom kontrollprosesser, menneskelige behov for sikkerhet og stabilitet, og ved tilpasning til miljøet. Allikevel trekkes de også mot ustabilitet, gjennom organisatoriske splittelser og desentralisering, menneskelig behov for endring og innovasjon, og avstand fra miljøet rundt dem.

Organisasjoner i stand til å utvise både i stabil, kaotisk og høyst ustabil atferd. Dersom organisasjoner er for stabile vil de stagnere og miste sin evne til endring. Trekkes de mot for stor grad av ustabilitet står de derimot i fare for å fullstendig oppløses. Suksess eksisterer i grensene, og vellykkede organisasjoner er i stand til å operere mellom disse to tilstandene, i det som er blitt referert til som 'randen av kaos'. Det er i denne tilstanden at organisasjoner er i stand til å interagere både med sitt interne og eksterne miljø.

Fokuset på stabilitet i dominant diskurs, utfordres av kompleksitetsteori. Den endrede tankegangen har implikasjoner for ledere som søker å opprettholde konkurransedyktighet i miljøer som stadig er i endring, og som ønsker mer dynamiske og adaptive modeller for endring og innovasjon i egen virksomhet. I henhold til kompleksitetsteori, er vellykkede organisasjoner de som har en dynamikk av uregelmessige sykluser og diskontinuerlige trender. Systemenes atferd vil allikevel inneha gjenkjennelige mønstre som det lar seg gjøre å forstå og arbeide med. Systemenes sensitivitet til små endringer gjør det allikevel umulig å forutse eller kontrollere deres fremtid.

Ledere behøver i denne sammenheng derfor å tenke annerledes om hvordan de forstår sine organisasjoner. Fordi spesifikke handlingsforløp er uforutsigbare, vil langsiktig planlegging

av organisasjonenes fremtid inneha mangelfull funksjonalitet. Dynamikken gjør også et ingen agent egenhendig vil være i stand til å kontrollere organisasjonenes langsiktige framtid. Handlinger som å konstruere prosessendringer, installere verdier eller å utvikle poliser for organisasjoner som et helte er, i dette perspektivet, fånyttes. Det lar seg ikke gjøre for en mindretallig velmenende gruppe mennesker å direkte dirigere organisasjonens retning.

### **3.4 Implikasjoner for organisasjoners evne til innovasjon og endring**

Som et resultat av tankegangen beskrevet ovenfor, fordrer kompleksitetsteori former for ledelse som tillater strategisk prioritering å oppstå spontant, gjennom de lokale responser og den nyvinning som naturlig forekommer i komplekse adaptive systemer. Suksessfull strategi antas å fremkomme organisk, ved at selvorganiserende prosesser av politikk og kompleks læring skaper nye adaptive strategiske retninger, som så selv injiseres i daglig handling. Kunnskap og innovasjon forekommer i situasjoner hvor individer relaterer og samhandler med hverandre og miljøet som omgir dem. Det lar seg derfor gjøre at langsiktig utvikling forekommer som spontane prosesser, hvor nye strategiske retninger oppstår (McMillan & Carlisle, 2011).

Teorien postulerer også at komplekse systemer utvikler seg i optimal forstand når agentene som utgjør dem er mangfoldige (Stacey, 2011). Årsaken til dette er at lokal, konfliktbasert interaksjon blant agentene i et system fordrer aktiv problemløsning og genererer bredde i potensielle løsninger. Teorien fordrer derfor å tidvis bryte med ro og tradisjonelle mønstre i organisasjonen, og å avvikle det fokuset på stabilitet og konsensus som tradisjonelt eksisterer i organisasjoner. Kompleksitetsteori postulerer at alle individer kan bistå med verdifulle, strategiske bidrag til formuleringen av endringstiltak.

I stedet for å anse medarbeidere som passive mottakere av endring som initieres av høyerestående ledelse, ansees disse å stor grad ha innvirkning på de utfall som forekommer i organisasjonen. Kompleksitetsteori indikerer derfor at det behøves en tilnærming til endringsledelse hvor ledere innser at de har mindre kontroll over endringsprosesser enn hva tradisjonell diskurs impliserer (Stacey, 2011). I stedet anbefales en tilnærming hvor man søker å ta nytte av de ukontrollerbare menneskelige prosessene som eksisterer i organisasjoner slik at man kan oppfordre til-, og utvikle framvoksende strategi gjennom selv-organisering.

## 4 Kompleksitetsteori anvendt i helsetjenestene

Det argumenteres ofte for at kompleksitetsteori ikke lar seg benyttes praktisk i organisasjoner, og at teoriens hovedverdier utelukkende eksisterer i form av metaforer som omhandler dynamikken som eksisterer i organisasjoner (McMillan & Carlisle, 2007). I samsvar med påstandene, kan det sies at det fremdeles eksisterer en mangel på studier som benytter seg av kompleksitetsteori i empiriske tilfeller, på måter som fremhever teoriens potensial og de konkrete virkemidlene teorien kan bistå med i organisasjoner (Essén & Lindblad, 2012).

Gjeldende studie søler derfor å synliggjøre det brukspotensial som eksisterer i teorien. Kompleksitetsteori er blitt benyttet for å studere og bistå til endring i helsetjenestene for omkring to tiår (Lanham, 2013). Anvendelsen i helsetjenestekontekster har bistått det kompleksitetsteoretiske feltet med flere studier som illustrerer hvordan prinsipper trukket fra teorien kan benyttes som veiledende verktøy i prosessen av organisatorisk innovasjon og endring. En av årsakene til at teorien kan fremstå å ha blitt benyttet mye i helsetjenestene, kan antas å være måten kompleksitetsteoretiske forståelser av organisasjoner, ser ut til å sammenfalle med helsetjenestenes fungering.

McDaniel og Driebe (2001) beskriver hvordan det store antallet profesjonelle som kreves for å nå mål i helsetjenestene kan sies å utgjøre komplekse adaptive systemer. Systemene styres ofte indirekte, av distribuerte, mindre grupper av autoritetspersonell i organisasjonene, fremfor gjennom offisiell sentralisert kontroll. Helsetjenestene er også til enhver tid påkrevd å utvikle seg i tråd med det samfunnet og de omstendigheter som favner organisasjonen i prosesser av koevolusjon, hvor også samfunnet rundt også tilpasser seg institusjonene. Tjenestene har heller ingen «permanent ideell tilstand», men tvinges å operere i en dynamisk tilstand hvor organisasjonene kontinuerlig tilpasser seg miljøet rundt dem, som komplekse adaptive systemer i kontinuerlig utvikling.

Penprase (2003) utdyper denne tankegangen, og advokerer for helsetjenestene som komplekse nettverk av interaksjoner som utgjøres av en rekke mindre subsystemer. Disse subsystemene utgjør byggeblokker som sammen utgjør organisasjonens hele, hvor ny atferd oppstår gjennom emergens. Endring forekommer idet tjenestenes medarbeidere relaterer med hverandre i disse subsystemene. Man lærer gjennom å reagere og respondere både på den utvidede kontekst som eksisterer i organisasjonene, samt fra miljøet som omgir dem. Læringen gjør at man forventer visse former for atferd fra andre systemer. For å håndtere

disse og maksimere sin egen overlevelse på best mulige måte, lærer systemet hvordan disse bør håndteres. Prosessen medfører emergens i hvordan organisasjonens mønstre utarter seg. Responser på utfordringer i omgivelsene skaper kreative og innovative strategier fra systemets agenter. Uten å behøve intervensjon vil disse systemene også naturlig og spontant søke orden.

Dersom man godtar disse institusjonene som komplekse adaptive systemer, kan det å utforske kompleksitetsteoretiske prinsippers potensial i helsetjenestene bære frukter. Samtidig skaper tankegangen, nettopp slik Stacey intenderte, en svært annerledes måte å forstå hvordan endring kan forekomme på i disse organisasjonene.

#### **4.1 Praktiske implikasjoner fra kompleksitetsteori**

Endringer, i mange organisasjonskontekster, kan svært ofte sies å forekomme som kriseresponser på eksterne trusler. Svært mange forsøk på omfattende endring eller transformasjon tenderer også å feile, på en måte eller en annen. Årsakene til disse endringsvanskene er mange. En av disse er dog at «ovenfra og ned» kulturene som eksisterer i mange organisasjoner kan hemme de naturlige innovative og adaptive egenskapene fra medarbeidere lavere ned i organisasjonens hierarki (McMillan & Carlisle, 2007). Et distinktiivt trekk ved kompleksitetsteori er dens ønske om å skape ny orden og nye metoder å arbeide, tenke og samhandle på. Teoriens prinsipper søker å bistå ledere i å utføre endringsintervensjoner som høster inn de demokratiske aspektene av «nedenifra og opp» endring.

I en studie av 21 sykehus og deres sensitivitet til sine omgivelser, fant Ashmos m.fl. (2002) at de sykehusene som i størst grad var sensitive til endringer i sine omgivelser og i stand til å respondere på disse, var sykehus som viste stor grad av interne deltagemønstre. Disse viste tegn på sterkere kompleksitet internt, mer deltagelse ved alle nivåer i organisasjonen, mer kompliserte strategier og mer strukturell kompleksitet. De mer komplekse organisasjonene presterte også signifikant bedre økonomisk enn de mindre internt komplekse organisasjonene

Lanham m. fl. (2013) undersøkte hvordan kompleksitetsteoretiske prinsipper kan benyttes for å bedre spredningen av beste praksis tiltak i to ulike helsetjenestekontekster. Studien fant at kompleksitetsteoretisk orienterte verktøy som selvorganisering, nære koblinger mellom

aktører og meningskaping bisto som essensielle hjelpemidler i endringsprosessene som forekom, fordi de i stor grad bistod deltakerne i endringstiltakene i å håndtere usikkerheter og uforutsigbarhet som forekom på veien. Det ble av forfatterne argumentert at å forstå selvorganisering kan lede til implementering av design som anerkjenner viktigheten av lokale kontekster, hvilket kan øke sannsynligheten for vellykket spredning av gode tiltak.

I en studie av Mitleton-Kelly (2006) foretatt ved to London-sykehus, medførte endringer i miljøet at sykehusene drastisk måtte foreta endringer i sin praksis. Ønskede forbedringer i pasientreisen ved ett av sykehusene ble tilnærmet som en stor utfordring som alle kunne delta i å løse. Medarbeidere ble tildelt mindre budsjetter for å fasilitere utforskning av nye måter å arbeide på, og aktivt oppfordret til å teste ut nye ideer lokalt. En distinksjon ble stilt mellom klinisk og administrativ praksis, hvilket tillot lokale team å teste ut nye ideer uten å måtte gjennomgå kompliserte, tidkrevende og sentraliserte autorisasjonsprosesser. Arbeidsmetodikken bidro til at medarbeidere involvert i sykehusets endringsprosesser oppfattet denne på svært positive måter, og skapte et utbredt ønske om å re-tenke hvordan deres spesifikke del av tjenesten kunne leveres i forbedret form.

I en studie av Essén og Lindblad (2012) av potensialet som eksisterer i emergente endringsprosesser, benyttet en innovasjonsprosess av et svenskt reumatologisk kvalitetsregister som et eksempel. Prosessen benyttet seg ikke av de sekvensielle stegene man vanligvis forbinder med suksess i innovasjonslitteraturen, men skapte allikevel systemomfattende endringer ved helseinstitusjonene involvert. Forskerne beskriver hvordan prosjektet kontinuerlig fikk nye former for mening gjennom hele sin utvikling, men allikevel bevarte sin stabilitet gjennom delte verdier i form av et felles ønske og ambisjon om å avmytifisere og kurere reumatoid sykdom, hvilket kontinuerlig drev prosjektet fremover. Prosjektet benyttet seg av fleksibilitet på et teknisk nivå i utarbeidelsen av nye tiltak. De mulighetene som ble ansett som praktisk verdifulle og som bidro til forbedret helse fikk fortsette, andre som viste seg å ikke fungere i praksis ble gitt slipp på og forkastet. Tiltakene ble sett på som "levende organismer" som var nødt til å være i stand til å kunne tilknyttes andre deler av helsetjenestene for å skulle kunne arbeides videre med. Profesjonell frihet og medisinsk profesjonalitet var et kontinuerlig fokus, og det eksisterte ingen tvil om at reumatologiforeningen, - fremfor klinikkledere eller polisetakere, var de som skulle avgjøre innholdet og funksjonene av innovasjonen. Studiet illustrerer hvordan en pågående, praksisdrevet forbedringsprosess, som ble utløst av behov og energi blant de som arbeidet med

problematikken i det daglige, var i stand til å lykkes med varig og holdbar endring i helseinstitusjonene involvert.

## **4.2 Teoriens virkemidler**

Grobman (2005) oppsummerer kompleksitetsteoris implikasjoner for organisasjonsfungering på følgende måte:

«Kompleksitetsteori hentyder at organisasjoners ledere bør bringe organisasjonene sine nærere 'randen av kaos' fremfor feilsøking, å stole på medarbeideres evne til å selvorganisere for å løse problemer, å oppfordre fremfor å forvise uformelle kommunikasjonsnettverk, å 'go with the flow' fremfor å forfatte prosedyrer, å bygge inn visse overflødighet- og slakk-ressurser, og å indusere et sunt nivå av spenning og angst i organisasjonen for å promotere kreativitet og maksimere organisasjonens effektivitet.»

(Grobman 2005, side 350, oversatt til norsk)

Over årene er en rekke kompleksitetsteoretiske studier blitt utført med siktemål om å utarbeide konkrete virkemidler som kan bistå organisasjoner i å skape en kompleks kultur i sin drift. Fremstillingen nedenfor trekker på Staceys åttestegsmodell til kompleksitet (1993), modifikasjoner av disse stegene presentert av McMillan og Carlisle (2007) og en sammenfatning av anbefalinger fra flere praktisk rettede artikler innen kompleksitetslitteraturen. Vedlagt er også to tabeller som sammen illustrerer de ulike diskurser som representeres ved tradisjonell organisasjonsteori og kompleksitetsteori.

### **4.2.1 Å endre forståelsen av kontroll**

Ledelse bør endre sin forståelse av kontroll, fra en tankegang om å dirigere organisasjoner i den retning man ønsker disse skal bevege seg i, til å tillate «open-ended change», hvor selvorganiserende prosesser tillates å produsere kontrollert atferd hvor organisasjoners strategiske valg styres av medarbeideres oppfattede behov. Sekvenser av valg og handlinger kan fortsette i en spesifikk retning dersom disse nyter tilstrekkelig med støtte. Fordi fremtiden i komplekse adaptive systemer er usikker, kommer suksess fra kapasitet til å lære, og læring erstatter kontroll som en essensiell ledelsesbasert funksjon.

I endringsprosesser bør det derfor fokuseres på støttende læringsmiljøer og å tilrettelegge for medarbeiderdeltagelse. Det søkes å etablere en organisasjon hvor hver enkelt medarbeider tar ansvar for organisasjonens fremdrift, gjennom distribuert intelligens og distribuert ansvar (Mitleton-Kelly, 2011). Skal det arbeides med kontinuerlige prosesser av koevolusjon og selvorganiserende systemer behøver man organisasjoner som er mer tolerante for emergens, uforutsigbarhet og usikkerhet. At ledelse er innforstått med denne funksjonsformen er nødvendig, men ikke tilstrekkelig, da endringene også må integreres i organisasjonens kultur, gjennom kontinuerlig, aktiv involvering av medarbeidere.

#### 4.2.2 Oppfordring til selvorganiserende grupper

Grupper er selvorganiserende idet de oppdager sine egne utfordringer, mål og målsettinger. Disse formes som regel spontant, men ledelse kan allikevel spille en rolle her i den forstand at en atmosfære hvor dette lar seg forekomme kan skapes. Medarbeidere kan spørres om å delta i selvorganiserende prosjektteam for å håndtere spesifikke problemer eller behov i organisasjonen. Entusiastiske medarbeidere og såkalte «ildsjeler» bør oppfordres til å involveres i endringsprosesser, fordi engasjement og dedikasjon i prosesser tenderer disse å gjøre disse selvregjerende, i den forstand at de selv styrer sin fremdrift for å nå sine mål (McMillan & Carlisle, 2007).

