

Masteroppgave

Innovasjon i offentlig sektor:

”Hvordan bidrar LEAN til å fremme (og kanskje hemme)
medarbeiderdrevet innovasjon i sykehus?”

av

Marita Hagen Stok

Kandidatnummer 301

Master i Public Administration (MPA) – Moderne Forvaltning,
Dybdemaster

Avdeling for økonomi og organisasjonsvitenskap

Høgskolen i Lillehammer

Høsten 2014



SAMMENDRAG

Formålet med denne studien har vært å bidra med mer kunnskap om lean som medarbeiderdrevet innovasjon i offentlig sektor. Med utgangspunkt i tidligere forskning på tjenesteinnovasjon tar studien sikte på å belyse i hvilken grad lean er med på å fremme og/eller hemme medarbeiderdrevet innovasjon i offentlig tjenesteyting.be

Teorigrunnlaget består av litteratur om organisasjon og tjenester. Studien belyser tema som innovasjon, innovasjonsprosesser, medarbeiderdrevet innovasjon, drivkrefter og barrierer for innovasjon. Studien ser nærmere på hvilke aktører som deltar i medarbeiderdrevet innovasjon som lean, og har blant annet diskutert i hvilken grad de ulike aktørene har påvirkning på innovasjonsprosessen.

Problemstillingen er besvart gjennom en kvalitativ casestudie ved et sykehus. Det ble gjennomført intervju med aktører på alle nivå i en lean-prosess. Det inkluderer både ledere og medarbeidere, leger og andre helsefaglige medarbeidere. Casestudien viser hvordan aktørene opplever innovasjonsprosessen; samspill, innflytelse, engasjement, drivkrefter og barrierer.

Data fra casestudien er analysert og presentert i forhold til fire ulike intervjuguider og fire forskningsspørsmål. Forskningsspørsmålene bidrar til å belyse problemstillingen.

Resultatene viser at lean har både en fremmende og en hemmende effekt på medarbeiderdrevet innovasjon, med overvekt på det positive. Lean kan bidra positivt til en rekke innovasjonsfremmende faktorer, først og fremst ved å tilrettelegge for medarbeiderinvolvering og systematisk innovasjonsarbeid. Lean viser tegn til å være sårbart dersom aktørene ikke forplikter seg til å følge avtalte prosess-steg og vedtatte prosedyrer.

FORORD

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på min 2-årige masterutdanning i Master of Public Administration – Moderne forvaltning, ved Høgskolen i Lillehammer.

Jeg har vært så heldig å kunne kombinere både faglige og personlige interesser i denne masteroppgaven. Som ansatt i en statlig virksomhet, er innovasjon i offentlig tjenesteyting noe som står mitt hjerte nær. Krysspreset offentlig sektor er utsatt for, kjenner jeg godt i min arbeidshverdag, og jeg har et særlig hjerte for sykehussektoren etter å ha sett med egne øyne hvordan ledere og medarbeidere gjør sitt ytterste for å finne gode organisatoriske løsninger, samtidig som de gjør alt de kan for å ivareta pasientenes interesser. Det var derfor en stor glede at jeg fikk anledning til å gjennomføre mitt masterstudium ved et sykehus – som i tillegg er opptatt av å tenke nytt.

Oppgaven er skrevet i samarbeid med et sykehus i østlandsområdet, hvor jeg har fått anledning til å studere en lean-prosess som har ført til en ny medisinsk mottaksprosedyre for pasienter med en akuttmedisinsk tilstand. All informasjon er samlet inn ved sykehuset, gjennom tilgang på skriftlig dokumentasjon og intervju og samtaler med flere ansatte.

Jeg ønsker å takke divisjonsdirektøren for å åpne dørene og slippe meg inn. Takk for at du var villig til å dele både informasjon og tanker med meg. Den samme takken går til alle mine informanter: takk for at dere var villige til å bruke verdifull tid på dette. Jeg håper dere synes det har vært interessant å være med. Til sist ønsker jeg å takke min kontaktperson på sykehuset som har vært hjelpsom og støttende i forhold til å få alt det praktiske på plass.

Min klippe i stormen, veileder Rolf Rønning, skal ha en ekstra stor takk for en fin blanding av oppmuntrende heiarop og spark bak for å få meg på rett kjørl. Rema og Ottestad blir aldri det samme igjen. Dette har vært en berg- og dalbane, men nå er jeg ferdig. Takk for det!

Takk fortjener også Eva Sandhaugen og resten av HiLs bibliotek, som har vært til stor hjelp når BiBsys og jeg ikke har vært på talefot. Det har vært ofte.

Jeg ønsker også å takke min sjef, Lars Petter Mathisrud, som har holdt ut med en medarbeider som i perioder har hatt hodet andre steder enn på jobb. Nå kommer jeg også mentalt tilbake.

Til slutt vil jeg takke familie og venner for å heie på meg underveis og å minne meg på å ha troen når det buttet som verst. En ekstra stor takk går til min kjære mann og to små barn som har holdt ut med «mamma og studeringen»: Min evige tid som student er nå over (i alle fall tar jeg en lang pause). Nå gleder jeg meg til å være sammen med dere i stedet for innovasjonslitteraturen!

Lillehammer, september 2014

Marita Hagen Stok

1 INNHOLD

1	Innledning.....	1
1.1	Behov for innovasjon i offentlig sektor.....	1
1.2	Behov for kunnskap.....	4
1.3	Tema, avgrensning og problemstilling.....	5
1.4	Oppgavens oppbygning.....	7
2	Teori.....	8
2.1	Innovasjon.....	8
2.2	Lean.....	24
2.3	Oppsummering.....	30
3	Metode.....	32
3.1	Valg av metode.....	32
3.2	Perspektiv.....	33
3.3	Metode.....	33
4	Presentasjon av case og resultater.....	42
4.1	Prosess for Ny prosedyre for mottak av pasienter med en akuttmedisinsk tilstand.....	42
4.2	Analyse og Presentasjon av data.....	48
4.3	Oppsummering funn.....	68
5	Diskusjon.....	74
5.1	Hva er innovasjonen (e)?.....	74
5.2	Innovasjon, imitasjon eller adaptasjon.....	75
5.3	Tjenesteinnovasjon i offentlig sektor.....	76
5.4	Innovasjonsstrategi.....	76
5.5	Innovasjonsprosessen.....	77
5.6	Hvordan starter innovasjoner?.....	78
5.7	Medarbeiderdrevet innovasjon – drivere og barrierer.....	79
5.8	Barrierer for innovasjon.....	82
6	avslutning.....	84
6.1	konklusjon.....	84
6.2	Studiens begrensninger og videre anbefalinger.....	89
	Referanser.....	90
	Vedlegg 1 – Intervjuguide 1: Toppleder.....	95
	Vedlegg 2 – Intervjuguide 2: Prosessveileder.....	96
	Vedlegg 3 – Intervjuguide 3: deltakere i prosessen.....	98
	Vedlegg 4 – Intervjuguide 4: Berørt part.....	100
	Vedlegg 5 – Systematisering av funn.....	102

1 INNLEDNING

1.1 BEHOV FOR INNOVASJON I OFFENTLIG SEKTOR

Behovet for innovasjoner i offentlig sektor fremheves av styresmakter over hele verden (Fuglsang, Rønning og Enquist, 2014).

I de fattige landene blir innovasjon i offentlig sektor viktig for å fremme sosial utvikling. Her dreier innovasjon i offentlig sektor seg i stor grad om sosial innovasjon, hvor målet med innovasjon for eksempel kan være å forbedre nabolandsrelasjoner, utvikle deltakerdemokratiske metoder og øke brukerinvolvering, som slik er med på å utvikle velferdsstaten og mulighet for å gi stemme til grupper av mennesker som ikke alltid kommer til ordet, verken i medier eller innenfor det sosiale systemet (Rønning et al, 2013).

I moderne velferdsstater, som Norge, er ikke sosial innovasjon nødvendigvis knyttet til grunnleggende demokratiske utfordringer, men det er like fullt et resultat av ønsker om å finne løsninger på samfunnsmessige utfordringer (Rønning et al, 2013).

I Danmark har et knippe forskere utarbeidet et «debatoplæg» som har som mål å blåse liv og konstruktivitet inn i debatten om behov for innovasjon i offentlig sektor. I «Ny Dansk Forvaltningspolitik»¹ (u.å.) peker de på utfordringer i offentlig sektor, blant annet at den ikke utnytter de ressurser og kompetanse som den besitter. Utfordringer i samspillet mellom offentlig og privat sektor² gjør at det er uklar ansvarsfordeling mellom partene, og dette hindrer kompetanseutnyttelse. I tillegg kan man se at ikke all utvikling i offentlig sektor har vært positiv; forventninger er ikke innfridd. Offentlig sektor er utsatt for et stort krysspress fra mange interessenter: Borgere, kunder, medarbeidere, konkurrenter og leverandører påvirker alle hvordan offentlig sektor kan drive og utvikle sin virksomhet (Fuglsang, 2010). Det offentlige beskrives i litteraturen ofte som å stå ansvarlig for såkalte «wicked problems»; problemer som ikke har noen enkel eller tydelig løsning (Fuglsang, Rønning og Enquist, 2014; Bekkers et.al, 2011).

Disse utfordringene er like relevante i Norge. Forskningsrådets rapport «*Innovasjon i offentlig sektor. Kunnskapsoversikt og muligheter*» (2012) peker på tre hovedgrunner til at Norge må

¹ www.forvaltningspolitik.dk

² Debattopegget sikter til New Public Management som hevdes å ha ført til en økt polarisering mellom offentlig og privat sektor (www.forvaltningspolitik.dk)

sette inn ressurser for å øke innovasjon i offentlig sektor, og stimulere til forskning på dette feltet:

- Sterk økonomisk vekst stiller krav til store offentlige investeringer på ulike områder, og store offentlige investeringer bør stille store krav til gjennomtenkt, intelligent og innovativ atferd og –løsninger.
- Det norske samfunnet opplever en rekke økende utfordringer som berører velferdssamfunnet, arbeidsmarkedet og utdanningssystemet. Løsningen på tunge utfordringer krever bedre kunnskap og bedre forankring hos de som arbeider med å løse utfordringene. Det krever mer fokusert forskning, og det må samarbeides mer mellom forskningen og det praktiske nivået.
- Norge, med sin stabile økonomiske situasjon, trenger ikke å trekke forhastede konklusjoner eller gjennomføre drastiske løsninger. Dette gir et godt grunnlag for å iverksette en forskningsinnsats for innovasjon i offentlig sektor.

«Innovasjonsmeldingen» (St meld nr 7 (2008-2009)) definerer at målet i Norge er en offentlig sektor preget av kvalitet, tilgjengelighet og økonomisk effektivitet, samtidig som den er fleksibel nok til å kunne endre seg i takt med nye utfordringer og endrede behov.

Høsten 2010 ble det gjennomført en nordisk pilotundersøkelse om innovasjonsaktivitet i offentlig sektor. Resultatene finner at innovasjon for å møte sosiale utfordringer scorer lavere i Norge enn i de øvrige nordiske land og styrker behovet for mer direkte innovasjonsaktivitet i selve tjenestene (NOU 2011:11).

I moderne velferdsstater (herunder Norge) utgjør offentlig sektor en stor del (omkring 30 %) av landenes samlede tjenesteproduksjon³. Dette betyr at en betydelig del av landets samlede ressurser brukes til offentlig tjenesteproduksjon. Dette omfatter blant annet tjenester som helse, skole og politi.

Innenfor offentlig tjenesteproduksjon er produksjon av velferdstjenester en sentral virksomhet (Stortingsmelding nr. 17, 2004 - 2005). Utgifter til helse- og omsorgssektoren utgjør store deler av statsbudsjettet vårt, hvor spesialisthelsetjenesten (helseforetak og statlige sykehus) står for nesten 40 % av alle utgiftene knyttet til offentlig tjenesteproduksjon. I perioden 2006 – 2012 steg utgiftene til egenproduksjon innen spesialisthelsetjenesten med 44 %. Da

³ Perspektivmeldingen 2013 (Meld. St. 12 (2012 – 2013))

spesialisthelsetjenesten utgjør en betydelig del av statsforvaltningen⁴ vil økte utgifter få konsekvenser for totale utgifter til offentlig sektor og fremtidig fordelingspolitikk ([ssb.no/http://ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/4-av-10-statlige-kroner-gaar-til-spesialisthelsetjenesten](http://ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/4-av-10-statlige-kroner-gaar-til-spesialisthelsetjenesten)). Behovet for økonomiske prioriteringer innenfor dette området er stort, og dermed også behovet for innovasjon.

I tillegg til en klar samfunnsøkonomisk motivasjon for innovasjon i disse tjenestene, er det også et økende krav fra brukerne av tjenestene; folket.

Man skal ikke lete lenge i aviser og media for øvrig før man kommer over innlegg i den offentlige debatten, som omhandler kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Overskrifter som «Bare 567 ekstra plasser på åtte år», med henvisning til antall sykehjems plasser som er tilført kommunene i løpet av de siste årene⁵, «Psykiatrien må styrkes!», med tanker om behovet for bedring av tilbudet innen psykisk helsevern⁶, og «Dement kvinne lå uten mat og drikke et døgn»⁷, som peker på rutinesvikt i behandlingen, viser hvordan dette er tjenester som berører og engasjerer oss alle. I 2012 rullet både saker og hoder rundt Akershus universitetssykehus i kjølvannet av at det ble avdekket en rekke brudd på pasientsikkerheten og mangelfull kvalitet i tjenestene. Dette var et resultat av blant annet for dårlig bemanning og mangelfulle kvalitetssystemer⁸.

Som følge av dette kravet om endring, ser vi et økende fokus på innovasjon og forskning blant aktørene i spesialisthelsetjenesten. I «Regional strategi for forskning og innovasjon» (2013) anerkjenner Helse Sør-Øst at forskning og innovasjon er viktige fundament for en mer effektiv og stadig bedre helsetjeneste, og at det derfor må arbeides aktivt med å styrke innovasjonsarbeidet i regionen. «Dette innebærer idéutvikling med basis både i forskning og i klinisk praksis, med tanke på bedre behandlingstilbud, nye tjenesteløsninger og eventuell kommersialisering. Innovasjonsarbeid vil også bli stadig viktigere i arbeidet med

⁴ Statsforvaltningen består av alle virksomheter som er en del av statlige myndigheter, eller er kontrollert av statlige myndigheter, og som samtidig i hovedsak finansierer sine utgifter gjennom skatter og avgifter (ssb.no).

⁵ <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Bare-567-ekstra-plasser-pa-atte-ar-7693083.html>

⁶ <http://www.samfunnsmagasinet.no/Arkiv-2014/Art-Jan-2014/290114.Psykiatrien-maa-styrkes.htm>

⁷ <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Dement-kvinne-la-uten-mat-og-drikke-et-dogn-6989979.html>

⁸ Se blant annet følgende artikler fra 2012 på aftenposten.no: <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Vil-legge-pasientskader-ut-pa-nett-6992611.html>, <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Siv-Jensen-vil-ha-Gjorv-kommisjon-for-Sykehus-Norge-6987955.html> og <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Styrenestleder-trekker-seg-fra-Ahus-6990918.html> Se også «Helsefeltets bakspillere», kommentar i Morgenbladet, trykket 28. juni 2012.

kompetanseutvikling og ferdighetstrening for ansatte i helseforetakene» (Helse Sør-Øst, 2013).

1.2 BEHOV FOR KUNNSKAP

I sin rapport «Aktivér det offentlige innovasjonspotensialet (...)» fremhever Forskningsrådet (2012) at dersom vi skal lykkes i å definere gode virkemidler for å stimulere til økt innovasjon i de offentlige tjenestene, er det viktig å øke forståelsen av denne typen innovasjon: Hvordan oppstår innovasjonene? Hvordan foregår innovasjonsprosessene? Hvem er aktørene, hva er driverne, hva er barrierene, hva er insentivene?

Det blir viktig å sørge for at det skapes en innovasjonskultur innen offentlig sektor, hvor både ledere og medarbeidere hele tiden vurderer om det finnes muligheter for å gjøre forbedringer/ gjøre ting på en smartere måte (Torfing et.al, 2012). Dette støttes av nevnte rapport fra Forskningsrådet, hvor det også hevdes at en lang rekke studier viser at det er de interne ressursene, herunder ledelse og medarbeidere, som utgjør det viktigste innovasjonspotensialet i offentlig sektor (Norges Forskningsråd, 2012).

Til sist viser studier at innovasjon innen offentlig tjenesteyting per i dag, i store trekk er preget av tilfeldighet og ad hoc innovasjoner. Det er derfor et behov for, i tillegg til å fremme innovasjon, å arbeide for å gjøre innovasjon i offentlig sektor til en systematisk og vedvarende aktivitet (Rønning et al, 2013).

Samtidig som vi ser et tydelig behov for mer kunnskap om selve innovasjonsfenomenet, ser vi også hvordan modeller og idéer fra privat næringsliv blir tatt i bruk i offentlig sektor som et ledd i utvikling og fornying. Et eksempel på dette er hvordan reformbevegelsen NPM⁹ har endret offentlig sektor de siste 20 årene. NPM fremmer endringer i offentlig sektor utfra troen på at organisasjons- og styringsmodeller fra privat sektor med stort hell kan overføres inn i offentlig sektor (Christensen, et al, 2004).

⁹ New Public Management: En omforent betegnelse på en rekke reformer i offentlig sektor hvor det blant annet ble fremmet virksomhetsbaserte ledelsesformer, markedsbasert styring, privatisering og kommersialisering (Hood, 1995, i Bekkers, Edelenbos & Stein, 2011).

I mindre skala kan vi som eksempel nevne hvordan stadig flere virksomheter innen offentlig sektor tar i bruk «lean» som arbeidsmetodikk i sitt arbeid med kvalitetsutvikling. Dette gjelder så vel kommuner som embetsverk og sykehus¹⁰.

I hvor stor grad bidrar disse «adopsjonene» til å løse behovene for innovasjon som offentlig sektor står overfor?

1.3 TEMA, AVGRENSNING OG PROBLEMSTILLING

1.3.1 Valg av tema

Redegjørelsen over er et forsøk på å plassere interessen for innovasjon innenfor offentlig tjenesteyting inn i en kontekst. Den forsøker samtidig å fremheve behovet for å øke kunnskap om denne formen for innovasjon, da særlig knyttet til velferdstjenestene, spesielt tjenestene som leveres innenfor spesialisthelsetjenesten, i sykehussektoren.

Dette forklarer samtidig i stor grad min personlige interesse for dette temaet. I tillegg til samfunnsengasjementet som ligger bak interessen, vil jeg også nevne at jeg, gjennom tidligere ansettelsesforhold innen sykehussektoren, har sett utallige eksempler på hvordan medarbeidere, fra topp til bunn, står i det nevnte krysspresset i sitt daglige virke. Med krav om innsparinger og kutt i årsverk, forventes det samtidig helsetjenester i verdensklasse for oss borgere i verdens rikeste land. Dette medfører et skrikende behov for å tenke nytt og finne rasjonelle veier til løsninger med god kvalitet.

Jeg har også i lengre tid og med stor interesse fulgt med på hvordan stadig flere aktører innenfor offentlig tjenesteyting tar i bruk lean som metodikk og verktøy i kvalitetsarbeid. Jeg blir nysgjerrig på hva lean innebærer, og hva lean tilfører som kan virke fremmende i forhold til denne typen arbeid – og da også innovasjon.

Forhåpentligvis kan jeg, gjennom denne studien, gi et lite bidrag til økt kunnskap om nettopp disse områdene.

Overordnet tema for oppgaven er nærmere definert: **«Lean som medarbeiderdrevet innovasjon i sykehus».**

¹⁰ Ser eksempel på leanprosjekt i offentlig sektor: Universitetssykehuset Nord-Norge www.unn.no, Vestre Toten Kommune www.vestre-toten.kommune.no/lean-i-vtk og Fylkesmannen i Oslo og Akershus <http://www.fylkesmannen.no/Oslo-og-Akershus/Landbruk-og-mat/Naringsutvikling/Inn-pa-tunet-i-Oslo-og-Akershus/Artikkel1/>

1.3.2 Avgrensning av oppgaven

Studien er begrenset til å omhandle innovasjon i tjenesteyting i offentlig sektor, og funn vil tolkes i denne konteksten. Jeg vil likevel ha en bred tilnærming til teorien ut fra et syn på at prosessene i henholdsvis offentlig og privat sektor ikke nødvendigvis er så ulike

Fokus i studien vil være å forsøke å lære mer om aktørene, og hva som driver medarbeiderdrevne innovasjonsprosesser frem – og hvilke barrierer som eventuelt står i veien for arbeidet.

Innledningen viser at institusjonelle forhold og ledelsessystemer kan være viktig med tanke på virksomhetens innovasjonspotensiale, ikke minst medarbeidernes. Jeg vil likevel forsøke å beholde medarbeiderperspektivet og kun se institusjonelle forhold og ledelsessystemet som en strukturell faktor.

For å belyse tema har jeg gjennomført et casestudie, hvor jeg studerer en lean-prosess i et sykehus.

Det må nevnes at sykehuset er en stor og kompleks organisasjon, og at lean anvendes på mange ulike områder. Det betyr at de funn jeg gjør ikke nødvendigvis er representative for alle andre lean-prosesser i sykehuset.

Avslutningsvis er det på sin plass å nevne at lean tatt i bruk i sykehus kan studeres som en innovasjon i seg selv. Den er en metodikk utviklet for produksjon av biler i den private industrien og tas i økende grad i bruk som metode innenfor offentlig tjenesteproduksjon. Det kan være et interessant premiss å ha med seg som et bakteppe ved tolkning av funn.

1.3.3 Problemstilling

Basert på det ovenstående vil jeg forsøke å besvare følgende problemstilling gjennom oppgaven:

***Hvordan bidrar lean til å fremme (og kanskje hemme)
medarbeiderdrevet innovasjon i sykehus?***

Ved å forstå mer om hvordan lean påvirker medarbeideres innovasjonsevne, vil vi forhåpentligvis også kunne si noe om hva som kan gjøres for å stimulere til ytterligere innovasjon innenfor dette området.

1.3.4 Ståstedsanalyse

[Medarbeiderdrevet] innovasjon kan studeres på mange måter. Jeg vil forsøke å belyse studien ut fra et aktørperspektiv. Dette innebærer at jeg vil forsøke å gå i dybden på de ulike aktørene som deltar i innovasjonsprosessen (lean-prosessen); hvilke roller de har, hva som gjør at de deltar og hva som driver dem til å være med.

Det er et bredt spekter av teori som kan være aktuell for å belyse ansattes rolle og betydning for innovasjon, for eksempel organisasjonsteori, Human Resource Management, sosiologi og organisasjonspsykologi.

Jeg har valgt å begrense studien til å omhandle medarbeiderdrevet innovasjon i tjenesteyting i sykehus. For å forstå sammenhengen mellom lean og medarbeiderdrevet innovasjon, vil jeg gi en redegjørelse for lean som fenomen, og hvordan lean fungerer i et innovasjonsperspektiv.

Dette kommer jeg nærmere tilbake til i teorikapittelet.

1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING

Oppgaven består av 6 hoveddeler. I kapittel 1 har jeg gitt en presentasjon av oppgavens kontekst, samt en redegjørelse for valg av tema og problemstilling. I kapittel to presenterer jeg det teoretiske rammeverket for oppgaven. I kapittel 3 presenterer jeg valg av forskningsdesign og metode som er brukt for å belyse problemstillingen. Jeg vil her komme inn på en nærmere beskrivelse av hvordan jeg har gått frem for å samle inn data, samt reflektere litt rundt hva disse valgene kan innebære i form av både fallgruver og fordeler. I kapittel 4 presenteres resultater av studien. Jeg vil her først gi en grundig beskrivelse av casen jeg har studert, før jeg kommer inn på hvilke funn jeg har gjort i analysen. Jeg vil presentere funn ut i fra det analytiske rammeverket som ligger til grunn for studien. I kapittel 5 vil resultatene bli diskutert. Avslutningsvis vil jeg i kapittel 6 komme med en endelig oppsummering og konklusjon. Jeg vil i tillegg komme med noen betraktninger om studiens relevans for fagfeltet og eventuelle anbefalinger for videre studier.

2 TEORI

I dette kapitlet presenteres det teoretiske rammeverket som benyttes for å belyse problemstillingen.

Jeg vil først gå nærmere inn på fenomenet innovasjon. For å belyse medarbeiderdrevet innovasjon i offentlig tjenesteyting spesielt, vil jeg plassere dette fenomenet i landskapet av andre innovasjonsformer. Jeg vil først diskutere hva innovasjon egentlig er, og hva som skiller innovasjon fra øvrig forbedringsarbeid. Jeg vil deretter gå videre til å diskutere fenomenet tjenesteinnovasjon. Videre vil jeg definere nærmere hva som kjenner offentlig tjenesteyting. Til sist vil jeg komme nærmere inn på medarbeiderdrevet innovasjon.

Jeg vil studere dette ut fra et aktørperspektiv¹¹ og forsøke å belyse hva teorien sier om barrierer og drivkrefter for medarbeiderdrevet innovasjon innenfor de ulike nivåene organisasjon - gruppe – individ. Jeg vil se nærmere på hva teorien sier om deltakere og roller i medarbeiderdrevne innovasjonsprosesser, og hva som kan utgjøre drivkrefter og barrierer for slik innovasjon. Her vil jeg komme nærmere inn på teori om drivkrefter og begrensninger for innovasjon i offentlig tjenesteyting.

I tillegg til å være et innovasjonsstudie, handler denne studien også om lean. Vi definerer lean som [systematisk] medarbeiderdrevet innovasjon. Jeg vil derfor gi en grundig redegjørelse for hva lean egentlig er, og hvordan lean kan settes lik medarbeiderdrevet innovasjon – og ikke kun begrenses til å omhandle «ordinært» forbedringsarbeid.

2.1 INNOVASJON

2.1.1 Hva er innovasjon?

Det finnes egentlig ingen bred enighet i litteraturen om hvordan man skal definere innovasjon. Det medfører at det er nødvendig med noen begrepsavklaringer (Pollitt, 2011).

Majoriteten av innovasjonsstudier har knyttet innovasjon til produksjon av varer, og er gjerne knyttet til utvikling av ny teknologi. Dette skyldes nok delvis den tid hvor vareproduksjon var drivkraften i økonomisk utvikling (Fuglsang og Rønning, 2014; Drejer, 2004).

Schumpeter (1934) står i hovedsak bak den moderne definisjonen av innovasjon, og beskriver dette i fem punkt:

¹¹ I et aktørperspektiv vil aktørens subjektive opplevelse være helt avgjørende (Silverman, 1993)

- Introduksjon av et nytt produkt (eller en ny tjeneste)
- Introduksjon av en ny produksjonsmetode
- Tilgang til nytt marked
- Tilgang på nye ressurser (råvarer, halvfabrikat)
- Ny organisering i eller av en næring.

(Schumpeter 1934, i Rønning & Teigen, 2007, kap.1.).

Tidligere definisjoner av innovasjon var knyttet til utvikling av nye oppfinnelser/nye produkt (Rønning & Teigen, 2007). Schumpeter kom fra den økonomiske tradisjonen og utvidet derfor innovasjonsbegrepet til å kunne anvendes på alle markedssektorer. Schumpeter ser innovasjoner som selve drivkraften i økonomien og legger derfor til grunn at innovasjoner først kan tillegges verdi når de bidrar til økonomisk utvikling (Rønning & Teigen, kap.1, 2007; Drejer, 2004).

Gjelsvik (2007) skiller mellom oppfinnelser og innovasjoner. Oppfinnelser utgjør kun den første delen av innovasjonsprosessen og kan ofte forbli på idé- eller forsøksstadiet, for eksempel på grunn av mangel på komplementære ressurser, tilstrekkelig infrastruktur eller et tilgjengelig marked på den tiden ideen oppstår. Det hjelper for eksempel ikke å finne opp en ny type paraply dersom 1) materialene som er tenkt benyttet ikke er tilgjengelige eller 2) det ikke finnes produksjonslokaler eller distribusjonsapparat som har kapasitet til å produsere, eller 3) forbrukerne ikke er interessert, eller motivert for å prøve ut en ny type paraply. En innovasjon er det først når oppfinnelsen er tatt i bruk eller blitt implementert (Gjelsvik, 2007).

Premisset om at oppfinnelser først er en innovasjon når de er tatt i bruk er det som også skiller innovasjon fra 'kreativitet' (Fuglsang & Rønning, 2014, kap.1).

Et siste innspill til definisjon av innovasjonsbegrepet er kravet om reproduksjonsmuligheter. Dersom noe skal kunne betegnes som innovasjon må det kunne **repeteres i nye situasjoner**. (Toivonen et al, 2007, i Fuglsang, 2010).

Selv om det ikke er noen fullstendig omforent definisjon på innovasjon, kan man si at to tilnærminger til begrepet synes å være felles: Det handler om å skape noe nytt og å utvikle dette nye til å ha betydning for økonomi og samfunn (Fuglsang & Rønning, 2014).

Det er denne definisjonen jeg vi legge til grunn gjennom resten av oppgaven.

2.1.1.1 *Innovasjonstyper*

Det finnes ulike typer innovasjon (Gjelsvik, 2007):

- Produkt- og tjenesteinnovasjon
- Prosessinnovasjoner (endringer i hvordan produkter og tjenester utvikles og distribueres)
- Nye ressurser
- Åpne og utnytte nye markeder
- Omstrukturering av bransjer/nye forretningsmodeller

Utpregede innovative virksomheter kjennetegnes av en bred tilnærming til innovasjonsbegrepet og vil ikke være like opptatt av distinksjonen mellom de ulike formene for innovasjon (Gjelsvik, 2007).

2.1.1.2 *Innovasjon versus forbedring*

Det er flere som argumenterer for å skille mellom innovasjon og forbedring. Vi kan ha innovasjoner som ikke er forbedringer, og vi kan ha forbedringer som ikke nødvendigvis innebærer innovasjon (Hartley,2005). Et eksempel på en innovasjon som ikke nødvendigvis er forbedring, kan være NAV-reformen: Den innebærer radikale endringer og er implementert (er en innovasjon), men det er nok mange som vil hevde at den ikke er en forbedring. Et eksempel på en forbedring som ikke er en innovasjon kan være sammenslåing av to kommuner (i den grad det er enighet om det er en forbedring. Økonomisk sett kan det forhåpentligvis argumenteres for at det er det): Det ville innebære en stor endring for begge kommuner, men det innebærer ikke noe *nytt*.