En sentral komponent i handlingend i komplekse adaptive systemer er skapningen av forbindelser og forhold. Agenter i disse systemene lar seg så lede av informasjonsflyt i lokale

Dagens referanserammer	Et nytt seft referanserammer
Langsiktig fremtid er, i en viss grad, forutsigbar.	Langsiktig fremtid er ukjent.
Visjoner og planer er sentrale i strategisk ledelse.	Dynamiske agendaer om strategiske temaer er sentrale i effektiv strategisk ledelse.
Visjon: én felles delt organisasjonsvid intensjon. Et bilde på en fremtidig tilstand.	Utfordring: Flere ambisjoner, som strekker seg og er tvetydige. Oppstår ut ifra nåværende dårlig strukturerte og motstridende problemer med langsiktige konsekvenser.
Sterkt delte kulturer.	Motstridende motkulturer.
Et enstemmig lag av ledere som operer i en tilstand av konsensus.	Lærings grupper av ledere, konflikt som kommer til overflaten, engasjement i dialog, offentlig testing av antagelser.
Beslutningsstaking som en rent logisk, analytisk prosess.	Beslutningsstaking som en utforskende, eksperimentell prosess basert på intuisjon og analog resonnering.
Langsiktig kontroll og utvikling som overvåkningsprosesser ovenfor planlagte milepæler. Begrensninger gitt av regler, systemer og rasjonelle argumenter.	Kontroll og utvikling i «åpen-slutt» situasjoner som politiske prosesser. Begrensninger gis av behovet for å bygge og opprettholde støtte. Salvstyrt læring som kontrollmekanisme.
Strategi som realiseringen av gitte intensjoner.	Strategi som spontant oppstår gjennom emergens fra kaoset som oppstår i utfordring og motsigelse, gjennom en prosess av sanntidslæring og politikk.
Toppledere driver og kontrollerer strategisk retning.	Toppledelsen skaper gunstige forhold for kompleks læring og politikk.
Generelle mentale modeller og oppskrifter for en rekke spesifikke situasjoner.	Nye mentale modeller kreves for hver nye strategiske situasjon.
Adaptiv likevekt sammen med miljøet.	Ikke-ekvilibrium, kreativ interaksjon med miljøet.

**Figur 1: Å endre tankegangen bak strategisk ledelse. Stacey, 1993, side 12. Oversatt til norsk.**

koblinger. Ledere bør så fremheve disse lokale koblingene, samtidig som man også skaper noen høyst sentraliserte, systemomfattende sett av koblinger.

### 4.2.3 Ko-kreasjon av nye tiltak

Innovasjon og forbedring bør fasiliteres gjennom samskapingen av et muliggjørende (enabling) læringsmiljø. Samarbeid, og en tilnærming som fokuserer på tosidig «ovenfra og ned» og «nedenfra og opp» inkludering, gjør et slikt miljø mulig og bærekraftig (Mitleton-Kelly, 2006).

En konsekvens av kompleksitetsteoretisk tankegang er forståelsen av at radikal endring ikke kan genereres og frembringes fra ett individ alene. Endring i komplekse adaptive systemer forekommer idet flere agenter ser funksjonen av nye måter å arbeide på, og resultatet av endringer får fordeler av den distribuerte intelligensen fra alle organisasjonens ansatte. Dersom læring fra vellykkede eksperimenter kan oppmuntres og deles, tillates forbedringsprosesser å akselerere og spres, og kan dermed blir bærekraftig over en lengre tidsramme.

Et nøkkeltrekk i disse organisasjonsformene er derfor bredt engasjement i stab på alle involverte nivåer (Mitleton-Kelly, 2006). Kompleksitetsteoretiske tilnærminger søker i denne forstand å maksimere koblingene som eksisterer i organisasjoner ved å koble menneskelige ressurser, maksimere deltagelse, skape autonomi for de ulike systemene og å minimere kontrollmekanismer (Ashmos m. fl. 2002). Medarbeidere bør involveres fra alle nivåer og roller i strategiske diskusjoner og debatter. Ledelse kan både foreta tilfeldige inkluderinger og tillate medarbeidere å delta dersom disse uttrykker interesse (McMillan & Carlisle, 2007). Bærekraftige forbedringer oppnås og vedvarer i større grad dersom det eksisterer et aktivt engasjement blant de ansatte. Ashmos m. fl. (2002) fremhever bruken av deltagende beslutningsprosesser som et verktøy for å skape sterkere nettverk i organisasjonen, som i retur

	Tradisjonelt	Kompleksitetsinspirert
Hvordan initieres endring?	Endringsprogrammer skapes i toppen av organisasjonen.	Endringsprogrammer oppstår gjennom emergens fra «nedenfra og opp» prosesser.
Hvordan formes team for å implementere endring?	Teammedlemmer tildeles til formelle team av ledelsen.	Uformelle team formes spontant. Prosessen kan initieres av å spørre etter frivillige.
Hvordan fordeles roller?	Ledere avgjør hvem som gjør hva.	Teammedlemmer avgjør hvem som gjør hva.
Hvor kommer autoriteten til å foreta handling fra?	Individuelle teammedlemmer myndiggjøres av toppladelse.	Individuelle teammedlemmer myndiggjøres av teamet.
Hvordan kontrolleres aktiviteter?	Teamaktiviteter er enten direkte kontrollert eller styrt av toppladelse.	Teamaktiviteter finner sted innenfor rammer av skjønn som påvirkes av toppladelsen.
Hvorfor er kommunikasjon viktig?	Kommunikasjon er et middel for å informere og styre mening.	Kommunikasjon er et middel for å utvikle delte tolkninger og forståelser.
Hvordan oppfattes mangel på kontroll over endringsprosesser?	Det er et potensielt problem.	Det er uunngåelig men skaper en mulighet for utvikling og å fremme emergent strategi.

**Figur 2: Tradisjonelle og kompleksitetsinspirerte tilnærminger til forandring. McMillan & Carlisle, 2007, side 577. Oversatt til norsk.**



gir organisasjonen forsterkede muligheter til å selvorganisere seg, og å koevolusjonere på mer effektive måter enn i tilfeller hvor koblingene i organisasjonen forekommer på et minimalt nivå.

Deltakende beslutningsprosesser bidrar til å gjøre organisasjoner og deres responser mer komplekse, i den forstand at avgjørelsesprosesser vil involvere en rekke beslutningstakere, en rekke informanter, ulike tolkninger og et bredt spekter av informasjon. Disse koblingene mellom ansatte skaper dog tette, rike forbindelser som enkelt overfører informasjon og muliggjør meningsskaping blant underenheter. Inkluderingen bistår til at en rekke ulike deler av systemet, ikke kun dets ledere, benytter seg av sine syn på hendelser, sin kunnskap til organisasjonen og sin kunnskap til egne roller, til å skape nye tilpasninger til sine omgivelser. Tilkoblingene gjør det enklere for systemet både å lære, og å effektivt selvorganisere seg for fremtidige utfordringer.

Arbeidsformen, og dens økte kompleksitet, kan skape forvirring, rot og interne konflikter i systemer, en tilnærming ukjent for ledere vant med å søke stabilitet, forutsigbarhet og ryddighet i systemene de arbeider med. Den økte mengden med informasjon som genereres ved tettere koblinger mellom agenter og bredere deltakelse der problemløsning forekommer, har dog potensial til å skape nye ideer og tilpasningsmetoder som forekommer i samspill (koevolusjon) med endringer i miljøet som omgir dem.

#### **4.2.4 Bruk av deltagelse, multiple kulturer og mangfold**

Deltakelse og egalitære workshops kan skape strategiske involveringsprosesser som involverer et bredt spekter av individer i diskusjon og debatt om fremtidig utvikling i organisasjoner. Nåværende situasjon og organisasjonens nåværende strategiske reposner kan legges frem av ledere med strategiske, før disse deretter kan utfordres og debatteres. Workshoper skaper muligheter for personer til å utvikle ferske perspektiver, lære mer om organisasjonen og andres roller, og de oppfordrer til ny læring samtidig som de skaper fersk informasjonsflyt rundt i organisasjonen og skaper nye uformelle nettverk. Disse skaper deretter nye feedback loops som forstyrrer organisasjonens ekvilibrium, og oppfordrer til innovative endringer og adaptive responser (McMillan & Carlisle, 2007).

Ved å legge til rette for mangfold i deltagelse bistås det til at alle «organisasjonens øyne og ører» inkluderes i jakten på å oppdage nåværende og fremtidige utfordringer og muligheter

for organisasjonen, samtidig som at prosessen kan berike strategisk debatt og engasjere medarbeidere direkte i strategisk handling (McMillan & Carlisle, 2007). Enhver medarbeider kan oppmuntres til å utforske nye ideer, forutsatt at disse ikke risikerer å skade organisasjonens fungering (Mitleton-Kelly, 2006).

#### **4.2.5 Å bygge på eksisterende prosedyrer og kunnskap**

En teknikk anbefalt i kompleksitetsteori er å arbeide for å skape hva som behøves ved gjeldende øyeblikk, ut av de materialene man har for hende (McDaniel & Driebe, 2001). Konseptet handler om å utforske endring ett steg unna det som allerede eksisterer i organisasjonen, ved å benytte seg av «byggeblokker» som allerede eksisterer, men som så settes sammen på nye måter (Mitleton-Kelly, 2006). I stedet for å spørre seg «hva behøver jeg for å gjøre det jeg ønsker å gjøre» bør man heller tenke «hva kan jeg skape fra det jeg har».

Idet man oppdager et nytt fremskritt, melder nok et nytt fremskritt seg gjeldende fra den utvidede virkeligheten og de nye oppdagelsene som ble gjort ved forrige skritt. For hvert skritt man tar åpnes nye, ferske områder å utforske som ville ha vært utenkelige ved begynnelsen av utforskningen. Et eksempel på denne formen for fremskritt finner man i den kontinuerlige åpningen av nisjemarkeder i områder og produkter som kun noen få år tidligere ikke en gang hadde blitt tenkt på. Metodikken krever dog god kjennskap til eksisterende tilstander, slik at nye, kreative måter å arbeide med allerede eksisterende situasjoner kan benyttes.

#### **4.2.6 Å verdsette mindre, inkrementelle endringsprosesser**

Tradisjonelle syn på innovasjon og endring tenderer å gi organisasjoner et fokus på at de skal «klargjøre seg til å gjøre ting på rett vis». Dersom man derimot i stedet anerkjenner den dynamiske, og ikke lineære naturen som eksisterer i organisasjoners evolusjon, vil man i stedet være i stand til å handle idet hendelser utspiller seg. Handling bør fokusere på små endringer som kan skape positiv feedback i systemet. Små endringer skaper mindre fallhøyde, og har anledning til å kunne testes på en relativt trygg måte uten å risikere omfattende konsekvenser dersom disse skulle feile. Dersom tiltakene er vellykkede kan disse tilpasses på passende vis til andre avdelinger (Mitleton-Kelly, 2006).

Lokal, distribuert utforskning har en rekke fordeler. Denne stimulerer til innovasjon og oppfordrer engasjement fra hele organisasjonen. Transparente prosesser og utfall som deles med andre bistår til at både vellykkede og feilede eksperimenter skaper læring på utbredt basis i organisasjonen.

Miljøet i en organisasjon bør fasilitere utforskning av nye måter å gjøre ting på. Den viktigste læringen som kan gjøres flyter fra prøving- og feilingsbasert handling som foretas i praksis, og hvordan det reflekteres over disse handlingene idet de foretas. Utforskning av ulike alternative muligheter skaper også et repertoar av fleksible og innovative løsninger dersom organisasjoner må respondere på endringer i miljø. Det bør derfor heller arbeides for å støtte opp om situasjoner og miljøer hvor individer lytter til hverandre og verdsetter hverandres innsikt, og hvor denne innsikten tillates å spille videre og utvikles til læring og endringsprosesser (McDaniel & Driebe, 2001).

#### **4.2.7 Å arbeide med føringer fremfor instruksjoner**

Til tross for at komplekse adaptive systemer er selvorganiserte, er dette dog ikke entydig med at disse ikke er i behov for ledelse. Deltagere i disse systemene behøver en viss grad av oppmuntring og veiledning for å selvorganisere på passende måter. Et kjent trekk i administrasjonen av helseorganisasjoner har omhandlet kontroll (McDaniel & Driebe, 2001). Ledelse må i stedet være dyktige på å oppmuntre ting til å skje over alt i systemet, og å tillate disse små, lokale hendelsene å spre seg gjennom systemet. Ledelse kan introdusere problematiske områder som bør løses inn i organisasjonen, uten å sette opp rammer for hvordan disse skal løses. Problemer uten løsninger kan intensjonelt introduseres for å provosere frem et aktivt søk etter nye måter å gjøre ting på. Denne aktiviteten bør også gå to veier, slik at også medarbeidere har anledning til å utfordre dagens tilstander i organisasjonen.

Ledelses fokus bør endrer fra å kjenne verden, til å forsøke å skape mening av verden, fra å forutsi fremtiden, til å forberede organisasjonen på å møte en ukjennelig fremtid, og fra å kontrollere systemet til heller å arbeide for å utløse systemets potensial.

#### **4.2.8 Forståelse av underliggende prinsipper i beste praksis**

Lanham (2013) beskriver hvordan feiling av tiltak i helsetjenestene ofte forekommer som et resultat av mangelfull hensyntaken til variasjonen som eksisterer mellom ulike helsetjeneste-

formasjoner. Tiltak her fokuserer ofte på reproduisering av intervensjoner som er fullstendig tro deres originale form, hvorpå de unike funksjonene i lokale kontekster fullstendig overses. Ofte innehar man en dårlig forståelse for hvordan lokale kontekster bistår i å forme implementeringen av intervensjoner. Å ta hensyn til disse utfordringene er dog fundamentalt for å oppnå storskala forbedringer i kvaliteten, sikkerheten og effektiviteten i helsetjenesten.

Fordi ethvert system har lært, modnet og utviklet seg ulikt, vil også hvert enkelt system respondere ulikt til endringer i sine omgivelser (Penprase, 2003). Dette medfører at beste praksis ikke kan kopieres fra en organisasjon til en annen. Suksess eller feiling er kontekstavhengig, og det er derfor usannsynlig at kopiering av «hva» og «hvordan» kan overføres til nye kontekster. En alternativ tilnærming er derimot å forstå hvorfor visse tiltak har fungert godt, for så å tilpasse denne innsikten eller de underliggende prinsipper i nye kontekster (Mitleton-Kelly, 2006).

#### **4.2.9 Generering av «slakk» i ressurser**

Læring og interaksjon er tidkrevende og tungt arbeid som ikke lar seg oppstå uten investering i ekstra ressurser. En ekstremt viktig forutsetning for at tiltak og strategier skal kunne oppstå gjennom emergens er derfor investering i ressurser for å tillate at dette forekommer. Nye strategiske retninger fremkommer når holdningen og atferden til ledere skaper en atmosfære som er gunstig for individuelt initiativ, interaksjon og læring i grupper (Stacey, 1993). Ledere må derfor skape tid for agenter til å være oppmerksomme på, og å tolke hendelsene rundt dem.

## 5 Design og metode

Gjeldende oppgave har benyttet seg av kvalitativ metode som valgt tilnærming, hvorpå et spesifikt case er blitt benyttet som datagrunnlag. Av hensyn til prosjektdeltakerne, er prosjektets navn anonymisert, og vil heretter refereres til som «prosjektet» eller «caseprosjektet». Observasjon og intervjuer er blitt benyttet for å hente inn data.

Egen kjennskap til norsk helsetjeneste var i forkant av denne oppgaven svært begrenset. Det var derfor ønskelig å oppnå så mye dybdekunnskap som det lot seg gjøre på den begrensede tiden som eksisterte til disposisjon. Sammenlignet med eksempelvis kvantitativ metode, var kvalitativ fremgangsmåte preferert, da kvalitativ metode tillater forskeren å gå i dybden av et tema, og kan belyse et fenomen opp imot den konteksten fenomenet inngår i, samtidig som man får muligheten til direkte tilgang på hva som skjer (Thagaard, 2013). For best mulig innsikt, og en så grundig og dyptgående forståelse som mulig av helsetjenestenes fungering og arbeid med endring, ble kvalitativ metode derfor ansett som en naturlig tilnærming.

Fordi prosjektet var pågående, og fordi det var antatt at deltakerne ikke ønsket å forringe verdien av eget arbeid, var en bekymring i forkant av studiet at prosjektmedlemmene kunne fremstille prosjektet i et idealistisk lys. Å kombinere både observasjon og intervju skapte i oppgavearbeidet muligheten til både å se på informantenes meninger og opplevelser rundt prosjektarbeidet som foregikk, samt verdifull forståelse av hvordan arbeidet med prosjektet faktisk pågikk i praksis. Kombinasjonen var derfor nyttig for å oppnå en helhetlig forståelse av prosjektets fungering.

### 5.1 Praktisk gjennomføring av undersøkelsen

Observasjon av forskningsprosjektets arbeid forekom ved en rekke anledninger. Disse besto av deltagelse på fire prosjektmøter, hvert enkelt med en varighet på 2 timer. Observasjon forekom også ved deltagelse på et arbeidsmøte hvor en workshop for utarbeidelse av beste praksis for arbeid med vurderingsbesøk på sykehus, samt maler for utføringen av disse intervjuene, ble planlagt. Deretter ble også denne workshopen deltatt på. Deltakerne ved møtene som ble observert besto av ulike typer helsepersonell fra institusjonene som hadde forpliktet seg til å arbeide med prosjektet, som regel 10-12 deltakere per møte. Det ble ved disse benyttet både lydopptak og notater for å merke seg interessante hendelser. Tidsperioden

for observasjon strakk seg fra februar til mai 2017, og var ment å fungere som supplerende til studiets intervjuer, som fungerte som studiets hovedkilde til informasjon.