Langergaard (2011) argumenterer på sin side for at innovasjon som et minstekrav, må innebære et visst ønske om å få til forbedring: innovasjon og forbedring er to sider av samme sak. Langergaard (2011) anerkjenner imidlertid det faktum at innovasjoner, evaluert i ettertid, ikke alltid viser seg å være en forbedring. Spørsmålet blir da om det i det hele tatt skal kalles en innovasjon, om det ikke inneholder forbedring (Langergaard, 2011).

2.1.1.3 *Grader av innovasjon*

Det er ofte et poeng å skille mellom grader av innovasjon. Både blant akademikere og praktikere er det vanlig å skille mellom **radikale** og **inkrementelle** innovasjoner (Rønning&Teigen,2007, kap.1; Gjelsvik, 2007).

Radikal innovasjon defineres av Pollitt (2011) som «et produkt, en prosess eller tjeneste som enten har hittil ukjente egenskaper, eller som gir hittil uhørte forbedringer i ytelser eller kostnader. Radikale innovasjoner kjennetegnes av så dramatiske endringer at de omdanner markeder eller bransjer, eller eventuelt skaper grobunn for nye».

Opprettelsen av statlige helseforetak med selvstendige styrever og eget resultatansvar, delvis fristilt fra politisk styring, må kunne sies å være et eksempel på en radikal endring innenfor offentlig sektor¹².

Inkrementell innovasjon handler på sin side om innovasjoner som skjer i små steg (Rønning et. al, 2013). Mange små steg kan over tid utgjøre radikale endringer, innovasjoner, om man snur seg tilbake og ser på utgangspunktet. Et naturlig spørsmål blir da hvor små endringene kan være for at det skal kunne kalles innovasjon. Et krav som nevnes er Sundbo (2008, i Rønning et. al, 2013) som sier at *dersom vi skal kunne omtale små endringer som innovasjoner, innebærer det som minimum at de små endringene er satt i et system.*

Som et lite apropos kan det være interessant å reflektere over, om også radikale innovasjoner kan utvikle seg gjennom en kontinuerlig evolusjon? En vil kanskje kunne argumentere for at definisjonen på radikal innovasjon kan sies å være knyttet til i hvor stor grad ny tilstand avviker fra utgangspunktet. Radikal innovasjon er ikke nødvendigvis avhengig av abrupte, trinnvise endringer. Vi kan se eksempler på dette innenfor offentlig tjenesteyting, ved for eksempel å studere NPM-bevegelsen og den gradvise endringen fra tung, statlig involvering til økende grad av markedsutsetting av tjenester innenfor offentlig sektor. Selv om utviklingen kan sies å være et resultat av kontinuerlig politisk vilje over tid, med små tilpasninger underveis, vil vi kanskje kunne si at slik offentlige tjenester er organisert i dag, utgjør det en radikal forskjell fra slik offentlige tjenester ble organisert for 40 år siden.

2.1.1.4 Innovasjon, imitasjon eller adaptasjon?

I utgangspunktet har jeg, som nevnt, valgt å legge til grunn en definisjon på innovasjon som forutsetter at innovasjoner innebærer noe *nytt*; det skal altså ikke være en kopi eller etterligning av noe som eksisterer fra før. Grensene mellom innovasjon og *imitasjon* er imidlertid ikke alltid så enkle å trekke opp, siden det sjelden er mulig å få til en fullstendig imitasjon (Rønning et. al, 2013; Røvik, 2007). Dersom man henter eksempler på vellykkede prosesser innenfor HR i en organisasjon og overfører dem til en annen virksomhet, er det

¹² Se for eksempel Pettersen & Nyland, 2008: Mellom politikk og marked – om styringsutfordringer i statlige helseforetak (<http://www.magma.no/mellom-politikk-og-marked-om-styringsutfordringer-i-statlige-helseforetak>)

sjelden man kan gjøre dette uten å foreta ulike, mer eller mindre kreative, tilpasninger for å kunne få prosessen til å flyte like godt. Slike tilpasninger for å få en kopi til å fungere, kalles i litteraturen *adapsjon*. Adapsjoner teller med i de europeiske innovasjonsundersøkelsene; en kan altså godt argumentere for at slike tilpasninger i seg selv utgjør små innovasjoner (Rønning et. al, 2013; Drejer, 2004). Som nevnt innledningsvis, argumenteres det også for at adapsjon av innovasjoner og «best practice» mellom virksomheter, også mellom offentlig og privat, er en viktig innovasjonskilde for offentlig sektor (Hartley, 2005).

2.1.2 Innovasjon i offentlig tjenesteyting

Vekst i tjenestenæringen gjør at spørsmålet om hvordan man kan forstå innovasjon i tjenesteytingen blir stadig mer relevant (Tether,2005). Gallouj & Djellal (2010:8) konstaterer at *“service firms and organisations are the locus of considerable R&D and innovation efforts, which are commensurate with their contribution to national wealth”*.

Mange studier argumenterer for at tjenesteinnovasjoner skiller seg fra innovasjoner i industri og vareproduksjon. Tjenesteinnovasjoner viser seg for det første i større grad å være mer inkrementelt preget og kommer ofte som et resultat av samspill mellom flere aktører (Sundbo,2008, Fuglsang, 2010; Rønning & Enquist, 2014). Ellers peker forskere på særlig to særtrekk ved tjenesteinnovasjon: Den er vanskelig å sette fingeren på («intangibility»), og den er interaktiv; den foregår i stor grad i samspill med øvrige aktiviteter i virksomheten (Gallouj & Djellal,2010; Tether,2005). I tillegg synes tjenesteprodusenter å være mer tilbøyelig til å mangle innovasjonsstrategi, eller å ha uavklarte holdninger til innovasjon (Tether,2005). Videre synes det å være slik at de som rapporterer at de er opptatt av innovasjon, samtidig rapporterer at de er mer orientert mot organisatoriske endringer, enn produkt-/prosessinnovasjon (Tether, 2005). Forøvrig synes vareproduksjonen å vektlegge «harde» innovasjonsfremmere, som teknologi og egne forsknings- og utviklingsavdelinger. Innenfor tjenesteinnovasjon legges det derimot større vekt på medarbeidernes innovasjonspotensiale gjennom kompetanse og profesjonalisme (Tether, 2005). Tjenesteinnovasjon kan videre være «usynlig» i den forstand at output i tjenesteinnovasjon er så nært knyttet til variasjoner i brukerbehovene, og det er derfor vanskelig å skille mellom små endringer og innovasjon. Tjenestetilbydere arbeider konstant med tilpasning av tjenester og tilbud for å møte brukernes behov. Det som startet som små endringer kan imidlertid vise seg å være starten på mer signifikant endring over tid, når man på et tidspunkt ser seg tilbake (Fuglsang, 2010; Teteher,2005).

2.1.2.1 Offentlig tjenesteinnovasjon

Selv om det er store likheter med tjenesteinnovasjon i privat sektor og tjenesteinnovasjon i offentlig sektor, også i sykehus, er det noen særtrekk ved offentlig sektor som det vil være på sin plass å belyse.

For å kunne gå videre med en slik redegjørelse, vil jeg gjøre en avklaring i forhold til hva som er «privat», og hva som er «offentlig».

At noe er privat kan vi definere som at det ikke er underlagt offentlig styring. Det kan dreie seg om tjenester som produseres av så vel markedsorganisasjoner, som frivillige organisasjoner og individer (Rønning & Fuglsang, 2014).

Med offentlig menes det som er underlagt offentlig sektor og styrt av politikere og embetsmannsverket. Uansett om de offentlige virksomhetene er direkte underlagt politisk styre, eller om de befinner seg langt nede i styringshierarkiet, står de likevel til ansvar for et politisk lederskap. Dette innebærer igjen at de i ytterste konsekvens står til ansvar for folket, oss (Christensen et al, 2004).

Med dette kan vi si at et kjennetegn ved offentlig sektor, er at den har definerer mål på suksess som går utover egen virksomhet (Rønning & Teigen, 2007, kap.1).

Videre er et særtrekk ved offentlig sektor at den forvalter ulike tjenester som det 1) ikke finnes marked for, eller 2) handler om sentrale samfunnsoppgaver som bør ligge under politisk kontroll og styring da det er av stor allmenn betydning. I mellom disse er en gråsoner hvor både private og offentlige aktører opererer, og hvor det kan herske politisk uenighet om hvorvidt en tjeneste bør produseres av det private eller det offentlige (Rønning et. al 2013).

Som nevnt innledningsvis står offentlig sektor overfor en rekke omfattende, såkalte “wicked problems”, altså komplekse, til dels uløselige problemer.

Med dette som utgangspunkt kan vi si at det som kjennetegner offentlig tjenesteinnovasjon er at innovasjoner skal forsøke å løse svært komplekse problemer, og samtidig ta hensyn til offentlige verdier og krav fra politisk ledelse og folk. Formålet med offentlig tjenesteinnovasjon går slik utover det klassiske «innovate or die».

Innovasjonsaktivitet i offentlig sektor kan sies å ha tre hovedmål (fra Fuglsang, Rønning og Enquist, 2014, kap.1:11):

- Utvikle nye metoder og teknikker for å øke sin kompetanse og evne til å løse problemer
- Utvikle de nye metodene gjennom involvering av borgere, brukere av tjenestene, og gjennom oppmerksomhet på brukeres behov og opplevde problem
- Utvikle sin evne til å tilpasse seg reguleringer og demokratiske prosesser ved å utnytte tilgjengelige ressurser (for eksempel ny teknologi)

Setter vi innovasjon i sykehus inn i en slik kontekst, kan vi se at innovasjon ikke bare handler om å utnytte ny teknologi for diagnose og behandling, eller nye prosedyrer for å sikre adekvat behandling og rasjonell ressursbruk, samt sparsom bruk av skattebetalernes penger. Det handler også om å tilby behandlingstilbud av en kvalitet og et omfang som svarer på forventningene fra borgere i verdens rikeste land. Det handler i tillegg om å skape trygghet og tillit i forhold til å ivareta den enkeltes helse og omsorgsbehov.

2.1.3 Innovasjonsprosesser

Studier av innovasjonsprosesser¹³ beskriver hvordan innovasjoner blir til over en gitt tid.

Schumpeter så innovasjonsprosesser som en «wave of creative destruction» (Drejer, 2004), hvor innovasjoner oppstår ut fra behov om å utvikle for å overleve i markedet. Innovasjoner får deretter innpass i markeder på bekostning av andre. En kan slik argumentere for at Schumpeter så innovasjoner som en evolusjonær prosess (Rønning & Teigen, 2007).

Koch (2005, i Fuglsang 2010) legger til grunn at innovasjon skal forstås som en bevisst planlagt aktivitet. Endringer som oppstår uten at de er del av en plan vil etter denne definisjonen ikke kunne betegnes som innovasjoner (Fuglsang, 2010). Crevani et. al. (2011) definerer en systematisk, formell innovasjonsprosess som «*a formal and reproducible process for developing new or enhancing existing services*». Hun argumenterer videre for at en fordel med formaliserte innovasjonsprosesser, er at de blir mer forutsigbare. Studier viser likevel at det forekommer relativt lite formaliserte innovasjonsprosesser blant tjenesteprodusenter (Crevani, 2011).

Innenfor teori om tjenesteinnovasjon finnes det betydelig argumentasjon for at innovasjon også kan oppstå spontant og ikke-planlagt. Gallouj & Weinstein (1997) introduserte begrepet 'ad hoc'-innovasjon, definert som «*the interactive (social) construction of a solution to a peculiar problem posed by a given client*» (Gallouj & Weinstein, 1997:549). Definisjonen på

¹³ Prosesser defineres i Christensen et al. (2004, s. 27) som «aktiviteter og atferd som utspiller seg over tid».

ad hoc-innovasjoner er senere presisert til å gjelde elementer som er mulig å gjenta og overføre til nye situasjoner, men som det ikke var mulig å forutse på det tidspunkt de oppsto (Toivonen, 2010). Slike innovasjoner integreres i tillegg ofte inn i daglige arbeidsoppgaver (Crevani et. al. 2011).

Systematisk og planlagt innovasjon er ofte initiert av ledelsen, for å nå definerte mål (Sundbo, 2008; Fuglsang, 2010). Eksempel på dette kan være klassiske R&D-avdelinger hvor det er ansatt folk som har i sin stillingsbeskrivelse at de skal drive med forskning og utvikling av nye ting. Systematiske innovasjonsprosesser kan i midlertid også opptre utenfor etablerte R&D-avdelinger.

Mindre planlagte innovasjoner kan som nevnt oppstå ad hoc, og er ofte motivert av behov som oppstår i møte med kunde/bruker. En annen form for mindre planlagte innovasjoner er *innovasjon som 'bricolage'* (usynlig innovasjon).

Fuglsang (2010) beskriver bricolage som en form for innovasjon som er et resultat av behov for tilpasninger av tjenesten som følge av uforutsette hendelser, samt utvikling av strukturer som et resultat av enkelte hendelser. Disse behovene for endring oppstår i kontakt med kunder/ brukere av tjenester og er ikke planlagt. Det handler videre som små, ad hoc endringer for å finne løsninger på medarbeidernes opplevelser av små praktiske problemer i hverdagen. Denne formen for innovasjon er i stor grad medarbeiderdrevet, og for medarbeiderne som oftest indre motivert (Fuglsang, 2010:82). Den kan likevel være støttet av ledelsen, ved at ledelsen legger til rette for systematisk arbeid og arenaer for kunnskapsdeling. Slik blir det enklere å oppnå læring i organisasjonen og implementering av innovasjonen (Fuglsang, 2010)

2.1.3.1 Stegvis utvikling eller kontinuerlig endring?

Fremdrift i innovasjonsprosessene kan arte seg på ulike måter. Innovasjon kan skje som stegvis endring, og den kan skje som kontinuerlig forbedring (Tether, 2005).

Ved stegvis endring blir innovasjonen introdusert i markedet/ organisasjonen og holder seg deretter uforandret over en periode, før den så blir erstattet av en ny, gjerne bedre versjon (Tether, 2005). Eksempel på dette kan være NSB sitt billettsystem; først måtte man kjøpe billetter på NSBs billettkontor. Etter en lang stund ble telefonservice introdusert, med mulighet for å bestille billetter per telefon. Deretter kom internett-tilgang og web-baserte bestillingstjenester. Dette viser en tydelig, stegvis introduksjon av nye innovasjoner.

Ved kontinuerlig forbedring er det vanskeligere å peke på eksakt skifte mellom innovasjoner. Denne typen innovasjon er gjerne et utslag av endrede forutsetninger hos tilbyder (Tether, 2005). Eksempel på en slik forbedring kan være hvordan man utviklet mulighet for trådløs overføring av telefonsamtaler slik at telefonprodusenter kunne tilby trådløse telefonapparater.

For øvrig kan innovasjonsprosesser studeres ut fra hvordan de beveger seg gjennom flere ulike *faser*, for eksempel fra initiering via underprosesser til implementering (Rogers, 2003; Van de Ven, 2008).

2.1.4 Hvordan starter innovasjoner?

Van der Ven (2008) hevder at ingen innovasjoner oppstår plutselig. Virksomheter opplever først en lang fase med konsolidering hvor behovet for innovasjon bygges gradvis opp. Dette kan sammenlignes med Rogers' (2003) «agenda setting»: behovet for, og målet med innovasjon blir tydeliggjort og innovasjonsprosessen igangsatt.

Den utløsende faktor for oppstarten av innovasjonsarbeidet er imidlertid nesten alltid, ifølge Van der Ven (2008), et «sjokk». Eksempler på slike sjokk kan være et gripende møte med en bruker av en tjeneste, opplevelsen av teknologi som havarerer, eller en plutselig endring i virksomhetens økonomiske forutsetninger. Starten er ikke knyttet til en bestemt person eller en bestemt rolle.

Brukere av tjenestene kan også utgjøre mulige startpunkter for innovasjon, ifølge Sundbo (2008). I tillegg kan medarbeidere operere som kilde til innovative ideer og med rolle som «intern entreprenør». Ny teknologi vil i seg selv kunne starte en innovasjonsprosess, men også leverandører av teknologien ved at de kan initiere utviklingsarbeid på vegne av virksomheten. Videre vil overordnede planer for utvikling av tjenester og ideer fra ledelsen, samt nye krav og endret verdisyn og prioriteringer i samfunnet være en utløsende faktorer for innovasjonsprosesser (Sundbo, 2010:281).

Anne Marie Berg (2014) peker på studier som viser at store deler av initiativ til innovasjon i offentlig sektor kommer fra mellomledere og første linje som respons på interne problemer.

Tjenesteinnovasjon kan altså ha mange utgangspunkt, både institusjonelle og strukturelle forhold, interne og eksterne forhold og gjennom ulike aktører.

Veien innovasjonen tar, kan også endre seg underveis, ved for eksempel tilførsel av ny kunnskap, interaksjon mellom aktører i prosessen og mellom aktører og brukere, og ved for

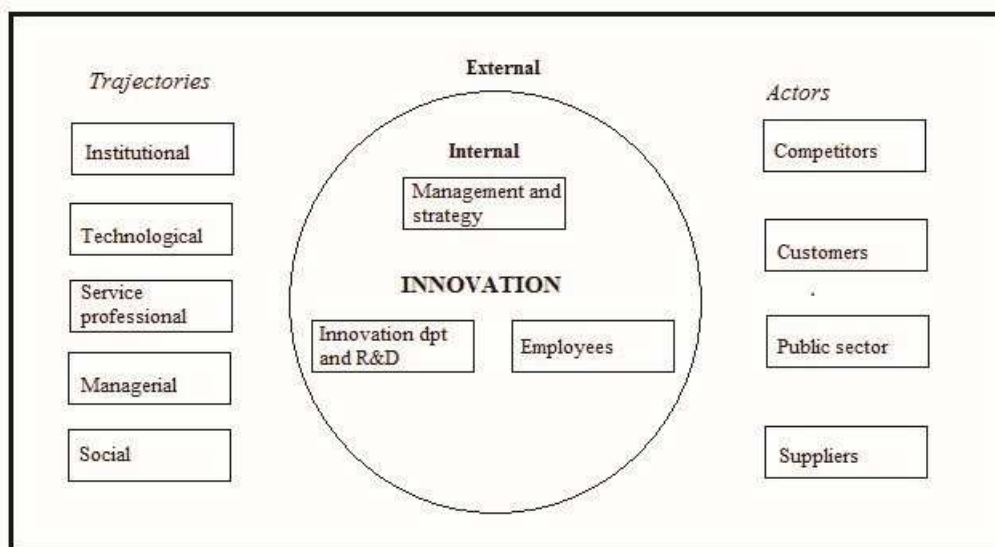
eksempel nye prioriteringer fra ledelsen, eller den enkelte involvertes personlige interesse (Sundbo, 2010.).

Dette tegner et komplekst bilde av tjenesteinnovasjonsprosesser som refleksive og dynamiske i forhold til sine omgivelser og taler for en kontekstuell forståelse av dette fenomenet.

Implementering vil være avhengig av om innovasjonsprosessen drives frem, eller om den møter for mange barrierer på veien.

2.1.5 Drivkrefter og barrierer for medarbeiderdrevne tjenesteinnovasjon i sykehus

Gjennom redegjørelsen over er det kommet frem at innovasjon kan fremmes av både ledere og medarbeidere, så vel som brukere. Også eksterne aktører kan bidra til innovasjon.



Drivkrefter bak tjenesteinnovasjon (Sundbo & Gallouj 2002:49)

Figuren over, hentet fra Sundbo & Gallouj (2002), viser drivkrefter bak tjenesteinnovasjon. Den illustrerer samtidig forholdene mellom interne og eksterne forhold og setter tjenesteinnovasjon inn en kontekst mellom aktører og strukturer. I dette perspektivet er det også mulig å si noe om hvilke faktorer vi må ta hensyn til, dersom vi ønsker å utvikle tiltak for å fremme innovasjon innenfor offentlig tjenesteproduksjon.

Eksterne hensyn

Innovasjon i offentlig sektor støter som nevnt på ulike utfordringer. Flere av disse er knyttet til eksterne, institusjonelle forhold. For det første er politikk en viktig premissgiver for offentlig sektor. Det innebærer at det kan legges politiske føringer på hva og hvordan det skal drives innovasjonsarbeid innen offentlig tjenesteyting. Et eksempel på dette kan være den

varslede «Strukturmeldingen¹⁴»; en stortingsmelding om struktur i høyere utdanning som er varslet i 2014, hvor arbeidet nå er i gang. Her er det en sterk politisk føring på at det skal arbeides med innovasjon innenfor dette området. Det gis til og med ganske klare føringer for hvordan de inviterte partene skal arbeide med problemstillingen, ved blant annet å gi en tydelig bestilling på hvilke punkter som skal diskuteres i workshop. Dette innebærer at det ikke bare er politiske føringer for *hva* som skal innoveres, men også *hvordan* ved at de, slik jeg ser det, delvis definerer innovasjonsprosessen.

En annen utfordring kan være at offentlige budsjetter tradisjonelt ikke har noen klar bunnlinje. Dette gjør det vanskelig å se umiddelbar gevinst ved innovasjon (Sørensen & Torfing, 2011).

Av andre utfordringer som kan nevnes, er det et faktum at offentlig tjenesteyting og former for regulering er komplekse og rettighetsbaserte. I tillegg er det helt andre krav til offentlighet og kontroll enn i privat sektor. En siste ting som fremheves, er manglende mulighet til å benytte økonomiske belønningssystem for innovasjon (Sørensen, 2011). Dette gjør noe med handlingsrommet til den offentlige tjenestetilbyderen i forhold til å kunne sette i gang innovasjonsprosesser.

Interne hensyn

Studien for denne oppgaven er avgrenset til å omhandle medarbeiderdrevet innovasjon [i sykehus]. Det betyr at jeg vil forholde meg mest til individnivået i den videre redegjørelsen.

Jeg vil likevel nevne noen forhold på organisasjons- og gruppenivå. Begrunnelsen for dette er at disse forholdene vil være med å påvirke individet (medarbeideren) i den forstand at alle medarbeidere er en del av sine omgivelser og vellykket medarbeiderdrevet innovasjon vil avhenge av dette.

Organisasjon

Everett M. Rogers nevner ulike organisatoriske forholds påvirkning på innovasjon i sin bok «Diffusion of Innovations» (2003). Her viser han for det første til at flere studier finner at en *organisasjons størrelse* er positivt korrelert med en organisasjons innovasjonsevne. Han tilføyer imidlertid at størrelse sannsynligvis er et «samlebegrep», som inneholder flere variabler som alle er med på å påvirke innovasjonsevnen. Slike variabler kan være totale ressurser, «overskuddsressurser» (forklart som ressurser en organisasjon har for mye i forhold

¹⁴ Se mer om den kommende stortingsmeldingen om høyere utdanning på www.uhr.no: http://www.uhr.no/aktuelt_fra_uhr/workshop_om_den_kommende_strukturmeldingen

til å dekke opp for de pågående oppgaver), ansattes tekniske og faglige kompetanse, organisasjonsstruktur, etc. Rogers fremhever videre *organisasjonsstruktur* som et sentralt forhold. Studier viser at organisasjoner med sterk grad av sentralisering (makt og innflytelse konsentrert) har lavere innovasjonsaktivitet. Rogers argumenterer likevel for at sentraliserte organisasjoner kan ha en fordel, ved at det kan være enklere å få implementert en innovasjon når den oppstår. *Kompleksitet* nevnes også som en viktig faktor i forhold til organisasjoners innovasjonsevne. Begrepet henviser til variasjonen i medarbeidernes kompetanse, og hvordan høy grad av kompleksitet virker positivt inn på medarbeidernes evne til å se verdien av innovasjon. Det kan imidlertid være utfordrende å oppnå konsensus om å implementere. «Interconnectedness» fremheves også som en viktig faktor. Dette handler om hvilket interpersonlige nettverk som eksisterer mellom medarbeidere. Der hvor det er fungerende nettverk mellom medarbeiderne, kan ideer flyte lettere og slik stimulere til innovasjon. Til slutt trekker Rogers (2003) frem tilgjengelighet på ressurser, kalt «organizational slack». Der hvor det er tilgang på ressurser ser man, ifølge Rogers, positive sammenhenger med organisasjoners innovasjonsevne (Rogers, 2003).

I tillegg til disse faktorene kan *organisasjonens læringsevne* betraktes som viktig å ta hensyn til, når man vurderer drivere/ barrierer for innovasjon på organisasjonsnivå. Peter M. Senge (1990) peker på sammenhengen mellom lærende organisasjoner og organisasjoners innovasjonsevne. Ved å bygge lærende organisasjoner som ikke bare er i stand til å lære kun for å overleve, men som også evner å kombinere eksisterende kunnskap med ny kunnskap, vil organisasjoner kunne utvikle sin innovasjonskapasitet.

Ledelsessystemet er også sentralt. Anne Marie Berg (2014) trekker frem tre former for lederskap som synes å være sentralt for vellykket innovasjon, både inkrementell og radikal:

- 1) Innovativt lederskap (ledere som er profesjonelt dyktige, trygge, kreative, gode på interne og eksterne relasjoner, og som holder oversikt over sine omgivelser og som er risikovillige)
- 2) Delegerende lederskap (ledere gir medarbeidere ansvar og involverer medarbeiderne aktivt og benytter deres kompetanse)
- 3) En viss grad av handlingsfrihet (en viss grad av autonomi slik at enheter og deres ledere har mulighet til å eksperimentere og skape variasjon).

Fravær av disse faktorene vil virke motsatt: Stor grad av standardisering, toppstyrte og lite fleksible prosesser og liten grad av involvering virker hemmende (Berg, 2014:138).

Gruppenivå

Variasjon og kreativitet fremmes i miljøer hvor det blir lagt til rette for tverrfaglighet og teamarbeid (Gjelsvik, 2007). Grupper og team er nøkkelen til å fremme organisatorisk læring (Senge, 1990), og derigjennom innovasjon. Dette støttes av Crevani et. al. (2011), som viser til studier som fremhever involvering av medarbeidere fra ulike nivå og funksjoner i organisasjonen: «Cross-functional involvement (...) facilitates creativity, learning and knowledge development».

Der det er omforent aksept i gruppen for at «flere hoder tenker bedre enn ett», og teamene lærer hvordan de skal utnytte dette samlede potensialet, oppstår læring. Dette handler blant annet om å mestre dialog og diskusjon og å ha evnen til å lytte til hverandres perspektiver og ideer, samtidig som man legger vekk sine egne synspunkter. Der gruppen ikke evner dette; smedlemmene går i forsvar ved oppståtte uenigheter og lukker seg inne eller fronter sitt eget syn på bekostning av andre, vil det virke hemmende for læringsevnen – og dermed også for innovasjon (Senge, 1990).

Videre er det behov for en koordinert, innovativ aktivitet. Det oppnår man når gruppen er så avstemt i forhold til hverandre at gruppen vet hvor de har hverandre og kan stole på hverandres innsats. Til sist nevner Senge (1990) potensialet som ligger i at lærende team sprer sin kunnskap ut i organisasjonen og slik er med på å fostre nye lærende team (Senge, 1990:219).

Jeg vil avslutte denne delen med å gå nærmere inn på hva medarbeiderdrevet innovasjon er, samt hva som virker hemmende og fremmende på denne typen innovasjon. Deretter vil jeg i neste del av teorikapittelet komme med en redegjørelse for fenomenet 'lean' for så å komme tilbake til hvordan vi definerer lean som medarbeiderdrevet innovasjon.

Medarbeiderdrevet innovasjon

Medarbeidere er i flere studier definert til å være en sentral del av virksomheters innovasjonspotensial, også innenfor offentlig tjenesteyting (Berg, 2010). Vi ser videre en økende grad av «bottom-up» og «sideways-in» -prosesser, hvor innovasjon kommer fra enten mellomledere eller førstelinje-medarbeidere (Hartley,2005).

Det er bred enighet om viktigheten av å øke kunnskapen om medarbeiderdrevet innovasjon (Crevani, 2011; De Jong & Kemp, 2003). Dette behovet er, som sagt, også forankret i flere

offentlige rapporter her i Norge. I St.meld, 7 (2008 – 2009) peker regjeringen ut satsning på medarbeidere som et viktig punkt i sin politikk for innovasjon. Den viser videre til Hovedavtalen mellom LO og NHO, som sier klart at medarbeidere skal involveres og bidra aktivt i innovasjonsarbeid i egen virksomhet (St.Mld. 7).

Amundsen legger for øvrig følgende definisjon på medarbeiderdrevet innovasjon til grunn i «Håndbok i medarbeiderdrevet innovasjon» (Amundsen, 2011):

Medarbeiderdrevet innovasjon (MDI) brukes som en fellesbetegnelse for de ansattes aktive deltagelse i utvikling av nye løsninger. Dette kan dreie seg om nye produkter, tjenester, produksjonsprosesser, arbeidsprosesser eller forretningsmodeller.

Denne definisjonen faller godt sammen med den generelle definisjonen for innovasjon jeg har lagt til grunn for denne oppgaven.

For å kunne utnytte medarbeideres innovasjonspotensiale bedre, er det viktig å forstå mer om hva som er drivere for denne typen innovasjon, og hva som eventuelt virker begrensende.

De Jong & Kemp (2003) hevder at når det gjelder tjenesteyting, studerer man ofte innovasjon på virksomhets- eller prosjektnivå. I all hovedsak forbigås innovasjoner som er initiert og implementert av medarbeidere. Det hevdes imidlertid videre at **å forstå drivere for den enkelte medarbeiders innovative atferd**, er avgjørende i forhold til å kunne tilrettelegge for inkrementell innovasjon. Innovativ atferd er videre essensielt for de som arbeider med TQM/ kontinuerlig forbedring/ Kaizen (lean) (De Jong, 2003).

Gjennom en kvantitativ studie avdekket de følgende faktorer som positivt korrelert med den enkelte medarbeiders innovative atferd [for inkrementell innovasjon]:

- *Job Challenge*: Folk som liker jobben sin vil med økt sannsynlighet komme med forslag til forbedring og støtte implementeringen av nye ideer. Når medarbeidere [i kunnskapsbedrifter] møter utfordringer, vil de ha en indre motivasjon. Folk som er indre motivert søker insentiver gjennom deltakelse, ikke knyttet til belønning. For eksempel kan gleden over en utfordring være et insentiv.
- *Autonomy*: Autonomi er knyttet til graden av frihet som gis medarbeidere til å løse oppgaver uten veiledning. Medarbeidere vil være mer tilbøyelig til innovativ aktivitet dersom de opplever tilstrekkelig autonomi og kontroll over arbeidet. Dette skaper et

miljø som oppmuntrer til fritenkning, kunnskapsdeling og handlingsrom for å kunne utforske nye måter å løse problemer på.