Seks semi-strukturerte intervjuer ble også utført i perioden april til mai 2017. I forkant av intervjuene ble en intervjuomal utformet, rekkefølgen i hvordan disse ble spurt var derimot svært fleksibel, og en rekke oppfølgingsspørsmål ble spontant forespurt underveis i intervjuene. Disse var derfor unike for hvert intervju. Intervjuene ble utført med enkeltpersoner ved de ulike medarbeidernes tilhørighetsinstitusjoner, hvorav kun undertegnede og personen som ble intervjuet var tilstede. Samtalene bestod alle av en times varighet, og ble tatt opp på bånd og deretter transkribert.

## **5.2 Utvalgsprosedyre**

Det ble i forskningen basert seg på et tilgjengelighetsutvalg. En formell henvendelse med forespørsel om intervju som inkluderte informasjon om oppgavens hensikt ble formidlet til samtlige medarbeidere på deltakerlisten til prosjektets møter. Intervjuer ble så utført med samtlige medarbeidere som responderte på forespørselen innen rimelig tid. Prosessen resulterte i seks intervjuer, som ble ansett som ett tilstrekkelig utvalg for å oppnå de analytiske mål som eksisterte i prosjektet.

Etisk godkjenning ble administrert gjennom avtale, og informert samtykke, fra deltakerne i studiet som alle var erfarne profesjonelle. Studiet er meldt Norsk Senter for Forskningsdata. Av hensyn til anonymisering av utvalget er de ulike informantenes stillingstitler ikke oppgitt i studiet, da det begrensede antallet utøvere i prosjektet vil medføre at stillingstitler avslører informantenes identitet.

Studiets utvalg var strategisk i den forstand at alle deltakerne representerte egenskaper som var relevante for problemstillingen, og at fremgangsmåten for å velge ut deltakerne var basert på at disse personene var tilgjengelige (Thagaard, 2013). Enhver medarbeider som hadde deltatt på ett eller flere av prosjektmøtene i prosjektet, eller på workshopen som ble holdt, ble ansett som ønskelige kandidater for intervjuer. Deltagerne i disse møtene inkluderte både prosjektledelse, nøkkelpersonell involvert i prosjekttiltakenes utforming, mellomledere ansvarlige tiltakenes implementering ved sine avdelinger i testperioden, og utøvende personell (sykepleiere) som har arbeidet pasienter tilknyttet prosjektet i daglig praksis. Alle

disse ble ansett å være verdifulle informanter med god nok kjennskap til prosjektet og dets fungering til å kunne gi gunstig informasjon om emnet.

Thagaard (2013) advarer om at en fare ved tilgjengelighetsutvalgene er at disse er har en tendens til å representere personer som er fortrolig med forskning, eller som ikke har noe imot at deres livssituasjon blir studert, eksempelvis fordi disse selv føler at de mestrer egen livssituasjon godt. Problematikken kan ha vært gjeldende ved dette studiet, da det eksisterer en mulighet for at kun medarbeidere som selv mener å ha arbeidet godt med prosjektet har akseptert invitasjon til intervju.

Denne problematikken ble ikke opplevd som relevant i gjeldende studie. Enhver medarbeider involvert i prosjektet, og i helsetjenestene generelt, tenderer å være godt vant med eksponering for ulike forskningskontekster. Helsetjenestene er en profesjon sterkt grunnet i akademia i en utbredt forstand. De fleste medarbeiderne har selv omfattende bakgrunn i forskning fra egne studier. Miljøet er også godt vant med doktorgradsstudenter, stipendiater og masterstudenter som kontinuerlig bistår institusjonene med forskning. Det er derfor rimelig å anta at elementet «fortrolighet med forskning» var i stand til å skape noe betydelig skille mellom deltakerne.

I forbindelse med muligheten for at informantene inneholdt en skjev fordeling ved at hovedsakelig deltakere som mente å mestre prosjektet, hadde stilt opp til intervju, ble dette ikke opplevd som en reell bekymring. Årsaken til dette var at en rekke av informantene uoppfordret i intervjuene fortalte om vansker de selv hadde med implementeringen av prosjektet og hvordan innovasjonsprosesser ofte skapte utfordringer for deres arbeid og/eller ledelse. Det ble opplevd som at det eksisterte stor åpenhet for å snakke om ting som ikke fungerte, så vel som hva som gikk bra.

Ved det sjette foretatte intervju var det anledning til å si at et «metningspunkt» var nådd (Thagaard, 2013). Studier av ytterligere enheter ble ikke antatt å kunne gi ytterligere forståelse av de fenomenene som ble studert. En av årsakene til dette var at intervjumalen utformet innledningsvis var svært spesifikk med klart avgrenset tematikk. Utformingen var hensiktsmessig i forhold til den analysen som skulle foretas, men førte også til at den nødvendige informasjonen ble avklart etter et begrenset antall intervjuer. Det ble derfor avgjort å avvise videre informanter som besvarte intervjuforespørselen på dette tidspunkt.

### 5.3 Bruk av case som forskningsmetode

Som allerede nevnt hadde undertegnede svært begrenset kjennskap til helsetjenestene og deres funksjonsform i begynnelsen av gjeldende oppgave. I denne sammenheng var det ønskelig å arbeide med et konkret case som utgangspunkt for informasjonen som ble samlet inn. Årsaken til dette er at case-studier er undersøkelsesopplegg som er rettet mot å studere mye informasjon om få enheter, hvorpå deres hovedpoeng er å oppnå rikholdig informasjon om de enhetene som studien fokuserer på. Metodikken tillater også forsker å analysere et nytt fenomen i en virkelig kontekst (Thagaard, 2013). Fremgangsmåten ble derfor ansett som en god tilnærming for å kunne avgrense og spesifisere et naturlig definert område innen en omfattende tjeneste. Et spesifikt prosjekt pågående i tjenestene ble derfor valgt som case. Prosjektet ga informasjon både om en mye brukt endringsform i helsetjenestene; prosjektene. Prosjektet er et tverrfaglig samarbeid som involverer både sykehus, hjemmetjeneste, fastleger og bestillerkontor. Således var prosjektet godt egnet til å gi informasjon om praksis ved et bredt utvalg av ulike institusjoner i bransjen.

På bakgrunn av oppgavens problemstilling var det ønskelig å avklare hvordan det arbeides med-, og hva slags metoder som per dags dato hovedsakelig benyttes som endringsverktøy i norsk helsetjeneste, hva slags begrensninger disse metodene innehadde, og hvor vidt daglig praksis i tjenestene slik den eksisterer i dag ligger til rette for også å implementere en mer kompleksitetsrettet endringskultur i organisasjonene.

I relasjon til oppgavens forskningsspørsmål ble det tidlig i arbeidet klart at prosjekter er en svært utbredt arbeidsform for å generere endring i helsetjenestene. Det ble derfor besluttet å legge fokus på denne endringsformen i videre arbeid. Sett fra et perspektiv utenforstående helsetjenestene, er caseprosjektet omfattende. Det har sitt mandat lokalisert blant annet i sterke offentlige føringer, innehar et tverrfaglig samarbeid som strekker seg over flere ulike enheter i helsetjenestene, har en rekke mål som vil ha innvirkning på rutinene i samtlige involverte institusjoner og er tildelt midler både fra kommune og regionalt helseforetak. Prosjektet kan derfor anees å være et prioritert endringstiltak fra samtlige involverte parter, hvilket kan antas å sikre at arbeidet med prosjektet blir foretatt i en seriøs maner. Prosjektets natur gjorde det sannsynlig at medarbeiderne involvert innehadde god kjennskap til hvordan det ble arbeidet i prosjektet og hva slags opplevde begrensninger som eksisterte, informasjon som sterkt kunne bistå i å belyse oppgavens forskningsspørsmål.



#### 5.4 Observasjon som metode for datainnsamling

Deltakende observasjon innebærer at forskeren er til stede i sosiale situasjoner og systematisk iakttar hvorledes personer handler. I henhold til Thagaard (2013) er observasjon særlig godt egnet til å gi informasjon om praksis i dagliglivet. Metodikken lar forskeren fokusere på hvordan personer forholder seg til hverandre, samtidig som at forskningsformen også gir informasjon om handlinger og aktiviteter som deltakerne vanligvis tar for gitt.

Det ble i gjeldende studie tatt sikte på å benytte observasjon som et supplerende tiltak ved siden av studiets intervjuer. Gjennom både å snakke med prosjektdeltakerne om hva slags tilstander og utfordringer som eksisterer, for deretter å kunne observere hvordan disse faktorene ble bearbeidet i praksis, ble det antatt mulig å kunne skape et godt, holistisk bilde av endringsarbeidet som forekom i tjenestene.

Observasjon innebærer i henhold til Thagaard (2013) seleksjon. Det er viktig å bearbeide og presisere problemstillingen i løpet av observasjonsprosessen, og skape et skjerpet analytisk siktemål. Ledelses rolle i endringsarbeid vektlegges tungt i kompleksitetsteori, og det var derfor ønskelig å forstå i hvilken form ledelse forekom i caseprosjektet. Observasjonsprosessen ble derfor hovedsakelig fokusert mot hvordan prosjektledelse utøvde sin rolle i prosjektet, hvordan avgjørelser ble foretatt, og hvilke rollefordelinger som eksisterte blant medarbeidere og prosjektledelse. Prosjektmøtene og Workshops var plattformer hvor både prosjektleder- og prosjektets styringsgruppe tydelig uttrykte de føringer de ønsket for prosjektarbeidet. Observasjonen ble derfor en instans for å sikre forståelse av prosjektets mer ideologiske og strategiske fungering - ledelsen, mens intervjuene i større grad ga forståelse for prosjektets utøvende og operative instans - medarbeiderne.

Observasjonen ga også anledning til å uformelt snakke med deltakerne om prosjektet, samt å utvikle kontakter som trolig bidro til en god respons på intervjuforespørslene utstedt ved senere anledning.

Observasjonsarbeid fordrer ulike typer problematikk. Thagaard (2013) oppfordrer forsker til å reflektere over relasjonene til dem som observeres og vansker relatert til hvordan forskeren oppfattes av disse, samt hvilken betydning dette eventuelt vil ha for den informasjonen forskeren får. Vanlig problematikk innen observasjonsarbeid som opplevdes passende ved gjeldende studie, utgjorde følgende problemstillinger: 1) At forskere som har fått adgang «ovenfra» i organisasjonene kan bli sett på som utsendinger fra ledelse, 2) at den

fremgangsmåte forskeren benytter for å presentere sitt prosjekt til personene som studeres og hvor vidt denne oppfattes positivt eller som mistenkelig, kan innvirke på atferd, og 3) at forskerens fremtreden, egenskaper, væremåte eller ytre kjennetegn som alder og kjønn, kan ha betydning for hvordan forskeren oppfattes av personer i felten, og hindre «naturlig innpass» i gruppen det forskes på.

For gjeldende oppgave var prosjektleder aktøren som skapte innpass i prosjektet. I denne forbindelse ble en relasjon med prosjektleder knyttet tidlig i observasjonsprosessen. Det ble også foretatt korte innledningsrunder i de første prosjektmøtene, bestående hovedsakelig av navn, stilling og tilhørighet. Ved disse hadde undertegnede kun anledning til å svært kort introdusere rollen som mastergradsstudent, og svært kortfattet, med få ord, tema for oppgaven som var under arbeid. Konteksten kan derfor ha skapt et unaturlig forhold mellom undertegnede og prosjektdeltakerne, hvor egen rolle kan ha blitt oppfattet som en «outsider».

Som nevnt ovenfor er helsetjenestene dog et miljø svært godt vant med studenter, forskere og stipendiater som deltar i ulike prosesser ved tjenesteinstitusjonene. Også dette studiets caseprosjekt er tilknyttet en forskningsgruppe som bistår med innspill og hjelp i prosjektets prosesser. Prosjektets samlinger består også av deltakere fra flere ulike institusjoner og avdelinger, og hvem som deltar varierer sterkt fra gang til gang. Få av deltakerne har derfor kjennskap til de ulike tilhørighetene og stillingene til de andre deltakerne. Man hadde generell kjennskap til at forskere var til stede i noen av møtene, uten at det alltid var klart-, eller tilsynelatende vektlagt blant deltakerne, hvem disse forskerne var. Tonen ved møtene var derimot svært åpen og tillitsfull. Man snakket fritt om eventuelle problemer i prosessene, og drøftet disse i fellesskap. Skjemmende, sensitive eller personlige detaljer utgjorde ikke komponenter i samtalene. Hvor vidt møtene ble observert eller ikke fremsto derfor som av liten relevans for deltakerne. Egen fremtreden, egenskaper, væremåte og ytre kjennetegn ved undertegnede antas å ha vært hjelpelige fremfor segregerende, da disse sammenfalt med resten av gruppen. Etter tilstedeværelse ved flere prosjektmøter og idet intervjuer var initiert, fremgikk også en etablert rolle som det lot seg gjøre å gå inn i, - som lærling med en naturlig rolle som observatør.

## **5.5    Forskningsintervju som metode for datainnsamling**

Bruk av intervju tillater tilgang til aktørenes syn, holdninger og oppfatninger (Silverman, 2006), samtidig som disse gir en privilegert tilgang til informantens dagligverden (Kvale &

Brinkmann, 2009). Intervjuer er også ansett å være en velegnet måte å oppnå fyldig og omfattende informasjon om hvordan personene som blir intervjuet forstår seg selv og sine omgivelser, samt hva slags synspunkter og perspektiver de har på temaer som blir tatt opp i intervjusituasjonen. Disse gir et særlig godt grunnlag for å få innsikt i erfaringer, tanker og følelser, samtidig som at erfaringene det fortelles om preges av den forståelse intervjuobjektet har av sine opplevelser. Metoden gir fyldig informasjon om de synspunkter og perspektiver informantene har på temaer som blir tatt opp i intervjusituasjonen (Thagaard, 2013).

Som nevnt ovenfor, var det i gjeldende oppgave ønskelig å oppnå en forståelse både av hvordan studiets caseprosjekts strategiske arbeid forekom, men også hvordan dets medarbeidere som utøvende instans arbeidet med prosjektets implikasjoner. Det var også ønskelig å oppnå en forståelse av hvordan endringsprosesser forekom i institusjonene på generell basis. Kompleksitetsteori vektlegger sterkt hvordan medarbeideres samspill, læring og tidligere erfaringer har mulighet til å skape stor innvirkning på endringsprosesser. Disse faktorene er høyst subjektive, og kan antas å tolkes svært ulikt av hvert enkelt individ. Nettopp denne subjektiviteten, samt å få med medarbeidernes egne, utdypende, evalueringer av de kontekstene som omgir dem var derfor viktig.

Det analytiske hovedmålet ved intervjuene var å avklare hvordan det i dag hovedsakelig arbeides med endring i helsetjenestene, og i hvor stor grad gjeldende metoder avviker fra kompleksitetsteoretisk diskurs om hvordan det bør tenkes og arbeides med endring i organisasjoner. Intervjuguiden som ble benyttet for intervjuene ble derfor utformet slik at dens tematikk direkte sammenfalt med temaer i kompleksitetsteoretiske anbefalinger. Henholdsvis var disse temaene ledelsesstil, medarbeiderengasjement, ressursbenyttelse og problemløsningsstil spesifikt i prosjektet, sterkt påvirket av Staceys åtte stegs-modell for å oppnå kompleksitet i organisasjoner, som omtalt i dette studiets tidligere kapitler. Intervjuets siste del omhandlet så hva slags endringsmiljø som generelt kunne sies å eksistere ved avdelingen, slik at det lot seg gjøre å skape et overordnet inntrykk av dette. Det var ønskelig at informantene også fortalte om andre kontekster, tidligere erfaringer med endringsarbeid, ønskene de hadde for hvordan dette skulle foregå og vanskene de opplevde med den utbredte praksis som eksisterte nå, da disse faktorene ble antatt å kunne bidra til et helhetlig inntrykk til fordel for oppgavens forskningsspørsmål. Det å forstå hvor vidt deltakernes engasjement «ble vekket» ved å prate om deres visjoner for-, og erfaringer med endring ble også ansett som viktig informasjon.

Intervjuguiden var konstruert med hovedspørsmål, som besto av store, åpne spørsmål relatert til sentrale temaer i oppgaven, etterfulgt av oppfølgingsspørsmål for videre utdypning og en åpen utforming som skapte mye bredde i forhold til hvordan informantene kunne velge å besvare dem. Intervjusituasjonen var preget av en fleksibel tilnærming, og prober og spontant utformede spørsmål ble hyppig benyttet etter skjønn for å oppmuntre informanten til å utdype videre ved interessante tema. De spontane spørsmålene som ble stilt fungerte som responser på hva intervjupersonen fortalte. Dette ga mye additiv kunnskap for hvert intervju, og sørget samtidig for at temaer som var viktige for bearbeidelse av oppgavens forskningsspørsmål ble diskutert og utdypet ved hver enkelt samtale.