- *Strategic attention*: Ved å sette innovasjon på dagsorden, gjennom for eksempel å utarbeide en tydelig visjon for virksomhetens innovative arbeid, eller ved å utforme klare mål for utvikling av nye tjenester, vil ansatte få et kompass å rette seg etter i daglig arbeid. I tillegg er det viktig at virksomheten allokere tilstrekkelig ressurser, slik at det er mulig å drive innovasjonsarbeid.
- *Supportive climate*: Klima består av et sett med uformelle regler som sier hvordan folk skal oppføre seg. Der hvor medarbeiderne opplever et støttende organisasjonsklima, kan det virke fremmende på innovativ atferd. I tillegg er det viktig med et klima som er tolerant overfor minoriteter og mindretallets synspunkter i virksomheten. Ulike synspunkter stimulerer til kreativ tenkning.
- *External contacts*: Det er viktig å ha kontakt med eksterne for å få informasjon om trender og utvikling. Det gir i tillegg mulighet for mer involvering av kunder i utviklingsarbeidet, samt bedre oversikt over konkurrenter.
- *Market differentiation*: Opplevelsen av å være i et marked hvor det er viktig å ha en tjeneste som er vanskelig å kopiere, kan være med på å øke medarbeideres innovative atferd.
- *Variation in demand*: Variasjon i etterspørsel er med på å øke innovasjonsatferd, i den forstand at en slik virkelighet krever omstillingsevne, og dermed evnen til å fornye seg.

(Etter De Jong & Kemp, 2003: Determinants of co-workers' innovative behaviour: An investigation into knowledge intensive services).

Crevani et al. (2011) peker på nytten av å lage **systemer** for å fange opp medarbeideres ideer og initiativ til forbedring. I artikkelen nevnes blant annet lean som et eksempel på en systematikk som kan ivareta dette.

Andre studier vektlegger rollen til **nøkkelpersoner** for å skape medarbeiderdrevet innovasjon. Eksempler på slike studier er Weick & Quinn (1999), Crevani et. al (2011) og Rogers (2003).

I Crevani et. al (2011) brukes begrepet «entreprenør» på en type person som er nødvendig for å skape klima for innovasjon. En slik nøkkelperson kan være både leder og medarbeider. Det viktigste er at medarbeidere føler at de kan gjøre seg sett og hørt i organisasjonen.

Weick & Quinn (1999) peker på behovet for «endringsagenter» blant medarbeiderne, for slik å gjøre implementeringsfasen og diffusjon av innovasjon enklere.

Amabile (1996) fremhever medarbeideres kreative potensiale som en determinant for organisasjoners innovasjonsevne. Hun presenterer ideen om den «kreative entreprenøren», ut fra synet på innovasjon som «vellykket implementering av kreative ideer». Hun påpeker imidlertid at det er sjelden å finne denne typen aktører innenfor inkrementell tjenesteinnovasjon. Det er derfor å anta at dette ikke vil ha særlig relevans for vår studie.

Rogers (2003) bruker betegnelsen «Champion» på individer som bidrar til å fremme innovasjon. En champion er en karismatisk person som setter sin kraft bak en innovasjon, og slik bidrar til å komme gjennom uenigheter eller motstand som innovasjonen kan skape. En champion bidrar til å gjøre innovasjonen vellykket. Jo mer radikal, jo mer faglig legitimert må en champion være i det miljøet innovasjonen påvirker. Champions for mindre radikale innovasjoner er ofte mellomlederne. Felles kjennetegn for alle champions er at de 1) innehar nøkkelposisjoner i organisasjonen, 2) besitter analytiske og intuitive egenskaper som gjør dem i stand til å forstå ulike individers behov og ønsker og 3) viser gode mellommenneskelige egenskaper og evne til forhandling. Champions kan slik beskrives som meglere og tilretteleggere for innovasjoner i organisasjoner. Rogers trekker videre frem at champions kjennetegnes ved at de er mer villige til å ta risiko, mer innovative og har større evne til å påvirke andre. De har imidlertid ikke nødvendigvis mer makt. Det synes derfor å være viktigere med «people skills» enn makt. Champions kan komme i alle aldre, med varierende grad av formell makt, og med ulik kompetanse (Rogers, 2003).

2.1.6 Innovasjonsklima i sykehus

Avslutningsvis vil jeg nevne noen studier som er gjort innenfor sykehus.

Davies, Powell & Rushmer (2007) presenterer i «Why don't clinicians engage with quality improvement?» funn fra studier som har sett på hvorfor kvalitetsforbedringsarbeid ofte mislykkes i helsevesenet; det rapporteres at flere leger og andre profesjonsutdannede uttrykker sinne og frustrasjon og motsetter seg deltakelse i slike prosjekt. Studiene viser at leger ikke involverer seg av en rekke årsaker. Av årsaker som trekkes frem er

- Legene har begrenset kunnskap og informasjon om gjeldende konsepter og metoder for forbedringsarbeid
- Faglig uenighet blant leger om hva som gir den beste behandlingen

- En tro på at den beste behandlingen allerede blir gitt (i alle fall hos seg selv)
- Uenigheter om hvem som er ansvarlig for forbedringsarbeid
- Bekymringer for at måling av kvalitet i tjenestene skal få ødeleggende konsekvenser

For det første medfører involvering i forbedringsarbeid at det stilles spørsmålsteget ved om eksisterende behandling er god nok. Dette kan oppfattes som provoserende. Profesjonell identitet er ofte sterk for mange leger, og troen på at det å «være lege» garanterer for kvalitet i seg selv. Videre krever aktiv involvering at legene ofte må forholde seg til data som ligger utenfor eget arbeidsfelt, som for eksempel kvalitative data om et tema. Dette fører til usikkerhet og en redsel for at data skal bli brukt i feil sammenheng. I tillegg krever deltakelse i forbedringsprosesser at legene må forholde seg til, samt lytte til og kommunisere med, medarbeidergrupper de ikke vanligvis har noe forhold til. Det samme gjelder i forhold til ledelsen; deltakelse kan innebære at legene må samarbeide med ledere de kan være på kant med. I tillegg uttrykker mange leger en skepsis til nytteverdien av slikt arbeid. De frykter at slikt arbeid skal vise seg å være nytteløst og bortkastet bruk av ressurser, som burde vært brukt til verdifull pasientbehandlingstid (Davies, Powell & Rushmer, 2007).

Disse funnene støttes delvis av Rønning (2014, kap.11) i en studie av et tverrprofesjonelt helsetilbud til diabetikere. Noen av funnene som er presentert i studien, viser at leger i sykehus har og er vant til å ha stor beslutningsmakt. Sykehusstrukturen er en tydelig hierarkisk modell, og leger utgjør tradisjonelt en gruppe med stor makt. Dersom legene er uenige i noe, vil de effektivt kunne undergrave forsøkene som blir gjort på implementering.

Dette kan være et interessant perspektiv å ha med inn i studien av lean som medarbeiderdrevet innovasjon ved sykehus.

2.2 LEAN

I denne studien har jeg lagt til grunn at lean er en form for medarbeiderdrevet innovasjon. I det følgende vil jeg utdype dette gjennom å gi en redegjørelse for hva lean er og knytte det opp til innovasjonsteorien over.

2.2.1 Lean og Toyota

Fremveksten av lean har foregått i over 60 år (Johnstad et.al, 2012). Den er knyttet til Toyotas utvikling som selskap og den grunnfilosofi som ligger bak viktige valg de har tatt underveis i løpet, blant annet bak utviklingen av produksjonssystemet som er viden kjent som «Toyota Production Systems (TPS)» (Johnstad et.al, 2012; Modig & Åhlstöm 2012).

Utviklingen av TPS kan spores tilbake til Toyotas «far», Sakichi Toyoda, som utviklet en automatisk vevstol, kjent for lav pris og høy kvalitet. Utviklingen av vevstolen var basert på kontinuerlig prøving og feiling. Sakichi er kjent for å ha utviklet en av grunnpilarene i TPS, og også i lean, nemlig automatisk feilkontroll; «*Jidoka*» (Modig & Åhlström, 2012).

Det senere salget av vevstolpatentet ga kapitalen som ga muligheten for å etablere Toyota Motor Corporation, som ble ledet av sønnen Kiichiro Toyoda. Toyoda-familien har siden den gangen spilt en sentral rolle i utviklingen av Toyota, gjennom å representere et langvarig, konsistent lederskap.

I tillegg til å følge i sin fars fotspor med «learning by doing», utviklet Kiichiro den andre pilaren i TPS/lean: *Just in Time-prinsippet (JIT)*. Dette var i hovedsak knyttet til lagerstyring, hvor kundens etterspørsel styrte etterfylling av varehyllene, og etterspørselen videre bakover i verdikjeden (Johnstad et. al, 2012). I tillegg adopterte Toyota W.E. Demings systematiske tilnærming til kvalitetsarbeid, den såkalte PDCA-sirkelen: «Plan – Do – Check – Act» (Liker, 2009). Denne systematikken utgjør en hjørnestein i filosofien om kontinuerlig forbedring, i TPS kalt «*kaizen*» (Liker, 2009, Johnstad et. al, 2012).

Fremveksten av TPS knyttes blant annet til følgende utviklingsbevegelser i det moderne samfunn (Johnstad et al. 2012; Bicheno&Holweg, 2009) :

- Fords masseproduksjonssystem. Dette systemet hadde fokus på flyt, og dette fasinerte Toyotas ledere. Toyota utviklet sin egen variant med en noe annen organisering. Blant annet, der Ford hadde stort svinn (waste) i prosessen, ble det essensielt for Toyota å unngå nettopp sløseri. I tillegg innså Toyota at dersom de skulle oppnå ønsket fleksibilitet var de nødt til å involvere sine ansatte og stole på deres evne til å forbedre arbeidsprosessene (Liker, 2009).
- Effektivitets- og produksjonsbevegelsen. F.W. Taylor og «scientific management¹⁵» og fokus på standardisering, målrettet trening av ansatte og derigjennom forbedret driftspraksis. TPS har dog valgt en noe annen tilnærming enn taylorismen, med mer fokus på ansatte og deres evne til samarbeid og teamorganisering.
- Kvalitetsbevegelsen. Som nevnt var W.E. Deming en viktig inspirasjon for Toyotas kvalitetstenkning. Deming fremmet kontinuerlig forbedring og fokus på organisasjonen som et *system*, snarere enn bestående av enkelte biter

¹⁵ For mer informasjon om taylorisme og scientific management, se for eksempel Christensen et al. (2004)

- Opplæringsbevegelsen, som har sin forankring i Training Within Industry (forløperen til dagens «On The Job Training»¹⁶) og moderne organisasjonsteori. Human Resources (HR), teamorganisering og coachende lederstil er tatt i bruk i TPS.

I tillegg ble dette ført sammen i en japansk kultur og lederstil, som er preget av langsiktighet, kollektiv orientering, konsensus og samarbeid – og et innslag av paternalisme¹⁷.

I verden utenfor Toyota har den internasjonale betegnelsen på TPS etter hvert fått den internasjonale betegnelsen «lean», blant annet presentert i Womack et. al (1990). Toyota kom med sin egen beskrivelse av sin filosofi og organisering i en intern publisering, «The Toyota Way 2001» (som revideres årlig).

2.2.2 Lean og effektivitet

«Lean» kan sies å handle om effektivitet, og forklares ved å beskrive forskjellen på «flyteffektivitet» og «ressurseeffektivitet».

Ressurseeffektivitet

Ressurseeffektivitet beskrives i Modig & Åhlström (2012) som den tradisjonelle formen for effektivitet. Målet er å utnytte ressursene som skaper merverdi i organisasjonen, best mulig. Et grunnleggende prinsipp er å dele oppgavene i mindre deler, som utføres av ulike personer og funksjoner i virksomheten. I et økonomisk perspektiv handler dette om å utnytte ressursene mest mulig effektivt og redusere alternativkostnaden (tapet ved å ikke benytte ressursene fullt ut). Logikken bak dette er at dersom vi ikke utnytter ressursen fullt ut, kunne vi like gjerne ha brukt midlene til å finansiere noe annet. Penger investert i ting som ikke blir brukt, er lite gunstig. I tillegg søker ressurseeffektive virksomheter etter stordriftsfordeler, i form av at mindre oppgaver grupperes og organiseres slik at de kan løses av spesialiserte funksjoner på vegne av større deler av/ hele organisasjonen (Modig, 2012).

I sykehus kan en ressurseeffektiv tankegang illustreres ved legen som den verdiskapende ressursen i virksomheten. Målet blir slik å holde legen i aktivitet så mye som mulig og unngå «dødtid». En pasient som kommer inn i sykehuset, må ofte gjennom flere undersøkelser, for eksempel både prøvetaking (blod, biopsi, røntgenbilder) og klinisk undersøkelse ved ulike leger. Med spesialiserte fagområder både for leger, laboratorieansatte og ansatte ved

¹⁶ For nærmere beskrivelse av TWI (Training Within Industry) og OTJ (On The Job Training), se Bicheno & Holweg, 2009, s. 212.

¹⁷ Paternalistisk lederstil: En relativt autoritær lederstil som kombinerer disiplin og lydighet med faderlig omsorg (Løken, Falkenberg & Kvinge, 2008).

billediagnostikk, innebærer dette at pasientløpet blir stykket opp i mindre oppgaver som settes i «kø» hos den enkelte ressursperson. Effekten blir at sykehusets faglige ressurser i liten grad står uvirksomme, mens pasientløpet strekker seg ut i tid og inneholder mye ventetid.

Flyteeffektivitet

Flyteeffektivitet representerer et nytt tankesett, i den forstand at det bryter med det naturlige fokuset på ressurseffektivitet (Modig og Åhlström, 2012). Flyteeffektivitet fokuserer på enheten som blir behandlet i de ulike prosessene. I sykehus kan flytenheten for eksempel være pasienten. Målsettingen er å få totalt samlet «behandlingstid» for flytenheten, til å bestå mest mulig av aktiviteter som tilfører flytenheten merverdi. Merverdi skapes når noe skjer med flytenheten, eller den flyttes fremover i prosessen (når pasienten blir behandlet). For å lykkes med flyteeffektivitet er det derfor viktig å definere prosessen fra perspektivet til flytenheten. Målsettingen i flyteeffektivitet vil derfor være å få prosentvis andel av verdiskapende aktivitet så høy som mulig, sett fra flytenhetens perspektiv.

Går vi tilbake til eksempelet fra sykehus, som nevnt over, vil målsettingen være å få tiden pasienten er i kontakt med sykehuset til å bestå av så stor andel av verdiskapende aktivitet som mulig, sett fra pasientens ståsted. Fra en pasient opplever et behov (helseplage) skal det gå så liten tid som mulig før behovet er tilfredsstilt (diagnose med plan for behandling). Perspektivet flyttes slik fra virksomhetens ressurser til flytenheten, og den viktige faktoren er tiden flytenheten får merverdi gjennom prosessen (Modig, 2012).

Oppsummert kan vi si at ressurseffektivitet fokuserer på å tilordne arbeid til mennesker for å sikre at alle ressurser til enhver tid har en flytenhet å behandle. Innen flyteeffektivitet er det derimot viktigere å tilordne mennesker til arbeid, det vil si å sikre at hver flytenhet alltid blir behandlet av en ressurs (Modig og Åhlström, 2012:21). Flyteeffektivitet kan slik sies å være skapt gjennom prosesser, hvor målsettingen er å få samlet alle verdiskapende aktiviteter i prosessen så tett som mulig, med minimalt av ikke-verdiskapende tid mellom aktivitetene (Modig, 2012).

For å forstå flyteeffektivitet er det viktig å forstå hvordan prosesser fungerer (Modig og Åhlström, 2012). For det første er det viktig å skille mellom prosesser og arbeidsrutiner: Dersom en kun ser på prosesser som formaliserte arbeidsrutiner, går en glipp av kjernen i betydningen av ordet prosess. Prosesser¹⁸ handler om hvordan organisasjoner arbeider med

¹⁸ Christensen et al, 2007, s. 27, definerer prosess som «aktiviteter og atferd som utspiller seg over tid»

flyteeffektivitet (Modig, 2012.)

Et viktig kjennetegn på prosesser er at du kan definere starten og slutten selv. Hvordan man definerer start og slutt er viktig for å kunne måle gjennomstrømningstid, som er essensiell for å kunne måle flyteeffektivitet. Når oppstår pasientens behov? Når er pasientens behov dekket? Ved selv å kunne sette rammene og gi svaret på disse spørsmålene åpnes muligheter for nye virkninger og innovasjon (Modig, 2012)

2.2.3 Lean som strategi

Lean er altså en strategi for å løse effektivitetsparadokset: *Rett og slett en strategi hvor flyteeffektivitet prioriteres fremfor ressurseffektivitet.* (Åhlström & Modig, 2012).

For å iverksette en lean-basert driftsstrategi finnes det mange virkemidler. Modig & Åhlström (2012) deler disse i fire hovedgrupper:

Verdier: Definerer organisasjonens atferd. Toyota har definert 2 kjerneverdier: Respekt og lagarbeid. Respekt innebærer å støtte hverandre, ta sin del av arbeidsbyrden og forsøke å forstå hverandres perspektiv, samt bidra til å skape tillit. Lagarbeid handler om å «bygge laget» gjennom å bidra til hverandres utvikling og utvikling av laget som helhet.

Prinsipper: Definerer hva organisasjonen må *tenke* for å øke flyteeffektiviteten. Tidligere er det nevnt to prinsipper som Toyota ser som sentrale i sitt produksjonssystem: Just-in-time og Jidoka. Just-in-time går ut på ivareta flyteeffektivitet gjennom hele organisasjonen. Jidoka handler om hele tiden å være bevisst på hva som kan hindre denne flyten.

Metoder: Beskriver hva organisasjonen må gjøre for å øke flyteeffektiviteten. En kjent metode som benyttes i lean er verdistrømsanalyse. Dette går ut på å kartlegge og analysere den eksisterende flyten i en prosess, for å avsløre aktiviteter som ikke er verdiskapende, og påse at de aktivitetene som er verdiskapende blir ivaretatt. En annen kjent metode er «5S» - Sortere, Systematisere, Skinne, Standardisere og Sikre). Enkelt forklart handler 5S om å ha det man trenger på rett sted. Tanken bak er at man fjerner unødvendig tidsbruk ved at man ikke trenger å lete så mye.

Verktøy: Definerer hva en organisasjon må ha til rådighet for å iverksette strategien. Mange er kanskje kjent med «Lean-tavler», som er visualiseringstavler hvor prosessens fremdrift og mål blir synliggjort for lettere å kunne håndtere avvik. (Modig & Åhlström, 2012; Johnstad et. al, 2012)

2.2.4 Lean og kontinuerlig forbedring

Et sentralt aspekt ved lean, er at lean ikke er en statisk tilstand man kan sette punktum bak. Lean er kontinuerlig forbedring. «Lean-basert strategi innebærer hele tiden å strebe mot den perfekte tilstanden gjennom kontinuerlig forbedring; gjennom kontinuerlig å arbeide for å eliminere, redusere og håndtere variasjon, først og fremst for å øke flyteffektiviteten (Modig og Åhlström, 2012:123 - 140)». En virksomhet som arbeider for kontinuerlig forbedring vil alltid utvikle ny kunnskap, ny forståelse og få nye erfaringer (Modig, 2012).

Man kan derfor ikke snakke om hvorvidt en virksomhet «er lean» eller ikke; man må snarere snakke om hvorvidt en lean-basert driftsstrategi er iverksatt eller ikke. En lean-basert driftsstrategi innebærer å arbeide for økt flyteffektivitet uten at dette skal gå på bekostning av ressurseffektiviteten – den skal snarere også økes, om mulig. For å kunne evaluere om strategien er iverksatt, må man ha definert tydelige mål. Mål kan defineres både statisk og dynamisk. Et statisk perspektiv vil ikke høre hjemme i en lean-basert driftsstrategi. I lean er fokuset at flyten skal forbedres *kontinuerlig over tid*. Med et slikt utgangspunkt kan en si at strategien først er iverksatt når organisasjonen stadig øker flyteffektiviteten (Modig og Åhlström, 2012).

2.2.5 Lean og jobbtilfredshet

Det er motstridende syn på hvordan lean påvirker jobbtilfredshet. Uttrykket «lean and mean» kommer raskt på folks lepper når lean blir et samtaletema. Womack et al. (1990) viser blant til hvordan enkelte innen fagbevegelsen i bilindustrien har gått så langt som å betegne lean som «management by stress», ut fra synet på ledere som kontinuerlig opptatt av å finne muligheter til innsparinger; hvordan kutte slack, hvordan utnytte ansattes arbeidskapasitet og tekniske systemer stadig bedre. I tillegg til å arbeide så fort og så godt de kan, må ansatte også hele tiden være bevisst på *hvordan* de utfører jobben for å kunne identifisere nye muligheter for forbedring.

Womack et. al (1990:102) hevder imidlertid at der hvor lean er organisert ordentlig («properly»), slik som TPS opprinnelig er tenkt, er det ikke snakk om «management by stress». Lean innebærer riktignok en forventning til ansatte om kontinuerlig å arbeide for å minimalisere sløsing, men medarbeiderne blir samtidig utstyrt med nødvendig kunnskap og ferdigheter for å kunne beherske og kontrollere sine arbeidsomgivelser, samt til å takle de utfordringer som kravet om kontinuerlig forbedring innebærer. Kravet om medarbeiderinvolvering i kontinuerlig forbedringsarbeid tilbyr sågar et rom for kreativitet og

medarbeidernes initiativ til å ta tak i de ønsker å endre. Dette innebærer videre en enkel og tilgjengelig kilde til medarbeiderutvikling, ved at ansatte får stadig utvidede ansvarsområder («job enrichment¹⁹») (Womack, 1990).

2.2.6 Lean – diffusjon

Womack et.al konkluderte i 1990 med følgende (1990:231): «Lean production is a superior way for humans to make things. It provides better products in wider variety at lower cost. Equally important, it provides more challenging and fulfilling work for employees at every level, from the factory to headquarters. It follows that the whole world should adopt lean production, and as quickly as possible». Det er nok lettere sagt enn gjort.

Det tok Toyota flere tiår å utvikle den lean-kultur de har. Mange virksomheter tror de «er lean», men problemet er at de bare anvender noen av lean-verktøyene uten å fordype seg i selve lean-filosofien (Liker, 2009).

Modig & Åhlström (2012) presiserer i sin bok at virkemidlene er kontekstuelle. Virkemiddel som fungerer i en organisasjon er ikke gitt å fungere i en hvilken som helst annen (Christensen,2004). Det kan likevel argumenteres for at det er enklere å overføre verdier og prinsipper fra lean inn i andre virksomheter, enn metoder og verktøy. Verdier og prinsipper er mindre kontekstuelle og mindre sårbare for lokale tilpasninger (Modig & Åhlström,2012). «Just in time» betyr sannsynligvis det samme i de fleste organisasjoner. Metoder og verktøy er derimot noe som utvikles spesifikt for å dekke spesifikke behov, som oppstår i en gitt situasjon, i en gitt kontekst. Verktøy bør utvikles for å passe inn i den kultur og være tilpasset medarbeiderne i den organisasjonen de skal benyttes.

2.3 OPPSUMMERING

Gjennom redegjørelsen for teori har jeg forsøkt å plassere forskningstema og problemstilling inn i et innovasjonslandskap: Jeg har definert hva innovasjon er, jeg har redegjort for hva som kjennetegner tjenesteinnovasjon, og jeg har sagt noe om forskjeller mellom privat og offentlig sektor for å synliggjøre hvilke rammer tjenesteinnovasjon i offentlig sektor befinner seg innenfor. I tillegg har jeg redegjort for *medarbeiderdrevet innovasjon*, samt hva teorien sier om mulige drivkrefter og barrierer for slik innovasjon. Jeg har også redegjort for teoretiske tanker om innovasjonsklima i sykehus, og hva som kan virke hemmende på

¹⁹ Blant annet Ellingsen & Lungwitz (2003) viser til teorier som bekrefter job enrichment som en kilde til jobbtilfredshet for medarbeiderne

medarbeiderdrevet innovasjon. Til sist har jeg forsøkt å forklare hva lean er, og hvordan lean kan forstås som medarbeiderdrevet innovasjon.

Dette teoretiske rammeverket vil jeg ha med meg når jeg senere analyserer og presenterer resultater fra studien, og i den videre diskusjonen om resultatenes betydning.

3 METODE

3.1 VALG AV METODE

Metode er et verktøy for å kunne innhente informasjon om det vi ønsker å studere. Valg av metode avhenger av hva vi ønsker å finne ut av, og hvilken materie vi arbeider med (Silverman,2006).

Denne oppgaven har som mål å øke kunnskap om et bestemt område, et «fenomen». Basert på diskusjonen over har jeg valgt en åpen, eksplorativ tilnærming med en kvalitativ forskningsdesign.

Jeg har valgt å gjennomføre en kvalitativ casestudie for å innhente data. Dette fordi jeg ønsket å få tilgang på et eksempel på en type innovasjonsprosess som representerer det jeg ønsker å studere. Jeg har valgt å konsentrere studien om kun en case: Ved å gjennomføre en grundig kvalitativ casestudie med god tilgang til informanter, vil jeg oppnå dypere innsikt, og studien vil slik kunne sies å ha relevans for forskningsfeltet.

Jeg har valgt kvalitative dybdeintervju som metode for datainnsamling. Jeg har valgt å benytte «open ended interview». Dette innebærer at intervjuobjektene stilles åpne spørsmål og gis anledning til å svare utdypende og samtidig forklare svarene sine. Forskeren praktiserer aktiv lytting, men holder samtidig fokus på det overordnede temaet for forskningen (Silverman,2006). Begrunnelse for dette valget er at jeg i denne studien er interessert i å komme tett på aktørene i prosessen, for å få mest mulig informasjon om deres egen opplevelse. Å stille åpne spørsmål vil være en god metode for å oppnå dette (Silverman,2006; Nyeng,2014).

Jeg har vurdert muligheten av å gjennomføre intervju på e-post, da det kan være utfordrende å finne intervjutidspunkt med helsepersonell som arbeider turnus. Jeg valgte imidlertid å møte informantene ansikt til ansikt for å bedre kunne fange opp nyanser i svarene, samt å ha muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål for å få utdypende svar.

I tillegg til gjennomførte dybdeintervju har jeg hentet en del informasjon fra sykehusets egen dokumentasjon av den aktuelle innovasjonsprosessen. Sykehusets egen dokumentasjon om prosessen består i all hovedsak av møtoreferater, tiltakslistene og dokumentasjon på arbeid med prosedyren.

Jeg har også gjennomført samtaler med nøkkelpersoner i sykehusledelsen for å få en bedre forståelse av de kontekstuelle forholdene rundt casen.

3.2 PERSPEKTIV

Det er viktig å være seg bevisst hvilke perspektiver man har med seg inn i en slik studie (Silverman,2006).

Valg av perspektiv innebærer at man er seg bevisst hva man fokuserer på ved studien av forskningsobjektet, og som slik er med på å påvirke hvilke funn som kommer frem i analysearbeidet. Perspektiver handler forøvrig om teoretisk forkunnskap, men er også et resultat av forskerens samlede erfaringsbagasje (Nyeng,2004). Det videre viktig å være seg bevisst sitt eget personlige ståsted når man går i gang med en vitenskapelig studie (Silverman,2006).

Så vel valg av problemstilling som valg av teori og forskningsmetode, vil være farget av både min egen teoretiske bakgrunn fra studier innen blant annet organisasjonsvitenskap, økonomi, psykologi, statsvitenskap og HR²⁰, og fra min praktiske erfaring fra arbeid med mennesker i organisasjoner og prosesser gjennom flere år. Det samme gjelder underveis i datainn-samlingen og ved tolkning av funn.

Studien har et aktørperspektiv, i den forstand at den er opptatt av å avdekke hvordan medarbeiderne opplever sine omgivelser og samspillet med disse, og hvordan dette påvirker muligheten til å få til medarbeiderdrevet innovasjon.

3.3 METODE

3.3.1 Valg av case

Det var viktig å få tilgang til et case, en innovasjonsprosess, som var fullført, hvor «innovasjonen» allerede er kjent. Hadde prosessen kun vært i gang, og resultatet fremdeles ukjent, ville vi ikke kunne si noe sikkert om det som rapporteres som «drivkrefter» faktisk er knyttet til en innovasjon eller ikke – og motsatt: hvorvidt «barrierer» har virket begrensende på innovasjonen eller har forhindret den helt.

Videre var det viktig å få tilgang til en case som ligger så nært opp til nåtid som mulig, slik at 1) det var mulig å få kontakt med de involverte i prosessen, og 2) de involverte har friskt i minnet hva som faktisk skjedde.

Til sist ville det være en fordel å få tilgang til en case hvor jeg enkelt får tilgang til nødvendig informasjon og informanter.

²⁰ Human Resource Management

Et sykehus i Østlandsområdet, hvor jeg selv har vært ansatt, har de siste årene har gjennomført et antall lean-prosesser som har ført til relativt omfattende endringer.

Jeg har tidligere definert lean som medarbeiderdrevet innovasjon.

Ut fra min tidligere beskrevne interesse for innovasjon i helsesektoren og lean som metode, tenkte jeg at det ville være enklere å få tilgang til case og informanter gjennom kontakter fra den tiden jeg selv var ansatt. Derfor tok jeg kontakt med det aktuelle sykehuset for å undersøke mulighetene for å gjennomføre studien hos dem.

3.3.2 Tilgang

Mitt første kontaktpunkt var forskningsavdelingen og ledelsens stab, ved den som har et overordnet ansvar for planlegging av lean-prosessene ved sykehuset.

Det at jeg kjenner organisasjonen fra eget ansettelsesforhold, var nok en fordel i forhold til å få tilgang til å gjennomføre studien. Samtidig hadde sykehuset en klar egeninteresse i å få hjelp til å belyse effektene av lean i virksomheten, uavhengig av innfallsvinkel. Det var et ønske fra ledelsens og forskningsavdelingens side, at jeg kom inn og studerte lean hos dem for å øke innsikt og forståelse for hvordan de kan optimalisere sitt arbeid. Mitt valg av et forskningstema som er interessant fra sykehusets ståsted, bidro nok også til at det opplevdes relativt uproblematisk å få de tilganger jeg ønsket.

3.3.3 Formell godkjenning

For å få tilgang til informantene innhentet jeg først overordnet godkjenning for å gjennomføre studien fra sykehusledelsen ved sykehusdirektøren ved det aktuelle sykehuset. Deretter innhentet jeg godkjenning fra lederne for de avdelingene og enhetene jeg ønsket å hente informanter fra.

Det ble også innhentet nødvendige godkjenninger fra Personvernombudet for forskning, hvor jeg sendte en redegjørelse for studien med betraktninger rundt oppbevaring av personopplysninger og eventuelle behov for å innhente pasientopplysninger (dette var ikke relevant).

Det heter seg at ingen forskningsprosjekter som inkluderer mennesker skal settes i gang uten deltakernes informerte og frie samtykke (Ringdal, 2001).