Det var ønskelig å skape flyt i intervjuene, i tillegg til en hyggelig og uformell tone som gjorde at informantene ikke vegret seg for å snakke om naturlig problematikk i endringsarbeid ved avdelingene. Intervjuspørsmålene fokuserte allikevel på en konstruktiv tilnærming og avsto fra negativt konnoterte spørsmål som kunne ha forledet informanter til å gi informasjon vedkommende ville angre i ettertid.

Thagaard (2013) nevner at en side ved den personlige kontakten i intervjusituasjonen er at det ikke helt lar seg gjøre å vite hvordan det informanten forteller under intervjuet, kan være preget av relasjonen til forskeren. I henhold til et konstruktivistisk ståsted er intervjudata et resultat av sosial interaksjon mellom forsker og den som intervjues, hvor både forsker og intervjuperson bistår til den kunnskap og de perspektiver som kommer frem i intervjusituasjonen, og intervjuet preges av den konteksten som intervjusituasjonen representerer. Det er vanskelig å si hva forskeren representerer for intervjupersonen, og idet forskeren også åpent formidler positive tilbakemeldinger til det informanten forteller, kan det bidra til at det utvikles perspektiver på intervjupersonens tidligere erfaringer.

Den uformelle og hyggelige tonen som ble anlagt ved intervjuene i gjeldende oppgave kan ha bistått til at denne problematikken var relevant ved datainnsamlingen. Intervjuets introduksjon inneholdt også tematikk som indikerte at endringsarbeid i helsetjenestene slik den er i dag er problematisk, samt en kortfattet introduksjon til kompleksitetsteoretisk arbeidsmetode som et alternativ til denne. Innledningen var med andre ord ledende i forhold til hva forskeren «ønsket å høre» i løpet av samtalen. Det bør dog nevnes at profesjonelle innen helsesektoren ikke bør ansees som «lettpåvirkelige». Utøverne i denne profesjonen utvikler en kompetanse i kommunikasjon i forbindelse med utøvelsen av jobben, fordi de kommuniserer med personer i utfordrende situasjoner (Thagaard, 2013). Flere av informantene var også i ulike typer

ledelsesstillinger ved sine respektive institusjoner. Det kan derfor forventes at disse er i stand til å formulere seg bevisst og ansvarlig.

Et problematisk trekk ved intervjumalen benyttet i studiet, var at flere av spørsmålene i denne raskt ble «mettet» etter et fåtall utførte intervjuer. Flere av spørsmålene ledet til objektive svar på detaljbaserte forespørsler. Visse spørsmål var heller ikke relevant for alle informantene, fordi flere av disse arbeidet i stillinger med utførende ansvar ulikt det som var tiltenkt idet malen ble utarbeidet. Problematikken ble dog kompensert for ved individuell tilpasning i intervjusituasjonen per informant, samt av den fleksible utformingen av intervjuene, hvor utdypningsspørsmål til sentrale emner lot seg spontant utformes underveis i intervjuet. Et resultat var dog relativt ustrukturerte intervjuer, hvor svært ulike tematikk ble drøftet for hvert intervju.

## **5.6 Funn og analyse av datamaterialet**

Responsene samlet inn i datamaterialet antas å være genuine og åpne, og kan således antas å utgjøre god og grundig informasjon i forhold til studiets emner. I forbindelse med prosjektets størrelse og deltakerantall, kan antallet informanter i studiet også antas som tilstrekkelig for en representativ forståelse av prosjektets fungering. Gjeldende studie ønsker dog også å kunne si noe om de innovasjon- og endringsprosesser som generelt sett forekommer i helsetjenestene. I denne forbindelse eksisterer hovedsakelig to problemområder for studiet.

Først kan det sies at de involverte helseinstitusjonene innehar alt for store ulikheter til å kunne trekkes over én kam i forbindelse med deres arbeid. Virksomhet og dermed praksis ved de ulike institusjonene i dette studiet varierte sterkt. Dette inkluderte også intern praksis ved ulike avdelinger per institusjon, hvorpå informantene fortalte om svært ulike fremgangsmåter for endringsarbeid ved avdelingene. Å generere generelle uttalelser på tvers av disse institusjonenes varierende praksis er derfor vanskelig. Prosjektene er dog en arbeidsform som eksisterer ved samtlige institusjoner i gjeldende studie. Etter tilbakemeldinger fra intervjuene kan arbeidet med disse også fremstå å forekomme svært likt ved de ulike institusjonene. En rekke av studier foretatt innen helsetjenestene tenderer også å omtale helsetjenestene som ett hele, fremfor å ta for seg de ulike institusjonene separat (eksempelvis kan det her vises til McDaniel & Driebe 2001, Andreassen m. fl. 2015 eller Lyngsø m. fl. 2016). Årsakene til dette kan være at til tross for at institusjonene og avdelingene separeres ved ulike formål og ulik praksis, eksisterer allikevel en rekke faktorer som samler institusjonene, som felles

målsetting (pasienters helse), samspillet som til enhver tid forekommer mellom tjenestene, og felles overordnede administrative enheter (de regionale helseforetakene).

Et annet problem er at antallet informanter i studiet, samt mengden tid som ved hvert intervju ble dedikert emnet om prosjektarbeid generelt i tjenestene. Fordi studiet involverte flere ulike institusjoner, ble antallet informanter derfor fordelt over disse. Informasjon om hvordan endring forekom ved hver enkelt instans ble derfor oftest mottatt fra kun én informant ved hvert tjenestested, før disse så ble samlet for et generelt inntrykk. Ett additivt problem ved studiets informanter var at kun et fåtall av disse besto av utøvende tjenestepersonell (sykepleiere) som arbeidet med prosjektets tiltak i daglig praktisk arbeid. Det var, ved studiets start, opprinnelig svært ønskelig å motta tilbakemeldinger fra alle nivåer i prosjektet, herav ledelse som var ansvarlige for utformingen og retningen av hovedinnholdet i prosjektet, mellomledere ansvarlige for å implementere dette ved sine avdelinger, samt de utøvende medarbeiderne som utførte prosjektets oppgaver i daglig praksis. Med grunnlag i kompleksitetsteoretiske idealer for endringsmetodikk var det ønskelig blant denne ansattgruppen å oppnå informasjon om hvordan prosjektets tiltak og bakgrunn var blitt formidlet til dem, og hvordan deres deltagelse hadde utspilt seg i prosjektet. Gjeldende studie inneholder dog ikke en eneste informant fra denne ansattgruppen, til tross for at intervjuforespørsler også ble utstedt til disse. Allikevel oppleves det som at mellomlederne som deltok i intervjuene hadde god kjennskap til sine medarbeideres holdninger til innovasjon og prosjekter, og var i stand til å videreformidle denne på en objektiv og sannferdig måte.

Fordi intervjumalen revulverte mye rundt selve caseprosjektet i studiet, var informasjon fra intervjuobjektene i forbindelse med endring generelt ofte et tilfeldig biprodukt av samtale om emner relatert prosjektet som naturlig forekom i samtalene (informantene kunne for eksempel fortelle om hvordan de ønsket at arbeidsmetodikk i andre studier også ble benyttet i prosjektet, eller om hvordan de fryktet at prosjektet skulle feile, «slik som mange andre prosjekter gjorde»). Prosjektet var her en nyttig døråpner i samtalene. Fordi prosjektet var pågående og interessant for deltakerne kunne det fortelles om mange erfaringer da informasjon satt friskt i minnet, som igjen fungerte som et springbrett for å utdype om andre tidligere erfaringer med prosjekter. Fokuset på dette spesifikke prosjektet innebærer allikevel at mye informasjon må generaliseres fra dette prosjektet og ut, fremfor at studiets intervjuer fokuserte på prosjekter generelt i tjenestene, hvilket potensielt kunne generert annerledes informasjon.

Thagaard (2013) spesifiserer at observasjon av mindre enheter kan gi informasjon også om generelle sammenhenger, samtidig som at case-studiene, til tross for å være studier av begrensede kontekster eller enheter, allikevel anledning til å oppnå kunnskap som peker utover den enheten undersøkelsen fokuserer på, og kan benyttes til å forstå en større gruppe tilsvarende enheter. Dette har vært gjeldende studies intensjon i forbindelse med prosjektpraksisen som eksisterer i norsk helsetjenestene. Å finne informasjon om arbeidet med prosjekter i tjenestene har vist seg vanskelig, både med tanke på statistisk informasjon om bruken av prosjekter, førende dokumenter fra institusjonene og norske eller skandinaviske forskningsstudier som evaluerer denne praksisen. Mangelen på dokumentasjon opplevdes overraskende med hensyn til prosjektvirksomhetens skala, innvirkning på daglig praksis i tjenesteområdene, samt deres økonomiske omfang. Det etterlyses derfor mer forskning på dette området.

For god flyt i gjeldende oppgave er bruken av sitater i teksten begrenset. Et generelt fokus i gjeldende studiets analysedel har allikevel kontinuerlig vært å fremstille informantenes utsagn i en objektiv maner. I denne sammenheng har en større vektlegging forekommet i forbindelse med å presentere de utsagn som kan sies å ha forekommet mest frekvent, fremfor å fortolke informantenes uttalelser.

Tilbakemeldingene mottatt fra studiets informanter ga et svært uniformt syn på endringsprosessene som forekom ved institusjonene, og arbeidet med prosjekter. Til tross for at de ulike informantene hadde ulike holdninger til prosjektene og hadde vært involvert i prosjekter med ulik praksis, var allikevel de generelle erfaringene fra disse svært like blant samtlige informanter. Informasjonen samsvarer også i stor grad med de studier som eksisterer på emnet. Faktorene gjør at studiet kan antas å gi et representativt bilde av den virkeligheten som forekommer i institusjonenes faktiske praksis, samt at erfaringene fra caseprosjektet lar seg generalisere også til andre tilsvarende praksis i helsetjenestenes virksomhet.

## **6 Analyse – Innovasjonsarbeid i helsetjenestene**

Caseprosjektet benyttet i dette studiet ble til som et resultat av et følt behov fra det som senere skulle bli prosjektets leder. Vedkommende anså det som en trend i tiden at det var for lite fokus på multisyke pasienter. Fokus i tjenestene er rettet mot enkeltsykdommer, hvor ulike poster og prosedyrer behandler pasientene i separate kategorier. Et viktig element som dog ble opplevd som oversett, er dog at en rekke individer ofte er syke i flere ting samtidig. Kompleksiteten ble følt lite hensynstatt i prosedyrer, strukturer og organisering, og man så et behov for bedret systematikk for disse pasientene. En prosjektbeskrivelse ble derfor utformet, og søknad for økonomisk bistand i form av samhandlingsmidler ble innsendt og senere akseptert. Midlene tillot en toårig fulltidsstilling som prosjektleder, samt bistand i form av kompetanse fra en forskningsgruppe tilknyttet sykehuset. Prosjektet forekom i således forstand ikke som et resultat av en bestilling fra myndigheter eller andre hold. Allikevel bygger mye av dets tematikk på relevante emner i helsevesenet i forbindelse med pasientsentrert metode.

### **6.1.1 Prosjektets struktur og arbeidsmetode**

Prosjektet baseres på et hierarkisk arbeidssystem som utgjøres henholdsvis av en styringsgruppe, prosjektleder og en prosjektgruppe. Styringsgruppen består av prosjektets eiere, hovedsakelig direktører og øvre ledelse fra de involverte aktørene i prosjektet. Ledelses forankring i prosjektet vektlegges, men ledergruppen involveres ikke i daglig praksis hvorpå prosjektleder er ansvarlig for orientering på fremdrift og status. Det er allikevel ledergruppen som avgjør hvilke tiltak det skal arbeides videre med, samt sentrale avgjørelser i prosjektets arbeid.

Utøverroller, i form av kontaktpersoner som skal sikre ivaretagelse av tiltakene som skal utføres ble tildelt av prosjektleder ved de ulike praksisstedene. Blant informantene eksisterte ulike formeninger og uklarhet om hvordan dere selv, og deres tilhørende avdelinger ble del i prosjektet. De fleste hadde kjennskap til at en leder over dem, eller overforstående avdelingsledelse, hadde akseptert deltakelse, før tjenestestedene så fikk beskjed om at tiltakene måtte utføres. Tjenesteledere foretok dermed avgjørelsen om deltakelse i prosjektet, mens fagsykepleiere og andre mellomledere ofte ble tildelt rollen som kontaktpersoner og deltakere ved prosjektmøtene. Disse bisto både i utarbeidelsen av prosjektets tiltak, og i



prosjektmøtene i etterkant hvor tiltakene ble fulgt opp. Utøvende helsepersonell, ofte i form av sykepleiere, var så medarbeiderne som utøvet tiltakene i praksisfeltet. Det ble vektlagt at disse også skulle delta i de 3 workshopene foretatt i prosjektet. Ingen av mellomlederne i informantgruppen opplevde å ha hatt noe valg i forbindelse med å delta i prosjektet eller ikke.

Prosjektarbeidet er strukturert etter en arbeidsplan, bestående av faser henholdsvis utgjort av utarbeiding av tiltak, uttesting og evaluering. I skrivende stund er et forprosjekt på 4 måneder, en datasamlingsfase på fem måneder bestående av intervjuer, forberedelser, analyser og workshop-arbeid, samt en fem måneder lang fase hvor modellen er blitt designet og tilrettelagt for utprøving, gjennomført. En rekke ulike parter ble involvert i disse fasene. Man tok for seg pasientgruppens forløp og intervjuet enhver involvert i pasientreisene. En rekke ulike arbeidsgrupper bestående av ulike utøvende parter, tok så for seg den problematikk man identifiserte ved forarbeidet, og innspill og kunnskap fra de ulike avdelingene ble implementert i utarbeidelsen av forslag. Disse forslagene resulterte så i prosjektets tiltaksliste, som består av ti tiltak for uttesting. Da dataen for denne oppgaven ble samlet inn var prosjektet i denne uttestingsfasen, hvor tiltakene ble utprøvd i praksis ved de ulike involverte avdelingene. Denne er planlagt å foregå frem til september 2017, før rapport, evaluering og oppsummeringer, samt forberedelser til overgang til drift er prosjektets endefase fra september til enden av november 2017.

Uttestingsfasens struktur forekommer i form av prosjektgruppemøter, omtrentlig hver 6. uke siden fasens start. Definerte møter forekom som knagger hvor man jobbet for å nå de målene som var oppgitt i prosjektet. Møtene ble ledet av prosjektleder som var ordstyrer, og som også la agenda og struktur for hvert enkelt møte. Forandringer og utfordringer ble her drøftet, testing av tiltak ble avklart, før nye modifikasjoner så ble evaluert i plenum. Workshops med hensikt om størst mulig grad av deltakermedvirkning i løsningen av enkeltemner ble med jevne mellomrom avholdt (3 totalt så langt i utprøvsperioden). Ulike problemområder ble bearbeidet i prosjektmøtene til man kom frem til noe man anså som en tilstrekkelig løsning på disse. Man hadde i denne fasen anledning til å foreslå modifikasjoner på endringer i fremgangsmåte ved de ulike tiltakene. Hvor vidt tiltakene i seg selv skulle bevares eller forkastes var dog ikke til diskusjon. For uttestingsfasen er en prosjektperm blitt utarbeidet i henhold til tiltakslisten, og tildelt alle utøvende funksjoner. Denne inneholder en mal for hvordan man skal arbeide i perioden, med instruksjoner på detaljnivå innen håndteringen av

pasienter for de ulike instansene. Mellomlederne involvert i prosjektet har her aktivt arbeidet med å innarbeide tiltakene fra prosjektet inn i avdelingenes rutiner.

En additiv intensjon i prosjektet har vært å også skape en tverrfaglig plattform de ulike partene av aktører i tjenestene får anledning til å drøfte samhandlingsproblematikk og oppnå forståelse for de ulike avdelingenes fungering. Flere informanter rapporterte å ha satt stor pris på dette aspektet av prosjektet og den utvidede forståelsen dette ga.

### **6.1.2 Lydhør ledelse og medarbeiderne som «vet hvor skoen trykker»**

Samtlige informanter det ble snakket med uttrykker en åpen stemning i prosjektet hvor man kontinuerlig har hatt anledning til innspill og tilbakemeldinger. Man har opplevd å arbeide sammen, og å bli benyttet både som informanter og som felles avgjørelsestakere. Mellomledere rapporterer å ha tatt med seg synspunkter fra de utøvende ved de ulike avdelingene. Ledelsen i prosjektet beskrives av en rekke informanter som lydhør. En av informantene beskrev deres situasjon på følgende måte:

«... Ledelsen generelt er fullstendig klar over at kunnskapen sitter et annet sted fordi man som leder ikke har ett eller to fokusområder. Det er veldig mye som må gjennomføres fordi de har føringer på dette. Det gjør at de med en gang mister litt «hands on» følelsen. De husker ikke helt, og vet ikke helt, dermed hører de i stedet på de ansatte når de kommer med sine innspill. Vi opplever at de er lydhøre for alt de velger å ta opp med ansatte».