Hver informant er forespurt i forkant og er forelagt en samtykkeerklæring. De er også gitt anledning til å trekke seg som informanter underveis i prosessen. Det er ingen som har meldt at de ønsker det.

3.3.4 Utvalg av informanter

Jeg har foretatt et utvalg av informanter, basert på gjennomgang av informasjon om casen. Informasjonen har jeg fått gjennom å lese skriftlig dokumentasjon av prosessen, og gjennom samtaler med ansvarlig for lean-arbeidet ved sykehuset.

Utvalget er gjort med det formål at det skal gi mest mulig relevant informasjon i forhold til de aktuelle forskningsspørsmålene. Det er et bevisst ønske for meg at utvalget skal representere aktører på alle hierarkiske nivå i prosessen (både ledere og ansatte), samt faglige eiere og støttefunksjoner. I tillegg har jeg valgt å inkludere informanter som ikke har sittet direkte i prosessgruppen, men som likevel er berørt og slik kan si noe om dynamikken i prosessen sett fra sidelinjen, og opplevelsen av reell medarbeiderinvolvering. En kan dermed også argumentere for at jeg har gjort et utvalg ut fra det Nyeng (2004) referer til som *bruddegenskaper*, hvor det er et poeng å få frem så stor spredning i svarene som mulig: Målet er så mye informasjon som mulig om casen fra de som har vært involvert.

Oversikt over informanter				
	Funksjon		Forkortelse	Rolle i prosessen
1	Toppleder	Øverste leder	TL	Ikke aktiv i arbeidsgruppen
2	Prosessveileder	Rådgiver ledelsens stab	PV	Prosessveileder
3	Mellomleder	Enhetsleder	ML	Aktiv deltaker i arbeidsgruppen
4	Overlege, behandling	Faglig leder	FL1	Aktiv deltaker i arbeidsgruppen
5	Overlege, diagnostikk	Faglig leder	FL2	Aktiv deltaker i arbeidsgruppen
6	Medarbeider, spesialistkompetanse	Representant for fagmiljøet	MA1	Aktiv deltaker i arbeidsgruppen
7	Medarbeider, spesialistkompetanse	Representant for fagmiljøet	MA2	Aktiv deltaker i arbeidsgruppen
8	Medarbeider, pre-hospitalt	Representant for brukere av prosedyren	MA3	Kun berørt av prosessen og prosedyren
9	Medarbeider sykepleie	Representant for brukere av prosedyren	MA4	Kun berørt av prosessen og prosedyren

3.3.5 Anonymisering

Av hensyn til informantene og av hensyn til ønsket om å kunne bruke studien i andre sammenhenger, er virksomheten anonymisert og kun omtalt som et sykehus i Østlandsområdet. Informantene er også anonymisert. De er kun presentert med informasjon om funksjon i virksomheten og rolle i innovasjonsprosessen.

Da denne studien ønsker å studere medarbeidere ut fra et aktørperspektiv og ikke et individperspektiv, mener jeg at dette kan gjøres uten at informasjonen kommer frem blir mindre pålitelig eller interessant. Jeg vurderer det også som unødvendig å plassere studien i en spesifikk, navngitt organisasjon. Det viktigste er å kunne sette studien inn i en kontekst

som tydeliggjør studiens plassering i forhold til de teoretiske rammer som er skissert innledningsvis. Dette mener jeg er ivaretatt.

3.3.6 Utforming av intervjuguide

Jeg utformet en intervjuguide i forkant av intervjuene. Intervjuguiden ble utformet tematisk, med utgangspunkt i de 4 forskningsspørsmålene og gjennomgang av relevant litteratur, samt ut fra egne forsiktige antakelser om hvilke faktorer som kan bidra til å hemme eller fremme medarbeiderdrevne innovasjon.

Innledende del inneholdt åpne spørsmål som sorterer under følgende overordnede tema:

- Forståelse av innovasjonsprosessen:
 - Hvordan prosessen fungerer
 - Særpreg/nyskaping ved prosessen
 - Vurdering av prosessens bidrag til innovasjonen
- Kunnskap om aktører i innovasjonsprosesser
 - Aktørenes motivasjon for deltakelse
 - Aktørenes grad av deltakelse
 - Aktørenes forståelse av egen rolle i prosessen
 - Aktørenes forståelse av prosessmetodikken (lean)
 - Aktørenes oppfatning av innovasjonen

Videre tok intervjuguiden for seg de fire forskningsspørsmålene med utdypende spørsmål for å belyse disse nærmere.

- Hvilke aktører er involvert i medarbeiderdrevne innovasjonsprosesser?
- I hvilken grad og på hvilken måte har de ulike aktørene innflytelse i innovasjonsprosessen?
- Hva er aktørenes beveggrunner for å engasjere seg i innovasjonsarbeidet?
- Hva synes å være barrierer og drivkrefter for innovasjonsarbeidet?

Spørsmålene i intervjuguiden er åpne, og første del er preget av åpne, nøytrale spørsmål. Ved å benytte denne typen spørsmål, håper jeg for det første å skape en god og trygg ramme for

intervjuet. I tillegg mener jeg å kunne få et bredere datamateriale å arbeide med enn om jeg hadde spisset spørsmålene for mye mot forskningsspørsmålene.

Jeg valgte å lage fire ulike guider; en for divisjonsdirektør, en for lean-rådgiver, en for de øvrige informantene som har vært involvert i prosessen, samt en for de som ikke var direkte involvert i prosessen, men berørt av den og indirekte involvert.

Temaene for intervjuene er like, men spørsmålene var noe ulike og på ulikt detaljeringsnivå.

Direktør og lean-rådgiver i ledelsens stab forventes å ha et mer helhetlig overblikk over innovasjonsarbeidet, som vil være nyttig å undersøke, samtidig som det er unødvendig å være veldig detaljert i spørsmålsformuleringen.

Direktøren har hatt en særskilt rolle i prosessen ved at vedkommende ikke har vært direkte involvert eller direkte berørt, men har hatt en legitimerende og retningsgivende rolle. Det er derfor en del spørsmål, som stilles de øvrige aktørene, som ikke er relevante for direktøren. Jeg hadde også mindre tid til rådighet ved intervju av direktøren, slik at jeg gjorde en pragmatisk prioritering og valgte å innhente informasjon om de områdene jeg mente var av størst interesse.

Lean-rådgiver har hatt en dobbeltrolle i prosessen, som både del av direktørens stab, og som prosessveileder i den aktuelle prosessen. Det er derfor relevant å vinkle spørsmålene noe annerledes enn til de øvrige deltakerne i prosessen.

Til sist følger det av sakens natur at de som ikke har vært direkte involvert i prosessen, men som har vært berørt og har kunnet betrakte den fra utsiden, må få spørsmålene vinklet på en litt annen måte enn de som har vært direkte involvert.

Språket er med på å styre vår forståelse av virkeligheten (Nyeng, 2004). Jeg har derfor forsøkt å unngå begrep som kan være med på å forstyrre eller lede forståelsen av tema. Jeg har likevel lagt inn noen spørsmål for å sikre at refleksjonen omhandler de tema som ønskes belyst. Dersom jeg skulle oppleve at informantene ikke kom frem til informasjon, eller ble usikre på hva som var relevant å fortelle, har jeg gitt meg selv rom for å stille oppfølgings-spørsmål.

Til sist i guiden er det lagt inn et åpent spørsmål, hvor informantene ble gitt mulighet til å tilføye egne betraktninger om temaene, dersom de hadde tanker de ønsket å dele, som ikke var fremkommet under intervjuet.

Alle intervjuguider ligger som vedlegg til sist i oppgaven.

3.3.7 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble avtalt ved telefonsamtale eller e-post. Alle informanter samtykket i å la seg intervju. Alle intervju ble gjennomført på sykehuset. Det ble gjennomført til sammen 9 intervju.

Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt, innenfor en ramme på 1.5 timer. Kun intervju med lean-rådgiver overskred denne rammen (2 timer). Ingen av informantene er blitt presentert for intervjuguiden.

Intervjuene ble gjennomført uten lydopptak. Jeg tok notater underveis. For en del av intervjuene ble notatene skrevet direkte inn på pc. Alle intervjuene ble renskrevet umiddelbart i etterkant av intervjuene for å få med mest mulig informasjon, også mer generelle betraktninger jeg gjorde meg omkring informantenes refleksjoner rundt temaene underveis i intervjuene.

Jeg valgte ikke å følge intervjuguiden slavisk. Guiden var tenkt som et støtteverktøy for å være sikker på at intervjuene berørte relevante tema. Det er imidlertid en god del spørsmål som er overlappende. Der hvor jeg opplevde at informantene allerede hadde berørt tema for spørsmålet og gitt utfyllende svar, valgte jeg å hoppe over disse spørsmålene når jeg kom til dem senere i guiden.

3.3.8 Metodikk refleksjon

I forhold til studiens pålitelighet²¹ og mulighet for å reprodusere studien for å se om man oppnår samme resultat vil dette kunne by på utfordringer. Kvalitative undersøkelser handler om møter mellom mennesker i en gitt kontekst. Det vil slik sett ikke være mulig å kopiere intervjuene for å se om man oppnår samme resultat. Jeg har forsøkt å øke troverdigheten ved å belyse disse faktorene så godt som mulig underveis i forutgående diskusjoner.

Den delen av informasjonen som er hentet fra dokumenter i sykehuset, vil imidlertid være tilgjengelig for andre forskere og mulig å reprodusere, så fremt man får tilgang. Dette er interne dokumenter og ikke offentlig informasjon.

Det kan for øvrig antas at det vil være mulig å hente ut bekreftende opplysninger ved bruk av samme intervjuguider. Valg av intervjutema og utforming av spørsmål baserer seg i stor grad på teori om temaet, og en forventning (a priori viten) om at temaene som undersøkes, vil bidra til funn som støtter opp denne. Det er for øvrig grunnlag for å anta, ut fra spørsmålenes art og

²¹ Reliabilitet (pålitelighet) vurderes i forhold til hvorvidt gjentatte målinger med samme måleinstrument vil gi samme resultat (Ringdal, 2001)

tema for intervju, at dersom samme personer ble stilt de samme spørsmålene igjen, ville vi fått noenlunde samme svar.

3.3.9 Validitet

Validitet handler om «sannhet» - i hvilken grad undersøkelsen måler det den faktisk er tenkt å måle (Silverman,1993; Ringdal,2001).

En måte å øke validitet i kvalitative undersøkelser på, er å sikre at det er samsvar mellom hva teorien sier, og hva som undersøkes empirisk (Nyeng,2004). Med en åpen, utforskende tilnærming vil det ikke være utformet hypoteser som skal testes, og som gir en umiddelbar indikasjon på om studien undersøker det den skal undersøke. Det er forsøkt å kompensere for dette ved å bygge undersøkelsen på en gjennomgang av teori på området. I tillegg er intervjuguiden diskutert og «godkjent» av veileder for oppgaven. Veileder har god faglig oversikt, og en slik kvalitetssikring gir en viss indikasjon på at intervjuene kan forventes gi informasjon om det de er forventet å skulle gi.

I tillegg kan det være verdt å poengtere at jeg har flere års arbeidserfaring med rekruttering, hvor intervju av kandidater har vært en stor del av jobben. Gjennom dette har jeg opparbeidet meg praktiske ferdigheter i intervjuteknikk og en god forståelse for hvordan denne typen møter med mennesker kan tilrettelegges, for å få et så godt grunnlag for datainnsamling som mulig. Dette vil forhåpentligvis være en positiv faktor i forhold til å øke validiteten på studien.

I ettertid ser jeg for øvrig at jeg med fordel kunne testet intervjuguiden på forhånd for å forsikre meg om at spørsmålene evner å hente ut relevant informasjon. Jeg ser også at guiden kunne vært forenklet. Noen (?) av informantene unnlot å svare på en del spørsmål som hadde så stor overlapp med andre, at de opplevde at de allerede hadde besvart dem. Der jeg hadde en tanke om at disse spørsmålene skulle være med på nyansere bildet, virket de heller forstyrrende og til dels forvirrende for en del av informantene.

Det kan for øvrig nevnes at med mål om å få frem så mye kunnskap som mulig om et fenomen, vil det være et poeng å undersøke ulike nyanser. Det vil derfor ikke nødvendigvis være et mål for denne typen studier å vektlegge samsvar mellom teoretiske antakelser og hva som kommuniseres ut i undersøkelsen.

3.3.10 Øvrige metodiske refleksjoner

Ved å velge kun kvalitative dybdeintervju med et utvalg av de involverte i den aktuelle prosessen, går jeg naturlig nok glipp av en del data. Jeg ville fått et bredere grunnlag å utale meg på ved å intervju *alle* involverte i prosessen.

Dersom jeg hadde brukt lydopptak og transkribering, ville jeg sittet igjen med en mer detaljert gjengivelse av intervjuet. Da jeg har valgt en kvalitativ, tematisk undersøkelse hvor formålet er å komme inn «under huden» på fenomenet, vurderte jeg likevel at essensen i svarene er viktigere enn den detaljerte ordlyden, og valgte derfor kun å ta notater underveis. Da intervjuene er åpne, og i stor grad tar form som en samtale, er det lett å fravike intervjuguiden og la seg «rive med» i samtalen. En slik åpen tilnærming gjør at jeg ikke bare står i fare for å miste fokus på temaene som skal belyses, men også for å påvirke intervjuobjektene gjennom ledende spørsmål.

Jeg ønsket å skape en arena for åpen dialog i intervjuene og valgte derfor å være åpen om tema for studien og min kjennskap til organisasjonen. Jeg har likevel vært forsiktig med å dele informasjon om mine egne betraktninger om lean som metode og den kjennskap jeg har til forbedringsarbeid i virksomheten. Dette for å unngå å prege intervjuet med egne erfaringer.

Det at jeg kjenner virksomheten, kan også gjøre at informantene anser en del av informasjonen som unødvendig å dele. Dette ønsket jeg å unngå og valgte derfor å tone dette noe ned.

Jeg har forsøkt å være bevisst på perspektivene jeg bringer med meg inn i studien og har forsøkt ikke å farge spørsmålene for mye. Som diskutert i teoridelen, er «innovasjon» et uavklart begrep i seg selv. Med utgangspunkt i teorien kan et problem blant annet være at dersom medarbeidere innenfor tjenesteyting blir spurt om «innovasjon», vil de kunne utelate nyttig informasjon da de ikke vurderer den typen endringsarbeid de er en del av som innovasjon (Tether, 2005). Jeg har derfor unngått å bruke begrepet «innovasjon» og heller bruke begrep som innenfor innovasjonslitteraturen benyttes til å forklare innovasjonsaktivitet og –atferd.

Som tidligere nevnt er det en fare for at jeg som intervjuer, vil påvirke resultatene ved å legge min egen tolkning inn i det jeg ser. Det er naturlig å anta at jeg gjennom naturlig nærhet til temaet gjennom både 1) utdanningsbakgrunn innenfor blant annet organisasjonsteori, Human

Resource Management og organisasjonspsykologi og 2) tidligere nevnte arbeidserfaring vil, stå i fare for å tolke intervjuobjektens svar inn i mitt eget personlige perspektiv.

Ved studier av mennesker og hvordan de opplever sine omgivelser, er det lett å la egne tolkninger forme spørsmålsformuleringen. Jeg har derfor forsøkt å være nøye med å skille mellom teoretisk valgt perspektiv og mine egne personlige betraktninger. Dette er noe jeg har forsøkt å være bevisst på gjennom hele studien, både ved å forankre problemstillingen og forskningsspørsmålene teoretisk, og gjennom å knytte tolkning av resultater opp mot teori på feltet.

4 PRESENTASJON AV CASE OG RESULTATER

For å kunne analysere funn gjort i studien vil jeg gi en grundig beskrivelse av casen som studeres. Det blir viktig å gi en beskrivelse av innovasjonsprosessen, og hva innovasjonen egentlig består i. I tillegg er det er det nyttig å forstå casens omgivelser og egenart for å kunne kjenne konteksten resultatene skal tolkes inn i. Til sist vil det være viktig å redegjøre for aktørene i prosessen.

Bakgrunnsinformasjon og praktiske detaljer om casen har jeg fått gjennom tilgang på skriftlig dokumentasjon utarbeidet av sykehuset og samtaler med nøkkelaktører ved sykehusets ledelse i forkant av selve studien. Noe av bakgrunnsinformasjonen handler om sykehusets arbeid med lean generelt og omhandler ikke casen særskilt. Informasjonen er likevel interessant som et bakteppe for å forstå konteksten casen befinner seg i. Annen informasjon er spesifikt knyttet til casen og belyser dette direkte.

4.1 PROSESS FOR NY PROSEDYRE FOR MOTTAK AV PASIENTER MED EN AKUTTMEDISINSK TILSTAND

4.1.1 Teoretisk avgrensning av casen

Casen som studeres, kan sies å utgjøre en form for *medarbeiderdrevet tjenesteinnovasjon i offentlig sektor*.

Vi har tidligere definert lean som medarbeiderdrevet innovasjon. Sykehuset kan sies å være en tjenestetilbyder innenfor offentlig sektor. Tjenestene som tilbys, er i hovedsak behandling og omsorg av pasienter og pårørende.

Aktørene som studeres er ansatte ved sykehuset. Pasienter eller pårørende har ikke vært en del av innovasjonsprosessen.

4.1.2 Presentasjon av casen

Casen jeg har valgt å undersøke, er en lean-prosess i et mellomstort sykehus i østlandsområdet. Sykehuset har omkring 1800 ansatte og tilbyr tjenester innen sykehusbehandling. Sykehuset utgjør en divisjon i et regionalt helseforetak, og er slik en del av offentlig sektor. Sykehuset er videre organisert lokalt med ledelse på 3 nivå. Øverste leder rapporterer til regionalt helseforetak. Sykehuset er videre organisert i fagavdelinger ledet av avdelingssjefer/avdelingsoverleger. Under avdelingssjefene har et 20-talls enhetsledere ansvar for sine respektive enheter som ivaretar pasientbehandlingen.

Lean-prosessen jeg har studert, hadde *som formål å utarbeide ny prosedyre for mottak av pasienter med en akuttmedisinsk tilstand.*

Prosedypren er både divisjonsovergripende, avdelingsovergripende og seksjonsovergripende. I tillegg til det aktuelle sykehuset involverer prosedyren to andre divisjoner som tilbyr funksjoner, som er viktige for den aktuelle prosedyren. På avdelingsnivå berører den medarbeidere ved syv ulike avdelinger. På nivået under dette er det et ytterligere mangfold av enheter som er involvert. Dette synliggjør kompleksiteten i prosedyren, og hvor mange aktører som er berørt av denne innovasjonsprosessen.

Som nevnt har det aktuelle sykehuset, gjennom en lean-prosessen, utarbeidet en ny prosedyre for mottak av pasienter med en akuttmedisinsk tilstand. Formålet med endringene var å redusere det sykehuset selv kaller «Door-To-Needle-time» (heretter kalt DNT) for pasienter som har en varslet, akuttmedisinsk tilstand. DNT beskriver tiden det tar fra varsel om symptomer kommer, til diagnose er stilt og behandling igangsatt. For disse pasientene er DNT det viktigste kvalitetskriteriet på tjenesten. Tid er avgjørende i forhold til pasientenes mulighet for helbred og rehabilitering.

Prosessen ble gjennomført i perioden august – desember 2013. Endringene ble implementert i desember 2013. Det finnes ikke en endelig sluttdato for prosessen, da det stadig forekommer justeringer og endringer.

Resultatet av innføringen av ny prosedyre innebærer for det første at den nye prosedyren har medført en radikal reduksjon i pasientens gjennomstrømningstid i prosessen (DNT; redusert med ca. 70 %). Sett fra pasientens ståsted betyr dette en betydelig bedring i tjenestens kvalitet. Sett i et lean-perspektiv betyr det at endringen har medført en betydelig forbedring i flyteffektivitet.

Den nye prosedyren innebærer flere, relativt radikale endringer. Dette gjelder både endringer i forhold til organisering av aktivitetene i prosedyren, hvilke aktiviteter som skal inngå i prosedyren og hvem som skal utføre dem, samt i hvilken rekkefølge og med hvilken utførelse aktivitetene skal utføres.

Før jeg går over til en detaljert beskrivelse av lean-prosessen, er det nyttig å beskrive hvordan sykehuset definerer lean og arbeider etter denne filosofien. Informasjonen er hentet fra sykehusets interne dokumentasjon, samt gjennom uformelle samtaler med lean-rådgiver.

4.1.3 Lean-metodikk i sykehuset

Sykehuset har ansatt en egen lean-rådgiver som, sammen med ledelsen, prioriterer hvilke forbedringsprosesser som egner seg og skal prioriteres for lean.

Lederne ved sykehuset har gjennomgått lean-opplæring i form av deltakelse på noen lean-konferanser, ledersamling med tema «hva er lean» og opplæring i grunnleggende lean-metodikk, samt opplæring i verdistrømsanalyse. Det er også gjennomført noen studieturer til sammenlignbare virksomheter for å lære hvordan de arbeider med lean og hente inspirasjon.

Lean-rådgiver deltar som prosessveileder og tilrettelegger i mange prosesser. Det er imidlertid ikke mulig for lean-rådgiver å være tilstede i alle. Det utpekes derfor en rekke interne prosessveiledere, «navigatører», fra de avdelingene som tar i bruk lean. Navigatørene får opplæring i lean og blir gjort i stand til å være prosessveiledere for lean i egen avdeling.

Med navigatørene håper sykehusets ledelse 1) å kunne sette i gang flere lean-prosesser og 2) bidra til å spre lean ut i organisasjonen. Målet er at lean på sikt skal være et innarbeidet tankesett i hele organisasjonen.

Navigatørene får intern opplæring i sykehuset og blir presentert for følgende modell i opplæringen:

Lean huset - Et system basert på logisk struktur - ikke ett sett med verktøy

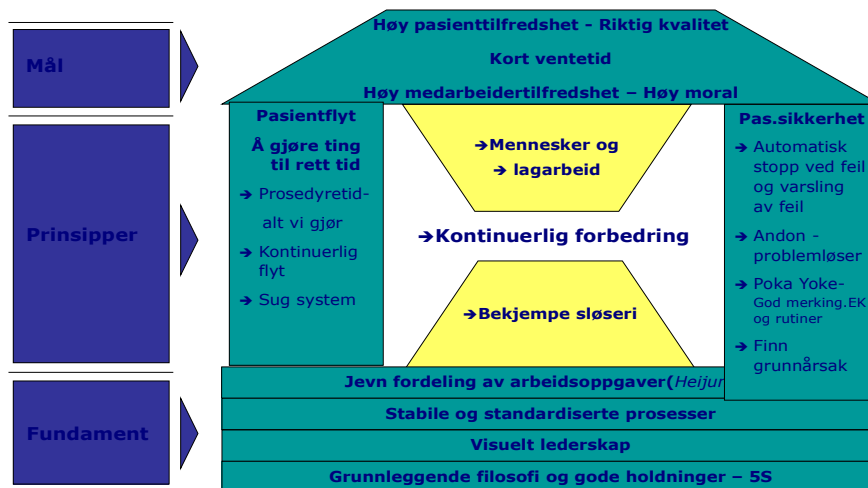


Fig.2 «Lean-huset». Hentet fra interndokumentasjon ved sykehuset i «Presentasjon av lean for lean-navigatører i en avdeling».

Det er dette som er basis for lean-rådgivers egen arbeidsmetodikk som prosessveileder, også i casen som studeres i denne oppgaven.

Hovedfokuset i lean-arbeidet, slik det presenteres for veilederne i det aktuelle sykehuset, er å finne svar på følgende problemstillinger:

-Hvem er pasienten?

- Hvilke aktiviteter gir merverdi til pasienten, og hvilke gjør det ikke? (Kartlegge prosessen)

-Eliminer sløsing og sikre at prosessen flyter effektivt

-Skap synlighet rundt måltall og jobb aktivt for kontinuerlig forbedring

Som arbeidsverktøy er «5S» sentralt. 5S har jeg redegjort for i kapittelet om lean tidligere i oppgaven, men jeg gjengir det likevel kort her, slik det presenteres i sykehuset:

- Sortere: Identifisere og rydde bort alt overflødig
- Systematisere: Egen oppmerket plass for det du må ha rundt deg, begrenns antallet
- Skinne: Rengjør og puss opp arbeidsplassen, skal være skinnende ren!
- Standardisere: Alle jobber på en lik måte, lik merking av utstyr/ arbeidsplasser
- Sikre: Opprettholde standarden, jevnlike vurderinger av status. Kontinuerlig forbedring.
- Sykehusets budskap til sine medarbeidere er at «gjennom 5S kan vi bedre helse, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen; øke kvalitet på leverte tjenester; arbeide mer effektivt, øke tilliten hos pasienter og samarbeidspartnere; synliggjøre forandring i forbedringsarbeidet og skape gode holdninger» (gjengitt fra presentasjon til lean-navigatører ved sykehuset).

I begrepet «økt effektivitet» legger sykehuset «å jobbe smartere for å frigjøre kapasitet, samt forenkler opplæringsjobben av andre ved å arbeide standardisert». For å oppnå dette er det viktig å skape en strukturert og standardisert arbeidsplass. Dette gjøres via 5S.

For å lykkes i å implementere 5S har sykehuset listet opp følgende punkter:

- Start med ledelsen
- Involver alle – informasjon til alle ansatte
- Ikke gap over mer enn det finnes ressurser til å følge opp
- Ett og ett fokusområde
- Nedsette forbedringsgrupper

- Fordel 5S-ansvar mellom gruppene (hvem har ansvar for hva)
- Kursing i 5S, etterfulgt av forbedringsforslag på avdelingen
- 5S-dag
- Forbedringsgrupper tar over 5S-ansvaret
- Intern arbeidsfordeling i forbedringsgruppene
- Revisjoner og tilbakemelding underveis

Videre gis navigatørene en rekke praktiske arbeidsverktøy og oppskrifter på hvordan de skal arbeide med 5S i praksis.

I tillegg til 5S benyttes verdistrømsanalyser i arbeidet. Det er også hengt opp «lean-tavler» på alle avdelingene som viser status på prosessen, og hvor medarbeidere kan skrive opp forslag til nye forbedringer, og hvor det kvitteres ut for at innspillene er fulgt opp.

Presentasjon av lean-prosessen – «ny mottaksprosedyre for pasienter med en akuttmedisinsk tilstand»

Det ble besluttet at utarbeidelse av prosedyren skulle prioriteres som lean-prosjekt, og lean-rådgiver tok rollen som prosessveileder. Det ble innkalt til oppstartsmøte hvor representanter for (antatt) alle avdelinger og funksjoner som er involvert i prosessen ble invitert.

Prosessforløpet beskrives slik det er tegnet ned i dokumentasjon som er utarbeidet i sykehuset. Beskrivelsen er fortrinnsvis hentet fra møtoreferater, men også fra enkelte dokumenter som viser prosessens utvikling, med tiltak, ansvars- og oppgavefordeling.

Beskrivelse av oppstartsmøte: Representanter for alle grupper var til stede, med unntak av en (prehospitale tjenester). Inviterte deltakere var fortrinnsvis ledere og fagansvarlige for sine områder. Noen enheter stilte med flere deltakere.

Innledningsvis ga lean-rådgiver en presentasjon av lean og vedtaket om at denne metodikken skal ligge til grunn for organisering av arbeidet ved sykehuset. Det ble uttrykt forventninger om at den etablerte forbedringsgruppen skulle lage konkrete målsettinger for arbeidet, og at tiltak og møter skulle rettes mot å evaluere arbeidet i forhold til definerte mål.

Videre ble det presentert data som viste DNT for de siste 10 pasienter som hadde mottatt den aktuelle behandlingen. Faglig ansvarlig overlege poengterte betydningen av hastigheten på DNT for denne typen pasienter, og at det var viktig at det ble arbeidet for å få denne ned.

Deretter ble gruppen presentert for flytskjema for prosessen slik den forelå, basert på skjema utarbeidet av faglig ansvarlig overlege.

Det var enighet i gruppen om at det var behov for ny organisering av arbeidet, dersom de skulle lykkes i å redusere DNT. Faglig ansvarlig overlege viste til praksis ved andre sykehus, som har raskere behandlingstid. Hovedforskjellen i prosedyrene besto i at der utførte prehospitaltjenester mer av arbeidet og fulgte pasientene lenger inn i sykehuset (forbi akuttmottaket), slik at pasienten kunne fraktes direkte til bildeavdelingen, hvor diagnostisering og behandling skjer.

Forbedringsgruppen som skulle nedsettes, skulle bli utfordret på å finne gode, praktiske løsninger for å kunne nå målene.

Det ble videre besluttet hvem som skulle delta i forbedringsgruppen. Alle berørte enheter ble representert, bortsett fra et par av de som var invitert til første møte. Det ble besluttet at disse hadde liten befatning med prosedyren når det kom til stykket, og de fratradte forbedringsgruppen. Noen ledere trakk seg ut og utpekte representanter for sine avdelinger. Etter dette besto gruppen fremdeles, i all hovedsak, av overleger/fagsykepleiere/andre med et visst overordnet faglig ansvar for sitt område. Til sist ble det avklart at medisinsk ansvarlig avdelingsoverlege hadde det medisinske hovedansvaret, og at vedkommende var ansvarlig for å etterspørre resultater og følge opp arbeidet.

Beskrivelse av møte 2: Alle enheter var representert, med unntak av en (prehospitaltjenester). I tiden mellom møtene hadde prosessveileder utformet nytt forslag til prosedyre, basert på innspill fra første møte. Prosessveileder presenterte prosessen som beskrevet i flytskjema. Det var enighet i gruppen om at det kreves en ny organisering av prosessen, dersom vi skal redusere antall minutter.

Det ble foretatt en verdistrømsanalyse med rom for innspill fra alle parter. I verdistrømsanalysen var det blant annet fokus på hvilke aktiviteter som var nødvendige, og hvilke som kunne kuttes ut/hvor man kunne spare tid. Det kom en del innspill til prosedyreforslaget, med forslag til nye tiltak.

Det ble gjort avtaler om hvem som hadde ansvar for å følge opp hvilke oppgaver på tiltaksplanen/ hva som skulle gjøres for at de skulle ha fremdrift i prosessen frem til neste møte. Det ble også avtalt et tydelig måltall (x antall minutter) for DNT.

Videre var det tema for møtet hvordan man skulle fremskaffe dokumentasjon på oppnådde resultater/ registrere hvorvidt de når målene. De ble enige om hvilken type dokumentasjon/ registreringsskjema som skulle benyttes.

I tillegg ble det avtalt tid for testing av ny prosedyre noen uker senere. Det ble også avtalt hvem som var ansvarlig for å gjennomføre øvelsen.

Sykehusdirektøren (øverste nivå) deltok også i dette møtet. Direktøren poengterte viktigheten av at sykehuset skulle lykkes med prosjektet. For det første ville det være av stor betydning for pasientbehandlingen, samtidig var det stilt tydelige krav til forbedring i pasientbehandlingen fra overordnet enhet (helseforetaket).

Beskrivelse av testperiode: Etter gjennomføring av test av ny prosedyre på en fiktiv pasient, gikk man inn i en testperiode med ny prosedyre. I denne perioden foregikk det mer eller mindre kontinuerlig evaluering, og flere justeringer ble gjort. Deretter ble det avtalt at prosedyren skulle gjøres gjeldende (implementeres).

Beskrivelse av evalueringsmøte: Det ble avholdt et evalueringsmøte etter at prosedyren hadde vært «i drift» i ca. to måneder.

I evalueringsmøtet ble det meldt inn en rekke forbedringsområder, som er grunnlag for ytterligere forbedring av arbeidet. Arbeidet pågår.

4.2 ANALYSE OG PRESENTASJON AV DATA

I denne delen av oppgaven presenteres resultatene slik de fremstår etter å ha foretatt en analyse av gjennomførte intervjuer.

Som beskrevet i metodekapittelet er det benyttet 4 ulike intervjuguider basert på ulikt ståsted hos informantene: Ett for toppleder, ett for prosessveileder, ett for aktive deltakere i forbedringsgruppen og ett for de som er berørt av prosessen.

Det er valgt å skille mellom informasjonen som er fremkommet i de ulike guidene, da spørsmålsformuleringene avviker noe.

Prosessveileder har hatt en annen rolle enn de andre deltakerne i forbedringsgruppen. Vedkommende har dessuten hatt flere roller i prosessen, både som rådgiver i ledelsens stab med et overordnet ansvar for alt lean-arbeid ved sykehuset og prioritering av lean-prosjektene,

og i tillegg har vedkommende vært prosessveileder i den aktuelle prosessen. Vedkommende gir derfor svar i forhold til to ulike nivå i intervjuet. Det er valgt å ta dette med som nyttige refleksjoner, som bidrar til mangfold (rikdom?) i datafangsten.

Sitatene i resultatdelen er kodet med (TL) for toppleder, (PV) for prosessveileder, (ML) for mellomleder, (FL) for overlege/faglig leder og (MA) for medarbeidere (fullstendig oversikt er presentert i metodekapittelet).

4.2.1 Intervjuguide 1: Toppleder (TL)

Hvorfor lean i sykehuset?

TL forteller at *«kravene til kvalitet øker. Vi har krav om økt effektivitet og skal behandle flere pasienter på en bedre måte enn før med mindre penger. Vi kan ikke ansette alle de vi trenger med dagens arbeidsmetode, så vi trenger å gjøre endringer(..) vi har for mange flaskehals og for lang omstillingstid (...) jeg hørte et foredrag om lean for noen år tilbake og tenkte at her er det en mulighet (...) her er det en tilnærming hvor man snur pyramiden og hvor det er medarbeiderne som møter utfordringene og som ser behov for og initierer endringer. (...) Pasienten blir veldig i sentrum, slik vi ønsker. (...) Lean er en tenkning, ikke en metode. Den tar tid å implementere»* (TL).

Funn 1.1 Lean innføres i sykehuset som en 1) toppstyrt beslutning, men 2) målsettingen med lean er å øke medarbeiderdrevet innovasjonsaktivitet for 3) å skape bedre, mer flyteffektive helsetjenester hvor pasientens behov står i sentrum.

Funn 1.2 Lean innebærer en langsiktig strategi om medarbeiderdrevet innovasjon

Funn 1.3 Eksterne aktører har påvirkning på sykehusets prioriteringer (gjennom blant annet kvalitetskrav til sektoren)

Funn 1.4 Pasienten er en sentral aktør – deltar ikke i prosessen

Hvordan er lean i sykehuset?

TL forteller at lean i sykehuset i utgangspunktet er mye mer lik enn ulik lean andre steder. Sykehuset er likevel bevisst behovet for å tilpasse lean en helhetstenkning slik at det passer inn i helsevesenet: *«Helsetilpasningen går på begrepsbruken (...) vi må vektlegge pasienten/pasientfokus fremfor å 'øke produksjonen' (...) unngå de verdiladde ordene for å fjerne motstand (...)*» (TL).

TL peker på samarbeidsformen som en annen faktor som gjør lean i sykehus litt annerledes enn lean andre steder: *«Hos oss med 3-delt turnus betyr det at det kan være opptil 300 medarbeidere involvert i en prosess. Det kan gjøre det litt utfordrende å få til tette prosessgrupper (...) i tillegg kan det aldri gå ut over pasienten når vi endrer på ting (...) vi er veldig nøye på at alle er med, og at alle detaljene er tatt hensyn til»* (TL).

Funn 1.5 Lean i sykehuset er kontekstuell og tilpasses behov for 1) helsetilpasset begrepsbruk og 2) mer fleksibel arbeidsform i prosjektgruppene

Hva innebærer lean av endringer?

Det som skiller lean fra tidligere arbeidsformer er, ifølge TL: *«Nå er det medarbeiderne som peker på endring. Bottom up. (...) Pasientens behov står i fokus. (..) Før var det «hvordan er det best for oss å jobbe. Det som er best for legen er ikke alltid best for pasienten (...) Alle er med – reell medvirkning. Jobber vi sånn, får vi til mange små endringer hele tiden, og da slipper vi de store, truende grepene som blir veldig krevende»* (TL).

Funn 1.6 Medarbeiderdrevet innovasjon som i lean innebærer små, trinnvise endringer og utgjør inkrementell innovasjon

Hvordan prioriteres prosesser for lean og hvem er med?

Prosessene som velges ut, fremmes ofte via avdelingene. Ledergruppen prioriterer ut fra hvor stor risiko/ potensiell gevinst. Som oftest fattes beslutningene innenfor den enkelte avdeling, men av og til må det opp på divisjonsnivå, slik som for den aktuelle prosessen i denne casen. I den aktuelle prosessen var det *«helt klart risiko for pasienten»* (TL). Prosjektene må diskuteres i ledergruppen, enten på avdelings- eller divisjonsnivå. Lean-navigatørene er med i mange prosesser, og tiden må prioriteres.

I tillegg til navigatørene er det viktig å få med de som reelt er med i prosessen, i tillegg til at *«motivasjon for å arbeide med denne metoden er viktig i starten»* (TL).

Funn 1.7 Medarbeidere fremmer forslag til forbedringer via avdelingene, som prioriterer ut fra en kost/nytte-vurdering.

I tillegg til forbedringsgruppen blir følgende hensyn nevnt som viktig i forbindelse med sammensetningen av forbedringsgruppene: *«Det er veldig viktig at alle divisjoner er representert (...) vi er avhengige av å spille på andre der hvor vi har divisjonsovergripende*

prosesser (...) Prosessveilederne er sentrale for å være med å understøtte (...) men det lykkes ikke uten lederforankring!» (TL) I tillegg understrekes det at lean i sykehuset ikke er lukkede prosesser: «Forbedringsgruppene tar diskusjonspunktene ut i eget fagmiljø, slik blir alle faggrupper involvert» (TL).

Funn 1.8 Hvem som er med i prosessen avhenger av 1) naturlig tilhørighet som en reell medarbeider i den aktuelle prosessen, 2) hvem som skal representeres for å sikre at alle berørte er involvert og 3) motivasjon til å arbeide på denne måten.

Funn 1.9 Lederforankring er viktig for å lykkes

TL beskriver sin egen rolle som «å sørge for lederforankring på toppen». I tillegg er en viktig funksjon å tilrettelegge for de prosjektene som går på tvers av avdelinger og divisjoner. Videre «etterspør jeg resultater og viser interesse. Jeg har vært med og dyttet på der hvor jeg tenker at her må jeg gjøre noe, eller at målsettingene ikke er offensive nok (...) Jeg tror det er viktig å være tydelig på tenkning, men også på tilrettelegging og det å etterspørre resultater (...) i tillegg har vi hatt noen diskusjoner om tempo (...) Lean kan også bli en unnskyldning for å slippe å gjøre endringer (...)» (TL).

Under intervjuet understrekes også viktigheten av å lytte til motstanderne. «Når man arbeider på denne måten, arbeider man etter standarder. Det synes mange er vanskelig (...) Dette er en kulturendring, og man må passe seg for å gå for fort fra den ene grøfta til den andre».

Funn 1.10 Sykehuset har en involvert TL, som aktivt følger opp prosessene og involverer seg der det vurderes som nødvendig

Funn 1.11 Lean på sykehuset handler om en kulturendring hvor det er viktig å bruke tid

Leders oppfatning av arbeidsdynamikken og innflytelse

«Tilbakemeldingene er at holdningene til arbeidet er mer positiv enn forventet, fordi folk ser at vi får effekt (...) Mange motstandere mot produksjonstenkningen har snudd, de ser at det er annet fokus hos oss. (...) Det blir noen tempodiskusjoner. Noe bør skje raskt, som gjør at vi ikke kan kjøre alle prosesser over like lang tid. Noen synes også det blir for omstendelig for noe som bare burde kunne vedtas. Det er også viktig, at ledere av og til kan beslutte (...) det er viktig å holde på kontinuerlig forbedring» (TL). Videre fremstilles det som at «stemningen er god. De sitter rundt bordet og opplever at de får en kunnskap om kollegaene de har arbeidet ved siden av i mange år (...) det har vært noen opplevelser rundt arbeidstakere som

plutselig har blitt synlige fordi gruppen nå forstår hvor viktig den rollen faktisk er» (TL). Samtidig som enkelte blir mer synlige er det også noen som mister innflytelse. «Lederne legger opp til at alle skal være med, og at det skal være medarbeiderstyrt. Det gjør at ledere avgir noe beslutningsmyndighet (...) Det er klart at legegruppen som er veldig viktig, det er den fortsatt, nå må avgi noe 'makt' (...) de sterke fagprofesjonene må dele innflytelse med flere grupper» (TL). I tillegg gis det uttrykk for ønske om mer brukermedvirkning: «Jeg håper at pasientene skal inn i prosessene i større grad. Mer brukermedvirkning er ønskelig (...) pasientenes behov har [likevel] kommet tydeligere frem, på vegne av en hel pasientgruppe. Nå sikrer vi at kvaliteten blir jevn for alle pasienter (...) Samarbeidspartnere kommer også tydeligere inn» (TL).

Funn 1.12 Holdningen til arbeidsmetodikken blir mer positiv når medarbeiderne ser effekt av arbeidet

Funn 1.13 Tempo er viktig i innovasjonsprosesser; balanse mellom lang nok tid og å gjennomføre raskt nok er viktig

Funn 1.14 Samarbeidsformen gjør at den enkeltes kompetanse og de enkelte faggruppenes betydning for helheten blir synliggjort

Funn 1.15 Involvering av medarbeidere fører til at ledere og fagprofesjonene må avgi innflytelse og makt

Funn 1.16 Lean ivaretar pasientinteresser systematisk

Mål og hensikt

Om det overordnede målet for lean i sykehuset er «å gi hver enkelt pasient enda bedre behandling» (TL). Sekundæreffekter nevnes også, som effektivitet innenfor budsjett med økt kvalitet, samt gjennomføringsevne. «Når vi blir enige om noe nytt får vi det til, fordi vi har en implementeringsplan, og de som skal gjøre det er med» (TL)

Funn 1.17 Lean er en strukturert prosess som sikrer gjennomføring av endringer

Bidrar lean til innovasjon? – Barrierer og drivkrefter

«For meg er lean innovasjon fordi alle er involvert på en helt annen måte enn før (...) jeg har tro på at denne måten å arbeide på er viktig for å stimulere til å tenke kreativt. Det blir gitt

rom og muligheter til å komme med forbedringsforslag, som blir anerkjent på en annen måte enn før» (TL).

«Det viktigste for å lykkes er å se an folkene, prosessene og det som skal forbedres. «Det beste kan bli det godes fiende. Alt må ikke kjøres gjennom en verdistrømsanalyse og ‘overdo it’ (...) det er viktig at ikke alt blir ressurskrevende; her er det viktig med lederinvolvering; at man er engasjert, er med og tar beslutninger der de trengs (...) man blir aldri ferdig når man tenker kontinuerlig forbedring» (TL). På den andre siden nevnes endring i tankemåte som den største utfordringen: «I tillegg skal en ny metodikk og en ny tilnærming læres. Det tar tid» (TL).

Funn 1.18 Lean er kontekstuellet betinget; forståelse av dette er viktig for suksess.

4.2.2 Intervjuguide 2 Prosessveileder (PV)

Hvorfor lean i sykehuset?

Det ble, på initiativ fra ledelsen, lyst ut stilling som «lean-rådgiver». PV var ikke kjent med «lean» på ansettelsestidspunktet, men hadde arbeidet flere år med kvalitetssystemer og kontinuerlig forbedring. PV mener at for sykehuset var det viktig å få inn kombinasjonen av riktig formalkompetanse i organisasjonsfag og arbeidserfaring for å kunne gå i gang med «lean». Det var først «etter en del mislykkede/delvis mislykkede forsøk på ustrukturerte endringsprosesser at nytten av ‘prosess’ og ‘forbedring’ fikk gjenklang i ledergruppen» (PV). Gjennombruddet kom da sykehuset fikk formalisert samarbeid med industrien i et felles læringsmiljø og fikk frigjort midler til å arbeide systematisk med «kultur og kontinuerlig forbedring» (PV).

Funn 2.1 Det er viktig med nødvendig formal- og erfaringskompetanse for å komme godt i gang med endringsarbeid og ha gjennomslagskraft

Hvordan er lean i sykehuset?

PV ser egentlig ingen spesielle kjennetegn ved lean i sykehuset, i forhold til sånn lean praktiseres andre steder. Det er likevel noen tilpasninger i form av at de forsøker å være bevisst på begrepsbruken. «Vi forsøker å unngå begrepet ‘lean’ da dette kan virke fremmedgjørende i organisasjonen. Vi forsøker å fokusere på kontinuerlig forbedring (...) I tillegg må vi gjøre noen tilpasninger som hovedsakelig går ut på å tilrettelegge lean-prosessene slik at det er mulig å gjennomføre samtidig med turnusarbeidet (...) Derfor må

alle deltakerne i forbedringsgruppen tas ut av linja og planlegges inn i arbeidsplanen som 'lean-arbeidere' (...) Det er lederne som legger premissene for at arbeidet skal kunne gjennomføres ved å tillate at ansatte tas ut av opprinnelig arbeidsplan» (PV).

Funn 2.2 Lean er kontekstuellet betinget

Funn 2.3 For å lykkes med lean må de som skal delta få frigjort tid til arbeidet

Har dere hentet informasjon fra andre?

Det er hentet informasjon fra mange steder, fra studieturer i inn- og utland, samt besøk i kompetansemiljø «(...) Dette har naturligvis bidratt til å inspirere lean-arbeidet ved sykehuset. (...) I tillegg har legene sine faglige nettverk hvor de hører om andre som lykkes/ nye måter å gjøre ting på og dette inspirerer til forbedringsarbeid 'hjemme' (...)» (PV). En av deltakerne i forbedringsgruppen hadde kjennskap til hvordan det gjøres andre steder, men ble ifølge PV bedt om ikke å dele dette med de andre og å la prosessen gå sin gang.

Prosedyren som ble til gjennom prosessen avviker ikke veldig fra det som deltakeren hadde funnet ut på forhånd, «derfor er resultatet av prosessen «i all hovedsak resultat av prosessen som er har vært kjørt».

Opplæring i lean har foregått ved et kompetansemiljø som tilbyr eget opplæringsprogram, både i grunnmetodikk og i verktøyene. 5S har størst fokus i starten. «I tillegg er egen erfaring fra kontinuerlig forbedringsarbeid overførbart til lean (...) I tillegg til meg deltok rundt 20 ledere i samme opplæringsprogram» (PV).

Funn 2.4 Det kan være viktig å la prosessen gå sin gang selv om resultatet ser innlysende ut

Funn 2.5 Det kan se ut som om sykehuset har hatt fokus på opplæring i metodikk og verktøy i startfasen fremfor å snakke om filosofi og verdier

Hva innebærer lean av endringer?

Tidligere besto forbedringsarbeidet i at «en fagperson (for eksempel overlege) definerte en ny prosedyre, som ble publisert i elektronisk kvalitetshåndbok (...) Denne metoden skaper ingen endring (...) i alle fall ingen varig endring gjennom hele organisasjonen» (PV). Med lean involveres hele verdistrømskjeden, slik at alle skal med. Forbedringsgruppen setter klare mål. I tillegg baserer arbeidsmetodikken seg på tydelig informasjon som skal kommuniseres til alle. «Når mange skal endre atferd er det viktig at informasjonen er tydelig, men også at den

er formalisert og forankret (...) Nye prosedyrer skal fortelles MUNTILIG til alle, med en forklaring på hva og hvorfor. Informasjon er viktig for å sikre atferdsendring (...) Prinsippet nå er involvering. Det er forbedringsgruppen selv som må ta ansvar for å involvere» (PV).

Funn 2.6 Tydelig informasjon til alle er nødvendig for å sikre god implementering, og muntlig, direkte kommunikasjon kan være en fordel

Hvordan prioriteres prosesser for lean og hvem er med?

PV forteller at «*ønskene kommer nedenfra, i form av at 'dette må vi få ordnet opp i' (...) De ansatte synes selv det er for dårlig*». Noen endringsforslag fanges opp gjennom avviksmeldinger. PV plukker selv opp noen ting når han er ute i organisasjonen. Prioriteringene blir diskutert med ledere i de avdelingene som berøres, samt med TL. De forbedringsområdene som alltid går foran er «*der hvor pasientens stemme høres veldig tydelig: Økt kvalitet i pasientbehandlingen er målet (...) Noen avdelinger har etter hvert blitt selvgående slik at de selv plukker opp ideer og kjører egne prosjekter uten at PV er med (...) avdelingene har egne navigatører. Avdelingene har full råderett over egne prosjekter*» (PV).

Sammensetningen av forbedringsgruppene bygger på en utført verdistrømsanalyse. «*De som deltar i dagens praksis må være representert i forbedringsarbeidet (...) Linja plukker sine representanter (...)*» (PV). I den grad PV påvirker utpekingen, er det dersom noen aktuelle kandidater viser potensiale til å bli gode navigatører, som etter hvert kan bidra til å sette økt trykk på forbedringsarbeidet. Det understrekes at ansvaret for å utpeke uansett alltid overlates til linjen.

Utover representantene fra verdistrømskjeden er det «*alltid nyttig med positive bidragsytere i ledelsen (...) det at ledergruppen etter hvert står samlet om viktigheten av lean og forbedringsarbeidet er viktig*». PV nevner også kompetansemiljøet som en bidragsyter i form av veiledning, samt at forbedringsgruppen selv involverer sine respektive fagmiljø. Det er også flere leger som har gitt innspill til akkurat denne prosedyren.

Funn 2.7 Idéene kommer hovedsakelig fra medarbeidere, enten direkte, via avvikssystemet eller i form av at PV selv fanger opp forslag når han er ute i organisasjonen

Funn 2.8 Pasientens stemme blir prioritert foran andre hensyn

Funn 2.9 Sammensetningen av forbedringsgruppen gjøres for å sikre representasjon fra hele verdistrømskjeden

Funn 2.10 Støttende ledelse er en viktig støttespiller

Opplevelse av arbeidsdynamikken og innflytelse

PV har fungert som prosessveileder. Med det menes at han har vært en tilrettelegger for prosessen men også at han har «*vært konkret inne og fordelt roller og ansvar og fulgt opp at det gjøres klare avtaler for hva som skal gjøres når av hvem (...) Har sørget for at mål settes og for at de også måles (...) har nok hatt et 'uformelt ansvar' for fremdriften selv om ansvaret ligger i hele gruppen*» (PV). PV har ikke hatt noe påvirkning på det faglige, men har sørget for å stille spørsmål som 'Hvorfor er det slik?' og 'Må det være slik?'. Det hender også at PV henter TL inn for «*for å lande noen diskusjonspunkter*» (PV).

Målinger blir understreket som sentralt, så snart ny prosedyre gjøres gjeldende. Alt må måles «*for å se om vi lykkes. (...) Det er litt usikkerhet rundt målsettingen. Noen er fornøyd med det de har oppnådd og ser ikke behovet for å arbeide for ytterligere forbedringer (...) andre mener at vi bør arbeide videre for å nå opprinnelig målsettinger*» (PV).

Noen har fått mer innflytelse, og noen har fått en stemme, som ikke har hatt det tidligere. «*Proessen gir rom for at alle slipper til med forslag*» (PV). Det fremkommer ikke av intervjuet at det har vært noen store konflikter. «*Noe faglig uenighet har det vært men pasientfokuset/kvalitet i pasientbehandlingen er førende, og der forenes vi*» (PV). Det kommer frem i intervjuet at det har vært noen utfordringer knyttet til implementeringen, grunnet at ikke alle følger det som er avtalt som ny standard. «*Når det er medisinske/faglige hensyn der og da, må det være greit (...) andre ganger er det at man ikke «gidder å løfte over på akuttbare» (...) det er ikke greit*» (PV).

Funn 2.11 Prosessveileder i lean i sykehuset innebærer oppfølgingsansvar i forhold til å følge opp målsettinger, stille kritiske spørsmål og sørge for fremdrift.

Funn 2.12 Det er noe uenighet om målsettingen for videre forbedringsarbeid knyttet til den aktuelle prosessen

Funn 2.13 Det er flere enn før som har fått en stemme inn i forbedringsarbeidet

Funn 2.14 Mangel på lojalitet til prosedyrer fører til utfordringer med implementering av endringene.

Mål og hensikt?

«Den viktigste effekten er bedre pasientbehandling (...) i tillegg gir et godt resultat økt tiltro til organiseringen og måten å arbeide på (...) Det gjør det enklere å fortsette arbeidet» (PV)

Funn 2.15 Vellykkede prosesser gir økt tillit og bidrar til å gjøre senere endringsarbeid enklere

Bidrar lean til innovasjon? – Barrierer og drivkrefter

PV mener lean bidrar til kreativitet/nyskaping ved «å se hele verdikjeden gjør at det kommer tanker om at det finnes helt andre måter å løse utfordringer på. Prosessen åpner øynene for at alle er en del av noe større og (...) bringer sammen folk med ulikt fokus og ulike behov. De innser at vi har et valg: vi behøver ikke være låst til dagens praksis, men kan velge å tenke nytt» (PV).

En viktig fremmer for arbeidet som trekkes frem i intervjuet, er viktigheten av å lede arbeidet systematisk: Korte, effektive møter hvor det blir konkretisert, med tydelig ansvar for oppgaver og oppfølging. Videre presenteres tett lederoppfølging på alle nivå som «en viktig fremmer til implementering (...) Det er viktig å skape systematiske arenaer for å fange opp initiativ fra medarbeidere (...) Det å ha nok kompetanse er viktig. Det finnes mange flinke folk, og det er viktig å få involvert dem slik at de kommer med innspill» (PV).

«Kulturen for forbedringsarbeid er i ferd med å forandres. Lean har vært viktig» (PV).

Det formidles også at måling av resultater er viktig for å synliggjøre at standardisert arbeid fører til økt kvalitet. «Viktig å få synliggjort at standardisert arbeid ikke fratår meg muligheten for å bruke skjønn» (PV).

De største utfordringene for prosessen er knyttet til spørsmålet om ledelsen vil dette nok. «Vil de faktisk nå de målsettingene som er satt? (...) Forankring er alltid en utfordring. I tillegg er det utfordrende å skape nok involvering. Forstår ledelsen behovet for involvering?» (PV).

Funn 2.16 Lean bidrar til innovasjon ved at den skaper en samhandlingsarena hvor det er lettere å nå frem med at det finnes andre måter å tenke på

Funn 2.17 Systematisk og effektiv møteledelse med klare avtaler for videre fremdrift gjør implementeringen enklere

Funn 2.18 Medarbeidere må involveres slik at vi får satt kompetansen i spill

Funn 2.19 Målinger er viktig for å skape troverdighet og tillit

Funn 2.20 Det kan være utfordrende å få forankret behovet for involvering hos ledelsen

4.2.3 Intervjuguide 3 - Deltakerne i forbedringsgruppen (5 informanter)

Hvem er med i prosessen og hvilken rolle har de?

Ut fra intervjuene får vi bekreftet innledende dokumentasjon, at forbedringsgruppen består av en bredt faglig sammensatt gruppe, med representanter fra hele verdistrømskjeden i den aktuelle prosessen. Det er medarbeidere på alle nivå i organisasjonen. Deltakerne har utdanning på ulike nivå; to har klassisk profesjonsutdanning og er leger, og det er også flere som er spesialutdannet innenfor sitt fagfelt. En er leder for sin enhet. Det er også et skille mellom medisinske behandlingssenheter og støttefunksjoner av ulik art.

Alle beskriver på et tidspunkt i intervjuet at de ser seg selv som representanter for sine respektive fagmiljø, for kollektive interesser: *«Rollen besto hovedsakelig i å fremme vårt fag, og hva vi har ansvar for i prosessen. I tillegg fremmet jeg avdelingens interesser, og hva vi ønsker fra de andre»* (MA1). De har alle involvert sine avdelinger, i større eller mindre grad. *«Jeg hadde også ansvar for å bringe endringene med tilbake til egen avdeling og sørge for at alle blir kjent med endringene»* (MA1).

TL hadde kun en avklarende og legitimerende rolle og deltok ikke aktivt i alle møter som de andre.

Prosessveileder har hatt en nøkkelrolle som går ut på 1) å tilrettelegge for prosessen og 2) drive arbeidet fremover og måle. Vedkommende har ikke helsefaglig bakgrunn og kan ikke mene noe om innholdet i prosedyren, kun arbeidsmetodikken som benyttes for å utarbeide den.

En av de faglige lederne beskrev seg selv som «initiativtaker» og har hatt en rolle som 'pådriver' i prosessen (FL2).

Mellomleders rolle var, i tillegg til å være ordinært gruppelem, å fungere som koordinator mellom sykehuset og sin avdeling i en annen divisjon.

En deltaker beskriver seg selv som "personlig pådriver" som har vist mye eget initiativ i initieringsfasen.

Det er forskjell på den som er faglig eier av innholdet i prosedyren, og den som er ansvarlig for selve prosedyren; hvor pasientene har medisinsk tilhørighet på sykehuset.

Funn 3.1 Forbedringsgruppen er en heterogen gruppe som representerer hele verdistrømskjeden.

Funn 3.2 Deltakerne ser seg selv som representanter for sine respektive fagmiljø; representanter for kollektive interesser

Hvorfor er de med?

Alle aktørene har blitt forespurt av sine ledere. I tillegg har de egen motivasjon for å være med: «Jeg var opprinnelig faglig eier av prosedyren og (...) var, før lean, initiativtaker og pådriver [for å få til forbedringer på dette området]» (FL2); «mitt fagmiljø «eier» pasientgruppen og jeg var, som daværende leder, naturlig deltaker i prosessen» (FL1); «jeg hadde ikke noe valg (...) avdelingen er sentral i prosedyren og noen må være med (...) må dele på arbeidsbyrden» (MA1); «Jeg brenner for området (...) så hvor viktig tid var for denne pasientgruppen. Jeg var altså litt tent på oppgaven i utgangspunktet (...) var motivert når forespørselen kom» (ML); «Som representant for ledelsen ved min avdeling, ønsket jeg selv å delta. Jeg mener også at en bør ha god kjennskap til arbeidet med denne pasientgruppen. Det har jeg» (MA2).

Funn 3.3 Den formelle utpekingen er lik for alle, men alle har ulik personlig motivasjon for å ville delta (faglig integritet, lederansvar, utpekt av leder, ta ansvar på vegne av kollegiet, brennende engasjement for pasientgruppen, ønske om å bidra med faglig kompetanse, etc.)

Er det noen som ikke er med, som burde vært med?

Alle informanter har en oppfatning om at alle som bør være hørt er hørt, med unntak av en som nevner fastlegene; om de burde vært involvert, burde de kanskje vært informert tidligere.

En mener også at kanskje er for mange hørt, unødvendig å involvere så mange.

Alle mener de har involvert sine egne avdelinger, slik at de fleste er blitt hørt.

Funn 3.4 Det er tilsynelatende ingen av betydning som mangler i forbedringsgruppen

Hvordan er lean i sykehuset?

Det ble ikke gitt noe opplæring i lean i forkant av prosessen: «PV drev prosessen og han hadde verktøy. Han tildelte arbeidsoppgaver (...) og noe var jo selvforklarende» (FL1).

Arbeidsgruppen hadde i utgangspunktet ingen kjennskap til lean. De fleste informantene rapporterer at de i utgangspunktet trodde det var et 'ryddeprosjekt': «Jeg har ikke begrep om

hva lean egentlig er. Jeg er mer opptatt av at dette dreier seg om forbedringsarbeid, hvor man har valgt noen verktøy for å drive prosessen gjennom» (FL2); i utgangspunktet trodde jeg det dreide seg om å rydde; som kaffekanna på akuttmottaket (...))» (FL1); «Har ikke hørt noen definisjon på lean. Opplever det som en inkluderende prosess hvor alle parter må bidra (...) må fjerne unødvendig tidsbruk» (ML). En av informantene har vært involvert i lean-arbeid i egen avdeling tidligere. «Lean er en måte å systematisere hverdagen på (...) Jeg forbinder det veldig med industrien (...) Annet lean-arbeid i avdelingen er en ren ryddeprosess. Det oppfattes slik i avdelingen, og det er synd (...) Det er ikke alt som egner seg for lean: Det må være noe som er mulig å standardisere og som er målbart på samme tid» (MA2).

Gjennom prosessen rapporterer alle at de ser lean-arbeidet i et annet lys: Det handler om en inkluderende prosess hvor alle parter må bidra. «*Det dreier seg om forbedringsarbeid. Det dreier seg om å gjøre ting mer smidig/få det til å gå lettere» (FL1).*

Funn 3.5 Medarbeiderne gir i intervjuet inntrykk av at de vet lite om hva lean egentlig er; de forholder seg til verktøyene i praktisk gjennomføring av prosessen.

Det synes som om deltakerne har hatt samme oppfatning av prosessforløpet; hvordan lean praktiseres ved sykehuset. Beskrivelsen av hendelsesforløpet er mer eller mindre i overensstemmelse med slik lean i sykehuset er presentert tidligere i studien. Det er tilsynelatende fokus på gjennomføring av prosessen ved hjelp av standardiserte metoder og verktøy.