Det nevnes stadig at både toppledelse og mellomledelse verdsetter det faktum at det er de som arbeider med problematikk i det daglige er de som har best kjennskap til «hvor skoen trykker». Allikevel er et interessant aspekt av flere informanter nevner å ha mottatt god informasjon, opplæring og oppfølging av prosjektleder. Vedkommende ble også omtalt som den som «drar lasset» og som hovedsakelig foretar avgjørelser og utformer ferdige produkter i prosjektet, basert på de innspillene som gis. To informanter rapporterer også at tiltak som hyppig foreslås som løsninger på sentrale problemer i prosjektet, er blitt motarbeidet og avslått av styringsgruppen.

### **6.1.3 Bruk av eksisterende ressurser i prosjektarbeidet**

I forkant av prosjektet ble et omfattende arbeid utført. Det ble foretatt et litteratursøk for å oppnå kjennskap til- og forståelse for det arbeid som hadde blitt utført innen området ved andre institusjoner og anledninger. Arbeidsmetodikk ved andre institusjoner ble gransket, i kombinasjon med de føringer som ligger som plikt og krav i eksisterende prosedyrer. Prosjektleder vektla sterkt dokumentert virksom og effektiv samhandlingspraksis utviklet av andre i prosjektets innledende faser. Man var ikke opptatt av å «oppfinne hjulet på ny», men heller å drive inn praksis testet av andre som hadde vist seg å fungere godt, i en kombinasjon av hva man allerede har-, og hva som er viktig og riktig i den tjenesten som allerede eksisterer.

### **6.1.4 Tilgang til additive ressurser i arbeidet**

Sett bort ifra prosjektleder hvilket fulltidsstilling er finansiert i 2 år gjennom samhandlingsmidler, opplyser samtlige informanter at det ikke er blitt mottatt eller delegert additive midler for arbeid med prosjektet til egen stilling, men at arbeid med dette, og andre, prosjekter er en forventet del av deres posisjon. Én informant rapporterte å ha anledning til å ha anledning til å delegere bort alternative oppgaver til en stedfortreder mens de selv deltok i prosjektmøtene. Arbeid med prosjektpasientene inngår i medarbeidernes stillinger, hvilket fungerte som et pålagt tillegg i jobben pålagt fra arbeidsgiver som hadde forpliktet seg til prosjektet. Additiv innsats, som å utarbeide smørbrødlister eller organisere prosjektets arbeidsperm, ble utført på eget initiativ fordi mellomlederne så et behov for dette ved egen avdeling.

For sykepleierne som arbeider med prosjektets utøvende funksjon, eksisterer det dog sparsomt med ressurser for arbeidet med prosjektets tiltak. Opplæring og innføring i prosjektets mandat og tiltak ble gjennomført etter beste evne som en del av daglig rutine. Det reserveres ikke additiv tid for det utførende arbeidet i daglig praksis. En informant uttrykte sykepleiernes arbeidstilstand på følgende vis:

«... Vi synes det er spennende å være med i prosjekter. Men vi har ikke nok tid i utgangspunktet. ... Man har kun de ressursene man har på en dag. ... De som jobber ute,

pleiepersonalet, de har ikke noe tid. De har ingen ting. De er heldige noen dager hvis de rekker å gå på do og spise».

Arbeidet med prosjektet kan i denne forstand sies å gå på bekostning av medarbeidernes tid til andre oppgaver.

### **6.1.5 Medarbeidernes holdninger til prosjektarbeid**

Av informantene i gjeldende studie, uttrykte samtlige at de absolutt identifiserte seg med caseprosjektets mandat, og at de så viktigheten av prosjektet både ved egen institusjon-, og i utvidet kontekst. Pasientforløpet prosjektet fordrer anses generelt sett som rett, og deltakerne ved prosjektmøtene beskrives som entusiastiske og engasjerte. Disse utsagnene understøttes også av observasjonen som ble foretatt i oppgaven, hvilket etterlot et inntrykk av at deltakerne på prosjektmøtene bidro aktivt i delingen av innspill og drøftingen av potensielle løsninger på avdelingenes problemer. Spesielt ble også prosjektets tverrfaglige aspekt uttrykt som verdsatt av en rekke informanter som opplevde det som svært nyttig å kunne oppnå forståelse for andre institusjoner og avdelingers arbeidsmetoder.

Det generelle miljøet for endring og innovasjon oppfattes også som positivt blant studiets informanter. Det nevnes at det eksisterer en rekke «ildsjeler» ved avdelingene, som brenner for endringer og arbeidet med dette, og som bistår sterkt til endrings- og forandringsarbeid. En informant nevner at medarbeidere stadig bistår med nye forslag til forbedringstiltak ved avdelingen, og at denne opplever å ville være et sted som kontinuerlig er i endring. Som uttalt av en av informantene: «pleiepersonell er opptatt av pasienten og hva pasienten vil».

Allikevel er den frekvensen av endringsforetak som forekommer ved hver av institusjonene til enhver tid svært fremtredende. Informantene refererer til omfattende sammenslåingsprosesser, omstillinger, statlige føringer til implementering og en kontinuerlig strøm av prosjektengasjement. Også prosjektene spiller en stor rolle i hverdagen, og ofte deltar det i flere prosjekter simultant, hvorpå antall mellom to og fem nevnes. Flere informanter nevner at avdelingene synes det er spennende å være med på prosjekt, men at endringstiltakene i det daglige arbeidet ofte kan oppfattes som overveldende.

En relativt gjengs holdning blant utøvende personell som nevnes av flere informanter, er et behov for å forstå prosjektenes umiddelbare positive effekt på daglig praksis eller pasienters helse, for at pleiepersonalet som involveres skal engasjere seg i prosjektene. En informant uttrykker forholdet til prosjektarbeidet på følgende måte: «Det er mange som skal involveres, mange som skal skjønne dette her». Ekstra arbeid aksepteres i tilfeller hvor dets effekt ansees å tydelig forbedre tjenesten. Dersom det derimot eksisterer umiddelbare vansker i forståelsen av prosjekttiltakenes nytte, nevner flere informanter at det å motivere og overtale avdelingens utøvende personale til å etterleve tiltakenes praksis, er svært vanskelig. Medarbeidere er opptatte av hvordan hverdagen deres skal håndteres, og hvordan man skal få denne til å gå sammen. Prosjektene blir her en ekstra belastning, og flere informanter nevner hvordan den endeløse strømmen med nye prosjekter tidvis kan fremstå som svært overveldende.

## **6.2 Vanskeområder i prosjektarbeid og problematikk i caseprosjektet**

Utbredelsen av prosjekter i helsetjenestene ble bekreftet av gjeldende studies informanter. Alle informanter bekrefter at egen avdeling for anledningen var engasjert i mer enn ett prosjekt. Deltakelsen i disse ansees som en del av det å være ansatt, samtidig som prosjektene anses å være dypt forankret i politisk implementerte føringer og idealer. Prosjektene ble også, av en informant, beskrevet som et symbol på status i institusjonene:

«... Det ligger prestisje i det å ha prosjekter gående. Prosjekter i seg selv menes å være en god ting og en ting som man kan telle på og bli målt på. ... Egentlig hadde det vært bedre å ha investert tenkingen i det daglige utviklingsarbeidet i det kliniske. Men der er det verken penger eller prestisje til å holde på med dette. Det er en slags systemsvakhet og politisk bestemmelse, en måte hvor toppsjiktene kan rigge seg og sole seg i gode prosjekt, men hvor de som faktisk skal gjøre jobben og samarbeide og finne ut av dette, ikke får de ressursene de trenger. Jeg tror at de kunne ha kommet mye lenger om de fikk hjelp på en annen måte. ... Det baserer jeg på erfaringen jeg har fra å ha vært med på disse ... og hvor jeg har opplevd at ting ikke virket, og hvor jeg lengtet etter gode operative endringer».

Tilsvarende syn reflekteres også av flere andre informanter. Ofte oppleves de politiske føringene som sterke, hvorpå mange av prosjektenes tiltak oppleves som rette for tjenestene. Fremgangsmåtene som benyttes for å oppnå prosjektenes mål oppleves dog ikke alltid som

hensiktsmessige. Prosjektenes innhold oppleves som noe som «tres over hodet» og den kontinuerlige strømmen av endringer gjør at man som arbeidstaker «bare må henge med». Det nevnes også prosjektene, til tross for gode intensjoner, ofte skaper intervaller av svært intensivt arbeid i prosjektperiodene, men at deres intenderte mål faller igjennom i implementeringsfasene i etterkant av prosjektene da man ikke er i stand til å integrere disse i tjenestene.

### **6.2.1 Varierende praksis og prioritering ved utøver-institusjonene**

Blant informantene ble det uttrykt et unisont samtykke om viktigheten av prosjektets mandat. I tillegg identifiserte en rekke informanter det som en ledelsesoppgave å få prosjekters testtiltak ut i virksomhetenes praksis. Noe paradoksalt ga de forskjellige informantene i sine respektive intervjuer allikevel svært varierende uttrykk for i hvor stor grad de selv vektla prosjektarbeidet ved sine avdelinger.

Blant annet så ulike informanter ut til å prioritere svært ulike aspekter av prosjektets innhold. Det eksisterte ulike oppfatninger av hvor mange av prosjekttiltakene man var pålagt å arbeide med, samt hvor prioritert prosjektarbeidet behøvde å være for de ulike avdelingene. Således hadde noen informanter valgt å fokusere kun på prosjekttiltak de fant interessante, mens man i stor grad valgte å overse andre tiltak som i utgangspunktet også var ment å skulle bli innført på deres avdelinger. Som uttalt av en informant: «Vi har jo snakket mye om hvorfor dette vurderingsbesøket er bra, men ikke så mye om de andre delene, fordi vi synes ikke disse er så bra». Som en årsak til at visse avdelinger arbeidet mindre med prosjektet enn andre, ble det uttrykt at «For sykehuset er jo dette et mye større prosjekt, fordi de har prosjektleder på hos seg. Her har vi prosjektleder som kommer et par ganger, sånn at da blir det en forskjell på størrelsen for de forskjellige». Noen informanter nevnte også på at man manglet en følelse av kontroll på prosjekttiltakene og korrekt utførelse av disse: «Det er fint at prosjektleder har vært og etterspurt ting, for da fanger man opp feil på prosedyrer og lignende. Ellers kunne det hende at vi hadde gått rundt og trodd at man hadde gjort ting riktig og egentlig ikke gjort det. Fordi at selv om man har gått igjennom en perm så er det ikke alltid at man får tak».

En informant nevner at prosjekttiltakene kolliderer med rutiner som allerede eksisterer på avdelingen, hvorpå man allerede har en praksis som verdsettes som bedre egnet enn prosjekttiltakene. Andre nevner at man står i påvente av kommunale omstillinger eller

resultater fra andre prosjekter, som mest sannsynlig vil overskrive prosjektets føringer, slik at å prioritere arbeidet fra prosjektet oppleves som vanskelig.

### **6.2.2 Vansker med å engasjere medarbeidere**

Som nevnt, eksisterer engasjement og forpliktelse blant de mellomledere som deltar ved prosjektmøtene. Prosjektets tiltak krever ressurser i det daglige, og medarbeidere ved avdelingene som ser nyttigheten av å bevare prosjektets tiltak og derfor utøver disse i det praktiske. Prosjektets ledelse nevner på avhengigheten av trofaste utførere i prosjektet, som gjør det disse skal gjøre, på følgende måte: «Dersom de ikke er villige til å gjennomføre tiltakene så blir det ikke gjort, for det må være en lojalitet på stedet til at det skal utøves. Får vi ikke dette til så mislykkes vi ...».

Et opplevd problem i prosjektet har dog vært nettopp dette engasjementet blant tiltakenes utøvende instans. Prosjektets påmelding sikrer at ledelsen ved instansene som har valgt å delta er interesserte i å lykkes i prosjektet, men veien fra denne ledelsen til prosjektets utøvende personell er dog lang. En medarbeider uttrykte at mangelen på myndighet og personalansvar fra prosjektets ledelse nok fungerte som en utfordring for prosjektets implementering. Disse faktorene suppleres av at ikke alle medarbeidere anerkjenner viktigheten av prosjektets tiltak. En informant uttalte følgende: «Det ligger kanskje en faglig uenighet, eller kanskje mer hverdagens mange oppgaver som gjør at de ikke får organisert det inn i hverdagen sin». En annen informant vektla at prosjektene innehar en form for status ved institusjonene hvor det lar seg gjøre å ikke bry seg om disse; «Man kan lukke boken og si at 'nei, dette har vi ikke tid til'».

Flere informanter vektlegger i denne sammenheng viktigheten av deltakere ute på tjenestestedene som eier prosessene, og som kontinuerlig fungerer som pådriver i hele prosjektperioden, og som bistår til at utøvende medarbeidere ser viktigheten av å aktivt arbeide med prosjektenes testiltak. Allikevel eksisterer et tidsperspektiv og et funksjonelt perspektiv i prosjektene som medfører at ikke alle utøvende i prosjektene mottar nok informasjon fra ledelse om disse til å se deres funksjoner i tjenestene, i tillegg til at prosjektenes tilstand som midlertidige og «frivillige» gjør at medarbeidere velger å ignorere behovet for å iverksette prosjektenes tiltak i testperiodene, i påvente av eventuell «faktisk» implementering av disse i senere etablerte rutiner og prosedyrer.

### 6.2.3 Vansker med implementering

Et interessant aspekt med vanskene som tilsynelatende eksisterer med implementering i prosjektene, er at disse fremstår å eksistere på to ulike nivåer. Først i selve arbeidet med å implementere testtiltak i prosjektenes utprøvningsfase, deretter etter endt prosjekttid, idet tiltakene det eniges om så skal innføres i daglig praksis.

Prosjektets målsetting er å skape en generisk samhandlingsrutine som skal kunne nedfelles i de involverte avdelingenes avtaleverk. For å oppnå dette må det kunne dokumenteres i prosjektfasen at man har vært i stand til å skape en virksom modell som fungerer til fordel for tjenestestedene involvert. I denne sammenheng har prosjektet slitt med for få prosjektpasienter til å tilstrekkelig kunne avklare effekten av prosjektets tiltak. Tilfeldige enkeltpasienter over lengre tidsperioder har gjort det vanskelig for pleiepersonalet å holde tråden i tiltakene som skal testes for pasientene. En av informantene i studiet spekulerte i hvor vidt årsaken til dette var at arbeidet med prosjektet skapte et ekstraarbeid for de involverte, hvilket medførte at medarbeiderne ved prosjektavdelingene vegret seg for å melde inn om potensielle kandidat-pasienter. Flere informanter nevnte også mangelen på tid, ressurser og engasjement som medvirkende årsaker til vanskene i denne fasen;

«Ofte er det man ser ved mange prosjekter at det er god start og gode hensikter, men så faller det bort fordi man ikke klarer å gjennomføre det. Hos oss er det en veldig travel hverdag, og det er mange ting, og man har kanskje mange prosjekter og andre ting som skal gjennomføres, og da blir det ofte litt mye.»

En generell tendens som nevnes av flere informanter er dermed at prosjektene faller til kort i løpet av prosjektperiodene. Prosjektarbeidet fases ut og glemmes før endt prosjektperiode, og selve prosjektet ender uten at det gjøres formelle konklusjoner i deres effekter.

«... Nå aner jeg ikke helt når prosjektet er ferdig. ... Det er noe med å få vite at nå har vi nådd målet vårt og nå ønsker vi at det er sånn og sånn det skal være. For av og til får man kanskje ikke så god informasjon i ettertid. Hva var det som fungerte? Altså selve resultatene. Det savner man, for det er og veldig spennende for vår del å vite. Og så det at OK, nå har vi blitt enige om sånn og sånn, så da skal vi fortsette med det.»



Dersom man skulle være i stand til å konkludere med nye, bærekraftige tiltak og rutiner i prosjektet, uttrykkes det dog ikke som vanskelig å endre rutiner som allerede eksisterer i tjenestene. Forutsatt at prosjektenes tiltak innebærer endringer som kan gjennomføres innenfor de ressurser som allerede eksisterer, kan disse legges inn i faste rutiner og avgjøres å følges i ettertid. Flere informanter nevner dog på at prosjektene ofte møter på problemer idet funnene de genererer skal implementeres i daglig praksis.

Et problem som frekvent nevnes er at implementeringsdelen som forekommer i etterkant av endte prosjekter ikke får stor nok stryke eller prioritet. Ofte utgår den dedikerte prosjektiden før selve implementeringen av tiltakene man kommer frem til i prosjektet har startet, og involverte medarbeidere mottar ofte heller ikke tilstrekkelig informasjon om hvilke prosjekttiltak som har fungert, og hva slags lærdom som kunne ha blitt trukket fra prosessene som utfoldet seg i perioden. Fordi prosjektperioden er fullendt faller ansvaret for implementering av deres funn på hver enkelt leder, hvorpå implementering av tiltak ofte faller bort som et resultat av mangelfull kunnskap til prosjektets sluttresultater, mangel på ressurser, og arbeid med andre prosjekter.