«Prosessveileder holdt struktur og innkalte til møter. Det var obligatoriske møter med krav om stedfortreder (...) Hadde det vært opp til gruppen selv hadde det nok ikke fungert like godt» (MA2)

«Det ble først lagt frem dokumentasjon på dagens situasjon: Hva var dagens DNT?» (MA1). Det ble brukt tid på å definere klare, målbare mål.

Lean-verktøy i form av verdistrømsanalyse og andre verktøy ble brukt: «*PV hadde disse "rundingene" som viste nødvendige tiltak, påbegynte tiltak, fullført tiltak (...) Alle fikk klare oppgaver og tydelig ansvarsfordeling» (FL1); «Til å begynne med syntes jeg det virket som om alle detaljene ble uinteressante for gruppen, men jeg så etter hvert at alle var like ivrige, og at det var lurt. Detaljene fjerner alle tvil om hva som skal gjøres» (MA2).*

«Verdistrømsanalysene fungerte som en brainstorming» (ML).

Funn 3.6 Prosessveileder er sentral for å sikre gjennomføring av prosessen

Hva innebærer lean av endringer?

Det er en felles opplevelse av at den største forandringen med denne måten å arbeide på er graden av involvering. Arbeidsmetoden involverer flere yrkesgrupper på huset og bidrar til tverrfaglig samarbeid og samling om felles mål: «*Nytt med prosessen er den tverrfaglige arbeidsgruppen (...) dette gjør at vi møter hverandre med mer forståelse*» (MA1); «*Jeg opplevde at folk var kreative og velvillige (...) de var så positive og serviceinnstilt; det gjør at vi andre også må bidra litt*» (MA2).

Arbeidet med verdistrømsanalyse er også nytt. I tillegg ble muligheten for å teste og gjøre justeringer trukket frem som noe nytt: «*Prosesen gir mulighet for å evaluere og justere underveis (...) I en vanlig prosess hadde dette problemet vedvart, men i lean-prosessen fanget vi det opp og fikk gjort noe med det*» (MA2).

Funn 3.7 Lean skaper en arena for tverrfaglig samarbeid og øker innsikt i hverandres fagområder

Funn 3.8 Samarbeid om å nå felles mål, fremmer velvilje og villighet til å ta ansvar for fellesskapet

Mål og hensikt og oppnådd effekt

Det ble brukt tid på å definere klare, målbare mål.

I dette tilfellet er gruppen samstemt: Hensikten med prosessen er å gi bedre behandling til pasienten. Målet er å få ned DNT til et visst antall minutter. Arbeidsgruppen er omforent om målet med prosessen. På spørsmål om det kunne være andre tanker bak prosessen, var det lite refleksjon.

Deltakerne er enige i at den viktigste effekten av prosessen er økt kvalitet i pasientbehandlingen. Det er noe ulikt syn på hva som er viktige sekundæreffekter. En trekker frem at «*i tillegg har det kommet et generelt økt fokus på fagområdet*» (FL2). En annen at «*det kommer samfunnet til gode*» (FL1). I tillegg kommer det utsagn som «*jeg har fått økt forståelse for hvordan endringsprosesser må foregå*» (FL2); «*Vi får et bedre tverrfaglig samarbeid. Vi får bedre tidsbruk og mer forståelse for andres tid*» (ML).

Funn 3.9 Forbedringsgruppen er omforent om hva som er den største effekten av prosessen: økt kvalitet i pasientbehandlingen. Opplevelsen av sekundære effekter av prosessen er individuelt betinget.

Har dere hentet informasjon fra andre?

Forbedringsgruppen har hentet inspirasjon utenfra, «*men prosedyren avhenger av egen organisering*» (FL1).

Initiativtaker sier i intervjuet at det forslaget hun laget i forkant av lean-prosessen, etter å ha studert andre institusjoner, fremdeles ligger til grunn. Det ble imidlertid valgt ikke å presentere det slik for resten av gruppen, for å la prosessen gå sin gang. Forbedringsgruppen har fått lov til å gjøre verdistrømsanalysen "fra scratch".

Funn 3.10 Lean vurderes som kontekstuelt betinget, og forbedringsgruppene skal arbeide frem sine egne løsninger

Funn 3.11 Prosessen i seg selv vurderes som viktig: Det er viktig å følge prosesstegene.

Oppfatning av arbeidsdynamikken og innflytelse

Prosessveileder har vært sentral. «*Prosessveileder har bestemt dette*» (MA2). Det er bred enighet i informantgruppen om at de ikke tror de hadde kommet i mål uten en dedikert prosessveileder. Prosessveilederen er den som driver prosessen fremover og sørger for at ting skjer.

Den som hadde initiert prosessen har hatt innflytelse faglig i den forstand at det er lagt frem faglig dokumentasjon på behov for å få tiden ned.

Legene ser tilsynelatende ut til å være de med størst gjennomslagskraft. De andre opplever likevel at de får komme frem med sin stemme: «*De store avdelingene [medisinske] er drivkraften i systemet. Resultatet var i stor grad på deres premisser. Vår avdeling fikk likevel en stemme inn*» (MA1).

Støttefunksjonene opplever at de gjennom prosessen får mer forståelse for hvordan deres hverdag er: «*Vi føler at vi er blitt med og er blitt mer synlige i prosessen. Det er spennende og tilfredsstillende*» (ML).

Ledelsen har en viktig legitimerende rolle og har gjennomslagskraft. Selv om det var diskusjon rundt målsettingen, samarbeidet alle om felles mål fordi TL hadde sagt det. Avdelingssjefene (nivået over) er fremdeles de som signerer på prosedyrene og har slik påvirkningsmulighet. Det var imidlertid en forutsetning at arbeidsgruppen skulle få mandat til å vedta endringer.

Pasientene er en tydelig aktør i dette, men selv om pasienten står i sentrum, har ikke pasienten særlig påvirkning. Arbeidsgruppen er også endringsagenter i sine respektive avdelinger. De bestemmer i stor grad hvordan innovasjonen blir tatt imot og implementert.

Det er tilsynelatende ingen som har mistet innflytelse som følge av prosessen. Heller motsatt, at *«det har kommet flere stemmer til»* (FL1).

Funn 3.12 Forutsetningen for målsetting er faglig dokumentert

Funn 3.13 Fagprofesjonene ser ut til å være dominerende også i lean, men flere får en stemme inn og blir hørt.

Bidrar lean til innovasjon? – Barrierer og drivkrefter

Lean har vist konkrete resultater, noe som gjør det enklere å sette i gang andre prosjekter: *«Tror folk blir mer endringsvillige når de ser kvalitetsforbedring i andre enden»* (FL1); *«lean-fokus gjør at vi stadig ser etter nye muligheter for endring»* (ML).

Lean bidrar også til innovasjon ved å jobbe tverrfaglig: *«Det å jobbe tverrfaglig bidrar til innovasjon (...) være flere, sitte i en gruppe (...) gjør at en tenker bedre. Det er alltid noen som har gode idéer»* (MA2).

Metoden driver endringene fremover og sørger for at de blir iverksatt. *«Det er forfriskende å måtte tenke nytt, Beviser at man må sette i gang – ting endrer seg ikke av seg selv»* (MA1). *«Målingene til prosessveileder og oversikten over alles roller og ansvar gjør at vi ser at vi går fremover. Det er motiverende å se fremdrift»* (MA2). I tillegg blir innspillene som kommer, mer strukturert og knyttet direkte opp mot hva som kan endres for å nå målet. Lean bidrar videre til *«generell oppmerksomhet på orden og god flyt»*, som stimulerer til endring. Ved å se resultater ser vi at det nytter. Dette *«øker motivasjonen og skepsisen forsvinner»* (ML).

Dårlige resultater kan virke som startskudd for endringer: «*Det var flaut å se at kvaliteten var for dårlig. Målingene som synliggjorde hvor dårlig det var ga det sparket bak til å sette i gang endringene*» (FL2).

Mangel på ressurser i form av tid og penger rapporteres i intervjuene som en faktor, som kan bremse utviklingsarbeidet. «*Det er noe utstyr vi kunne tenke oss for å kunne gjennomføre flere forbedringstiltak. Dette er det ikke økonomi til (...) det er heller ikke tilstrekkelige midler å frikjøpe folk til å engasjere seg*» (MA2).

Tydelig og støttende ledelse oppgis som en viktig suksessfaktor:

Gode målinger underveis kan virke bremsende på prosessen: «*Det er lett å miste fokus på målet, og det er lett å si seg fornøyd, siden det allerede har blitt så mye bedre*» (MA2).

Mangel på distribusjon av prosedyren, og mangel på opplæring rapporteres av flere som noe som vanskeliggjør implementering. «*Det er vanskelig å få involvert alle grunnet arbeidstider*» (ML); «*Det var mange unge leger, nye leger som ikke hadde oversikt over ny prosedyre: Dette skapte stor usikkerhet og kaos i implementeringsfasen*» (MA1). I tillegg kan interne forhold i avdelingene by på problemer ved implementering. For eksempel kan nye prosedyrer medføre at enkelte ikke føler de har tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgavene, og slik vegre seg for å følge prosedyren. «*Når det er følelser med i bildet og utrygghet er det vanskelig å presse folk til å gjøre det*» (MA2). Et annet eksempel på hindringer kan være profesjonskamp innad i en avdeling, hvor implementering blir vanskelig: «*Nye ideer ble ikke tatt imot (...) oppleves som om initiativ må komme utenfra for at det skal lyttes til*» (MA1).

Et siste funn i intervjuene viser at rollen som pådriver kan være utfordrende i forhold til forbedringsgruppens posisjon i eget arbeidsmiljø: «*[Ansvaret for å innføre nye prosedyrer] gjør at jeg ikke lenger er «en av gjengen» (...) jeg blir sett på som en av ledelsen*» (MA2)

Funn 3.14 Støttende ledelse er en sentral forutsetning for å lykkes

Funn 3.15 Medarbeidere blir mer endringsvillige når de ser bevis på kvalitetsforbedring som følge av endringene

Funn 3.16 Tverrfaglig samarbeid bidrar til innovasjon

Funn 3.17 Synliggjøring av fremdrift via målinger, og oversikter over alles roller og ansvar virker motiverende

Funn 3.18 Lean-metodikken strukturerer diskusjonene til å omhandle hva som kan endres for å nå målet.

Funn 3.19 Mangel på ressurser i form av tid og penger, kan bremse utviklingsarbeidet.

Funn 3.20 Gode målinger underveis kan virke bremsende på prosessen

Funn 3.21 Dårlige resultater kan virke som startskudd for endringer

Funn 3.22 Mangel på distribusjon av prosedyren og mangel på opplæring, vanskeliggjør implementering.

Funn 3.23 Opplevelsen av at nye prosedyrer er kompetansekrevende, kan føre til utfordringer ved implementering

Funn 3.24 Opplevelsen av å bli stående utenfor eget arbeidsmiljø, kan hemme pådriverrollen

Funn 3.25 Profesjonskamp og mangel på legitimitet, kan gjøre det vanskelig for representantene i forbedringsgruppen å lykkes med implementering i egen avdeling.

Funn 3.26 Redsel for å bli stående utenfor eget arbeidsmiljø, kan begrense forbedringsgruppens gjennomslagskraft

4.2.4 Intervjuguide 4 – Berørt av prosessen og/eller prosedyren – 2 informanter

Opplevelse av prosessen

«Kom først inn når den nye prosedyren ble iverksatt i avdelingen. Jeg fikk et positivt inntrykk; pasienten var i sentrum hele veien» (MA4). «Jeg opplever det som litt mer prosedyre å forholde seg til, men det er til pasientens beste. Det er helt greit (...) prosedyren kolliderer litt med at pasientens skal raskt inn. Det er ikke alltid at det ligger til rette for det, for eksempel om ulykken skjer rett utenfor døra til sykehuset (...) det har ført til ny prosedyre 'plan B'» (MA3).

Funn 4.1 Prosedyren kan få nye justeringer etter møte med «virkeligheten»

Involvering

Ingen kan si å ha vært direkte involvert. MA3 husker ikke å ha hørt noe om dette før den nye prosedyren ble vist frem: «*Kan ikke huske at jeg har vært involvert underveis*».

MA4 kan fortelle at i avdelingen fikk de løpende informasjon av den som var med i forbedringsgruppen: «*Følte at jeg ble engasjert i prosessen selv om jeg ikke var direkte med i forbedringsgruppen (...) Motiverende å se at det har så stor effekt for pasienten, og tilfredsstillende å se hvor fornøyde pårørende blir over rask behandling*» (MA4)

Lean-konseptet er annerledes. Føler at hans gruppe ansatte har fått komme mer med i prosessene «*(...) skyldes i stor grad lean-rådgiveren, som er flink til å involvere alle sider av saken, for å få frem alle sider av saken (...)*» (MA4)

På spørsmål om de kan tenke på noen som burde vært involvert, kommer MA4 ikke umiddelbart på noen. MA3 kunne tenke seg at ved «*generelle prosedyrer bør brukerne tas med i oppstarten; ikke bare ledelsen inn i gruppene, som trykker prosedyrer nedover ørene på dem*» (MA3).

Funn 4.2 Ulik opplevelse av i hvor stor grad forbedringsgruppen har involvert sine fagmiljø

Funn 4.3 Forbedringsgruppene bør ikke bestå kun av ledere eller faglige ledere, men også de som faktisk skal bruke prosedyren

Påvirkning på prosessen

«*Har hatt muligheten til å bidra men kan ikke si at jeg har gjort det (...) Kommer nok av at det var unison enighet om hva vi måtte bli bedre på*» (MA4).

«*Det er viktig å ivareta informasjonsflyten. Prosedyren blir sendt ut på mail. Vår yrkesgruppe har lange friperioder. Da hjelper det ikke å sende e-post (...) på morgenmøter blir det tilfeldig hvem som møter opp*» (MA3).

Funn 4.4 Skal involvering sikres er det viktig å finne kommunikasjonsformer som når alle, slik som de som arbeider i tre-delt turnus og andre former for skiftarbeid

Engasjement/ Motstand

I den grad de er engasjert begrunnes det av begge informanter med at det er tilfredsstillende «å kunne tilby et profesjonelt opplegg når pasienten kommer inn, og de pårørende føler at de og pasienten blir godt ivaretatt» (MA4). «I dette tilfellet ser vi effekten så godt, at det faktisk er lite motstand» (MA3).

Funn 4.5 Prosedyrer som viser økt kvalitet i behandlingen, møter mindre motstand

Er det noen som har mistet innflytelse?

«Det kan hende det oppleves sånn for legene, nå som flere blir tatt med på råd (...) bare tenkte tanker, ingen har sagt noe slik (...) Det er nok flere som har vært med på å utvikle prosedyren, men selv om det er flere med, er det ikke dermed sagt at de får mindre å si» (MA4).

«(...) det må eventuelt være pasientene» (MA3).

Suksessfaktorer

«Det er viktig at alle involveres. I tillegg er det en fordel når behovet er så «synlig»; det gjør at det sannsynligvis er enklere å innføre og minsker motstand» (MA4).

«Alle ledd må følge prosedyren (...) Krever god informasjon og god opplæring» (MA3).

Funn 4.6 Vellykket implementering av endringer avhenger av at alle er involvert, har fått informasjon og opplæring, og forplikter seg til å følge prosedyrene

Lean som innovasjonsfremmer

MA4 mener lean bidrar til mer innovasjon ved at «Det kommer flere innspill/ideer fra flere grupper» (MA4). MA3 mener «lean kan bidra til innovasjon ved å sette mer fokus på endring og forbedring».

Funn 4.7 Lean kan fungere som innovasjonsfremmer ved at den legger til rette for å fange opp innspill/idéer fra flere grupper

Motsetninger underveis

Funn 4.8 Ingen av informantene kan si at de har fanget opp at det har vært konflikter rundt denne lean-prosessen.

4.3 OPPSUMMERING FUNN

Ut fra rekken av funn over har jeg foretatt en sortering. Resultatene er videre forsøkt plassert inn i forhold til de fire forskningsspørsmålene; definert tidligere (sorteringsskjema for funn ligger som vedlegg).

Resultatene vil her presenteres som oppsummering av hva alle intervjuguider til sammen viser, i forhold til de fire forskningsspørsmålene.

Intervjuguiden har vært utformet åpent, både med tanke på bredden i spørsmålene og i forhold til bakgrunn hos de som studeres. Det har ført til at det er en del funn knyttet til andre områder enn de fire forskningsspørsmålene, blant annet mer spesifikt om lean i sykehuset. Disse er også presentert.

4.3.1 Hvilke aktører er involvert i medarbeiderdrevne innovasjonsprosesser?

Som fremkommet i intervjuene, avhenger hvem som er med i lean-prosessen av

- Hvem som har naturlig tilhørighet; dette er medarbeidere som faktisk er i berøring med de oppgavene det skal arbeides med i prosessen
- Hvem som må være med for å sikre at alle berørte parter er representert
- Hvem som har motivasjon for denne typen arbeid

Hovedmålet med sammensetningen av forbedringsgruppene er å sikre representasjon fra hele verdistrømskjeden, slik at alle får en stemme.

Medarbeiderne er en sentral aktørgruppe i lean-prosessen. Medarbeidere som er intervjuet, ser i stor grad på sin rolle som å representere sine respektive fagmiljø og kollektive interesser.

Intervjuene viser at forbedringsgruppene ikke bør bestå kun av ledere eller faglige ledere, men også de som bruker prosedyren aktivt i hverdagen. Det betyr ikke nødvendigvis at ingen ledere eller faglige ledere er aktive brukere av prosedyren. Det understreker behovet for at de som skal sitte i forbedringsgrupper, skal være de som føler utfordringene på kroppen i hverdagen.

Ledere er viktige aktører i prosessene, om det er i forbedringsgruppene eller utenfor. Studien viser at ledere har en legitimerende rolle i forhold til organisasjonen for øvrig. I tillegg pekes det på betydningen av å ha en leder som er involvert i form av, for eksempel å etterspørre resultater, gjøre nødvendige avklaringer eller utfordre i forhold til målsettinger.

Eksterne aktører er en del av innovasjonsprosessene i den forstand at de legger noen rammebetingelser for hva som kan og bør gjøres i innovasjonsprosessen. En ekstern aktør her er Helsedirektoratet som med sine kvalitetsindikatorer for sykehuset²², påvirker hvilke områder sykehusene må prioritere som utviklingsområder. En annen ekstern aktør som har vært nevnt, er fastlegene som har en perifer rolle i pasientforløpet.

Pasienten er en «usynlig» aktør i prosessen: Det er pasientens behov som står i sentrum, men pasientene deltar ikke selv aktivt i forbedringsgruppen, eller på andre arenaer hvor det blir gitt mulighet for direkte medvirkning.

Informantene har på spørsmål ikke kommet med konkrete aktører de mener burde vært involvert i prosessen, med unntak av nevnte fastleger, som kan sies å ha en perifer rolle i pasientforløpet. Konklusjonen til informantene er at det ikke er aktører av betydning, som ikke har vært involvert i denne prosessen.

4.3.2 I hvilken grad og på hvilken måte har de ulike aktørene innflytelse i innovasjonsprosessen?

Medarbeidere fremmer forslag til forbedringer, men de har et begrenset mandat til å iverksette endringsprosesser. Medarbeidere har også innflytelse gjennom deltakelse i forbedringsgrupper og som engasjerte kollegaer i avdelinger hvor det foregår prosesser, og hvor de som sitter i forbedringsgruppene er flinke til å involvere.

Lederne har innflytelse både gjennom å ha en legitimerende funksjon ved å bidra til at en endringsprosess får gjennomslagskraft, og som en «idéportal» hvor medarbeidernes forbedringsforslag blir kjørt gjennom. Lederne kan da påvirke både ved ikke å lykkes i å fange opp forslagene, og gjennom å prioritere hvorvidt forslagene skal resultere i forbedringsarbeid, eller om de blir nedprioritert eller ignorert.

²² <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Sider/default.aspx>

Toppleder har en legitimerende funksjon. Toppleder har også innflytelse på prosessen gjennom hvor involvert vedkommende velger å være, og i hvilken grad det etterspørres konkrete resultater og øvrige statusrapporter.

Fagprofesjonene påvirker gjennom faglig legitimitet, samt til en viss grad tradisjon og organisasjonskultur. Ved å involvere medarbeidere i forbedringsarbeid vil ledelsen og fagprofesjonene måtte avse noe innflytelse og makt. Det kommer frem i intervjuene at legene fremdeles oppfattes som premissgivere i forbedringsarbeidet, og slik kan sies å ha større grad av innflytelse enn andre deltakere i forbedringsarbeidet.

Til tross for at det kommer frem informasjon i intervjuene som peker på en viss grad av hierarki og ulik mulighet til å påvirke, er det ingen av informantene som har observert at det har vært noe tegn til konflikt knyttet til dette.

Prosessveilederne (navigatørene) påvirker innovasjonsprosessen gjennom måten de driver prosessene; måten de følger opp målsettinger, stiller kritiske spørsmål, og sørger for fremdrift.

Et generelt funn fra studien er at det tilsynelatende er flere som har fått en stemme inn i denne prosessen, enn hva de har opplevd tidligere.

4.3.3 Hva er aktørenes beveggrunner for å engasjere seg i innovasjonsarbeidet?

Intervjuene viser at den formelle bakgrunnen for engasjementet er den samme for alle: Alle har blitt formelt utpekt av sin leder til å delta. Som tidligere nevnt, ser de også seg selv som representanter for sine fagmiljøers interesser. Bak den formelle utpekingen ligger imidlertid ulike personlige beveggrunner. Noe av det som har vært nevnt i intervjuene er

- faglig integritet, i den forstand at det er «flaut» at sykehuset ikke er bedre på dette fagområdet, og en tar da initiativ til å gjøre noe med det
- lederansvar, i den forstand at som leder for et fagområde føles det som om man har/bør ha en naturlig plass i slikt arbeid
- tar ansvar på vegne av kollegiet ut fra holdningen «noen» av oss må gjøre det, og det kan ikke være den samme hele tiden
- brennende engasjement for akkurat denne pasientgruppen
- synes det er spennende å jobbe mot felles mål

Informantene nevner også samarbeid om å nå felles mål, som beveggrunn for å engasjere seg. Slikt samarbeid fremmer velvilje og villighet til å ta ansvar for fellesskapet.

I dette tilfellet er det også tydelig enighet om hva som vil være den største effekten av forbedringsarbeidet: økt kvalitet i pasientbehandlingen. Det er noe mange flere av informantene oppgir som en årsak i seg selv til å engasjere seg.

4.3.4 Hva synes å være barrierer og drivkrefter for innovasjonsarbeidet?

Tverrfaglig samarbeid

Flere av informantene trekker frem tverrfaglig samarbeid og den faktiske samarbeidsformen, som en suksessfaktor for lean-prosessen. Det presiseres at lean som arbeidsmetodikk, bidrar til forbedringsprosessen ved at den skaper en samhandlingsarena hvor medarbeidere med ulik faglig bakgrunn møtes, og hvor det er enklere å tenke nytt. Samarbeid gjør at de involverte får innblikk i hverandres kompetanse.

Medarbeidernes kompetanse

Å involvere medarbeiderne slik at medarbeidernes kompetanse blir satt i spill, fremheves også som viktig. Det er viktig at arbeidsformen er slik at kompetanse og de enkelte faggruppens betydning for helheten, blir synliggjort. Det er også viktig med nødvendig formal- og erfaringskompetanse for å komme godt i gang med endringsarbeid og ha gjennomslagskraft.

Støttende ledelse

Støttende ledelse er en viktig forutsetning for å lykkes med prosessen.

Det kan være utfordrende å få forankret behovet for involvering hos ledelsen

Målinger

Målinger er viktig for å skape troverdighet og tillit. Holdningen til arbeidsmetodikken blir mer positiv når medarbeiderne ser effekt av arbeidet. Synliggjøring av fremdrift via målinger og oversikt over alles roller og ansvar, virker motiverende. Medarbeiderne blir mer endringsvillige når de ser bevis på kvalitetsforbedring som følge av endringene. Vellykkede prosesser gir økt tillit og bidrar til å gjøre senere endringsarbeid enklere.

Gode målinger kan også virke bremsende på prosessen: Det er lett å tenke «godt nok» og la opprinnelig målsetting gå.

Kommunikasjon/formidling

Vellykket implementering av endringer avhenger av at alle som er involvert, har fått

informasjon og opplæring og forplikter seg til å følge prosedyrene. Skal involvering sikres, er det viktig å finne kommunikasjonsformer som når ut til alle som arbeider i tre-delt turnus, eller andre former for skiftarbeid. Direkte, muntlig kommunikasjon kan være en fordel. E-post blir for sårbart for ansatte som er borte fra jobb i lengre perioder.

Strukturert prosess

Lean er en strukturert prosess som sikrer gjennomføring av endringer. Lean-metodikken strukturerer diskusjonene til å omhandle hva som kan endres for å nå målet.

Det kan være viktig å la prosessen gå sin gang, selv om resultatet ser innlysende ut. Likevel er tempo viktig i innovasjonsprosesser. Riktig balanse mellom lang nok tid og å gjennomføre raskt nok er viktig for innovasjon. Lean er kontekstuellet betinget; forståelse av dette er viktig for suksess.

Lojalitet mot prosedyrer

Mangel på lojalitet til prosedyrer fører til utfordringer med implementering av endringene.

Opplevelsen av at nye prosedyrer er kompetansekrevende kan føre til vanskeligheter med å implementere.

Tilgang på ressurser

For å lykkes med lean, må de som skal delta få frigjort tid til arbeidet.

Mangel på ressurser i form av tid og penger kan bremse utviklingsarbeidet.

Andre barrierer og drivkrefter

- opplevelsen av å bli stående utenfor eget arbeidsmiljø kan hemme pådriverrollen.
- Dårlige resultater kan virke som startskudd for endringer. Vi får et «spark bak» til å ta tak i utfordringer.
- Profesjonskamp og mangel på legitimitet, kan gjøre det vanskelig for representantene i forbedringsgruppen å lykkes med implementering i egen avdeling.

4.3.5 Andre funn

Lean i sykehuset

Lean innføres i sykehuset som en toppstyrt beslutning og innebærer en langsiktig strategi om medarbeiderdrevet innovasjon. Målsettingen er å øke medarbeiderdrevet innovasjonsaktivitet

for å skape mer flyteeffektive helsetjenester hvor pasientens behov står i sentrum. Lean på sykehuset handler også om en kulturendring hvor det er viktig å bruke tid.

Lean i sykehuset er kontekstuell og tilpasses behov for 1) helsetilpasset begrepsbruk og 2) mer fleksibel arbeidsform i prosjektgruppene. Prosessen i seg selv vurderes som viktig: Det er viktig å følge prosesstegene. Forbedringsgruppene skal arbeide frem sine egne løsninger og ikke adoptere fra andre.

Det kan se ut som om sykehuset har hatt fokus på opplæring i metodikk og verktøy i startfasen fremfor å snakke om filosofi og verdier. Medarbeiderne gir i intervjuet inntrykk av at de vet lite om hva lean egentlig er; de forholder seg til verktøyene i praktisk gjennomføring av prosessen. Det er noe uenighet om målsettingen for videre forbedringsarbeid knyttet til den aktuelle prosessen

Medarbeiderdrevet innovasjon som i lean innebærer små, trinnvise endringer. Prosessen i seg selv vurderes som viktig: det er viktig å følge prosesstegene. Prosedyren kan få nye justeringer etter møte med «virkeligheten». Lean ivaretar pasientinteresser systematisk.

Lean kan fungere som innovasjonsfremmer ved at den legger til rette for å fange opp innspill/idéer fra flere grupper og individer. Informantene har noe ulik opplevelse av i hvor stor grad forbedringsgruppen har involvert sine fagmiljø i arbeidet. Deltakerne i forbedringsgruppene mener involvering er ivaretatt. Ved intervju av berørte parter synes det imidlertid å være litt ulik oppfatning av dette.

5 DISKUSJON

I dette kapittelet vil jeg ta utgangspunkt i det teoretiske rammeverket som er presentert i teorikapittelet, og diskutere funn som er kommet frem gjennom casestudiet opp mot denne. Det vil være interessant å se om det som har fremkommet i studien har gjenklang i teorien, og ikke minst om det er noe i resultatene som kan være med på å forklare problemstillingen.

Jeg vil først gå inn på hva innovasjonen (e) i studien går ut på og hvordan de oppstår. Deretter vil jeg se på hvordan lean som innovasjonsprosess kan ha påvirkning på drivere og barrierer for innovasjon.

5.1 HVA ER INNOVASJONEN (E)?

Casestudiet har belyst lean-prosessen som har ført til en ny prosedyre for mottak av pasienter med en akuttmedisinsk tilstand.

Den nye prosedyren beskriver for det første *en tjeneste*; mottak av pasienter med en akuttmedisinsk tilstand. Med utgangspunkt i Gjelsviks (2007) redegjørelse for ulike former for definisjon beskriver casestudiet nærmere bestemt prosessen som har ledet frem til *en form for tjenesteinnovasjon i offentlig sektor*.

Prosedyren i seg selv er en arbeidsbeskrivelse som legges tilgjengelig i elektronisk kvalitetshåndbok, og som formidles, slik at de ansatte i virksomheten vet hva de skal gjøre når alarmsentralen får melding om et tilfelle av en slik type akuttmedisinsk tilstand. Dette i seg selv er ikke så interessant i et innovasjonsperspektiv.

Det som, etter mitt syn, er verdt å se litt nærmere på, er hva denne nye prosedyren faktisk innebærer av nyheter: Hva er innovasjonen (e) i tjenesten?

For det første viser studien at den nye prosedyren innebærer endringer i *organiseringen av oppgavene*: Arbeidsoppgaver bytter rekkefølge, samt at noen arbeidsoppgaver går ut, og noen nye kommer inn. Studien viser at fra å beskrive arbeidsrutinen fra det tidspunkt pasienten kom inn døra til sykehuset, har den nye prosedyren utviklet seg til å beskrive hele pasientforløpet fra melding kommer til alarmsentralen (noen ringer 113). Dette bekreftes i intervju av en av informantene: «*Det er den samme sjekklisten som følger pasienten hele veien*».

Det som skjer pre-hospitalt (før pasienten kommer til akuttmottaket) er dermed blitt en del av prosedyren. Prosedyren blir med dette divisjonsovergripende og vi kan si at den har *en større organisatorisk påvirkning* enn tidligere prosedyre.

Den nye prosedyren innebærer også endringer i *hvilke aktører* som er involvert. Pre-hospitale tjenester har overtatt en del av arbeidsoppgavene som tidligere lå til sykehuset, primært akuttmottaket. Dette betyr at en del av arbeidsoppgavene utføres av en annen gruppe medarbeidere enn tidligere. Det medfører også at en del av oppgavene utføres med annen type kompetanse enn tidligere. Ergo innebærer endringene tjenesteinnovasjon i form av *ny anvendelse av ansattes kompetanse*.