Således kan det sies at et paradoksalt forhold eksisterer i prosjektenes gang. Som et resultat av at deres innhold ikke fullstendig anerkjennes av stab, og fordi man står i påvente av reell implementering, blir deres mål ikke skikkelig testet. Deretter; idet prosedyrene skal vurderes innfelt i offisielle rutiner, blir de forkastet som et resultat av mangelfull verifisering i testfasen og aldri implementert. Prosjektene og deres hensikter og intensjoner faller dermed inn i en ond sirkel.

#### **6.2.4 Statlig overstyring av lokalt arbeid**

Informanter nevner et stort fokus for institusjonene om at disse skal forholde seg til overordnede føringer. Tiltak som ikke er i samsvar med disse foreslås ikke, og føringene som kommer fra regjering og myndigheter skaper overordnede policyer og planer for institusjonene som videre drypper ned på de ansatte. Ofte pålegges ulike områder føringer og anbefalinger i spesifikke mål, men uten at det gis konkrete retningslinjer på hvordan målene skal arbeides med. For hvert ulike tjenestested iverksettes det så prosjekter for å nå disse målene, hvor videre arbeid pålegges institusjonenes ledelse.

Systemet har tilsynelatende to konsekvenser relevante i denne kontekst. Først kan det sies at arbeidsmetodikken fører til svært varierende praksis, og store lokale forskjeller mellom ulike institusjoner som arbeider innen samme område. Fremgangsmåten medfører mangel på felles standarder for praksis på tvers av lignende institusjoner, delvis forsterket av mangelfull praksisoverføring mellom disse. Flere informanter nevner at det kjennes litt som om man sitter på forskjellige tuer, eller at man «arbeider fra hver sin side av muren». Man har mangelfull kjennskap til hva slags innovasjon og endringstiltak som er blitt utført ved andre, tilsvarende institusjoner, og lite kommunikasjon forekommer på tvers av disse. Fenomenet føyer seg additivt til problematikken med implementering av prosjektenes funn, og det at man dermed tenderer å arbeide med de samme temaene på ny og på ny. Flere informanter nevner dermed at innholdet i nåværende prosjekt sammenfaller med andre prosjekter de har vært involvert i ved tidligere anledninger eller andre institusjoner eller avdelinger.

For det andre skapes en praksis hvor overordnede føringer og institusjonenes arbeid med prosjekter ofte er lite koordinerte. Store nasjonale føringer tenderer tilsynelatende å relativt ofte kollidere med mindre lokale tiltak, som så overstyres av de større statlige føringene. Kollisjonene kan enten forsterke arbeidet som er blitt utført i det lokale, dersom de samsvarer med disse og lokalt utarbeidede tiltak kan innarbeides i de overordnede føringene. Men de kan også overstyres eller motarbeides, og gjøres overflødige av statlige føringer som ikke er i overenstemmelse med arbeidet man har utført.

Forholdet eksemplifiseres gang på gang av studiets informanter. Blant annet nevnes samhandlingsreformen som en overstyrende faktor på lokalt arbeid forut for reformen som hadde fokusert på det samme, men ved fremgangsmåter som senere ikke var compatible med reformens føringer. Tillitsreformen ble av en informant antatt å ville overstyre mye av funksjonen både ved caseprosjektets vurderingsbesøk, og av prosjektets brukermedvirkningsarbeid, da reformen uansett vil flette søknadskontor og hjemmesykepleie mer sammen, samt at det her fokuseres på pasientens stemme i hverdagen. En tredje informant nevnte på hvordan et fokus på pasientforløp fremtidig ville bli et krav for alle bydelene, og hvordan denne tiltakspakken ville basere seg på de samme tingene og gi sterke føringer for institusjonenes praksis.

Fordi så mye lokalt arbeid også kan overstyres og tilbakestilles av det statlige, uttrykker en informant også hvordan det til tider kan føles som at man arbeider i en loop. Gjennom å la temaer som er i vinden, trender, impulsivitet og endring som forekommer i store bølger styre, beveger man seg i store hopp fra en funksjonsform til en annen. Den kontinuerlige strømmen av store temaer og nye tanker man har for hver prosess gjør at det ofte glemmes å ta hensyn til de arbeidsmetoder man har hatt tidligere, hva ved disse som fungerte og ikke fungerte, og hvordan denne kunnskapen kunne ha blitt benyttet til å utarbeide neste trinn med bakgrunn i tidligere erfaringer.

### **6.3 Alternative metoder for endring i helsetjenestene**

Flere informanter nevner at det tidvis savner alternative måter å arbeide på, enn den som fordres i dagens prosjektstruktur. Et fellestrekk ved en rekke av disse utsagnene, var deres gjenkjennelighet i kompleksteoretisk tilnærming til innovasjonsarbeid i organisasjoner.

Blant annet argumenterte en informant for at prosjektformen ikke var nødvendig for endring i tjenestene, og at en mer funksjonell tilnæringsmetode ville være å foreta små justeringer i daglige arbeidsprosesser, og at utviklingsarbeid kunne forekomme ved inkrementell endring av organisasjonenes rutiner. En av årsakene til dette var at for store oppgaver i tjenestene tenderte å være vanskelige å gjennomføre blant institusjonenes andre oppgaver. Det ble også argumentert for et annerledes syn på begrepet innovasjon, hvor man også inkluderte små endringer og oppfinnelser som springer ut fra daglig praksis.

Flere informanter ønsket andre arbeidsmetoder enn tiltak hvor prosjektene retningslinjer ble tildelt fra ledelse. Det ble etterlyst situasjoner hvor utøvende personell kunne ha møter seg imellom, fremfor at «ledelse sitter og vet og har kunnskapen». En av årsakene til dette var at videreformidlingen av prosjektenes viktighet på en slik måte at det treffer hver enkelt ansatt, ble opplevd av lederen som svært vanskelig. I stedet ble det forespurt prosjekter hvor alle medarbeidere hadde anledning til å bistå med innspill. En informant fortalte om hvordan hun selv arbeidet med endring på sin avdeling:

«De utøvende sitter med mange gode idéer i forhold til hva man kan gjøre bedre. Og det er det jeg er interessert i å få frem. Så jeg sitter på en måte bare og koordinerer og styrer og holder litt i trådene, og så er det opp til dem å finne ut hva som fungerer og ikke fungerer, så

tar vi evalueringer etter hvert. For det er noe med å prøve og feile, man må teste ut ting først, og så ser man at 'OK, dette fungerte ikke, da må vi finne en annen løsning' eller 'dette her fungerer bra, så da innfører vi det'.»

En medarbeider fortalte om hvordan «ildsjeler» ble benyttet for å initiere tiltak, før man så lot flere og flere medarbeidere trekkes med etter hvert som disse selv utviste initiativ til deltagelse. Det ble argumentert for at myndiggjøring og medvirkning på arbeidsplassen ville bistå i sterkere jobbmotivasjon.

Medarbeidernes innspill fordrer alle et ønsket syn på endringsarbeid hvor innovasjonsprosesser forekommer i sterkere samspill med medarbeideres innvirkning og engasjement, og gjennom mindre endringer forankret i daglige behov. Endringsarbeid i mindre størrelsesorden, utarbeidet i organisasjonens praktiske kontekster gjennom tilbakemeldinger og testing, ansees av informantene å være gode verktøy. Det uttrykkes ønsker om endring i et mer dynamisk samspill med avdelingenes utvikling, i stedet for å forekomme ved strukturerte og enkeltstående tiltak over en designert tidsperiode.

Uavhengig, ser det i tjenestene ut til at prosjektarbeidet er en metodikk kommet for å bli. Som poengtert av Andreassen og hans kollegaer er prosjektene også i stand til å bistå med viktige hjelpemidler for organisasjonenes ledelse. Et viktig spørsmål, er dermed hvor vidt det lar seg gjøre å øke prosjektenes effektivitet i tjenestene, på en slik måte at prosjektene i større grad gjøres i stand til å oppnå endring og innovasjon samtidig som utførende personell ser seg mer tilfredsstillt med deres fungering. Et interessant trekk ved de vanskene som omtales av studiets informanter, er hvordan disse ofte samsvarer med problematikk som søkes løst i kompleksitetsteori. Følgende seksjon søker i denne sammenheng å avklare hvor vidt kompleksitetsteoretisk metode kan benyttes for bedret effektivitet i tjenestens prosjekter.

## **7 Kompleksitetsteoretisk metode i helsetjenestene**

Potensielle årsaker til vanskelighetene for innovasjon i helsetjenestene ble nevnt innledningsvis i dette studiet. Vanskelighetene ser ut til å sammenfalle med den problematikk ved prosjekter som omtales av gjeldende studies informanter. Herav er et påfallende trekk at prosjektene, til tross for sine gode mål og intensjoner, allikevel ofte feiler i å generere den endring man intenderte ved prosjektenes innledende faser. I denne forstand eksisterer et forbedringspotensial i måten det arbeides med prosjektene på i helsetjenestene. Fordi prosjektene innehar en stor rolle i norsk helsetjeneste, vil en konstruktiv tilnæringsmåte for bedret innovasjon i helsetjenestene være å søke å øke prosjektenes effekt i tjenestene.

Som nevnt i foregående kapittel er et inntrykk fra den data som er blitt samlet inn i dette studiet, at kjernekonsepter i kompleksitetsteori ser ut til å kunne besvare deler av de vansker som forekommer i forbindelse med innovasjon og endring i helsetjenestene. Tidligere avsnitt i dette studiet har allerede tatt for seg en rekke anbefalinger fra kompleksitetsteoretisk metode, som favner hvordan teoriens prinsipper lar seg benytte i praksis. Helseinstitusjonenes karakteristika, som tillater disse å kunne forstås som komplekse adaptive systemer er også blitt omtalt, samt eksempler på studier hvor kompleksitetsteoretisk metodikk har resultert i vellykkede endringstiltak ved ulike helseinstitusjoner.

Disse seksjonene illustrerer hvordan kompleksitetsteoretisk metode ikke kun fungerer som teoretisk rammeverk med kraft i metaforer, men at teorien også har et potensial som verktøy det lar seg gjøre å arbeide med i daglig praksis i organisasjoner. Følgende seksjon søker derfor å ta for seg vanskene som oppleves med prosjektene fra et kompleksitetsteoretisk perspektiv. Det vil forsøkes å besvare hvor vidt virkemidler fra kompleksitetsteoretisk perspektiv kan implementeres i arbeidet med prosjekter, på en slik måte at man bekjemper deler av den problematikken som beskrives ovenfor.

### **7.1 Prosjektarbeid i helsetjenestene fra et kompleksitetsteoretisk perspektiv**

Prosjektarbeidet i helsetjenestene, slik det beskrives av informantene i dette studiet, vil måtte gjennomgå flere endringer for å skulle kunne fungere i en kompleksitetsteoretisk form. Til gjengjeld har endringene dog et potensiale til å skape mer engasjement blant organisasjonens medarbeidere, endring som forekommer i samspill med miljøet som omgir organisasjonene, og en mer dynamisk læringsform i organisasjonene som gjør dem sterkere rustet til å svare på

samfunnets mangfoldige utfordringer. For en mest mulig strukturert presentasjon, vil de emner i prosjektene som kan bearbeides gjennom kompleksitetsteori i påfølgende avsnitt inndeles i kategorier. Det skal dog nevnes at flere av disse områdene sammenfaller med- og innvirker på hverandre.

### **7.1.1 Faktorer forbundet med prosjektenes arbeidsstruktur**

Strukturen som forekom i prosjektene ble av samtlige informanter beskrevet som vanligvis å fungere ved typisk hierarkisk struktur. Dette var også tilfellet i caseprosjektet, hvor styringsgruppe i samspill med prosjektets ledelse hadde ansvar for avgjørelser, og for valg av retning i prosjektet. I prosjektmøter ble agenda utarbeidet av prosjektleder som så var ordstyrer, hadde siste ord, tok informerte avgjørelser etter innspill og som videreførte større avgjørelser til styringsgruppen. Prosedyrer og klargjort prosjektinformasjon ble så delegert mellomledere som så viderefremmet prosjektarbeidet til sine medarbeidere. Prosjektarbeidet ble strukturert etter en arbeidsplan bestående av faser. I test-stadiet ble det sterkt vektlagt at ingen testtiltak skulle legges til eller forkastes, og det var ikke ønskelig å foreta store endringer i utformingen av prosjekttiltakene eller hvordan det ble arbeidet med disse. Ressurser, i form av tid tilgjengelig til å arbeide med prosjektet, eksisterte kun hos prosjektets ledelse, og for mellomlederne involvert i prosjektet, som hadde additiv tid dedikert prosjekter implementert i sine roller ved tilhørende institusjoner. En kontinuerlig og akutt mangel på tid til å reflektere over eget arbeid, eller til å delta i prosjektarbeid, fremstår dog å eksistere blant de utøvende ved hver av institusjonene engasjert i prosjektet.

Trekk ved prosjektets arbeidsstruktur ble ikke på noe tidspunkt nevnt som en hemmende faktor av dette studiets informanter. Tematikken kan dog allikevel problematiseres fra et kompleksitetsteoretisk perspektiv.

Det første man her kan ta for seg, er ledelsens rolle i prosjektene, og den tanke om menneskelig fungering denne impliserer. Som allerede nevnt i dette studiet, fordrer kompleksitetsteori et syn på menneskelig relatering og på ledelsespraksis, som i stor grad skiller seg fra «mainstream» organisasjonsteoris fremstillinger av hvordan disse to faktorene er i stand til å operere. I et «mainstream» form for bilde av organisasjoners fungering, ansees menneskelig relatering som noe som lar seg forme slik at et visst sett med aktører har anledning til å intervensere og dirigere organisasjonene i den retning disse aktørene anser som best passende. I denne tankegangen, blir design og kontroll viktige ledelsesverktøy. Som vi

har sett, problematiserer dog kompleksitetsteori denne tankegangen. I stedet postuleres det at organisasjoner er komplekse adaptive systemer, som benytter seg av selvorganisering for å lære av-, og tilpasse seg sine omgivelser. Systemene vil naturlig søke å utvikle, tilpasse og transformere seg på måter som gjør dem mer levedyktige for fremtiden. Samtidig som disse systemene tilpasser seg sitt miljø, vil også miljøet rundt tilpasse seg dem. Som allerede nevnt i øvrige kapittel, bistår så disse prosessene i kontinuerlige sirkler av gjensidig læring og tilpasning.

Denne tankegangen er av relevans for ledelsesformene som forekommer både i caseprosjektet, samt øvrige prosjekter i tjenestene. Den strukturen man i dag benytter seg av i prosjektene fordrer nettopp ett syn hvor man forsøker å benytte seg av verktøy; prosjektene og deres trinnvise inndelinger, på måter som former og styrer læring blant prosjektens involverte, hvor ledelse så antas å kunne høste organisatorisk endring fra det forelagte designet. Man tenker her at planlagte tiltak vil gjennomføres slik som planlagt, og tar ikke hensyn til hvordan samspill og relatering både innad i organisasjonen, samt mellom organisasjon og omgivende miljø, vil kunne ha en innvirkning på hvordan prosjektene utspiller seg.

Fra et kompleksitetsteoretisk perspektiv vil disse arbeidsprosessene måtte forekomme ved en fullstendig annerledes struktur, eller; i kompleksitetsteoretiske termer, i større grad i fravær av struktur, i det som i kompleksitetsteori refereres til som «randen av kaos». I henhold til de kompleksitetsteoretiske virkemidlene som presenteres i dette studiets kapittel om anvendt kompleksitetsteori, vil idealene for prosjektene først og fremst være å skape en annerledes forståelse av den funksjon ledelse innehar ved organisasjonene og deres innovasjonsarbeid. Deretter vil måten man strukturerer og utformer prosjektene på, måtte tilpasses denne nye tankegangen.

Fordi kompleksitetsteori fordrer endring som forekommer som spontane tilpasninger til organisasjoners omgivelser, blir det å skulle tilpasse tankegangen til å fungere i prosjekter noe utfordrende. Visse endringer ved prosjektene fungererformer gjør allikevel konseptet mulig. Kompleksitetsteoretiske idealer fordrer her at ledelse legger fra seg kontrollen, og overlater styringen av organisasjonens retninger til et distribuert ansvar i deres utøvende medarbeideres distribuerte intelligens. I en prosjektkontekst vil dette innebære at medarbeidere selv har ansvar for å utarbeide tematikken for fremtidige prosjekter. Dette kan forekomme, eksempelvis ved å oppfordre til selvorganisierende grupper, som selv oppdager

sine egne utfordringer, mål og målsettinger, for så å tillate disse å initiere prosjekter, samt den retning disse tar idet de initieres. Arbeidsmetodikken innebærer et tap av kontroll for organisasjonens ledelse. I stedet søker man å etablere en organisasjon hvor hver enkelt medarbeider tar ansvar for organisasjonens fremdrift, og i større grad gis kraft til å initiere endringstiltak som oppfattes av disse som nødvendige responser på organisasjonenes daglige utfordringer. Ledelses rolle vil erstattes av retningsgivning og en viss grad av dirigering, eksempelvis for å holde disse prosjektene innenfor relevante nasjonale føringer, men deres hovedansvar vil forekomme i form av å tilrettelegge for medarbeideres arbeid med prosjektene.