Den nye tjenesten møter med dette kravene til en innovasjon, slik vi har beskrevet det i teorikapittelet: Det innebærer noe nytt, en ny tjeneste, som har både samfunnsmessig og økonomisk betydning (Fuglsang & Rønning, 2014).

Videre ser vi at tjenesten nå kjennetegnes av *flyteeffektivitet*, til forskjell fra tidligere hvor den var basert på et ønske om ressurseffektivitet (Modig & Åhlström, 2012). Toppleder sier i intervju: «*Pasientens behov står i fokus. (..) Før var det «hvordan er det best for oss å jobbe. Det som er best for legen er ikke alltid best for pasienten».*

Ut fra målinger, har ny prosedyre vist seg å være en suksess. Med ny prosedyre, er DNT redusert til ca. 30 % av tidligere tidsbruk. Dette er en betydelig *økning i kvalitet* i tjenesten. Det vil si at innovasjonen trygt kan kalles en forbedring, med referanse til Hartley (2005) og Langergaard, (2011), som stiller spørsmålsteget ved hvorvidt vi må kunne si at noe er en forbedring, for å kunne være en innovasjon.

Med dette mener jeg, at det er grunnlag for å si at ny prosedyre utgjør en betydelig endring fra tidligere praksis, på mange områder. Om dette kan kalles en *radikal innovasjon* kan diskuteres videre. Slik jeg ser det bør det, på den ene siden være grunnlag for det – i alle fall om man ser isolert på tilstanden på starttidspunktet, versus tilstanden på slutt-tidspunktet. Gangen i innovasjonsprosessen taler imidlertid for noe annet. Dette skal jeg komme tilbake til.

5.2 INNOVASJON, IMITASJON ELLER ADAPSJON

Studien viser, at forbedringsgruppen og sykehusledelsen har hentet inspirasjon fra sammenlignbare organisasjoner, som har gjennomført forbedringsarbeid tilknyttet samme type prosedyre. Selv om resultatet viser seg å harmonere godt med hva de andre institusjonene

har innført, vil jeg likevel ikke umiddelbart kalle den nye prosedyren verken en *imitasjon*, eller en *adapsjon* av andres innovasjoner. Gjennom studien kommer det tydelig frem, at forbedringsgruppen har hatt fokus på å være tro mot prosessen, og arbeidet med verdistrømsanalyse ut fra egne forutsetninger. Forbedringsgruppen har hentet inspirasjon utenfra «*men prosedyren avhenger av egen organisering*» (FL1). Dette medfører at resultatet i stor grad har vokst frem fra egne ideer, med utgangspunkt i daværende praksis. Det er likevel relevant å stille spørsmålstegn ved, hvorvidt forbedringsgruppen ville lykkes i å tenke så «radikalt», og lykkes i å komme frem til samme resultat, om de ikke hadde hentet inspirasjon utenfra.

5.3 TJENESTEINNOVASJON I OFFENTLIG SEKTOR

I teorikapittelet er det nevnt noen kjennetegn ved tjenesteinnovasjon i offentlig sektor. For det første har vi sagt at tjenesteinnovasjon kjennetegnes av å være *av et inkrementelt preg*, og et *resultat av samspill mellom flere aktører* (Sundbo, 2008, Fuglsang, 2010; Rønning & Enquist, 2014). Vurderer vi resultatene i casestudiet, ser vi at disse påstandene i stor grad kan bekreftes. Som jeg var inne på, kan vi på den ene siden argumentere for at innovasjonen i caset kan defineres som en radikal innovasjon. På den annen side er filosofien om lean og kontinuerlig forbedring, og prosessmetodikken som er benyttet, med på å argumentere for at vi likevel studerer en innovasjon med et inkrementelt preg. Både informanter og skriftlig dokumentasjon, tydeliggjør en innovasjonsprosess som er preget av små steg: Gjennom gjentatte runder med verdistrømsanalyser, har forbedringsgruppen, steg for steg, kommet med forslag til tiltak, som over tid resulterte i den prosedyren som nå er implementert.

5.4 INNOVASJONSSTRATEGI

Et annet kjennetegn ved tjenesteinnovasjon, er at den mangler tydelig innovasjonsstrategi (Tether, 2005). Dette finner jeg ikke grunnlag for å bekrefte i studien – snarere tvert imot. Under intervjuet kommer toppleder med følgende refleksjoner om dette:

«jeg hørte et foredrag om lean for noen år tilbake og tenkte at her er det en mulighet (...) her er det en tilnærming hvor man snur pyramiden og hvor det er medarbeiderne som møter utfordringene og som ser behov for og initierer endringer. (...) Pasienten blir veldig i sentrum, slik vi ønsker. (...) Lean er en tenkning, ikke en metode» (Toppleder).

Sykehuset uttrykker her et uttalt mål, om å tilrettelegge for medarbeiderdrevet innovasjon, og har fattet en beslutning på øverste nivå, om å ta i bruk lean som metodikk for å lykkes med dette. Det kan slik argumenteres for at sykehuset har en tydelig innovasjonsstrategi. Dette vil også kunne sies å støtte opp om Rønning & Fuglsang (2014), som definerer følgende som ett av tre hovedmål for innovasjon i offentlig sektor: «Utvikle nye metoder og teknikker, for å øke sin kompetanse, og evne til å løse problemer».

Studien viser tydelig, at sykehusets hovedmålsetting med innovasjonsarbeid er å øke kvaliteten i pasientbehandlingen. Dette kommer frem i alle intervju, uavhengig av nivå i organisasjonen. Toppleder uttrykker i tillegg målsettinger knyttet til effektivisering, økt fleksibilitet i virksomheten, og bedre økonomi. Disse resultatene er med på å underbygge Tether (2005), som hevder at tjenesteprodusenter fokuserer mer på innovasjoner knyttet til organisatoriske endringer, og er mer orientert mot medarbeideres innovasjonspotensiale gjennom kompetanse og profesjonalisme.

5.5 INNOVASJONSPROSESSEN

Sykehuset har tatt i bruk lean som metodikk for sitt arbeid med kontinuerlig forbedring. I teorikapittelet er lean definert som medarbeiderdrevet innovasjon.

Medarbeiderne fremmet forslaget til forbedring, som ble fanget opp av ledelsen og prioritert. Deretter har medarbeiderne selv, gjennom forbedringsgruppen og involvering av kollegaer, drevet prosessen fremover.

Når ledelsen *prioriterer* hvilke forslag som skal prioriteres for lean-arbeid, kan man stille spørsmålsteget ved hvor medarbeiderdrevet prosessen er. Er det slik at alt prioriteres, men legges i kø, eller er det slik at ledelsen likevel velger ut det de mener har størst nytteverdi, sett fra ledelsens side? I tillegg har prosessen vært en del av nasjonale kvalitetsmål slik at det er viktig for sykehusets renommé å ha kvalitet i denne tjenesten. Er det den egentlige grunnen til at prosessen ble satt i gang?

Ut i fra funn i intervjuet mener jeg likevel at det ikke er grunnlag for å tro noe annet enn at prioriteringen gjøres ut fra et ressurs spørsmål, og at medarbeiderinvolveringen er reell.

Lean kjennetegnes av systematisk arbeid med kontinuerlig forbedring. Gjennom casestudien mener jeg å ha fått bekreftet dette. Dette er synlig i studien gjennom blant annet bruken av verdistrømsanalyse og 5S. Lean som innovasjonsprosess kan med dette sies å være

systematisk og planlagt, medarbeiderdrevet innovasjon. Dette funnet nyanserer Sundbo (2008) og Fulgsang (2010), som sier at systematisk og planlagt innovasjon som oftest er initiert av ledelsen. I dette caset har vi systematisk og planlagt innovasjon, som er medarbeiderdrevet.

Prosessveileder forteller at de avdelingene, som nå er «selvgående» med egne lean-navigatører, har fullt herredømme over eget forbedringsarbeid. Det kan derfor være grunnlag for å anta, at innovasjonsprosessen blir mer medarbeiderdrevet, jo bedre lean-kompetanse medarbeiderne har.

5.6 HVORDAN STARTER INNOVASJONER?

Casestudien viser, at initiativet til forbedringsarbeidet kom fra en medarbeider, som ønsket å forbedre en prosedyre som ikke holdt mål. Dette harmonerer godt med Anne Marie Berg (2014), som peker at store deler av initiativ til innovasjon i offentlig sektor kommer fra mellomledere og første linje, som respons på interne problemer. Dette er tilfelle også i denne studien. Etter å ha studert resultatene fra intervjuene, kan det likevel synes som om dette kan nyanseres litt: Årsaken til at medarbeider tok initiativ til forbedring beskrives slik i intervjuet:

«Det var flaut å se at kvaliteten var for dårlig. Målingene som synliggjorde hvor dårlig det var, ga det sparket bak til å sette i gang endringene» (FL2).

Van de Ven (2008) hevder at den utløsende faktor for oppstart av innovasjonsarbeidet nesten alltid er «sjokk». Dette «sparket bak» kan sies å være et slikt sjokk, og med det kan vi si at studien er med på å bekrefte Van De Vens påstander.

Analyse av resultatene fra casestudiet viser, at eksterne aktører har påvirkning på innovasjonsarbeidet i sykehuset. Eksterne aktører legger rammebetingelser for hva som blir sykehusets prioriterte forbedringsområder. Når Helsedirektoratet legger frem nasjonale kvalitetsindikatorer, som sier tydelig hva sykehusene vil bli målt på, vil dette være med på å legge press på sykehusene. Målingene blir offentliggjort. Dette kan vi anta er med på å påvirke sykehusledelsens prioriteringer. Økonomiske rammebetingelser nevnes også som en ekstern faktor: krav om innsparing stiller krav til innovasjonsevne.

Videre gir toppler tydelig uttrykk for krysspresset offentlig sektor står overfor:

«kravene til kvalitet øker. Vi har krav om økt effektivitet og skal behandle flere pasienter på

en bedre måte enn før, med mindre penger.» Som toppleder sier, er innføring av lean et strategisk valg, for å forsøke å finne løsninger på 'wicked problems' i sykehuset

Studien synliggjør at pasienten har en sentral posisjon i forbedringsarbeidet, men som en «usynlig» aktør i prosessen: Det er pasientens behov som står i sentrum, men pasientene deltar ikke selv aktivt i forbedringsgruppen, eller på andre arenaer hvor det blir gitt mulighet for direkte medvirkning.

Sykehuset gir oppmerksomhet til «brukernes behov og opplevde problem» (Rønning & Fuglsang, 2014). Toppleder uttrykker følgende i intervju: *«Jeg håper at pasientene skal inn i prosessene i større grad. Mer brukermedvirkning er ønskelig (...) pasientenes behov har [likevel] kommet tydeligere frem, på vegne av en hel pasientgruppe. Nå sikrer vi at kvaliteten blir jevn for alle pasienter (...).»*

Lean som metodikk, setter ikke brukermedvirkning i system, slik jeg ser det. Ved å definere pasienten som sentrum for forbedringene, blir pasientens behov fokus – men begrenset til slik sykehuset definerer det. Med bakgrunn i casestudiet og teori, vil sykehuset måtte invitere pasientene inn som deltakere i forbedringsgrupper, dersom de ønsker å forsikre seg om at brukeren får en stemme.

Lean-metodikken kan betegnes som en forutsigbar og «robust» innovasjonsprosess, da den sikrer fremdrift gjennom kontinuerlig forbedring.

5.7 MEDARBEIDERDREVET INNOVASJON – DRIVERE OG BARRIERER

Gjennom lean legges ansvaret for innovasjon i stor grad ut til medarbeidere. Studien viser at avdelingene, i teorien, gis fullt herredømme over sin lean-aktivitet, i alle fall på de avdelinger som har egne lean-navigatører. Dette innebærer en desentralisert modell, hvor innovasjonsarbeidet kan drives relativt autonomt. Rogers (2003) nevner at organisasjoner, med stor grad av sentralisering, har lavere innovasjonsaktivitet. I så måte kan lean og medarbeiderdrevet innovasjon tenkes å ha positiv effekt på sykehusets innovasjonsaktivitet.

Rogers (2003) nevner sentralisering som en mulig fordel, i forhold til implementering av innovasjonen. Slik sett skulle man da kunne anta at lean, som desentralisert aktivitet, skulle ha en negativ innvirkning på implementeringsraten. Ut fra studien, synes dette likevel å være nærmest omvendt: Lean, med sin systematiske arbeidsform, synes å lette implementering. Det er likevel utsagn i intervjuene som viser at implementering kan by på utfordringer, særlig

knyttet til arbeidstidsordningen, med tredelt turnus: «*Det er vanskelig å få involvert alle grunnet arbeidstider*» (mellomleder).

Flere av informantene trekker frem tverrfaglig samarbeid, og den faktiske samarbeidsformen, som en suksessfaktor for lean-prosessen. Lean bidrar til forbedringsprosessen, ved at prosessmetodikken skaper en samhandlingsarena, hvor medarbeidere med ulik faglig bakgrunn møtes, og hvor det er enklere å tenke nytt. Samarbeid gjør at de involverte får innblikk i hverandres kompetanse.

Dette funnet finner gjenklang i Rogers' (2003) begrep «kompleksitet», som diskutert i teorikapittelet. Begrepet henviser til variasjonen i medarbeidernes kompetanse, og hvordan høy grad av kompleksitet virker positivt inn på medarbeidernes evne til å se verdien av innovasjon. Rogers peker på at kompleksitet kan gjøre implementering utfordrende. Det er ingen funn i denne casestudien som kan sies å støtte en slik sammenheng, til tross for at forbedringsgruppene har bred kompetanseprofil. Dette kan kanskje forklares med måten lean-prosessen er organisert på. Rogers (2003) viser til hvordan et velfungerende nettverk mellom aktørene bidrar til at ideer flyter lettere: I lean oppstår slike nettverk naturlig gjennom forbedringsgrupper, gjerne på tvers av avdelinger og fagmiljø.

I teorien ble *organisasjoners læringsevne* trukket frem som en mulig fremmer for innovasjon. Lean er kontinuerlig forbedring. Innovasjonsprosessen drives frem etter denne filosofien. Selv etter at prosedyren er implementert, er ikke utviklingsarbeidet ferdig. En slik tilnærming er med på å øke organisasjonens læringsevne (Likert, 2009). Videre er tverrfaglige forbedringsgrupper en arena for kompetansedeling.

Lean kan sies å bringe frem en koordinert, innovativ aktivitet, som i Senge (1990). I casestudien kom det frem, at forbedringsgruppen var omforent om målsettingen. Dette gjør det, ifølge Senge (1990), enklere for deltakerne å stole på hverandres innsats og ha tillit til at alle arbeider mot samme mål.

Forbedringsgruppene kan beskrives som lærende team, som sprer sin kunnskap ut til sine respektive avdelinger.

Gjennom intervjuene kom blant annet følgende faktorer frem som beveggrunner for medarbeidernes engasjement i forbedringsgruppen:

- faglig integritet

- lederansvar
- ta ansvar på vegne av kollegiet
- brennende engasjement for akkurat denne pasientgruppen
- lyst til å se om gruppen sammen kunne nå målet

Disse funnene har ikke direkte gjenklang i teorien, som beskrevet over. Det kan likevel argumenteres for at faglig integritet og brennende engasjement for pasientgruppen kan sees i sammenheng med De Jong & Kemps (2003) begrep «Job Challenge». Medarbeidere som har stort engasjement for arbeidsfeltet, noe man kan anta ved høy faglig integritet, vil ha en indre motivasjon til å ta tak i problemene når de oppstår.

Involvering av medarbeiderne, slik at medarbeidernes kompetanse blir satt i spill, fremheves også som viktig i studien. Det er viktig at arbeidsformen er slik at kompetanse og de enkelte faggruppens betydning for helheten blir synliggjort. Dette funnet styrker Anne Marie Berg (2014)s teorier om lederskap og henger sammen med neste funn i studien; støttende ledelse:

Berg (2014) viser at følgende former for lederskap er sentrale for vellykket innovasjon: Innovativt lederskap, delegerende lederskap og en viss grad av autonomi: Et gjennomgående funn i undersøkelsen er «viktigheten av støttende ledelse», og studien avdekker ingen funn hvor det skulle tilsi at sykehuset ikke har en støttende ledelse. Det peker snarere i retning av at toppleder er både innovativ og delegerende:

Å ta i bruk lean i sykehus er en relativt ny tanke. Ved å innføre lean, legges mye av innflytelse og makt ut i linjen. Vi vil kanskje kunne argumentere for at der det praktiseres lean, praktiseres også delegerende lederskap.

Funn i studien viser at jevnlige og synlige målinger er viktig for å skape troverdighet og tillit. Synliggjøring av fremdrift via målinger og oversikt over alles roller og ansvar virker motiverende. Dette kan henge sammen med tidligere nevnte «job challenge», men kan også tenkes å ha en sammenheng med begrepet «strategic attention» (De Jong & Kemp (2003): Ved å utforme klare mål vil ansatte få noe å strekke seg etter. Vi kan dermed si at lean bidrar til å sette strategisk fokus, og bidra til å stimulere medarbeiders innovative atferd.

- Medarbeiderne blir mer endringsvillige når de ser bevis på kvalitetsforbedring som følge av endringene. Vellykkede prosesser gir økt tillit og bidrar til å gjøre senere endringsarbeid enklere.

Et funn det kan være verdt å merke seg, er at målinger også kan virke bremsende på prosessen: Det er lett å tenke «godt nok» og gi slipp på opprinnelig målsetting før man har nådd helt frem.

Vellykket implementering av endringer avhenger av at alle er involvert, har fått informasjon og opplæring, og forplikter seg til å følge prosedyrene. Skal involvering sikres, er det viktig å finne kommunikasjonsformer som når ut til alle som arbeider i tre-delt turnus, eller andre former for skiftarbeid. Direkte, muntlig kommunikasjon kan være en fordel. Rogers (2003) bruker begrepet «interconnectedness», som peker på at dersom det er gode nettverk mellom aktørene, vil implementering kunne gå enklere. Lean kan kanskje sies å bidra til dette, ved at det sørger for forbedringsteam som når ut til alle involverte. Studien viser riktignok at denne nærheten til fagmiljøene kan virke hemmende i forhold til implementering: Det er vanskelig for medarbeidere å være pådrivere i eget fagmiljø, særlig der det er motstand mot endringene.

5.8 BARRIERER FOR INNOVASJON

For å lykkes med lean, må de som skal delta få frigjort tid til arbeidet. Mangel på ressurser i form av tid og penger kan bremse utviklingsarbeidet.

Opplevelsen av å bli stående utenfor eget arbeidsmiljø, kan hemme pådriverrollen. I intervjuene kom det frem at man, som medlem i forbedringsgruppen, kan oppleve utfordringer knyttet til implementering av endringer i egen avdeling.

I studien kommer også mangel på lojalitet mot prosedyrer frem som en viktig hemmer. Dersom ikke alle detaljene blir fulgt, vil prosedyren mislykkes ved implementering. Dette viser en mulig begrensning ved lean: Ved å være i så stor grad avhengig av prosedyrer blir prosedyren veldig sårbar for avvik. Dette stiller store krav til opplæring og kommunikasjon mellom medarbeiderne slik at alle er informert til enhver tid.

Profesjonskamp, og mangel på legitimitet, kan gjøre det vanskelig for representantene i forbedringsgruppen, å lykkes med implementering. Dette funnet kan knyttes til Davies, Powell & Rushmer (2007), som rapporterer at leger, og andre profesjonsutdannede, ofte motsetter seg slike prosjekt. Det er antydning av flere informanter, at ved å innføre lean, vil leger og andre tunge fagprofesjoner kunne miste makt og innflytelse. Dette kan forventes at skaper noe friksjon. Studien peker likevel i en annen retning, hvor det synes som om enigheten om overordnet målsetting, og at «dette må vi bare få til», rydder motstand av veien.

Det er over argumentert for at lean, på mange måter, kan sies å fremme medarbeiderdrevet innovasjon. Det er imidlertid viktig å poengtere at lean er kontekstuellet betinget. For at lean skal virke fremmende er det viktig at metodikk og verktøy tilpasses organisasjonen. Om ikke kan det virke mot sin hensikt.

6 AVSLUTNING

I dette kapittelet vil jeg komme med noen avsluttende betraktninger rundt studien. Først vil jeg trekke noen konklusjoner fra de foregående resultatene og drøftingen. Deretter vil jeg reflektere litt over studiens relevans for henholdsvis teori og praksis. Til sist vil jeg si noe om studiens begrensninger og gi noen forslag til videre forskning.

6.1 KONKLUSJON

Denne studien har sett nærmere på hva som kjennetegner medarbeiderdrevet innovasjon i offentlig sektor, med utgangspunkt i denne problemstillingen:

*Hvordan bidrar lean til å fremme (og kanskje hemme)
medarbeiderdrevet innovasjon i sykehus?*

Vi har nå vært gjennom en relativt omfattende redegjørelse for teori og empiri, for å forsøke å belyse problemstillingen best mulig. Vi har sett at lean påvirker medarbeiderdreven innovasjon på mange måter.

For det første *er* lean medarbeiderdrevet innovasjon. I lean er det medarbeiderne som er primærkilden til idéer og forslag til forbedring.

For det andre, setter organisasjonen et strategisk fokus på medarbeiderdrevet innovasjon, ved å ta i bruk lean. Ved å fokusere på lean, fokuserer organisasjonen også på medarbeiderdrevet innovasjon.

Med lean har sykehuset satt medarbeiderdrevet innovasjon i system: Medarbeiderdrevet innovasjon som i lean er planlagt og systematisk innovasjonsarbeid, både i form av hvordan forslag og idéer til forbedringer fanges opp, og i form av definerte, systematiske prosess-steg

Lean-medtodikk, med faste prosess-steg og tverrfaglige forbedringsteam, har positiv effekt på implementering av innovasjoner.

Lean sørger for reell medarbeiderinvolvering, og at flere får en stemme inn i innovasjonsarbeidet

Med utgangspunkt i casestudiet, og resultatene som nå er presentert i oppgaven, mener jeg at det er grunnlag for å trekke følgende konklusjoner:

- 1) Lean er med på å drive frem medarbeiderdrevet innovasjon i sykehus.**
- 2) Lean kan utgjøre en barriere for medarbeiderdrevet innovasjon i sykehus**

Denne casestudien viser et bredt spekter av aktører, som er involvert i lean-prosessen. For å lykkes med forbedringsarbeid i lean er det viktig at aktørene som involveres, representerer hele verdikjeden i tjenesten. For å kunne tilpasse lean verktøy og metode, er det viktig å forstå aktørene og aktørenes omgivelser, for slik å kunne sikre vellykkede lean-prosesser.

Ved å utforme klare mål vil ansatte få noe å strekke seg etter. Vi kan dermed si at lean bidrar til å sette strategisk fokus, og samtidig bidra til å stimulere medarbeiders innovative atferd. Tydelig målsetting vil være viktig for å stimulere til innovasjon.

Til tross for bred sammensetning viser studien at deltakerne i forbedringsgruppen er omforent om målsettingen med prosessen. I diskusjonen antydes det at dette kan skyldes to ting: Økt kvalitet i pasientbehandlingen er et mål det er enkelt å enes om, og begrunnelsen for selve målsettingen i behandlingen er så godt faglig dokumentert, at det er vanskelig å oppdrive motstand.

Studien viser at ledelsen og medarbeidere har ulike beveggrunner for å ønske endring: Medarbeidere har fokus på kvalitet i pasientbehandlingen. Ledelsen deler dette, men har i tillegg målsettinger i forhold til både kvalitetskrav og effektivisering.

For ledelsen er lean et strategisk valg, for å forsøke å finne løsninger på komplekse problemer som ikke kan løses innenfor dagens arbeidspraksis. Studien antyder på den annen side at for medarbeiderne handler lean fremdeles i store trekk om «rydding». For å forankre lean ytterligere i organisasjonen vil det være viktig å arbeide videre med lean-kultur. Lean er en filosofi, ikke bare en metode.

Sykehuset uttrykker med lean et uttalt mål om å dyrke frem medarbeiderdrevne innovasjonsprosesser, og har fattet en beslutning på øverste nivå, om å ta i bruk lean som

metodikk for å lykkes med dette. Med det vil jeg argumentere for at sykehuset har en tydelig innovasjonsstrategi som går ut på å øke medarbeiderdrevne innovasjonsaktivitet.

Det er i diskusjonen stilt spørsmålsteget ved hvorvidt innovasjon i lean er medarbeiderdrevet eller ikke. Konklusjonen etter studien er at den i all hovedsak er medarbeiderdrevet, og det kan i tillegg se ut som om lean blir mer medarbeiderdrevet, jo bedre lean-kompetanse medarbeiderne har.

Lean er innført som en top down beslutning, men fylles med bottom up innhold: Det at lean legger faste rammer om innovasjonsprosessen, og i tillegg er en strategisk beslutning fattet av ledelsen, betyr ikke at innholdet i prosessen er fast og styrt ovenfra. Etter studien å dømme er verdistrømsanalyse et egnet verktøy for å stimulere til medarbeiderkreativitet og innovative løsninger.

Studien har også presentert noen funn som 1) peker på noen begrensninger ved lean og 2) noen utfordringer i forhold til å kunne utnytte innovasjonspotensialet som ligger i lean. Sentrale funn her er 1) mangel på lojalitet mot prosedyrer er en viktig hemmer for implementering av endringer. Dersom ikke alle følger prosedyrer som er vedtatt vil ikke prosedyren fungere som tenkt. Dette viser også en mulig begrensning ved lean; det blir en lite dynamisk arbeidsform som er sårbar for avvik.

For å lykkes med lean, må de som skal delta få frigjort tid til arbeidet. Mangel på ressurser i form av tid og penger kan bremse utviklingsarbeidet.

Opplevelsen av å bli stående utenfor eget arbeidsmiljø, kan hemme pådriverrollen. I intervjuene kom det frem at man, som medlem i forbedringsgruppen, kan oppleve utfordringer knyttet til implementering av endringer i egen avdeling.

I studien kommer også mangel på lojalitet mot prosedyrer frem som en viktig hemmer. Dersom ikke alle detaljene blir fulgt, vil prosedyren mislykkes ved implementering.

Profesjonskamp, og mangel på legitimitet, kan gjøre det vanskelig for representantene i forbedringsgruppen å lykkes med implementering

Dette funnet kan knyttes til Davies, Powell & Rushmer (2007), som rapporterer at leger og andre profesjonsutdannede, ofte motsetter seg slike prosjekt. Det er dog viktig å understreke, at i denne studien finnes det ikke holdepunkter for å si om dette gjelder for sykehuset. Dersom

det skulle være slike motsetninger ert tilbakemeldingen fra alle informantene at pasienthensynet går foran; alle kan forenes om et felles hovedmål.

Det er over argumentert for at lean, på mange måter, kan sies å fremme medarbeiderdrevet innovasjon. Det er imidlertid viktig å poengtere at lean er kontekstuellet betinget. For at lean skal virke fremmende er det viktig at metodikk og verktøy tilpasses organisasjonen. Om ikke kan lean virke mot sin hensikt

6.1.1 Avsluttende refleksjoner

Informantenes svar har vært overraskende samstemte

Jeg har ikke avdekket noe av betydning, som tyder på uoverensstemmelser eller misnøye.

Med utgangspunkt i at Forbedringsgruppen består av så ulike aktører, samt at den nye prosedyren innebærer relativt store endringer i arbeidsoppgaver for enkelte miljø, ville jeg i forventet mer «friksjon» mellom funnene. Jeg har derfor gjort meg noen tanker om hvorvidt dette caset faktisk er representativt for lean-arbeid ved sykehuset.

Som påpekt over har det i dette caset vært (tilsynelatende) 100% enighet om målsettingen for arbeidet; både overordnet mål (kvalitet i behandling) og målbart mål (DNT). I tillegg til at målet var omforent, var det også i stor grad gitt av overordnede enheter. Jeg vil derfor anta, at hadde jeg studert et mer kontroversielt case; hvor målet var mer ullent og kvalitetskriteriene mindre faste, ville jeg fått frem en helt annen dynamikk i svarene.

Lean som innovasjon, imitasjon eller adaptasjon?

Videre har jeg reflektert over begrepene lean og innovasjon. Som jeg så vidt har vært inne på, er lean relativt ny som metode i sykehus. Slik kan det jo argumenteres for at lean i sykehus i seg selv er en innovasjon – eller en imitasjon eller adaptasjon - som kan studeres. Det kunne være interessant å se nærmere på dette ut fra for eksempel translasjonsteorier: I hvor stor grad kan lean overføres direkte uten tilpasning, og i hvilken grad må lean finne sin egen vei i den organisasjonen den skal inn i? Hva går tapt ved en slik oversettelse, eller hva blir eventuelt tilført?

6.2 STUDIENS BEGRENSNINGER OG OVERFØRINGSVERDI

Silverman (1993:305) sier at en av de store fordelene med kvalitative studier, er at de kan gi oss innsikt inn i lokale forhold. Denne studien har tatt utgangspunkt i tidligere forskning på tjenesteinnovasjon og intervjuguide er utformet med utgangspunkt i begreper som ofte knyttes til aktører i organisasjoner. Ved analyse av data er det heller ikke dukket opp noen kontroversielle resultater, slik at det bør kunne argumenteres for at funn i denne oppgaven bør kunne vise seg å være relevante i forhold til andre, tilsvarende case.

Dersom målet er å bidra til økt kunnskap om feltet, vil det likevel være en fordel om studien har overføringsverdi til andre områder innenfor det fagområdet som forsøkes undersøkt.

Lean er en prosessmetodikk, som benyttes i mange ulike virksomheter, både virksomheter innenfor offentlig tjenesteyting og i privat sektor. Det vil derfor kunne argumenteres for at grunnlaget for å anta at funn fra denne studien vil kunne være relevante også for andre lean-prosesser, i både offentlig og privat sektor.

Lean er videre definert som medarbeiderdreven innovasjon. Det vil slik også kunne argumenteres for at funn i denne studien vil kunne overføres på studier av andre medarbeiderdrevne innovasjonsprosesser, også de som ikke er lean.

En siste refleksjon rundt dette, er at erfaringene som her gjøres, med lean som prosessmetode innenfor medarbeiderdrevet tjenesteinnovasjon, ikke nødvendigvis begrenses til innovasjon i sykehus og offentlig tjenesteyting. Ut fra en åpen tilnærming til innovasjonsteorien, som diskutert i teorikapittelet, vil vi kunne si at kunnskap om lean-prosesser i sykehus, har overføringsverdi som en metodikk for medarbeiderdreven innovasjon også i privat sektor, samt øvrige deler av offentlig virksomhet.

REFERANSER

- Amabile, T. M. (1996). Creativity and Innovation in Organisations. *Harvard Business School*, 9 - 396 – 239.
- Amundsen, O., Aasen, T.M.B., Gressgård, L.J. & Hansen, K. (2011). Håndbok I medarbeiderdrevet innovasjon. *NTNU Samfunnsforskning*, 2011.
- Bekkers, V.J.J.M., Edelenbos, J & A.J. Stein. (2011). *Innovation in the public service sector: linking capacity and leadership*. New York: Palgrave MacMillian
- Bicheno, J. & M. Holweg. (2009). *The Lean Toolbox. The Essential Guide to Lean Transformation*. 4.utg. Buckingham: PICSIE Books
- Berg, A.M. (2014). Organizing for Innovation in the Public Service Sector. I *Framing Innovation in the Public Service Sector, red., kap. 7*, Fuglsang, L, Rønning, R. & B. Enquist. New York: Routledge
- Chesbrough, H. , Vanhaverbeke, W. & Joel West. (2006). *Open Innovation. Researching a New Paradigm*. New York: Oxford University Press
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P.G. & K.A. Røvik (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor. Instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforlaget
- Crevani, L, Palm, K & Schilling, A. (2011). Innovation management in service firms: a research agenda. *Springer-Verlag*, 5, 177-193.
- De Jong, J.P.J & Kemp, R. (2003). Determinants of Co-workers' innovative behaviour: An investigation into knowledge intensive services. *International Journal of Innovation Management*, 7(2), 189 – 212.
- Dommerud, T. & Hagesæther, P.V. (2012, 13 september). Dement kvinne lå uten mat og drikke et døgn. *Aftenposten*. Hentet fra www.aftenposten.no
- Ellingsen, K.E. & D. Lungwitz (2003). Høy trivsel i voldsutsatt arbeidsmiljø. Nordisk sosialt arbeid 04/2003.
http://www.idunn.no/ts/nsa/2003/04/hoy_trivsel_i_voldsutsatt_arbeidsmiljo
- Fuglsang, L. (2010). Bricolage and Invisible Innovation in Public service Innovation. *Journal of Innovation Economics*, 1.

- Fuglsang, L. & R. Rønning, (2014): Introduction. Framing Innovation in Public Service Sectors: A Contextual Approach. I *Framing Innovation in the Public Service Sector*, kap. 1, (red). Fuglsang, L, Rønning, R. & B. Enquist. New York: Routledge
- Fylkesmannen i Oslo og Akershus (2014, 2. juli). *Profesjonalisering av Inn på tunet – bonden*. Hentet fra <http://www.fylkesmannen.no/Oslo-og-Akershus>
- Gallouj, F. & F. Djellal (2010). Introduction: filling the innovation gap in the service economy – a multidisciplinary perspective. I *The Handbook of Innovation and Services – A Multi-disciplinary Perspective*, red. Gallouj, F. & Djellal, F. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited
- Gallouj, F. & O. Weinstein. (1997). Innovation in Services. *Research Policy*, 26, 537 – 556
- Gallouj, F. & M. Savona (2010). I *The Handbook of Innovation and Services – A Multi-disciplinary Perspective*, red. Gallouj, F. & Djellal, F. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited
- Gedde-Dahl, S. (2012, 11. september). Siv Jensen vil ha «Gjørv-kommisjon» for Sykehus-Norge. *Aftenposten*. Hentet fra www.aftenposten.no
- Gjelsvik, M. (2007). *Innovasjonsledelse. Ledelse av innovasjon og internt entreprenørskap*. Bergen: Fagbokforl. Kap 8 og 14.
- Hagesæther, P.V. & Dommerud, T. (2012, 15 september). Vil legge pasientskader ut på nett. *Aftenposten*. Hentet fra www.aftenposten.no
- Hartley, J (2005). Innovation in governance and public services: Past and present. *Public Money & Management* 25: 27-34.
- Haugom, T. (2014, 29. januar). Psykiatrien må styrkes! *Nettmagasinet Samfunnsmagasinet*. Hentet fra www.samfunnsmagasinet.no
- Helsedirektoratet. (2011, 27. november). *Kvalitetsindikatorer*. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Sider/default.aspx>
- Helse Sør-Øst (2013): Regional Strategi for forskning og innovasjon (2013 – 2016)
- Hvid, H. (2013). Arbejdspladsbaseret innovation & produktivitet – Nordiske erfaringer. *Roskilde universitet – Center for Arbejdslivsforskning. Skriftserie 2013/2*.

- Johnstad, T., Giæver, T., Holtskog, H. & Strand, T. (2012). *Lean på norsk. Med erfaringer fra Raufoss-industrien*. Vallset: Oplandske Bokforlag.
- Liker, J. (2009). *The Toyota Way. Lean för världsklass*. Malmö: Lieber AB
- Løken, E., Falkenberg, G. & T. Kvinge. (2008). Norsk arbeidsliv – ikke for eksport? Fafo-rapport 2008:32.
- Meld. St. 12 (2012 – 2013) *Perspektivmeldingen 2013*
<http://www.regjeringen.no/templates/Underside.aspx?id=714167&epslanguage=NO-NY>
- Modig, N. & Åhlström, P. (2012): *Dette er lean*. Stockholm: Rheologica Publishing.
- Norges forskningsråd (2012). *Hovedrapport: Aktivér det offentlige innovasjonspotensialet. Forskning og samarbeid for et bedre samarbeid*. Hentet fra www.forskningsradet.no/publikasjoner
- Norges forskningsråd (2012). *Hovedrapport: Kunnskapsoversikt og muligheter for innovasjon i offentlig sektor*. Hentet fra www.forskningsradet.no/publikasjoner
- NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-11.html?id=646812>
- Ny Dansk Forvaltningspolitikk (u.å.). Hentet fra www.forvaltningspolitik.dk
- Nyeng, F. (2004). *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstract Forlag
- Pettersen, I.J. & K.Nyland (2008). Mellom politikk og marked – om styringsutfordringer i statlige helseforetak. *Magma*, 4/2008. <http://www.magma.no/mellom-politikk-og-marked-om-styringsutfordringer-i-statlige-helseforetak> Lastet ned 05.09.2014.
- Pollitt, Christopher (2011). Innovation in the Public Sector: An Introductory Overview. In V. Bekkers, J. Edelenbos & B. Steijn (Eds.), *Innovation in the public sector: linking capacity and leadership* (pp. 35-43). New York: Palgrave Macmillan.
- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. 3. utg.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of Innovations. 5th ed.* New York: Free press.

- Ruud, S. & Dommerud, T. (2014, 4. september). Bare 567 ekstra plasser på åtte år. *Aftenposten*. Hentet fra www.aftenposten.no
- Rønning, R. (2014). The Diffusion of Innovation: A Question of Power. I *Framing Innovation in the Public Service Sector, red., kap. 11*, Fuglsang, L, Rønning, R. & B. Enquist. New York: Routledge
- Rønning, R., Knutagård, M., Heule, C., Swärd, H. (2013). *Innovationer i välfärden – möjligheter och begränsningar*. Stockholm: Liber AB
- Røvik, K.A. (2007) *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget
- Senge, P.M. (1990). *The Fifth Discipline. The Art & Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday.
- Silverman, D. (1993). *Interpreting Qualitative Data. 3. ed.* London: SAGE Publications
- Skjeggstad, H. (2012, 13. september). Styrenestleder trekker seg fra Ahus. *Aftenposten*. Hentet fra www.aftenposten.no
- Slagstad, R. (2012, 28. juni). Helsefeltets bakspillere. *Morgenbladet*.
- SSB, <http://ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/4-av-10-statlige-kroner-gaar-til-spesialisthelsetjenesten>
- St.meld. nr. 7 (2008 – 2009). *Et nyskapende og bærekraftig Norge*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/nhd/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-7-2008-2009-.html?id=538010>
- Sundbo, J. & F. Gallouj. (2002). Innovation as a Loosely Coupled System in Services. In: Metcalfe JS and Miles I (eds). *Innovation systems in the service sector, Measurement and case study analysis*. London: Kluwer.
- Sundbo, J. (2008). *Innovation and involvement in service*. I Fuglsang, L. (red.). I *Innovation and the creative process*. Cheltenham: Eward Elgar
- Sundbo, J. (2010). The toilsome path of service innovation: the effects of the law of low human multi-task capability. I *The Handbook of Innovation and Services – A Multi-*

disciplinary Perspective, red. Gallouj, F. & Djellal, F. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited

Sørensen, E. & Torfing, J. (2011). Samarbejdsdrevet innovation i den offentlige sektor. *Kbh.: Jurist. og økonomforbundet*, 1, 6, 12.

Tether, B. (2005). Do Services innovate (Differently)? Insights from the European Innobarometer Survey, *Industry and Innovation*, 12:2, 153 – 184.

Toivonen, M. (2010). Different types of innovation processes in services and their organisational implications. I *The Handbook of Innovation and Services – A Multi-disciplinary Perspective*, red. Gallouj, F. & Djellal, F. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited

Universitets- og Høgskolerådet. (2014, 20. juni). *Workshop om den kommende strukturmeldingen*. Hentet fra http://www.uhr.no/aktuelt_fra_uhr/workshop_om_den_kommende_strukturmeldingen

Universitetssykehuset Nord-Norge (2013). *Pasientforløp ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)*. Hentet fra <http://www.unn.no/pasientforloep/category22872.html>

Vestre Toten kommune (2014, 14. august). *Lean i Vestre Toten*. Hentet fra <http://www.vestre-toten.kommune.no/lean-i-vtk>

Womack, J.P., Jones, D.T. & Daniel Roos (1990). *The Machine that Changed the World. How Lean Production Revolutionized the Global Car Wars*. London: Simon&Shuster.

VEDLEGG 1 – INTERVJUGUIDE 1: TOPPLEDER

Introduksjon – hva forteller jeg om studien:

Litt om min bakgrunn

Forankring for studien

Formål med studien

Rammer for intervjuet

- Foretas av meg, masterstudent
- Ingen lydopptak, notater underveis
- Hvordan data oppbevares
- Signert samtykkeskjema
- Tidsramme: 1,5 timer

Hvem intervjues

- Selektivt utvalg, ikke navngitt

Spørsmål

- 1) Hvorfor ”LEAN” i sykehuset?
- 2) Kan du beskrive hvordan LEAN i sykehuset eventuelt skiller seg fra LEAN i andre virksomheter/ i lærebøkene?
- 3) Hvordan skiller denne måten å arbeide på seg fra slik dere har arbeidet tidligere?
- 4) Hvordan velger dere hvilke prosesser som er egnet og prioritert for å kjøre en ”LEAN”-prosess?
- 5) Hvilke tanker ligger bak sammensetning av arbeidsgruppene?
- 6) Kan du peke på andre viktige bidragsyttere til resultatet, utover arbeidsgruppene?
- 7) Hvordan vil du beskrive din rolle i prosessene?
- 8) Hvordan opplever du dynamikken i arbeidet?
- 9) Har prosessen ført til at noen har mistet innflytelse?
- 10) Har prosessen og resultatet ført til at noen har fått mer innflytelse enn tidligere?
- 11) Hva opplever du som den viktigste effekten av LEAN?
- 12) Er det sekundære effekter dere kan peke på, som resultat av LEAN?
- 13) På hvilken måte stimulerer LEAN til kreativitet og nyskaping?
- 14) Hva vil du si er de viktigste faktorene for å lykkes med en slik prosess?
(Stikkord: Personlige, kollegiale, organisatoriske)
- 15) Hva vil du si har vært de største utfordringene i prosessen?
- 16) Hvordan vil du beskrive den generelle kulturen for forbedringsarbeid/ innovasjon hos dere?
- 17) I hvilken grad og på hvilken måte har LEAN vært med på å endre denne kulturen?

VEDLEGG 2 – INTERVJUGUIDE 2: PROSESSVEILEDER

Introduksjon – hva forteller jeg om studien:

Litt om min bakgrunn

Forankring for studien

Formål med studien

Rammer for intervjuet

- Foretas av meg, masterstudent
- Ingen lydopptak, notater underveis
- Hvordan data oppbevares
- Signert samtykkeskjema
- Tidsramme: 1,5 timer

Hvem intervjues

- Selektivt utvalg, ikke navngitt

Spørsmål

Prosesen

- 1) Hvorfor ”LEAN” i sykehuset?
- 2) Kan du beskrive hvordan LEAN i sykehuset eventuelt skiller seg fra LEAN i andre virksomheter/ i lærebøkene?
- 3) Hvordan skiller denne måten å arbeide på seg fra slik dere har arbeidet tidligere?
- 4) Hvordan har du fått opplæring i arbeidsmetodikken?
- 5) Hvorfor er akkurat denne prosessen valgt som egnet for å kjøre en ”LEAN”-prosess?

Aktører

- 6) Hvordan har dere satt sammen arbeidsgruppen?
- 7) Kan du peke på andre viktige bidragsyttere til resultatet, utover arbeidsgruppen?
- 8) Hvordan vil du beskrive din rolle i prosessen?
- 9) Hvordan opplever du dynamikken i arbeidsgruppen?
- 10) Har prosessen og resultatet ført til at noen har mistet innflytelse?
- 11) Har prosessen og resultatet ført til at noen har fått mer innflytelse enn tidligere?
- 12) Har det vært konflikter underveis i prosessen? Hvis ja, kan du beskrive hva de har gått ut på og hvordan de eventuelt ble løst?
- 13) Hva opplever du som den viktigste effekten av LEAN-prosessen? Hva har dere oppnådd? (Egen vinning? Total gevinst)?
- 14) Er det sekundære effekter dere kan peke på, som resultat av LEAN?
- 15) I hvor stor grad er endringene resultat av informasjon om lignende løsninger andre steder?

- 16) På hvilken måte stimulerer LEAN til kreativitet og nyskaping?
- 17) Hva vil du si er de viktigste faktorene for å lykkes med en slik prosess?
(Stikkord: Personlige, kollegiale, organisatoriske)
- 18) Hva vil du si har vært de største utfordringene i prosessen?
- 19) Hvordan vil du beskrive den generelle kulturen for forbedringsarbeid/ innovasjon hos dere?
- 20) I hvilken grad og på hvilken måte har LEAN vært med på å endre denne kulturen?

VEDLEGG 3 – INTERVJUGUIDE 3: DELTAKERE I PROSESSEN

Introduksjon – hva forteller jeg om studien:

Litt om min bakgrunn

Forankring for studien

Formål med studien

Rammer for intervjuet

- Foretas av meg, masterstudent
- Ingen lydopptak, notater underveis
- Hvordan data oppbevares
- Signert samtykkeskjema
- Tidsramme: 1,5 timer

Hvem intervjues

- Selektivt utvalg, ikke navngitt

Innledende spørsmål

- 1) Hvordan vil du beskrive din rolle i prosessen?
- 2) Hvorfor ville du være med?
- 3) Kan du beskrive kort arbeidsmetodikken dere har benyttet?
- 4) Hvordan skiller denne måten å arbeide på seg fra slik dere har arbeidet tidligere?
- 5) Hvordan har du fått opplæring i arbeidsmetodikken?
- 6) Hvordan synes du arbeidet har gått?
- 7) Dette er definert som en LEAN-prosess. Hva legger du i det?
- 8) Hva opplever du som den viktigste effekten av denne LEAN-prosessen? Hva har dere oppnådd?

Oppfølgingsspørsmål:

Forskningsspørsmål 1: Hvilke aktører er involvert i medarbeiderdrevne innovasjonsprosesser

- 1) Hvordan kom du med i arbeidsgruppen? (Stikkord: Oppnevning, utpeking)
 - a. Mulig oppfølging. Syntes du det var viktig å være med?
- 2) Er det noen som ikke formelt har vært med i gruppa, men som likevel har bidratt i arbeidet?
- 3) Er det aktører som burde vært hørt i prosessen, som ikke har blitt involvert?

Forskningsspørsmål 2: I hvilken grad og på hvilken måte har de ulike aktørene innflytelse i innovasjonsprosessen

- 1) Kan du beskrive hvordan dere har arbeidet frem endringene?

- 2) Er noen av endringene hentet fra modeller dere har sett/hørt om ved andre institusjoner? I så fall, hvordan er de overført inn i sykehuset?
- 3) Hvordan har du vært med å påvirke sluttresultatet?
- 4) Har alle deltakerne hatt like stor påvirkning på sluttresultatet?
- 5) Har det vært noen motsetninger innad i prosessen?
(Ved ja følger opp)
- 6) Er det noen som har mistet innflytelse/påvirkning som følge av arbeidsmetodikken?

Forskningsspørsmål 3: Hva er aktørenes beveggrunner for å engasjere seg i innovasjonsarbeidet

- 1) Hva har vært din motivasjon for å involvere deg i denne prosessen?
- 2) Har du vært like involvert gjennom hele prosessen?
- 3) Hva opplever du at har vært målsettingen med prosessen?

Oppfølging: Kan du se andre mål/hensikter ved prosessen eller valg av prosessmetode?

- 4) Ønsker du å være med på samme arbeidsmåte på andre (for deg) relevante områder?
(Begrunnelse)

Forskningsspørsmål 4: Hva synes å være hemmere og fremmere for innovasjonsarbeidet

Hva vil du si er de viktigste faktorene for å lykkes med en slik prosess?

(Hjelpeord: Personlige, kollegiale, organisatoriske)

- 1) Hva vil du si har vært de største utfordringene i prosessen?
- 2) Synes du at LEAN som idé- og arbeidsmetode bidrar til nyskaping/innovasjon?

(begrunnelse)

- 3) Hvordan vil du beskrive den generelle kulturen for forbedringsarbeid/ innovasjon hos dere?
- 4) Har LEAN vært med på å endre denne kulturen?

(Hvis ja, hvordan?)

Er det andre betraktninger rundt prosessen/omgivelsene/resultatet du ønsker å dele?

VEDLEGG 4 – INTERVJUGUIDE 4: BERØRT PART

Introduksjon – hva forteller jeg om studien:

Litt om min bakgrunn

Forankring for studien

Formål med studien

Rammer for intervjuet

- Foretas av meg, masterstudent
- Ingen lydopptak, notater underveis
- Hvordan data oppbevares
- Signert samtykkeskjema
- Tidsramme: 1,5 timer

Hvem intervjues

- Selektivt utvalg, ikke navngitt

Spørsmål

Prosesen

Innledende spørsmål

- 1) Hvordan har du opplevd prosessen?
- 2) På hvilken måte har prosessen berørt deg?
- 3) Kan du beskrive kort hvordan du har opplevd arbeidsprosessen?
- 4) Hvordan skiller denne måten å arbeide på seg fra slik det har vært arbeidet tidligere?
- 5) Hvordan synes du arbeidet har gått?
- 6) Dette er definert som en LEAN-prosess. Hva legger du i det?
- 7) Hva opplever du som den viktigste effekten av denne LEAN-prosessen?

Oppfølgingsspørsmål:

Forskningsspørsmål 1: Hvilke aktører er involvert i medarbeiderdrevne

innovasjonsprosesser

- 1) Har du eller andre kollegaer vært med på å påvirke prosessen, selv om dere formelt ikke har vært med i arbeidsgruppen?
- 2) Er det aktører som burde vært hørt i prosessen, som ikke har blitt involvert?

Forskningsspørsmål 2: I hvilken grad og på hvilken måte har de ulike aktørene innflytelse i innovasjonsprosessen

- 7) Hvordan har du vært med å påvirke sluttresultatet?

- 8) Har du opplevd at det har vært noen motsetninger innad i prosessen?
- 9) Er det noen du ser som har mistet innflytelse/pårvirkning som følge av arbeidsmetodikken?

Forskningsspørsmål 3: Hva er aktørenes beveggrunner for å engasjere seg i innovasjonsarbeidet

- I den grad du har bidratt til prosessen, hva har vært din motivasjon for å involvere deg?

Hva opplever du at har vært målsettingen med prosessen?

- a. Oppfølging: Kan du se andre mål/hensikter ved prosessen eller valg av prosessmetode?

Forskningsspørsmål 4: Hva synes å være hemmere og fremmere for innovasjonsarbeidet

- 1) Hva opplever du at har vært de viktigste faktorene for å lykkes med en slik prosess?
- 2) Hvordan vil du beskrive den generelle kulturen for forbedringsarbeid/ innovasjon hos dere?
- 3) Vil du si at LEAN som idé- og arbeidsmetode bidrar til nyskaping/innovasjon?
(begrunnelse)
- 4) Har LEAN-arbeidet vært med på å endre denne kulturen?
- 5) Er det andre betraktninger rundt prosessen/omgivelsene/resultatet du ønsker å dele?

VEDLEGG 5 – SYSTEMATISERING AV FUNN

FORSKNINGSSPØRSMÅL 1: HVILKE AKTØRER ER INVOLVERT I MEDARBEIDERDREVENE INNOVASJONSPROSESSER?

- Funn 1.8 Hvem som er med i prosessen avhenger av 1) naturlig tilhørighet som en reell medarbeider i den aktuelle prosessen og 2) hvem som skal representeres for å sikre at alle berørte er involvert og 3) motivasjon til å arbeide på denne måten
- Funn 2.9 Sammensetningen av forbedringsgruppen gjøres for å sikre representasjon fra hele verdistrømskjeden
- Funn 3.4 Det er tilsynelatende ingen av betydning som mangler i forbedringsgruppen
- Funn 4.3 Forbedringsgruppene bør ikke bestå kun av ledere eller faglige ledere, men også de som faktisk skal bruke prosedyren
- Funn 1.3 Eksterne aktører har påvirkning på sykehusets prioriteringer (gjennom blant annet kvalitetskrav til sektoren)
- Funn 1.4 Pasienten er en sentral aktør – deltar ikke i prosessen
- Funn 1.7: Medarbeidere fremmer forslag til forbedringer via avdelingene, som prioriterer ut fra en kost/nytte-vurdering.
- Funn 1.10 Sykehuset har en involvert TL som aktivt følger opp prosessene og involverer seg der det vurderes som nødvendig
- Funn 1.9: Lederforankring er viktig for å lykkes

FORSKNINGSSPØRSMÅL 2: I HVILKEN GRAD OG PÅ HVILKEN MÅTE HAR DE ULIKE AKTØRENE INNFLYTELSE I INNOVASJONSPROSSESSEN?

- Funn 1.7: Medarbeidere fremmer forslag til forbedringer via avdelingene, som prioriterer ut fra en kost/nytte-vurdering.
- Funn 1.10 Sykehuset har en involvert TL som aktivt følger opp prosessene og involverer seg der det vurderes som nødvendig
- Funn 1.19 Involvering av medarbeidere fører til at ledere og fagprofesjonene må avgi innflytelse og makt
- Funn 2.7 Idéene kommer hovedsakelig fra medarbeidere, enten direkte, via avvikssystemet eller i form av at PV selv fanger opp forslag når han er ute i organisasjonen
- Funn 2.11 Prosessveileder i lean i sykehuset innebærer oppfølgingsansvar i forhold til å følge opp målsettinger, stille kritiske spørsmål og sørge for fremdrift.
- Funn 1.9: Lederforankring er viktig for å lykkes
- Funn 3.2 Deltakerne ser seg selv som representanter for sine respektive fagmiljø; representanter for kollektive interesser
- Funn 3.6 Prosessveileder er sentral for å sikre gjennomføring av prosessen
- Funn 3.13 Fagprofesjonene ser ut til å være dominerende også i lean, men flere får en stemme inn og blir hørt
- Funn 4.8 Ingen av informantene kan si at de har fanget opp at det har vært konflikter rundt denne lean-prosessen.

- Funn 2.13 Det er flere som har fått en stemme inn i forbedringsarbeidet enn før

FORSKNINGSSPØRSMÅL 3: HVA ER AKTØRENE BEVEGGRUNNER FOR Å ENGASJERE SEG I INNOVASJONSARBEIDET

- Funn 2.8 Pasientens stemme blir prioritert foran andre hensyn
- Funn 3.3 Den formelle utpekingen er lik for alle, men alle har ulik personlig motivasjon for å ville delta (faglig integritet, lederansvar, utpekt av leder, ta ansvar på vegne av kollegiet, brennende engasjement for pasientgruppen, ønske om å bidra med faglig kompetanse, etc.)
- Funn 3.8 Samarbeid om å nå felles mål fremmer velvilje og villighet til å ta ansvar for fellesskapet
- Funn 3.9 Forbedringsgruppen er omforent om hva som er den største effekten av prosessen: økt kvalitet i pasientbehandlingen. Opplevelsen av sekundære effekter av prosessen er individuelt betinget.

FORSKNINGSSPØRSMÅL 4: HVA SYNES Å VÆRE HEMMERE OG FREMMERE FOR INNOVASJONSARBEIDET?

- Funn 1.7: Lederforankring er viktig for å lykkes
- Funn 1.12 Holdningen til arbeidsmetodikken blir mer positiv når medarbeiderne ser effekt av arbeidet
- Funn 1.13 Tempo er viktig i innovasjonsprosesser; balanse mellom lang nok tid og å gjennomføre raskt nok er viktig
- Funn 1.14 Samarbeidsformen gjør at hverandres kompetanse og de enkelte faggruppene betydning for helheten blir synliggjort
- Funn 1.17: Lean er en strukturert prosess som sikrer gjennomføring av endringer
- Funn 1.18: Lean er kontekstuellet betinget; forståelse av dette er viktig for suksess.
- Funn 2.1 Det er viktig med nødvendig formal- og erfaringskompetanse for å komme godt i gang med endringsarbeid og ha gjennomslagskraft
- Funn 2.3 For å lykkes med lean må de som skal delta få frigjort tid til arbeidet
- Funn 2.4 Det kan være viktig å la prosessen gå sin gang selv om resultatet ser innlysende ut
- Funn 2.6 Tydelig informasjon til alle er nødvendig for å sikre god implementering og muntlig, direkte kommunikasjon kan være en fordel
- Funn 2.14 Mangel på lojalitet til prosedyrer fører til utfordringer med implementering av endringene.
- Funn 2.15 Vellykkede prosesser gir økt tillit og bidrar til å gjøre senere endringsarbeid enklere
- Funn 2.16 Lean bidrar til innovasjon ved at den skaper en samhandlingsarena hvor det er lettere å tenke at det finnes andre måter å tenke på
- Funn 2.17 Systematisk og effektiv møteledelse med klare avtaler for videre fremdrift gjør implementeringen enklere
- Funn 2.18 Medarbeidere må involveres slik at vi får satt kompetansen i spill

- Funn 2.19 Målinger er viktig for å skape troverdighet og tillit
- Funn 2.20 Det kan være utfordrende å få forankret behovet for involvering hos ledelsen
- Funn 3.18 Lean-metodikken strukturerer diskusjonene til å omhandle hva som kan endres for å nå målet.
- Funn 3.14 Støttende ledelse er en sentral forutsetning for å lykkes
- Funn 3.15 Medarbeidere blir mer endringsvillige når de ser bevis på kvalitetsforbedring som følge av endringene
- Funn 3.17 Synliggjøring av fremdrift via målinger og oversikter over alles roller og ansvar virker motiverende
- Funn 3.19 Mangel på ressurser i form av tid og penger kan bremse utviklingsarbeidet.
- Funn 3.20 Gode målinger underveis kan virke bremsende på prosessen
- Funn 3.21 Dårlige resultater kan virke som startskudd for endringer
- Funn 3.22 Mangel på distribusjon av prosedyren og mangel på opplæring vanskeliggjør implementering.
- Funn 3.23 Opplevelsen av at nye prosedyrer er kompetansekrevende kan føre til utfordringer ved implementering
- Funn 3.24 Opplevelsen av å bli stående utenfor eget arbeidsmiljø kan hemme pådriverrollen
- Funn 3.25 Profesjonskamp og mangel på legitimitet kan gjøre det vanskelig for representantene i forbedringsgruppen, å lykkes med implementering i egen avdeling.
- Funn 4.4 Skal involvering sikres er det viktig å finne kommunikasjonsformer som når alle som arbeider i tre-delt turnus og andre former for skiftarbeid
- Funn 4.6 Vellykket implementering av endringer avhenger av at alle er involvert, har fått informasjon og opplæring og forplikter seg til å følge prosedyrene

ANDRE FUNN

- Funn 1.1: 1) Lean innføres i sykehuset som en toppstyrt beslutning, men 2) målsettingen med lean er å øke medarbeiderdrevet innovasjonsaktivitet for å 3) skape bedre, mer flyteffektive helsetjenester hvor pasientens behov står i sentrum.
- Funn 1.2: Lean innebærer en langsiktig strategi om medarbeiderdrevet innovasjon
- Funn 1.3: Lean i sykehuset er kontekstuell og tilpasses behov for 1) helsetilpasset begrepsbruk og 2) mer fleksibel arbeidsform i prosjektgruppene
- Funn 1.4. Medarbeiderdrevet innovasjon som i lean innebærer små, trinnvise endringer og utgjør inkrementell innovasjon
- Funn 1.11: Lean på sykehuset handler om en kulturendring hvor det er viktig å bruke tid
- Funn 1.16: Lean ivaretar pasientinteresser systematisk
- Funn 2.5 Det kan se ut som om sykehuset har hatt fokus på opplæring i metodikk og verktøy i startfasen fremfor å snakke om filosofi og verdier
- Funn 2.12 Det er noe uenighet om målsettingen for videre forbedringsarbeid knyttet til den aktuelle prosessen

- Funn 3.5 Medarbeiderne gir i intervjuet inntrykk av at de vet lite om hva lean egentlig er; de forholder seg til verktøyene i praktisk gjennomføring av prosessen.
- Funn 3.10 Lean vurderes som kontekstuellet betinget og forbedringsgruppene skal arbeide frem sine egne løsninger
- Funn 3.12 Forutsetningen for målsetting er faglig dokumentert
- Funn 4.1 Prosedyren kan få nye justeringer etter møte med «virkeligheten»
- Funn 4.2 Ulik opplevelse av i hvor stor grad forbedringsgruppen har involvert sine fagmiljø
- Funn 4.7 Lean kan fungere som innovasjonsfremmer ved at den legger til rette for å fange opp innspill/idéer fra flere grupper
- Funn 3.11 Prosessen i seg selv vurderes som viktig: Det er viktig å følge prosessstegene.
- Funn 3.16 Tverrfaglig samarbeid bidrar til innovasjon

DUPLIKATER

- Funn 3.1 Forbedringsgruppen er en heterogen gruppe som representerer hele verdistrømskjeden.
- Funn 2.2 Lean er kontekstuellet betinget
- Funn 3.26 Redsel for å bli stående utenfor eget arbeidsmiljø kan begrense forbedringsgruppens gjennomslagskraft
- Funn 3.7 Lean skaper en arena for tverrfaglig samarbeid og øker innsikt i hverandres fagområder
- Funn 2.10 Støttende ledelse er en viktig støttespiller
- Funn 4.5 Prosedyrer som viser at kvalitet i behandlingen øker møter mindre motstand