Denne tilretteleggingen vektlegges sterkt i kompleksitetsteori. Et distinkt trekk ved prosjektene i norsk helsetjeneste, slik portrettert av gjeldende studies informanter, var hvordan ressurser, som oftest i form av tid, til å arbeide med prosjektene, kun eksisterte blant ledelse. Utøvende medarbeidere hadde derimot sjeldent anledning, verken til å reflektere over egen praksis, til å arbeide med prosjektene, eller til å engasjere seg i disses innhold. Kompleksitetsteori fordrer at «slakk» i ressurser må tilrettelegges for utøvende personale. En viktig kompleksitetsteoretisk implikasjon er derfor at tildelingen av ressurser i prosjektene vil måtte forekomme svært annerledes. Eksempelvis vil prosjektmidlene i tjenestenes prosjektvirksomhet kunne tildeles utøvende personell, fremfor ledelse innad i prosjektet. Hovedansvaret for utarbeidelsen av nye tiltak vil således forekomme «nedenfra og opp».

Også arbeidet innad i prosjektene, idet disse er begynt, vil i et kompleksitetsteoretisk perspektiv måtte forekomme annerledes. Caseprosjektet i dette studiet opererte med en metodikk hvor ulike testtiltak ble utprøvd i praksis, slik at det kunne evalueres hvor vidt disse skulle videreføres eller forkastes. Denne metodikken samsvarer med kompleksitetsteoretisk perspektiv, men forekom allikevel i en noe rigid forstand, da testtiltakene ikke ble tillatt forkastet eller modifisert i for stor grad i løpet av testperioden. Et problematisk område i tiltakenes testperioder var også mangelen på engasjement blant utøvende personell, som bidro til å vanskeliggjøre deler av prosjektets test-arbeid. Eksempelet fra det svenske reumatologiske kvalitetsregisteret (Essén & Lindblad, 2012), omtalt i foregående kapittel, illustrerer dog hvordan det er mulig å arbeide med prosjekter uten å benytte seg av de sekvensielle stegene man vanligvis forbinder med suksess i innovasjonslitteraturen. Prosjekter kan tillates å kontinuerlig få nye former for mening gjennom sin utvikling, hvor fleksibilitet bistår til at gode tiltak arbeides videre med, mens ikke-fungerende tiltak raskt forkastes.



Et viktig fokus i kompleksitetsteori, er å endre prioritering fra store, omfattende prosjekter, til et sterkere fokus på mindre, inkrementell endring, som skjer i hverdagen. Et påfallende trekk i gjeldende studie, var hvordan informantene stadig uttrykte helsepersonells evne til å bygge videre på allerede eksisterende virkemidler og kunnskap i sitt arbeid med endring i tjenestene. Det ble i intervjuene uttrykt at helsepersonell ofte mangler god infrastruktur, som for eksempel gunstige teknologiske løsninger, å støtte seg på i sitt arbeid. I stedet blir man derfor presset til å finne alternative metoder å benytte seg av eksisterende virkemidler på nye, innovative måter. Metodikken samsvarer med hvordan det i kompleksitetsteori anbefales å bygge på eksisterende prosedyrer og kunnskap. Fremgangsmåten ble også benyttet i caseprosjektet, som i stor grad fokuserte på å modifisere eller videreutvikle de verktøy og den praksis som allerede eksisterte ved de involverte institusjonene.

I motstilling til kompleksitetsteoretiske anbefalinger i forbindelse med størrelse, er dette studiets caseprosjekt omfattende, med en svært ambisiøs liste av ønskede tiltak for implementering, som distribueres over flere ulike fagfelt. Fordi felles tverrfaglig arbeid ovenfor en omfattende pasientgruppe som krever stor innsats (eldre, multisyke pasienter) var prosjektets mål, er prosjekttiltakenes størrelse naturlige. Sett fra et kompleksitetsteoretisk perspektiv, vil det allikevel anses hensiktsmessig å, i utbredt forstand, redusere prosjektene størrelser. I gjeldende prosjekt ville dette ha vært en mulighet ved å bryte opp de målene som eksisterte i prosjektet til mindre delmål, hvor man så arbeidet med disse separat. Et videre område som opplevdes som vanskelig av flere informanter i dette studiet, var hvordan mindre, lokale prosjekter tenderte å bli overskrevet av statlige tiltak. Det kan spekuleres i hvor vidt denne problematikken dels kan attribueres det tempoet endring forekommer i ved tjenestene. Disse påvirkes ofte av prosjektproblemstillinger som strekker seg over årrekker, før det foretas avgjørelser i hvor vidt man ønsker å implementere endring. Institusjonenes endringer forekommer derfor sakte, mens statlige føringer ofte publiseres ved en hyppigere frekvens. Mindre problemstillinger i prosjektene, svakere strukturert inndeling i prosjektene, og inkrementelle testperioder i begrenset omfang, kan inneha potensial til å skape mer dynamisk endring i institusjonenes daglige virksomhet.

Som nevnt i gjeldende studies innledende kapittel, står helsetjenestene i en særstilling idet nye tiltak skal testes ut, fordi praksisen kan innebære risiko for institusjonenes pasienter. Kompleksitetsteori postulerer at små endringer vil være i stand til å skape mindre fallhøyde, samtidig som at disse kan knyttes til prøving- og feilingsbasert handling som foretas i praksis

hvorpå distribuert utforskning oppfordre til engasjement fra organisasjonenes medarbeidere. Her bringes vi videre til et nytt interesseområde innen dagens nåværende form for prosjektarbeid, og et annet viktig kompleksitetsteoretisk ideal: tanken om at tiltak holdes i live, vokser og etableres i institusjonene, fordi et tilstrekkelig antall medarbeidere brenner for disse.

### **7.1.2 Faktorer forbundet med medarbeidernes engasjement**

Problematikken som forekom i forbindelse med medarbeideres engasjement ble i gjeldende studie illustrert ved mellomledere som ikke var i stand til å se verdien av alle prosjektets tiltak og derfor kun valgte å prioritere deler av disse, og ved de mange informantene i mellomlederstillinger som fortalte om problematikk i forbindelse med å få utøvende personal «om bord» i prosjektene. Årsakene her ble ofte ilagt det faktum at utøvende personell ikke var i stand til å se den umiddelbare nytten ved prosjekttiltakene, eller at mangel på tid og ressurser gjorde at man valgte bort å prioritere det ekstra arbeidet prosjekttiltakene medførte. Informantene opplyste også om at tidligere erfaring fra flere mislykkede prosjekter skapte en slags pasifisme i prosjektutøvelsen, og at endring som stadig blir opplevd som «tredd over hodet» tilsynelatende har skap mangelfull tilknytning til flere av prosjektene som pågår i tjenestene. Faktorene bidrar til manglende engasjement, og selektivt arbeid med prosjektenes tiltak.

Til tross for lydhør ledelse som ønsker å ta i bruk de ansattes kunnskaper, stor respekt for prosjektets leder blant samtlige informanter fra prosjektet, et prosjektmandat som anerkjennes av samtlige informanter og bredt opplevd engasjement i prosjektets møter, har man allikevel opplevd vanskeligheter med å inkludere medarbeidere i prosjektets implementeringsfase.

Avsnittene ovenfor beskriver hvordan ressurser og tid tildelt medarbeidere for å arbeide med prosjekt er viktige faktorer. Fra et kompleksitetsteoretisk perspektiv kan vanskelighetene i prosjektet, i tillegg til å forekomme som et resultat av manglende tid til å engasjere seg i prosjektets innhold, også anses å være responser på den måten prosjektets mandat ble utformet på, samt den inkluderingsteknikken som forekom i prosjektet. I et kompleksitetsteoretisk perspektiv, vil organisasjoners systemer aldri la seg direkte bearbeides av enkeltagenter i systemene gjennom instruksjon og direksjon, uavhengig av hvor velmenende disse intensjonene for endring er. Idet visjoner og idealer utarbeides «ovenfra og

ned» kan man risikere å tape svært viktig meningsskaping i underenheter, fordi disse ikke har tilstrekkelig informasjon om tiltakene det arbeides med og bakgrunnen for disse.

Fra et kompleksitetsteoretisk perspektiv, vil derfor et sentralt element i disse prosessene være å, som allerede nevnt ovenfor, la selvorganisering og medarbeiderengasjement være faktorene som initierer prosjektene og deres innhold. Som vi har sett i dette studiets teoretiske kapittel, er kompleksitetsteoris påstand på dette emnet, at medarbeidere som involveres i prosjekter basert på egne interesser, hvor de føler at de har anledning til personlig å innvirke på praksis de selv finner problematisk ved sine virkeområder, i større grad vil engasjere seg i disse (Essén & Lindblad, 201). En kompleksitetsteoretisk tilnærming til prosjektene i helsetjenestene ville derfor innebære at medarbeidere lot «trekkes inn» og engasjeres basert på personlig interesse for områdene det arbeides med. Teorien postulerer at endring skjer idet flere agenter i systemene ser funksjonen av nye måter å arbeide på. Det fordres derfor at entusiastiske medarbeidere og «ildsjeler» bør oppfordres til å involveres i endringsprosesser. Det er viktig å påpeke at disse involveringsprosessene krever en kultur ved organisasjonene involvert, som er annerledes enn det bildet som fremstilles av dette studiets informanter. Fra ledelse må det genereres holdninger om myndiggjøring og aktivering av medarbeidere, hvor det åpent anerkjennes at man søker å etablere en organisasjon hvor hver enkelt medarbeider tar ansvar for organisasjonens fremdrift, gjennom distribuert intelligens og ansvar.

Av informantene i gjeldende studie, ble det også omtalt at det eksisterer vansker i helsetjenestene i den forstand at endringen som forekom i tjenestene ofte bærer preg av store, feiende trender, som fullstendig endrer det fokus som eksisterer i tjenestene. Medarbeidermedvirkning og redusert prosjektstørrelse kan potensielt bistå i å redusere omfanget av disse trendstyrte endringene. Metodikken har, om ikke annet, et potensial til å sikre at de endringstiltakene det velges å engasjeres i, har sitt opphav fra endring det eksisterer et bredt engasjement for blant medarbeidere. Inkrementell endring, og endring i form av byggeblokker vil potensielt også kunne bidra til at større skifter i praksis motvirkes.

### **7.1.3 Faktorer forbundet med helsetjenestenes omgivelser**

En form for vansker omtalt ved flere anledninger blant gjeldende studies informanter, handlet om hvordan kunnskapsdeling og samordning generelt sett ofte var vanskelig i tjenestene. Vanskene innebar at det eksisterte store lokale variasjoner mellom helseinstitusjoner som utførte like, eller tilsvarende tjenester, hvorpå man manglet en evne til å dele god praksis

mellom hverandre i en ideell grad. Man opplevde «å sitte på ulike tuer», hvor flere ulike institusjoner ofte arbeidet med tilsvarende tematikk uten å være i stand til å dele den fremgang man var i stand til å oppnå ved de ulike tjenestestedene.

Det ble, av informantene i studiet, vektlagt hvordan den tverrfaglige samhandlingen som ble muliggjort i caseprosjektet var sterkt verdsatt. Arbeidsformen vektlegges også i kompleksitetsteori. Det oppfordres her til bruk av workshops eller andre delingsplattformer, hvor medarbeidere har anledning til å samles på tvers av sine tilhørende organisasjoner, for å skape ferske perspektiver og lære mer om organisasjonen og andres rolle. Metodikken inngår i en større vektlegging av viktigheten av å dyrke mangfold i arbeidet med innovasjon i organisasjonene. Det postuleres at samarbeid mellom flere agenter i systemene skaper koblinger, og at koblinger der igjen har evnen til å skape spredning av gode idéer og tiltak utover prosjektenes tilhørende deltakere. Samtidig vektlegges bruk av beste praksis i organisasjonene, hvor man fokuserer på å forstå de underliggende perspektivene som førte til suksess ved tilfellenes opprinnelige tilhørighetssteder. Koblinger, som knytter ulike agenter i organisasjonene til hverandre, gjør erfaringsdeling enklere, og kan bistå i å spre god praksis på tvers i organisasjonene. Tilgjengelig tid blant utøvende personell vil også kunne tillate at felles plattformer for kunnskapsdeling mellom disse lar gjennomføres. Koordinasjonsmetoden kan så fungere som feedback loops som forsterker eller svekker pågående prosjekter i andre organisasjoner eller seksjoner, basert på de erfaringer som har forekommet ved andre kontekster.

## 8 Konklusjon og videre anbefalinger

Gjeldende studie har hatt som hensikt å foreta en analyse, både av kompleksitetsteori og denne teoriens anvendelighet i praktiske sammenhenger i organisasjoner, og av norsk helsetjenestes arbeid med innovasjon, og de vansker som eksisterer i dette arbeidet som bidrar til at prosjektarbeid i tjenestene ikke er i stand til å generere endring ved en frekvens som ansees som rask nok av sentrale utøvere i tjenestene. Intervjuene som ble foretatt i studiet bidro til innsikt i hvordan innovasjonsarbeid i tjenestene forekommer, samt noen av de vansker som oppleves i forbindelse med denne praksisen, sett fra perspektivene til prosjektledelse og mellomledelse.

Studiets teoretiske del fremmer et argument om at ledelse og organisasjoner utvikler vaner som kan være harde å bryte. Tanker om prediksjon og styring blant organisasjonsledelse kan bistå til at organisasjoner predisponeres til å generere rigid organisasjonsatferd, i en verden som er flytende og dynamisk. For å være i stand til å holde tritt med de omfattende endringer som eksisterer ved helsetjenestene, anbefales myndiggjøring av medarbeidere og deltagende avgjørelsesprosesser som et virkemiddel for å skape rike koblinger i institusjonene, som hjelper disse å takle dagens endringer fordi deltakelse påvirker organisasjoners sensitivitet til miljøene som omgir disse.

Helsetjenestenes institusjoner kan sies å identifiseres som komplekse adaptive systemer. Flere studier har også påvist gode resultater i bruken av kompleksitetsteoretiske prinsipper i disse tjenestene. Som et resultat kan det sies at kompleksitetsteoretisk metode er i stand til å fungere som et egnet endringsverktøy i norsk helsetjeneste.

Studiets datainnsamling indikerte flere ulike vanskeområder i helsetjenestenes prosjektarbeid. Hovedsakelig kan vansker i prosjektene relateres til deres utforming, manglende engasjement blant personell, og en manglende koordineringsevne med statlige føringer. Flere av disse faktorene kan sies å sammenfalle med kompleksitetsteoretiske prinsipper. Gjeldende studie har dermed søkt å illustrere hva en slik tilnærming vil innebære for helsetjenestene.

En konsekvens for denne formen arbeid i helsetjenestene er dog at kompleksitet må tilrettelegges. Fordi fremtidig utvikling i komplekse adaptive systemer ikke kan forutsies, innebærer medarbeideres myndiggjøring at ledelse må gi slipp på intensjoner om lineærhet, stabilitet, forutsigbarhet og kontroll i organisasjonene. I stedet må det tilrettelegges for systemer som selv skaper sine egne former for kontroll, gjennom kjerne hensikter, kjerneverdier, og et felles mål om å være rustet for fremtidige utfordringer. Medarbeidere må på sin side være i stand til å tolerere tilstander hvor systemet aldri las falle helt på plass, og hvor man kontinuerlig arbeider for å forbedre organisasjonens funksjonsevner. Et potensial ved tilnærmingen vil dog være ny energi i institusjonene, som tillater institusjonene kontinuerlig innovasjon, gjennom adaptiv og dynamisk tilpasning til sine omgivelser. Tilnærmingen vil i stor grad kunne bedre den problematikk som ble meddelt av studiets informanter.

Det bør nevnes, at prosjektene i sin arbeidsform, ikke nødvendigvis er den mest egnede plattformen for arbeid med kompleksitetsteoretiske prinsipper, og at disse prinsippene potensielt mer funksjonelt bør benyttes i andre kontekster ved organisasjonene. Andreassen og hans kollegaers studie, som introduseres i dette studiet, illustrerer dog hvordan det av ledelse anses som en sentral funksjon i prosjektene å generere økonomiske midler til innovasjon i institusjonene, skape entusiasme, evaluere eksisterende praksis og å skape samsvar mellom lokal praksis og nasjonale retningslinjer. Tematikken kan antas å gjennomføres enklere gjennom kompleksitetsteoretiske virkemidler. I denne forstand konkluderer gjeldende studie med at implementering av kompleksitetsteoretisk metode er passende for tjenestene.

Studiets funn antas også å kunne generaliseres til lignende helsetjenestekontekster, hvor vansker relatert til uttesting, engasjement eller samordning med statlige føringer er av relevans. Flere av studiene det refereres til i gjeldende oppgave har også vært i stand til å benytte seg av kompleksitetsteoretiske prinsipper i innovasjonskontekster i helsetjenestene som opererte også utenfor feltet tjenesteinnovasjon. Studiene indikerer at dermed at det er mulig å benytte seg av endringsformen også ved innovasjon ved teknologiske og farmasøytiske kapasiteter, eller diagnostikk.

Som nevnt i dette studiets teoridel, eksisterer en mangel på forskning som dokumenterer hvordan teoriens prinsipper lar seg bearbeides i praksis. Gjeldende oppgave har søkt å besvare dette behovet. Helsetjenestene er dog en tjeneste i særstilling, med både en arbeidsmetodikk og en vanskeligstilling i forhold til sitt omgivende miljø, som kan vanskeliggjøre at funnene i denne undersøkelsen også las benyttes i kontekster utenfor helsetjenestene. Listen over kompleksitetsteoretiske virkemidler som er blitt utarbeidet i dette studiet, lar seg dog benyttes i enhver organisasjon som ønsker å satse på kompleksitetsteoretiske fremgangsmåter.

## Litteraturliste

Albach, H., Meffert, H., Pinkwart, A., Reichwald, R. & von Eiff, W. (ed.) (2016), *Boundaryless Hospital. Rethink and Redefine Health Care Management*. Heidelberg: Springer.

Andreassen, H.K., Kjekshus, L.E. & Tjora, A. (2015) Survival of the project: A case study of ICT innovation in health care. *Social Science & Medicine*, Vol. 132, pp. 62 – 69.

Ashmos, D.P., Duchon, D., McDaniel, R.R. & Huonker, J.W. (2002) What a Mess! Participation as a Simple Managerial Rule to “Complexify” Organizations. *Journal of Management Studies*, Vol. 39, No. 2, pp. 189 - 206.

De Bont, A. & Bal, R. (2008) Telemedicine in interdisciplinary work practices: On an IT system that met the criteria for success set out by its sponsors, yet failed to become part of every-day clinical routines. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, Vol. 8, No. 47.

Djellal, F. & Gallouj, F. (2005) Mapping innovation dynamics in hospitals. *Research Policy*, Vol. 34, pp. 817 – 835.

Essén, A. & Lindblad, S. (2012) Innovation as emergence in healthcare: Unpacking change from within. *Social Science & Medicine*, Vol. 93, pp. 203 – 2011.

Folkehelseinstituttet (2015) Modell for kvalitetsforbedring. Hentet den 27.05.2017, fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring;jsessionid=83EBEE399B00D978F07B9FC0378392D6>

Grobman, G.M. (2005) Complexity Theory: A new Way to Look at Organizational Change. *Public Administration Quarterly*, Vol. 29, No. 3 / 4 (Fall 2005 – Winter 2006), pp. 350 – 382.

Gupta, A. & Anish, S. (2017) *Insights from complexity theory: Understanding organizations better*. Tejas Article.

Helsedirektoratet (2007 - 2011) Nasjonal samarbeidsavtale. Behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren 2007 – 2011. Nasjonal tiltaksplan. Hentet fra de 15.05.2017: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/nasjonal\\_samarbeidsavtale.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/nasjonal_samarbeidsavtale.pdf)

Helse Midt-Norge (2016 – 2020) Strategi for innovasjon i Helse Midt-Norge 2016 – 2020. Hentet den 27.05.2017 fra: <https://helse-midt.no/Documents/Strategi/Strategi%20for%20innovasjon%20Helse%20Midt-Norge%20for%20perioden%202016-2020.pdf>

Helse Midt-Norge (2017) Innovasjon. Hentet den 27.05.2017, fra: <https://helse-midt.no/innovasjon>

Helse Sør-Øst (2013) Innovasjon og teknologiutvikling i helsetjenester. Føringer og konsekvenser for helsetjenesten. Sundenvoldseminaret 2013.

Hodge, B. & Coronado, G. (2007) Understanding Change in organizations in a far-from-equilibrium world *E:CO*, Vol. 9, No. 3, pp. 3 – 15.

Kjekshus, L.E. & Bernstrøm, V. (2013) *Helseforetakenes interne organisering og ledelse*. INTORG 2012, Universitet i Oslo, Oslo.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *Interviews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. London: SAGE.

Lanham, H.J. (2013) How complexity science can inform scale-up and spread in health care: Understanding the role of self-organization in variation across local contexts. *Social Science and Medicine*. Vol. 93, pp. 194 – 202.

Länsisalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P. & Ruoranen, R. (2006) Innovation in Healthcare: A systematic Review of Recent Research. *Nursing Science Quarterly*, Vol. 19, No. 1, pp. 66 – 72. Sage Publications.

Lyngsø, A.M., Godtfredsen, N.S. & Frølich, A. (2016) Interorganisational Integration: Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers and Facilitators within the Danish Healthcare System. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 16, No. 1, pp. 1 – 10.

McDaniel R.R. Jr. & Driebe, D.J. (2001) Complexity Science and Health Care Management. *Advances in Health Care Management*, Vol. 2, pp. 11 – 36.

McMillan, E. (2006) *Complexity, Organizations and Change. An Essential Introduction*. Routledge

McMillan, E. & Carlisle, Y. (2007) Strategy as Order Emerging from Chaos: A Public Sector Experience. *Long Range Planning*, Vol. 40, pp. 574 – 593.

Mitleton-Kelly, E. (2006) A Complexity Approach To Co-Creating An Innovative Environment. *World Futures*, Vol. 62, NO. 3, pp. 223 – 239.

Mitleton-Kelly, E. (2011) A Complexity Theory Approach to Sustainability: a longitudinal study in two London NHS hospitals. *The Learning Organization*, Vol. 17, NO. 1, pp. 45 – 53.

Nordisk InnovationsCenter (2009) Innovasjon i helsesektoren i Norden. En kartlegging av nasjonale policies og innovasjonsprogrammer. Hentet den 18.05.2017, fra:

<http://www.nordicinnovation.org/Global/Publications/Reports/2009/Innovasjon%20i%20helsesektoren%20i%20Norden%20-%20En%20kartlegging%20av%20nasjonale%20policies%20og%20innovasjonsprogrammer.pdf>

Oslo Universitetssykehus HF (2011 – 2015). Innovasjonsstrategi 2011 – 2015. Hentet den 18.05.2017, fra:



<http://ous.prod.fpl.nhn.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Forskning%20og%20utvikling/Annen%20lysp%C3%A6re%20Innovasjonsstrategi.pdf>

Penprase, B.L. (2003) *Understanding hospitals' changing environments through the lens of complexity theory*. Wayne State University, Michigan.

Røsjø, B. (2015, 18. juni) Helsevesenet er smittet av prosjektpest. Hentet den 18.05.2017, fra:

<http://forskning.no/helsetjeneste-helseadministrasjon-informasjonsteknologi/2015/06/helsevesenet-er-smittet-av>

Røste, R. & Godø, H. (2005) *Notat om innovasjon i offentlig sektor – til utvikling av kompetansegrunnlaget for VIOS*. Arbeidsnotat 3/2005. NIFU STEP. ISSN 1504-0887.

Silverman, D. (2009) *Doing Qualitative Research*. London: SAGE.

Stacey, R. (2011) *Strategic Management and Organisational Dynamics: the Challenge of Complexity*. 6<sup>th</sup> ed. FT Press.

Stacey, R. (1993) Strategy as Order Emerging from Chaos. *Long Range Planning*, Vol. 26, No. 1, pp. 3 – 9.

Thagaard, T. (2013) *Systematikk og innlevelse*. 4 utg. Bergen: Fagbokforlaget

## **Vedlegg 1: Intervjumal**

### **CASEPROSJEKT INTERVJUER**

Introduksjon til intervjuets emne: Endring i helsetjenestene forekommer svært sakte, og ofte i mangel på dynamisk og flytende endring. Mange årsaker til dette, helsetjenestenes rolle står i særstilling. Men et resultat er at man ofte delegerer mye ressurser til ulike prosjekter som skaper gode strategiske ideer, men som allikevel etter endt prosjekt ikke implementeres og benyttes videre.

Kompleksitetsteori benytter seg av ulike praktiske virkemidler, eks: samhandling, mangfold, medarbeiderbidrag, koevolusjon, ledelse. Målet med min oppgave er å vurdere hvor vidt en endring i hvordan man tenker at innovasjon er og hvordan endring skal skje, kanskje kan bistå noe i å forenkle noen av endringsprosessene i tjenestene. Prosjektet har rolle som case i oppgaven.

**Navn:**  
**Stilling:**  
**Rolle i prosjektet:**

### **Arbeid med innovasjon i helsetjenesten i dag - caseprosjektet**

Hva vil du si om omfanget av dette prosjektet, hvor viktig eller prioritert er det?

Oppfølging: Har målene et sterkere mandat enn andre prosjekter? Er engasjementet større? Dedikeres det mer ressurser? Er det vanlig med prosjekter over flere instanser?

Hvem har ledet prosjektet, og hva har vært deres rolle?

Oppfølging: Hvordan ble prosjektledelse utpekt? Hvor har ledelse bistått / deltatt. Har større deler av ansvar blitt delegert andre enn ledelse? Har personen(e) innehatt en klar lederrolle?

Har ledelsen gitt deg føringer på hvordan det skal arbeides i prosjektet?

Oppfølging: Hva slags instruksjoner er blitt gitt, og hvor spesifikke har disse vært?

Hvordan ble du en del av prosjektet?

Oppfølging: Hvordan har deltakere blitt trukket inn? Frivillig / påtvunget? Har man kunnet engasjere seg frivillig ved interesse?

Hvordan har ditt arbeid med prosjektet foregått så langt?

Oppfølging: Hvor har du vært involvert? Har du bistått til strategiske valg i prosjektet? Har du blitt oppfordret til å finne løsninger på egenhånd?

Hvordan har du fått uttrykt dine egne innspill til prosjektet?

Oppfølging: Forslag, tanker, idéer. Kritiske tanker. Erfaringer. Har du fått uttrykt disse tilstrekkelig? Til hvem? Hvor mye kontakt med forskjellige involverte har du hatt i det daglige?

Har dere benyttet dere av allerede eksisterende kunnskap i prosjektet?

Oppfølging: Materiell / prosedyrer / rutiner / teknologi

Har du mottatt ekstra ressurser for å arbeide med prosjektet?

Oppfølging: Tid? Materialer?

Har dere så langt støtt på vanskeligheter prosjektet?

Oppfølging: Noen situasjoner / problemstillinger dere har slitt med å finne en løsning på? Hva slags? Oppgave- / holdningsrelatert? Hvordan har man bearbeidet disse?

Hva slags miljø for endring og innovasjon eksisterer i tjenestene?

Oppfølging: Hva er holdningene til endring? Hva slags erfaringer har man? Kan endringsprosesser sies å forekomme ofte?

Hvor velfungerende vil du generelt si at tiltak for innovasjon og endring er på avdelingen?

Oppfølging: Har tidligere prosjekter eller tiltak produsert langvarig endring? Pleier medarbeidere å ta til seg resultatene av disse?

## Vedlegg 2: Prosjektmandat caseprosjekt

### Prosjektets navn

Korrigert prosjektmandat etter gjennomført Forprosjekt. Utfyller tidligere mandat

### Bakgrunn for prosjektet

Prosjektets hovedanliggende er optimal samhandling om den multisyke pasient. Dette ivaretas ved etablert samarbeid mellom fastlege, hjemmetjeneste og sykehus både i akutt- og i stabil fase. Pasient og pårørende skal være deltakende aktør i samarbeidet som etableres. Prosjektet vil undersøke hvordan en metodisk tilnærming som har pasientens egne preferanser og ressurser som premiss, vil få innvirkning på struktur og rammevilkår, og hvilken samarbeidsform som støtter best opp om " pasientens helsetjeneste".

### Hva skal prosjektet løse:

#### Prosjektet skal ha særskilt fokus på følgende element

Prosjektet håndterer «brukermedvirkning» på to måter, i *utviklingen* av løsningen, og som en viktig *del av* løsningen; Det er sentralt i prosjektet å involvere pårørende der disse er tilgjengelige.

- 1.)Koordinering og helhetlig ivaretagelse av den multisyke pasienten inne i sykehuset og i overgangen og samhandlingen mellom sykehus og bydel i et hjem til hjem perspektiv
- 2.)Fastlegens rolle i samarbeidet omkring denne pasienten
- 3.)Bygge videre på «SAFE» sjekklister utviklet i prosjektet «Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre»
- 4.)Kvalitetssikring av pasientens legemiddelbruk, både pasientens opplevelse og forståelse av legemiddelbruk og sikre forståelse av legemiddellister etter utskriving fra sykehus.

### Etter endt forprosjekt er foreløpige tiltak identifisert som prosjektet skal finne løsninger for.

1. Tverrfaglig funksjonsvurderings følger pasienten, sendes hjemmetjenesten(redegjøre for de muligheter som finnes for å realisere dette)
2. Bydel inn i sykehus, vurderingsbesøk
3. Kontroll time hos fastlege innen 1-2 uker, sykehuset bestiller time v/utskriving for pasienter som ikke klarer dette selv.
4. Korrekte samstemte legemiddellister. Fastlegens ansvar for oppdatert Legemiddelliste i bruk

5. Sammedagsepikrise for prosjektpasientene eller Utskrivningsnotat m/legemiddelliste sendes fastlegen elektronisk ved utreise
6. Dialogmeldinger sykehus – fastlege, henvendelse fra styringsgruppe til Råd for digital samhandling. Prioritere tiltaket i OUS
7. Benytte SAFE-sjekkliste overfor et gitt antall pasienter. Evaluere kost-nytte verdi av bruken.
8. Bruk av PLO-melding mellom fastlege-hjemmetjenesten, ved endring av klinisk status, ved endring av legemiddelliste.
9. Timebestillinger, hjemmetjenesten er behjelpelig med å bestille time hos fastlegen ved oppfølgingskontroller
10. Konferansetime hos fastlegen der ting ikke går som planlagt.

## **Metode**

Det etableres arbeidsgruppe for hvert enkelt tiltak, evt. settes flere tiltak sammen.

Arbeidsgruppen har som formål å klargjøre tiltaket for uttesting i en gitt periode, - Tiltaket blir så evaluert. Uttestingen skjer fortløpende etter som tiltakene er klargjort og rammene på plass for uttesting.

## **Mål**

Mer og bedre hjemmetid for den multisyke.

Prosjektets hypotese er at økt samarbeid og forbedrede strukturer for samarbeid mellom aktører, inkludert pasient/pårørende, vil gi bedre tilpassede tjenester som fører til mer og bedre hjemmetid.

## **Effektmål:**

1. Antall liggedøgn i sykehus
2. Antall innleggelser i sykehus
3. Antall polikliniske konsultasjoner
4. Fysisk og psykisk mestring (ADL-funksjon /intervju)
5. Grad av aktivisering, forebygging er vektlagt
6. Effektivisert behandling

7. Økt bevissthet hos helsepersonell omkring deres evne til å påvirke pasientens helsetilstand i positiv retning/Helsepersonell oppfatter sine bidrag som meningsfulle/Helsepersonell opplever økt påvirkningskraft på pasientens livskvalitet
8. Fastlegen og helsepersonell tar en aktiv rolle i helseforbedring i stabil fase
9. Antall besøk hos fastlege
10. Antall henvisninger fra fastlege til spesialisthelsetjenesten
11. Multisyke skal ha økt bevissthet om bruk av forebyggende tjenester. Pasient/Bruker skal selv beskrive hvilke mål som er viktig for god livskvalitet.
12. Korrekte samstemte legemiddellister
13. Bruker/pårørende undersøkelse er sentralt.

Effektmålene er retningsgivende for prioriteringer underveis. Det tas høyde for at effektmålene kan endres

### **Resultatmål**

En ny tjenestemodell for multisyke som ivaretar «pasientens helsetjeneste» perspektivet i et hjem til hjem perspektiv

## Milepælplan

**Hovedtema**  
**Ferdigstillelse**

**Oppstart**

Forprosjekt	November 2015	<b>Utgang februar 2016</b>
Datainnsamling; Intervju, forberedelse, gjennomføring og analyse Workshop arbeid	01. 01. 2016	<b>30.04.2016</b>
Modellen designes og tilrettelegges for utprøving, Klinikk/Bydel forbereder personalsammensetning til testperiode	01. 05. 2016	<b>31.10.2016</b>
Ny arbeidsmåte testes ut, enkle tiltak eller sammen	01.11.2016	<b>01. 09. 2017</b>
Rapport, evaluering og oppsummering, forberede overgang drift	01.09. 2017	<b>30.nov.2017</b>

### **Kommentar:**

Prosjektet har identifisert 10 tiltak som skal utføres. Disse tiltakene kan ses på isolert i testperioden og testes ut ett for ett. Alternativt kan de settes sammen i testperioden. Dette vil være en fortløpende vurdering underveis.